

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

A BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO POR
MEIO DE CONSULTA MULTIPROFISSIONAL COM
PACIENTES HIV/AIDS

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO

- Modalidade Artigo Publicável -

Gilvane Souza dos Santos

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

A BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO POR MEIO
DE CONSULTA MULTIPROFISSIONAL COM PACIENTES
HIV/AIDS

Elaborado por
Gilvane Souza dos Santos

Orientado por
Prof.^ª. Sandra Trevisan Beck
Co-orientado por
Prof. Me. Thiago Durand Mussoi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, ênfase
Crônico-Degenerativo

Comissão Examinadora:

Dra. Sandra Trevisan Beck
(UFSM)-Presidente

Dra. Sheila Kocourek
(UFSM)

Me. Fábio Lopes Pedro
(UFSM)

Santa Maria, 19 de março de 2014.

**A BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO POR MEIO DE CONSULTA
MULTIPROFISSIONAL COM PACIENTES HIV/AIDS**

**Search for the Entirety of Care through Multiprofessional query with Users Living with
HIV/AIDS**

Gilvane Souza dos SANTOS: Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - Gestão e Atenção Hospitalar (ênfase: Crônico Degenerativo); Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Rua Appel, 455/301, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97015-030; gilvanesm@yahoo.com.br

Danieli BANDEIRA: Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (ênfase: Vigilância em Saúde); Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Avenida Rio Branco, 665/101, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97010-423; danielibandeira22@gmail.com

Natália Raguzonni CANCIAN: Farmacêutica Especialista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - Gestão e Atenção Hospitalar (ênfase: Crônico Degenerativo); Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Rua Venâncio Aires, 1476/310, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97010-002; naticancian@hotmail.com

Sandra BECK: Farmacêutica Doutora; Professora associada do Curso de Farmácia; Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Rua Serafim Valandro, 1510/302, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97015-630; sbeck@ig.com.br

Thiago Durand MUSSOI: Nutricionista Mestre; Professor do Curso de Nutrição; Centro Universitário Franciscano (UNIFRA); Rua Silva Jardim, 1175, Cj.III, S.1013, P.17, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97010-490; tdmussoi@gmail.com

Resumo: A integralidade do cuidado e da assistência em pessoas vivendo com HIV/AIDS vem ao encontro das atuais Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde para melhoria da qualidade de vida e da adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). Nesse contexto, a inserção de equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar, promovendo a

autonomia do sujeito, vínculo e corresponsabilização, implicando em mudanças na cultura de atenção aos usuários, vem fortalecer as ações de promoção à adesão ao TARV. Este estudo teve como objetivo verificar o grau de adesão ao TARV, identificando fatores interferentes nesse processo e, entre os indivíduos com má adesão, o risco nutricional associado. Os indivíduos tiveram atendimento de equipe multiprofissional, composta por enfermeira, farmacêutica e nutricionista, os quais foram entrevistados e avaliados através de instrumentos validados para medir o grau de adesão (CEAT-VIH) e risco nutricional (MUST). A média de idade dos entrevistados foi de $42,78 \pm 8,4$ anos e a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Apresentavam baixa ou insuficiente adesão ao TARV, conforme o CEAT-VIH; a maioria tinha prescrição de esquema do TARV com dois fármacos e com relatos de efeitos colaterais, principalmente relacionados ao trato gastrointestinal. Apesar de grande parte dos pacientes avaliados estarem eutróficos ou em sobrepeso durante a avaliação nutricional, constatou-se porcentagem de perda de peso relevante e risco nutricional associado. As intervenções realizadas levaram ao retorno dos usuários ao acompanhamento clínico e/ou ao TARV, com melhora da resposta dos indicadores virológicos e imunológicos, na maioria dos casos.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Comunicação Interdisciplinar; AIDS; Nutrição de Grupos de Risco.

Abstract: The integrality of care and assistance to persons living with HIV/AIDS responds to the current Public Policy Health System to improve the quality of life and adherence to antiretroviral therapy (ART). In this context, the insertion of multiprofessional teams with interdisciplinary approach, promoting the autonomy of the individual, relationship and co-responsibility, resulting in cultural changes in the care to users, has strengthened the actions to promote ART adherence. This study aimed to determine the degree of adherence to antiretroviral therapy, identifying interfering factors in this process and, among individuals with poor adherence, the nutritional associated risk. The individuals had care of a multidisciplinary team consisting of a nurse, pharmacist and nutritionist, who were interviewed and assessed using instruments validated in order to measure the degree of adherence (CEAT-HIV) and nutritional risk (MUST). The mean age of the interviewees was 42.78 ± 8.4 years old and the most of them had not completed elementary school. All had low or insufficient adherence to ART; most had prescription of ARV regimen with two drugs and

reports of collateral effects, mainly involving the gastrointestinal tract. Despite most of the patients having presented to be eutrophic or overweight during nutritional evaluation, it was found relevant percentage of weight loss and nutritional risk associated. The interventions made have led the users back to the clinical and/or HAART monitoring, with improvement of the response of virologic and immunologic indicators in most of the cases.

Keywords: Health Care; Interdisciplinary Communication; AIDS; Risk Groups Nutrition.

