

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO – ESPECIALIZAÇÃO À DISTÂNCIA GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**



**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E SUA INTER-RELAÇÃO NO
CUIDADO A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA
O HIV**

ARTIGO

Samuel Spiegelberg Zuge

**Restinga Sêca,
2014**

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E SUA INTER-RELAÇÃO NO
CUIDADO A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL
PARA O HIV**

Samuel Spiegelberg Zuge

**Artigo apresentado a Pós-Graduação - Especialização à Distância:
Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal
de Santa Maria (UFSM, RS).**

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Restinga Sêca, RS

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO – ESPECIALIZAÇÃO À DISTÂNCIA GESTÃO de
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o artigo

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E SUA INTER-RELAÇÃO NO
CUIDADO A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA
O HIV**

elaborada por

Samuel Spiegelberg Zuge

como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão de
Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Cristiane Cardoso de Paula
(UFSM) (Presidente/Orientadora)

Prof^a. Dra. Stela Maris de Mello Padoin
(UFSM) Primeiro Examinador

Prof^a. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima
(UFSM) Segundo Examinador

Prof^a. Dra. Aline Cammarano Ribeiro
(UFSM) Suplente

Restinga Secã, 09 de dezembro de 2014.

RESUMO

Monografia

Pós-Graduação – Especialização à Distância

Universidade Federal de Santa Maria

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E SUA INTER-RELAÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV

Autor: Samuel Spiegelberg Zuge

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Local e data de defesa: Santa Maria, 09 de dezembro de 2014.

Introdução: A adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida. Tornando necessário avaliar a vulnerabilidade programática das pessoas em tratamento para o HIV/AIDS, uma vez que, os aspectos institucionais podem ser considerados fatores de interferência na adesão ao tratamento antirretroviral.

Objetivo: Analisar a partir das produções científicas os aspectos relacionados a vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS. **Método:** Revisão narrativa da Literatura, que teve como questão de pesquisa: quais aspectos da vulnerabilidade programática estão inter-relacionados na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS? A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2014, nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (MEDLINE). A seleção das produções nas bases de dados ocorreu em maio de 2014. Foram avaliados os critérios de inclusão: artigos original, disponíveis na íntegra de forma online e gratuita; publicados até o ano 2013; em idioma português, inglês ou espanhol. E dos critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Aqueles artigos que forem identificados em mais de uma base de dados serão considerados somente uma vez para acesso ao texto na íntegra. E posteriormente submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Foram analisadas 13 produções, as quais apontaram três aspectos da vulnerabilidade programática: 1) o compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe (comunicação adequada de informações, avaliações dos fatores de não adesão, o acolhimento; intervenções e a construção de redes de suporte social); 2) o acesso ao serviço de saúde (direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais, facilidade de acesso às informações e a não fragmentação do serviço); e a 3) organização dos serviços (metodologias comuns e compartilhadas, participação comunitária na gestão dos serviços e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde).

Conclusão: Os serviços de saúde a fim de promover a saúde das pessoas em tratamento antirretroviral podem estruturar o fortalecimento do compromisso e responsabilidade dos profissionais, possibilitar o acesso ao serviço e planejar a organização do serviço de saúde a fim de atender as necessidades de cada sujeito, contribuindo para a melhora da adesão ao tratamento antirretroviral.

Descritores: Enfermagem. Gestão em Saúde. Síndrome da Imunodeficiência Humana. HIV. Adesão à medicação. Vulnerabilidade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	ARTIGO	10
	Introdução do artigo	11
	Metodologia	12
	Resultados	14
	Discussão	18
	Conclusões	21
	Referências	23
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIA	28
	ANEXOS	30

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é definida como uma condição clínica, caracterizada por uma notável diminuição de células CD4⁺ e pelo desenvolvimento de infecções oportunistas, a qual ocorre a partir da replicação e propagação constante do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (LEVY, 2010).

No Brasil, o primeiro caso de AIDS ocorreu em 1981, entretanto somente em 1983, que pesquisadores concluíram que esta doença era causada por um retrovírus, o HIV. Ao longo dos mais de 30 anos de epidemia se observa que a preocupação da comunidade científica estava inicialmente focalizada na identificação dos indivíduos com a doença e suas características (LEVY, 2010).

Inicialmente, a epidemia a AIDS foi identificada em homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína, sendo definidos como grupos de risco (DOURADO, 2006; SOUSA, 2012). E a principal estratégia de prevenção foi o isolamento sanitário dos indivíduos que pertenciam a este grupo, provocando a “morte social”, os quais fortaleceram o preconceito e a discriminação a estes indivíduos.