Introdução

Desde a criação do SUS, através da Lei 8.080, de setembro de 1990, destaca-se a importância da integralidade da assistência ao usuário de forma articulada e contínua, com ações e serviços preventivos e curativos (Brasil, 1990). O mesmo documento ressalta como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho e renda, a educação, o acesso aos bens e serviços, entre outros, de forma a garantir condições de bem-estar físico, mental e social.

Com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, HumanizaSUS (Brasil, 2004b), a fragmentação, a verticalização dos processos de trabalho, assim como a fragilização do preparo dos profissionais para lidar com as dimensões sociais nas práticas de atenção foram evidenciados. Dessa forma, a HumanizaSUS, como política transversal, propõe aumento do grau de corresponsabilização dos diferentes atores que constituem o sistema de saúde, implicando mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, ultrapassando as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Diante disso, a troca de saberes entre os profissionais, o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, de modo interdisciplinar, a construção de vínculo com os usuários, a busca de novos sentidos, autonomia e protagonismo do sujeito, a ampliação do objeto de trabalho para além dos aspectos clínicos, com a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, é consolidada com a implantação da Clínica Ampliada e Compartilhada, uma das ferramentas propostas pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b; 2009; Borges e col, 2012).

Ao implementar tais ações com pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), em especial às com dificuldades no tratamento, é possível vivenciar a complexidade da adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), reforçando, ainda mais, estratégias de parceria e de

abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o alcance de uma assistência eficaz e integral (Brasileiro; Cunha, 2011; Luz; Miranda, 2010), já que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) implica em um contexto amplo, onde cada sujeito tem um olhar singular frente a vida, percebendo de maneiras diferentes suas vulnerabilidades (Sousa e col, 2011).

Sabendo-se que no Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2012, há 656.701 casos registrados de AIDS, com notificação, em 2011, de 38.776 casos da doença, com taxa de incidência de 20,2 casos por 100.000 habitantes (Brasil, 2012) e que, desde o advento da terapia combinada de alta potência (HAART) em 1996, a AIDS é classificada como doença crônica (Reis e col, 2010; Ceccato e col, 2004; Brasil, 2006a,b), foi possível deslocar, progressivamente, a atenção aos pacientes para o nível ambulatorial (Ceccato e col, 2004), ressaltando que quanto mais longo o seguimento do tratamento, maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico e, também, maior será o desafio da equipe de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia (Brasil, 2008a; 2009).

A não adesão é a causa mais comum da falha do TARV e é a principal variável na qual os serviços podem intervir para aumentar a efetividade do tratamento (Ceccato e col, 2004), incluindo nesse processo o aconselhamento e a adequada compreensão sobre o uso dos medicamentos e os riscos advindos da má adesão, abrangendo as limitações terapêuticas, os efeitos adversos do tratamento, a queda da imunidade com risco de exposição e aquisição de doenças oportunistas, a possibilidade de transmissão de vírus multirresistentes, além do risco nutricional associado (Ceccato e col, 2004; Brasil, 2008a,b; Luz; Miranda, 2010; Paparelli, 2013).

Segundo Quintaes; Garcia (1999) é conhecida a importância do estado nutricional para a evolução clínica de pacientes HIV positivo. Os autores destacam que vários sintomas como anorexia, lesões orais e esofagianas, odinofagia, disfagia, febre, náuseas, vômitos, diarreia, entre outros, associados à medicação e às infecções oportunistas, à depressão e à dificuldade de acesso ao alimento pela precariedade socioeconômica e pela falta de estrutura doméstica e familiar, prejudicam o consumo alimentar. O próprio Ministério da Saúde reconhece a relevância desse tema com a publicação do Manual Clínico de Alimentação e Nutrição na Assistência a Adultos Infectados pelo HIV (Brasil, 2006b), contribuindo, ainda mais, para a consolidação da integralidade do cuidado.

Dessa forma, a alimentação e nutrição em PVHA adquire grande valor, seja pelos efeitos adversos do TARV, pelo estado hipermetabólico ou pelas condições de vida do

indivíduo, que contribuem para a má nutrição (Quintaes; Garcia, 1999; Brasil, 2006a,b; Paparelli, 2013).

Em pacientes ambulatoriais com HIV/AIDS, o uso da educação nutricional como ferramenta de valorização do conhecimento e do autocuidado, juntamente com ações interdisciplinares, tem papel fundamental para proporcionar escolhas mais acertadas no que tange às preferências alimentares e o requerimento de seu estado de saúde. Diante disso, a nutrição vem fornecer subsídios para um planejamento estratégico da alimentação, minimizando os desconfortos e riscos de agravos, além de promover a saúde do usuário e melhoria de seu estado nutricional com, consequente, incremento na qualidade de vida (Reis e col, 2010; Quintaes; Garcia, 1999; Brasil, 2006a,b; 2008).

Diante disso e visto que, usuários com HIV/AIDS como doença de base, internados em estado grave, em sua maioria com risco nutricional e presença de afecções oportunistas, são pacientes que desistem ou não aderem adequadamente ao TARV (Reis e col, 2010), e considerando a relevância da integralidade do cuidado, da corresponsabilização, do autocuidado e da qualidade de vida, tornou-se necessária uma abordagem ambulatorial dos usuários com má-adesão, através de equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, na busca do cuidado integral, promovendo maior conscientização desses indivíduos e aumento da adesão ao tratamento, com vista a evitar tais internações hospitalares.

Dessa forma, objetivou-se verificar o grau de adesão à terapia antirretroviral, identificando fatores interferentes nesse processo e, entre os indivíduos com má adesão, o risco nutricional associado.

Procedimentos Metodológicos

Casuística

Partiu-se de uma população de 637 usuários diagnosticados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), agendados em nível ambulatorial para consulta médica em ambulatório de doenças infecciosas (DI), sendo 237 vinculados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS, e 400 ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Casa Treze de Maio, na mesma cidade.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, entre abril e novembro de 2013, selecionou-se a amostra para estudo, composta de 90 indivíduos, dentre os quais, 64 eram provenientes do HUSM e 26 do CTA Casa Treze de Maio. A seleção foi realizada durante a consulta médica através da análise dos prontuários, tanto dos pacientes que compareceram nas consultas quanto dos ausentes. Com esses, realizou-se busca ativa através de contato telefônico por, pelo menos, cinco tentativas.

Foram reavidos, ao final, 37 pacientes (n=37), que tiveram encaminhamento para a consulta multiprofissional com enfermeira, farmacêutica e nutricionista, no mesmo dia da consulta médica ou agendados para posterior atendimento.

Nos 53 restantes, houve constatação de 1 óbito, 2 acamados, 2 em regime de privação de liberdade e, os demais, ou não foram encontrados ou não se mostraram receptivos ao convite. A perda desses indivíduos era esperada, uma vez que a falha virológica detectada na seleção dos mesmos era indicativa de má adesão ao seguimento ambulatorial do tratamento.

Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, indivíduos maiores de 18 anos, em TARV há, pelo menos, 24 semanas, e que apresentavam falha virológica definida por não obtenção ou não manutenção de carga viral (CV) indetectável após início de tratamento medicamentoso.

Caracteriza-se por falha virológica confirmada, segundo Gallant (2007), resultado de CV acima de 400 cópias/mL após 24 semanas ou acima de 50 cópias/mL após 48 semanas de início do tratamento ou, ainda, rebote confirmado por CV acima de 400 cópias/mL em indivíduos que já haviam atingido a supressão viral completa.

Critérios de exclusão

Menores de 18 anos e gestantes foram excluídos do estudo por seguirem protocolo especial de tratamento, além de indivíduos com dificuldade cognitiva, acamados, em privação de liberdade e os que não concordaram em participar do estudo ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, onde pacientes com falha virológica ao TARV, foram atendidos por equipe multiprofissional com enfoque à adesão ao tratamento.

Durante a consulta multiprofissional, procurou-se identificar os fatores interferentes na adesão, além de intervir com orientações sobre HIV/AIDS e sobre a importância dos resultados de exames, em especial CV e número de linfócitos CD4, além dos objetivos e benefícios do TARV, seus efeitos colaterais, aspectos nutricionais, sociais e qualidade de vida em PVHA, estimulando os indivíduos à conscientização e responsabilização da adesão ao tratamento e ao autocuidado.

A consulta de enfermagem utilizou-se de entrevista semiestruturada, gravada com autorização do usuário, qualitativa de caráter descritivo, até saturação dos dados, com questões norteadoras constituídas de perfil sociodemográfico, fatores sociais envolvidos na AIDS, dificuldades de adesão e estratégias de melhoria ao TARV.

Para avaliação do grau de adesão ao TARV, utilizou-se, através do enfoque farmacêutico, o instrumento “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT- VIH)” de origem espanhola validado experimentalmente para o Brasil por Remor e col (2007). É um questionário autoaplicável, com supervisão profissional, e consiste de vinte itens de caráter multidimensional que engloba os principais fatores que podem moldar o comportamento de adesão ao tratamento, com aspectos relacionados à administração da medicação, presença de efeitos colaterais, relação com o médico, hábitos e sentimentos vinculados ao tratamento. A cada pergunta é estipulado um valor e a pontuação total é obtida pela soma de todos os itens, sendo o valor mínimo 17 e o máximo 89. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento, sendo que pontuações menores que 74 caracterizam aderência baixa ou insuficiente.

Aspectos relevantes da consulta de enfermagem e da avaliação farmacêutica serão relatados no presente artigo. Contudo, o desenvolvimento dos dados referentes a cada enfoque serão abordados em artigos específicos.

O rastreamento do risco nutricional dos indivíduos foi realizado através do instrumento “Malnutrition Universal Screening Tool” (MUST), publicado pela primeira vez em 2004 e revisto em 2008 e 2010 pelo Comité Permanente da BAPEN. É um questionário composto de questões acerca da história clínica, exame físico e antropométrico do paciente, e que tem se tornado um método confiável para triagem nutricional em qualquer ambiente de atendimento, inclusive ambulatorial (Dias e col, 2009b).

O peso dos indivíduos foi verificado através de balança tipo plataforma marca Líder, modelo P-150C, com intervalo de 0,1Kg, e a estatura foi aferida no estadiômetro da própria balança, ambos utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e percentual de perda de peso (%PP) e classificados segundo WHO (1997) e Blackburn; Bristrian (1977), respectivamente (Dias e col, 2009a).

As medidas antropométricas da circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT) foram realizadas, com fita métrica inelástica e plicômetro, ambos da marca Cescorf, para que, combinadas, possibilitassem calcular a circunferência muscular do braço (CMB) e a área muscular do braço (AMB), que, segundo classificação de Frisancho (1990), são correlacionadas com a massa muscular total, diagnosticando, assim, distúrbios da massa muscular corporal total e, desta forma, estimando o estado nutricional protéico (Dias e col, 2009a).