A principal repercussão do conceito de grupo de risco foi o retardamento da identificação de suscetibilidade à AIDS das pessoas que não estavam inclusas nestes grupos (AYRES, et al, 2009).

Em virtude, desta problemática foi estabelecido um novo conceito que viesse a instrumentalizar as práticas de saúde na resposta à epidemia da AIDS, sendo denominado de comportamento de risco (GRIEP, ARAUJO, BATISTA, 2005). Este permitiu potencializar a ampliação da preocupação com a AIDS, em que qualquer pessoa poderia adotar um comportamento de risco e, desta forma, se expor ao HIV, permitindo estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, por meio da transformação de seus comportamentos (AYRES, et al, 2009). Entretanto, o conceito de comportamento de risco potencializa a responsabilidade de cada indivíduo frente às medidas preventivas para o HIV e, também, a sua culpabilização da infecção, por não ter aderido a um comportamento de proteção (GOMES, SILVA, OLIVEIRA, 2011).

Com passar dos anos, o perfil da epidemia da AIDS mudou radicalmente, motivando pesquisadores da Universidade de Harvard a propor, no início da

década de 1990, um conceito que permitisse intervir sobre a epidemia da AIDS, sendo denominada de vulnerabilidade (AYRES, et al, 2009; SODELLI, GIL, REGEN, 2014). Assim, a vulnerabilidade vem com o objetivo de responder a percepção da chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS, o qual não é resultado apenas de um conjunto de aspectos individuais, mas também de ordem coletiva, contextual, e por meio da disponibilidade de recursos de todas as ordens (CALAZANS, et al, 2006; AYRES, et al, 2009).

A vulnerabilidade busca integrar três dimensões interdependentes (individual, social e programática), que permitem compreender os aspectos da vida das pessoas e comunidades, que as tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por AIDS (CALAZANS, et al, 2006; AYRES, et al, 2009).

A dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela AIDS. Analisa os aspectos relacionados ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para a exposição ao vírus, ou ao adoecimento pela a AIDS (AYRES, et al, 2006).

A dimensão social da vulnerabilidade busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem a vulnerabilidade individual. Os aspectos que a envolvem permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção (AYRES, et al, 2009).

A dimensão programática da vulnerabilidade procura avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação e bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade (AYRES, et al, 2009). Destaca-se que neste estudo de revisão serão analisados os aspectos relacionados à dimensão programática (Quadro 1).

Quadro 1 – Aspectos relacionados à dimensão programática da vulnerabilidade.

Dimensão Programática
<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso político dos governos; - Definição de políticas específicas; - Planejamento e avaliação das políticas; - Participação social no planejamento e avaliação; - Recursos humanos e materiais para as políticas; - Governabilidade;

- Controle social;
- Sustentabilidade política, institucional e material da política;
- Articulação multissetorial das ações;
- Atividades intersetoriais;
- Organização do setor saúde;
- Acesso aos serviços;
- Qualidade dos serviços;
- Integralidade da atenção;
- Equidade das ações;
- Equipes multidisciplinares;
- Enfoques interdisciplinares;
- Integração entre prevenção, promoção e assistência;
- Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes;
- Compromisso e responsabilidade dos profissionais;
- Respeito, proteção e promoção de direitos humanos;
- Participação comunitária na gestão de serviços;
- Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços;
- Responsabilidade social e jurídica dos serviços.

* **Fonte:** AYRES, et al, 2009. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.

Esta evolução no campo da saúde é reflexo de mudanças ocorridas na década de 1990, principalmente em decorrência da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo mediante a “políticas sociais e econômicas a redução de riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde”(BRASIL, 1988).

No contexto do HIV/AIDS, este avanço fica evidente a partir da descoberta do tratamento medicamentoso, o qual representa um importante marco na história do HIV/AIDS, uma vez que a sua utilização possibilita a diminuição na morbidade e mortalidade dos indivíduos com a doença (POLEJACK, SEIDL, 2010). E a descoberta do primeiro medicamento, denominado Zidovudina (AZT), ocorreu no ano 2000, tornando a AIDS uma doença tratável, que em seu quadro clínico permite a diminuição da carga viral do HIV na corrente sanguínea e o aumento de células CD4⁺ (CECCATO, *et al.*, 2004).