Além disso, foi verificada, através do prontuário médico e do sistema informatizado do laboratório de Análises Clínicas, a ocorrência de solicitação, juntamente com a dosagem de CV e linfócitos CD4 ou em período próximo, dos seguintes exames laboratoriais relacionados à nutrição: hemograma, contagem total de linfócitos, glicemia, perfil lipídico e albumina.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE: 20005613.3.0000.5346.

Resultados e Discussão

A amostra estudada foi composta de 37 indivíduos, sendo 25 provenientes do Hospital Universitário de Santa Maria (67,5%) e 12 (32,4%) do CTA Municipal Casa Treze de Maio, entre os quais 51,3% eram do sexo feminino (n=19) e 48,6% do sexo masculino (n=18). A média de idade foi de $42,78 \pm 8,4$ anos.

O grau de escolaridade apresentado na Tabela 1 mostra o predomínio do ensino fundamental incompleto (54%) entre os usuários com má adesão ao TARV.

Tabela 1 – Escolaridade dos usuários com má adesão ao TARV, Santa Maria, 2013 (n=37).

Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	20	54
Ensino Fundamental Completo	3	8,1
Ensino Médio Incompleto	4	10,8
Ensino Médio Completo	7	19
Ensino Superior Incompleto	2	5,4
Ensino Superior Completo	1	2,7

Em relação à idade, os demais estudos encontraram índices acima de 30% na faixa dos 40 anos, em concordância com a média de idade encontrada no presente estudo (Blatt e col, 2009; Almeida e col, 2011; Santos; Seidl, 2011; Resende e col, 2012). No que diz respeito ao sexo, os dados encontrados na literatura são ambíguos, mas muitos estudos apontam prevalência de homens entre os indivíduos com dificuldade de adesão ao TARV (Colombrini e col, 2008; Blatt e col, 2009; Almeida e col, 2011; Resende e col, 2012); já pesquisa de Santos; Seidl (2011) mostra predomínio de mulheres entre indivíduos com abandono do TARV, da mesma forma que os dados apresentados neste estudo, mostrando que ambos os sexos apresentam-se vulneráveis tanto ao vírus HIV quanto ao abandono do tratamento, refletindo, também, a tendência epidemiológica de crescimento da doença em mulheres.

Diversos autores encontraram baixa escolaridade em pacientes com má adesão ao TARV (Quintaes; Garcia, 1999; Nemes e col, 2004; Tuboi e col, 2005; Blatt e col 2009; Almeida e col, 2011; Santos; Seidl, 2011), chegando ao índice de 72,9% de indivíduos com ensino fundamental incompleto no estudo de Resende e col (2012). Estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, com o objetivo de identificar os fatores predisponentes de falha virológica após seis meses de início do TARV (Tuboi e col, 2005) e pesquisa que avaliou a adesão ao TARV em 322 serviços ambulatoriais brasileiros, de sete estados com abrangência de 87 mil pacientes (Nemes e col, 2004) identificaram associação entre falha virológica e baixa escolaridade, sendo essa um fator predisponente ao melhor cumprimento do TARV. Blatt e col (2009) referem que maior escolaridade tem associação positiva com melhor adesão ao tratamento e que tal fato pode ter relação com a dificuldade de entendimento e compreensão insuficiente sobre o uso de medicamentos entre os pacientes com nível cultural mais baixo, principalmente quando se trata de terapia complexa e permanente, em

consonância com documento do Ministério da Saúde sobre a temática HIV/AIDS em adultos e adolescentes (Brasil, 2004a).

Apesar do informado na literatura, no presente estudo o impacto da escolaridade na adesão ao tratamento pareceu não ser determinante, já que, ao final das intervenções a maioria obteve melhora nos resultados objetivos de avaliação de adesão, ou seja, os valores de CV melhoraram, como será exposto adiante neste trabalho, demonstrando que mesmo com a presença de baixa escolaridade, quando se proporciona vínculo, esclarecimentos através de equipe multiprofissional, empoderamento do conhecimento, do auto-cuidado e da responsabilização dos indivíduos, os resultados superam essa limitação.

Segundo o CEAT-VIH, aplicado durante a abordagem farmacêutica, foi possível confirmar a má adesão ao TARV, corroborando os valores de CV e tempo de início do tratamento, critérios utilizados na seleção da amostra (Gallant, 2007). A média da pontuação obtida foi de $61,54 \pm 6,8$ pontos, com valor máximo de 74 e mínimo de 46 pontos, caracterizando aderência baixa ou insuficiente (Remor, 2007). Portanto, todos os indivíduos entrevistados foram classificados com má adesão ao TARV pelos dois critérios de verificação. Semelhante padrão foi encontrado por Resende e col (2012) quando estudaram o grau de adesão pelo CEAT-VIH em 129 pacientes no município de Alfenas, onde encontraram apenas 37,2% dos indivíduos como estritamente aderentes, ou seja, com adesão adequada (pontuação entre 80-89).