O Brasil, apesar de ser um País em desenvolvimento ganha destaque no contexto mundial, uma vez que apresenta a política de distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais (ARVs) aos indivíduos com HIV e doentes de AIDS. Os resultados da realização da terapia permitiram a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do sistema imunológico. Estes têm sido

associados a benefícios marcantes na saúde física dos indivíduos com HIV/AIDS, permitindo que elas retomem e concretizem seus planos de vida (BASTOS, 2006).

Para haver uma resposta terapêutica para o HIV/AIDS, torna-se necessário manter a adesão ao tratamento medicamentoso. Assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida. A literatura, ainda a define como o seguimento da prescrição médica (DIAS, et al., 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define a adesão como a ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação da saúde, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos por parte do sujeito (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005). Desta forma, a adesão é considerada um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano dos indivíduos com HIV/AIDS, o que pressupõe a sua participação nas decisões (BRASIL, 2014).

Existem fatores que podem interferir ou contribuir para a adesão ao tratamento medicamentoso para o HIV/AIDS, e que estão interligados entre os três planos interdependentes da vulnerabilidade.

Ressalta-se que neste estudo, será utilizado como referencial teórico apenas a dimensão da vulnerabilidade programática, pois, primeiramente entende-se que ela esta representada pela interseção entre a dimensão individual e social, e por a adesão ao tratamento antirretroviral ser considerada atualmente uma das prioridades nas atividades de assistência e controle da epidemia da AIDS no País, necessitando que os serviços de saúde priorizem as avaliações acerca dos níveis de adesão ao tratamento, bem como a sua efetividade.

Assim, destaca-se que ao identificar os aspectos relacionados a dimensão da vulnerabilidade programática que estão inter-relacionados com a adesão ao tratamento antirretroviral possibilita avaliar neste contexto, os cuidados primários de saúde. Uma vez que, estes cuidados buscam apontar os principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação (OMS, 1978), conforme as necessidades de cada sujeito e cada doença.

Esta monografia será apresentada no formato de artigo científico, intitulado **“Vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV”**, e têm por objetivo analisar a partir das produções científicas os aspectos relacionados a vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS, o qual será posteriormente submetido à Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental, classificado como periódico B1 pela CAPES, na área de concentração da Enfermagem.

ARTIGO - Máximo 25 páginas

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E SUA INTER-RELAÇÃO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV

PROGRAMMATIC VULNERABILITY AND ITS INTER-RELATIONSHIP IN CARE ACCESSION TO
TREATMENT FOR HIV ANTIRETROVIRAL

VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA Y SU RELACIÓN ENTRE EN ADHESIÓN DE CUIDADO
DE TRATAMIENTO PARA ANTIRRETROVIRAL CONTRA EL VIH

Resumo

Objetivo: analisar a partir das produções científicas os aspectos relacionados à vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS. **Método:** Revisão narrativa da Literatura. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2014, nas bases de dados LILACS e MEDLINE e submetido a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Foram analisadas 13 produções, das quais apontam os aspectos da vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão: 1) o compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe (comunicação adequada de informações, avaliações dos fatores de não adesão, o acolhimento; Intervenções e a construção de redes de suporte social); 2) o acesso ao serviço de saúde (direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais, facilidade de acesso às informações e a não fragmentação do serviço); e a 3) organização dos serviços (metodologias comuns e compartilhadas, participação comunitária na gestão dos serviços e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde). **Conclusão:** Os serviços de saúde a fim de promover a saúde das pessoas em tratamento antirretroviral podem estruturar o fortalecimento do compromisso e responsabilidade dos profissionais, possibilitar o acesso ao serviço e planejar a organização do serviço de saúde a fim de atender as necessidades de cada sujeito, contribuindo para a melhora da adesão ao tratamento antirretroviral.

Descritores: Enfermagem, Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, Adesão à medicação, Vulnerabilidade em Saúde.

Abstract

Objective: to analyze the scientific production from the aspects of program vulnerability and their relationship in adherence to antiretroviral treatment for HIV/ AIDS. **Method:** narrative review of the literature. Data collection took place in May 2014 in the databases

MEDLINE and LILACS and subjected to thematic content analysis. **Results:** a total of 13 productions, of which point out the aspects of program vulnerability and their interrelation in the membership: 1) the commitment and responsibility of professionals and staff (proper reporting, evaluation of non-adherence factors, the host; Interventions and building social support networks); 2) access to health services (timely and continuous right to antiretroviral drugs, to access information easily and non fragmentation of service); and 3) organization of services (common and shared methodologies, community participation in the management of services and assessing the quality of health services). **Conclusion:** health services in order to promote the health of people on antiretroviral treatment can structure the strengthening of the commitment and responsibility of professionals, enable access to the service and plan the health service organization to meet the needs of each subject contributing to improved adherence to antiretroviral treatment.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Medication Adherence, Health Vulnerability, Nursing.