Atualmente, não há um método considerado padrão-ouro para investigação de adesão ao tratamento medicamentoso, pois o uso de autorrelato ou entrevista podem superestimar o grau de adesão pela tendência dos indivíduos em não decepcionar ou desagradar os profissionais de saúde (“fenômeno da desajabilidade”). Recomenda-se, então, a combinação de dois ou mais métodos, por parecer melhor auxiliar no monitoramento da adesão (Polejack; Seidl, 2010; Resende e col, 2012). É importante salientar que, no contexto clínico, a identificação precoce daqueles pacientes em risco de não adesão, ou daqueles que já estão com dificuldades, é de suma importância para que se possam planejar intervenções de apoio ao tratamento e de promoção da adesão ao TARV.

Nessa perspectiva, o atendimento multiprofissional na busca da integralidade do cuidado, com a ampliação do olhar sobre o sujeito, possibilita o conhecimento das características socioculturais e as especificidades do contexto e da realidade de vida do

indivíduo (Polejack; Seidl, 2010), de forma a fortalecer vínculos e promover a corresponsabilização entre equipe e usuário, favorecendo o monitoramento da adesão e a implementação de instrumentos e estratégias coerentes com a diversidade de situações vividas pelas PVHA.

No que tange aos medicamentos utilizados, verificou-se o predomínio de esquemas com dois tipos de fármacos (64,8%; n=24), com tomadas de duas vezes ao dia, independente do número de princípios ativos. Biovir[®]+Kaletra[®] foi o mais utilizado (43,2%; n=16) seguido de Biovir[®]+Efavirenz (21,6%; n=8). Outros esquemas utilizados incluíam três (n=7) ou quatro fármacos (n=6), com variação destes e com princípios ativos diversos. Da mesma forma, Blatt e col (2009), quando estudaram adesão ao TARV em Tubarão-SC, encontraram 62,7% dos indivíduos utilizando terapia com dois medicamentos e a maioria dos entrevistados considerou o número de medicamentos excelente e adequado ao seu estilo de vida. Colombrini e col (2008) avaliaram fatores de risco para a não adesão ao TARV em unidade de Leito Dia no interior de São Paulo e constataram 45% dos participantes da pesquisa com esquemas de frequência de tomada de duas vezes ao dia, sem que considerassem alguma dificuldade para realizar o tratamento (76,7%).

É importante salientar que, antes de avaliar o esquema de TARV instituído, é necessário discutir a respeito do início da terapia, pois pode ser um dos momentos mais difíceis para as PVHA, onde uma nova rotina será incorporada no dia-a-dia e a lembrança do diagnóstico poderá estar presente a cada dose ingerida. É, segundo o Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (Brasil, 2008a), uma nova situação que merece abordagem da equipe interdisciplinar a fim de facilitar e preparar a adesão adequada já nesse primeiro momento, realizando o aconselhamento pré-TARV e valorizando, além da prescrição medicamentosa, os demais aspectos de caráter psicossocial do indivíduo (Brasil, 2008a; Polejack; Seidl, 2010), incluindo fatores familiares, com inserção de pares para ação como agentes corresponsáveis e motivadores no contexto da família/afetos.

Sabe-se que a adesão é inversamente proporcional à complexidade do regime terapêutico e à duração do tratamento, que esquemas com duas doses ao dia são mais fáceis de serem seguidos do que àqueles que exigem mais doses diárias (Colombrini e col, 2006; Remor e col, 2007; Brasil, 2008a) e que, apesar dos esquemas terapêuticos estarem mais simplificados e de uso mais fácil, os desafios para a adesão permanecem e requerem um

envolvimento que extrapola o paciente, implicando estilo de vida, rede social de apoio, família/cuidador, além da equipe de saúde (Polejack; Seidl, 2010; Resende e col, 2012).

O presente estudo analisou apenas pacientes caracterizados com aderência insuficiente ao TARV, portanto, não foi possível fazer a relação entre complexidade de esquema terapêutico e grau de adesão. Entretanto, houve predomínio de esquemas mais simples em consonância com a ocorrência de algum tipo de reação adversa entre os indivíduos (n=20, 83%), sendo que 75% (n=18) relataram efeitos colaterais relacionados ao trato gastrointestinal (TGI), em especial a presença de diarreia. Quando envolvendo o uso de Kaletra[®], além da diarreia (n=10, 50%), constatou-se perda de peso significativa ou grave nos últimos seis meses entre os avaliados (n=16, 80%), resultados inerentes ao tratamento e a própria doença e/ou abandono da terapia, mas que podem ser atenuados quando envolver atendimento integral, em especial com acompanhamento nutricional (Brasil, 2006a,b).

A presença e o grau de efeitos adversos à medicação são fatores que podem ter influência na adesão ao TARV e no abandono do tratamento (Colombrini e col, 2006; Brasil, 2008; Pararelli, 2013). Entre os indivíduos avaliados, 11 (29,7%) relataram não apresentar nenhum tipo de desconforto associado às medicações, os demais (n=26; 70,3%) apresentavam sintomas relacionados ou não ao TGI. Entre os sintomas do TGI (n=23; 62,2%) predominaram diarreia (n=11; 29,7%) e náusea/vômitos (n=7; 18,9%), seguidos, em menor porcentagem, de constipação, disfagia, distensão e dor abdominal, xerofthalmia, pirose e refluxo gastroesofágico. Foram referidos, também, cefaléia, câimbras, tontura, alucinações, pesadelos e cólica biliar.

Em pesquisa de análise documental de prontuários médicos realizada por Santos; Seidl (2011), as queixas da presença de efeitos colaterais e da falta de motivação para continuar o tratamento estavam presentes. Resende e col (2012) obteve relato de percepção de reações adversas em 30,2% de seus entrevistados, sendo predominantes (52,1%) àquelas relacionados aos transtornos gastrointestinais, mas tontura, insônia, sonolência, depressão, alergia e dores articulares também foram referidos. Almeida e col (2011) encontraram como fatores intervenientes na adesão ao TARV, além de outros, os efeitos colaterais, sendo que 67,5% dos indivíduos apresentavam algum tipo de efeito colateral, com maior frequência de náuseas, vômitos e diarreia, corroborando os dados do presente estudo.

Importante ressaltar que a presença de efeitos adversos à medicação pode ser complicador do TARV, tornando-o aversivo (Brasil, 2008a; Resende e col, 2012; Paparelli,

2013). Contudo, a adesão pode ser favorecida à medida que o usuário encontrar espaço e apoio em uma equipe de saúde disponível e atenta para essas queixas, de forma que possam esclarecer a prescrição e suas consequências, discutir as dúvidas e medos, amenizar dores, fortalecer vínculos e, dessa forma, traçar estratégias de manejo e prevenção dos efeitos colaterais, tanto para minimizá-los ou mesmo superá-los, fazendo os ajustes possíveis a fim de evitar a redução ou interrupção do tratamento por conta própria.

Além disso, entre os esquemas prescritos, três indivíduos (8%) estavam sem uso das medicações por abandono ou por suspensão médica, sendo que todos tinham prescrição de três ou quatro fármacos. Estudos apontam que entre 30 a 50% de pessoas em TARV interrompem ou abandonam o tratamento por conta própria, uma ou mais vezes (Brasil, 2008a), e esse fato pode ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico. Em consonância a isso, a presente pesquisa selecionou, conforme critérios de inclusão e exclusão, noventa indivíduos e obteve resposta de apenas 37, com perda de 58%, confirmando a má adesão e a dificuldade de resgate desses usuários, sem ter sido possível caracterizar os motivos de tal comportamento.

A tabela 2 apresenta os dados resultantes da avaliação nutricional e antropométrica dos indivíduos estudados.

Tabela 2 – Descrição das categorias de classificação resultantes da avaliação nutricional e antropométrica dos usuários com má adesão ao TARV, Santa Maria, 2013 (n=37).

Variáveis	Categorias	N	%
Índice de Massa Corporal	Abaixo de 18,5 Kg/m ²	1	2,7
	18,5 a 24,99 Kg/m ²	21	56,8
	Acima de 24,99 Kg/m ²	15	40,5
% de Perda de Peso	Sem perda	10	27
	Significativa	17	46
	Grave	10	27
Área Muscular do Braço	Normal	28	75,7
	Leve/Moderada depleção	3	8,1
	Grave depleção	6	16,2

Na sequência, o instrumento “Malnutrition Universal Screening Tool” possibilitou avaliar o risco nutricional entre os indivíduos com dificuldades de adesão ao TARV. A Tabela 3 apresenta os resultados.

Tabela 3 – Rastreamento do risco nutricional através do MUST em indivíduos com má adesão ao TARV, Santa Maria, 2013 (n=37).

Categorias de Risco	N	%
Baixo risco	22	59,5
Risco médio	3	8,1
Alto risco	12	32,4

Na análise dos dados apresentados na tabela 2, verifica-se que, apesar de 27 pacientes terem apresentado perda de peso (73%), em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) permaneceram ainda acima do peso ou em eutrofia, ou seja, o estado nutricional anterior era, na maioria, sobrepeso e obesidade. Isso mostra que PVHA já não se apresentam com o esteriótipo divulgado no passado, com aparência “cadavérica”. O advento dos medicamentos antirretrovirais, os atuais hábitos alimentares e de vida levam ao aumento de peso (Quintaes; Garcia, 1999; Brasil, 2006a), fazendo com que essa perda apresentada não os levasse ao estado de desnutrição e nem tivessem perda significativa de massa muscular pela AMBc, mas sabe-se que perda de peso maior que 10% interfere no estado imunológico, independente do IMC (Waitzberg, 2009).

Mas, é importante estar atento que, entre os indivíduos com perda de peso grave (n=10), todos apresentavam alto risco nutricional, detectado pelo MUST, e a maioria (n=9) tinha presente algum tipo de efeito colateral.

Dessa forma, verificou-se que, apesar de o IMC não indicar desnutrição, o risco nutricional existe e somam 40,5% quando considerados médio e alto risco avaliados pelo MUST (tabela 3), aumentando à medida que o comportamento de abandono ou má adesão ao tratamento persistirem, com possibilidade de aumento do percentual de perda de peso e depleção muscular, influenciando no sistema imune e sendo agravado quando houver exposição e desenvolvimento de doenças oportunistas (Brasil, 2006a; 2008a). Portanto, aferição de medidas antropométricas simples e a aplicação do MUST têm grande valia para o

monitoramento de estado e risco nutricional, pois esse se mostrou um instrumento de triagem que aponta melhor o risco nutricional quando comparado com o IMC.

Ressalta-se que a importância da alimentação e nutrição para as PVHA vem adquirindo grande relevância, tanto pelas características da infecção pelo HIV quanto pelos possíveis efeitos adversos das medicações antirretrovirais, esses podendo dificultar a adesão e intensificar a perda de peso e o risco nutricional. Uma alimentação saudável é fator importante para a saúde e para a qualidade de vida, influenciando no bem estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção de agravos à saúde e no tratamento de doenças (Brasil, 2006a), contribuindo para o cuidado integral das PVHA, já que o próprio tratamento provoca distúrbios nutricionais como dislipidemia, lipodistrofia, alterações metabólicas e de micronutrientes, interferindo, assim, no sistema imune, entre outros agravos, existindo, dessa forma, fortes indícios que o estado nutricional é um importante determinante da sobrevivência de pessoas infectadas com o vírus HIV (Gredel, 2011).

Dado importante no acompanhamento das PVHA refere-se ao hábito de solicitação de outros exames laboratoriais, quando da coleta de sangue para verificação de CV e linfócitos CD4. Entre os pacientes provenientes do CTA municipal Casa Treze de Maio, todos (n=12; 100%) tinham solicitação, juntamente com o rastreamento de CV e CD4, dos exames laboratoriais elencados como relevantes na busca feita em prontuários médicos, os quais tem relação direta ao estado nutricional. Nos indivíduos procedentes do HUSM (n=25), apenas um teve solicitação de albumina juntamente com os demais exames, durante o período analisado, outro (n=1) não tinha solicitação de perfil lipídico, glicemia e albumina desde 2011 e outro (n=1) não tinha solicitação de nenhum dos exames pesquisados desde 2011, os demais tinham solicitação de CV e CD4 isoladamente ou os referidos exames foram solicitados em datas distantes ou a pedido do nutricionista, caso os indivíduos estivessem em acompanhamento desse profissional.

Acredita-se que essa discrepância entre os serviços deva-se ao fato de, no CTA municipal, ter inserida na equipe permanente de assistência uma nutricionista, além de residentes da Nutrição e de que, no HUSM, o ambulatório de Nutrição para acompanhamento de pacientes HIV/AIDS tenha sido implantado recentemente, em 2010, pelo Programa de Residência Multiprofissional, através das demandas detectadas nos ambulatórios médicos de inserção desses residentes. Além disso, é convencionado entre os médicos infectologistas, no HUSM, que solicitações de exames só são realizadas após o comparecimento do paciente em

três consultas consecutivas e com acompanhamento de familiar ou cuidador, ressaltando a importância dos laços familiares e da corresponsabilidade entre o usuário, equipe de saúde e rede social de apoio.

Verificou-se, também, após início da inserção dos atendimentos multiprofissionais nos ambulatórios da DI, aumento dos encaminhamentos ao ambulatório de atendimento nutricional, onde além das consultas são prescritos suplementos alimentares, incluindo imunomoduladores, e produtos nutricionais para controle de efeitos colaterais, como diarreia, disponibilizados através da Política Municipal de DST/AIDS para usuários da cidade de Santa Maria, RS.

Em consonância com o enfoque à adesão ao TARV trabalhado com os pacientes, foi possível verificar, objetivamente, os dados resultantes das abordagens realizadas, com resgate de usuários em dificuldade de adesão e, conseqüentemente, retorno ao acompanhamento clínico e ao TARV, confirmado pelos resultados laboratoriais de CV no início e posteriores às atividades de intervenção.

Constatou-se que, embora nem todos os indivíduos tenham realizado novas coletas de sangue para CV (n=5) e alguns (n=11; 29,7%) tiveram seus valores aumentados, a maioria (n=21; 56,7%) passou a valores indetectáveis ou reduziram seus resultados de CV.

Um aspecto a ser considerado é que os efeitos positivos do uso adequado dos antirretrovirais são invisíveis, se o paciente era assintomático antes do início da terapia, pois o êxito do tratamento será marcado pelas mudanças de seus indicadores virológicos e imunológicos (CV e CD4) e não em função da melhora de seu estado de saúde (Brasil, 2008a). Isso reforça o papel da equipe de saúde em mostrar ao paciente os resultados dos exames, explicando seu significado e proporcionando a visualização do progresso do tratamento, reconhecendo as vantagens do mesmo e fortalecendo a motivação para a adesão, mas evitando que os exames assumam demasiada importância ou sejam o único foco do cuidado, podendo causar desmotivação quando resultados contrários forem apresentados.

Dessa forma, com os dados relatados, confirma-se a importância do atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar, além de poder ter sido verificada e manifestada na fala dos usuários durante a abordagem qualitativa, como segue:

“Faltam pessoas que nem vocês, para ajudar, auxiliar, ter esse carinho, esse amor, porque muitas pessoas não veem com os olhos de vocês, então é uma coisa que eu acrescentaria bastante nessa área, que tivessem pessoas a mais para fazer o serviço de vocês, que eu acho que é uma coisa muito interessante, o apoio que vocês tão dando pra nós [...] o prefeito, os governantes daqui, podiam olhar com outro olhar, e botar mais pessoas, não só duas pessoas, mas, mais, se eles olhassem com esses

olhos eles iriam ver que pessoas não morreriam tão fácil [...] se eles olhassem com esse olhar que vocês olham seria magnífico.” (E.1)

Considerações Finais

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RMIS), vinculada ao Centro de Ciências de Saúde da UFSM, atua com o desafio de vivenciar processos de tríplice integração entre diferentes níveis do sistema: interdisciplinaridade, intersetorialidade, interinstitucionalidade. A proposta pedagógica, inovadora entre as Residências Multiprofissionais no Brasil, busca, no dia-a-dia, fazer com que os princípios e diretrizes do SUS tenham sentido, ressignificando-os com o propósito de gerar novos arranjos organizacionais, rompimento dos modelos tradicionais e o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva dos profissionais envolvidos, de modo a reorientar os modelos de formação-gestão-atenção para o SUS, através de um diálogo construtivo, reconhecendo os limites das tecnologias duras, valorizando as tecnologias leves e utilizando, amplamente, os dispositivos da Clínica Ampliada.

Com esse intuito, a equipe de Residentes Multiprofissionais em Sistema Público de Saúde responsável por esse trabalho procurou atuar através de um modelo diferenciado de assistência, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, proporcionando a conscientização e a autonomia do sujeito em pacientes com má adesão ao TARV, procurando restabelecer o vínculo com os profissionais e o resgate ao tratamento, o que foi constatado por meio do retorno às consultas e/ou resultado dos exames de CV.

Além disso, no período do desenvolvimento do estudo, nenhum dos usuários atendidos teve internação hospitalar registrada, reforçando que, com a adesão ao tratamento, ocorre redução de internações hospitalares e de agravos relacionados à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento de AIDS, promovendo redução de custos e melhor acompanhamento ambulatorial, de forma integral, a esses indivíduos.

Sabe-se que falhas na adesão e abandono do TARV podem ser determinados por aspectos de diferentes naturezas, desde socioeconômicos, físicos, emocionais, individuais e institucionais, passando pela qualidade do acesso, efetividade e resolutividade do serviço, além da corresponsabilização paciente/equipe de saúde.

Na busca da integralidade do cuidado em PVHA, a confiança e o vínculo entre os atores desse processo – profissionais e usuários – devem ser fortalecidos e o empoderamento do conhecimento deve envolver o paciente, de modo que seja promovido o desenvolvimento

de questionamentos e a criticidade para a busca de informação sobre sua saúde e qualidade de vida.

A complexidade da atenção à saúde dessas pessoas requer, portanto, o investimento na integralidade das ações e do cuidado, lançando mão de equipes multiprofissionais para a construção de práticas interdisciplinares em diferentes níveis de atenção. É um processo que ainda demanda grandes desafios, pois ferramentas como a Clínica Ampliada e Compartilhada e o desenvolvimento da escuta qualificada ainda são pouco implantadas na rotina assistencial, apesar de documentos sobre a temática já existirem desde 1990 com a Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90) e reforçados com a Política de Humanização, HumanizaSUS, em 2004 e 2006.

Referências

ALMEIDA, E. L. et al. Adesão dos portadores do HIV ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.5, n.2, p.208-216, abr-jun. 2011.

BLATT, C. R. et al. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.42, n.2, p.131-136, mar-abr. 2009.

BORGES, M. J. L. et al. Trabalho em equipe e intesdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.147-156, 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV**. Série Manuais n.71. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Série Manuais n.84. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASILEIRO, M. E.; CUNHA, L. C. Diagnóstico de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em terapia antirretroviral. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.392-396, jul-set. 2011.

CECCATO, M.G.B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1388-1397, set-out. 2004.

COLOMBRINI, M. R. C. et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.576-581, 2006.

COLOMBRINI, M. R. C. et al. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.490-495, 2008.

DIAS, M. C. G. et al. Exame Físico e Antropometria in WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 4ªed. Atheneu. São Paulo, 2009a.

_____. Rastreamento nutricional in WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 4ªed. Atheneu. São Paulo, 2009b.

GALLANT, J. E. Approach to the treatment-experienced patient. **Infectious Disease Clinics of North America**, p. 2185-102, 2007.

GREDEL, S. **Nutrição e Imunidade no Homem**. International Life Sciences Institute do Brasil, São Paulo, 2ª ed. 2011.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/AIDS como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, supl.1, p.1143-1148, jun. 2010.

NEMES, M.I.B. et al. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, n.18, supl.3, p.15-20, jun. 2004.

PAPARELLI, R. B. **Aspectos psicossociais da adesão às terapias antirretrovirais: investigação qualitativa em três momentos do tratamento**. São Paulo: CCD/SES-SP, 2013.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.15, supl.1, p.1201-1208, jun. 2010.

QUINTAES, K.D.; GARCIA, R.W.D. Adesão de pacientes HIV positivos à dietoterapia ambulatorial. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.2, p.175-181, mai-ago, 1999.

REIS, A. C. et al. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.23, n.3, p.420-429, 2010.

REMOR, E. et al. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 685-694, jul. 2007.

RESENDE, R. C. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.10, n.2, p.186-201, ago-dez. 2012.

SANTOS, F. B.; SEIDL, E. M. F. Caracterização de pessoas com HIV/AIDS em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasília Médica**, Brasília, v.48, n.3, p.268-276, out. 2011.

SOUSA, P. K. R. et al. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p.381-384, mar-abr. 2011.

TUBOI, S. H. et al. Predictors of virologic failure in HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy in Porto Alegre, Brazil. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.40, n.3, p.324-328, nov. 2005.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 4ªed. Atheneu. São Paulo, 2009.