Resumen

Objetivo: analizar la producción científica de los aspectos de la vulnerabilidad del programa y su relación en la adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH / SIDA. **Método:** revisión narrativa de la literatura. La recolección de datos tuvo lugar en mayo de 2014 en el MEDLINE y LILACS las bases de datos y se sometió a análisis de contenido temático. **Resultados:** un total de 13 producciones, de las que señalan los aspectos de la vulnerabilidad del programa y su interrelación en la membresía: 1) el compromiso y la responsabilidad de los profesionales y el personal (como la comunicación adecuada, la evaluación de los factores no - adherencia, el anfitrión; Intervenciones y la construcción de redes de apoyo social); 2) el acceso a servicios de salud (derecho oportuna y continua a los medicamentos antirretrovirales, para acceder a la información con facilidad y no fragmentación de servicio); y 3) la organización de los servicios (metodologías comunes y compartidos, la participación comunitaria en la gestión de los servicios y la evaluación de la calidad de los servicios de salud). **Conclusión:** Los servicios de salud a fin de promover la salud de las personas en tratamiento antirretroviral puede estructurar el fortalecimiento del compromiso y la responsabilidad de los profesionales, permitir el acceso a los servicios y planificar la organización de servicios de salud para satisfacer las necesidades de cada sujeto, contribuyendo para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Descriptorios: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH, Cumplimiento de la Medicación, Vulnerabilidad en Salud, Enfermería.

Introdução

A adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS é definida como a concordância entre a prescrição e o comportamento na ingestão do medicamento⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda conceitua a adesão como um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos relacionados com os aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, que requerem uma decisão compartilhada e de corresponsabilidades entre o sujeito, equipe de saúde e as redes sociais de apoio. Necessita ainda, apresentar uma abordagem que atenda as singularidades socioculturais, com repercussão na qualidade de vida das pessoas⁽²⁾.

Para a eficácia do tratamento antirretroviral, a adesão é considerada um dos maiores determinantes para a resposta à terapêutica⁽³⁾. Para que seja eficaz a adesão ao tratamento, torna-se necessário avaliar a vulnerabilidade destes indivíduos, pois ela se apresenta como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a pessoa se proteger⁽⁴⁾.

A identificação precoce de vulnerabilidade para o não seguimento do tratamento, torna-se essencial, a fim de prevenir a resistência viral, que pode limitar o acesso dos indivíduos às possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, potencializar os índices de morbidade e mortalidade⁽⁴⁾. Entretanto, a abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demonstra, simultaneamente, que não é uma situação que depende unicamente do indivíduo, mas inclui as relações com os outros e o seu entorno⁽⁴⁾.

Dentre os planos analíticos da vulnerabilidade (individual, social e programático)⁽⁵⁾, destaca-se a necessidade de ampliar o reconhecimento das condições que envolvem os serviços de saúde, que de certa forma está implicado ao conceito de vulnerabilidade programática.

O plano individual busca analisar os aspectos relacionados ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para a exposição ao vírus, ou ao adoecimento pela a AIDS. E o plano social busca focar os aspectos que a envolvem permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção⁽⁵⁾.

Já o plano programático busca analisar os recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo, que vão estar diretamente ligados ao bem-estar físico, psicológico e social, estando inter-relacionado aos demais planos (individual e social), uma vez que

a vulnerabilidade depende desta combinação e das experiências de cada um deles⁽⁴⁾. Por a saúde ser entendida como um processo complexo, requer a atuação de profissionais com competência e habilidades para desenvolver o cuidado e compartilhar saberes, partindo da realidade de vida das pessoas⁽⁶⁾.

Destaca-se que ao identificar os aspectos da vulnerabilidade programática possibilita avaliar neste contexto, os cuidados primários de saúde para a adesão prestada pelos serviços. Uma vez que, estes cuidados buscam apontar os principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação⁽⁷⁾, conforme as necessidades de cada sujeito e cada doença.

Justifica-se este estudo uma vez que a adesão ao tratamento antirretroviral deva ser considerada prioridade nas atividades de assistência à saúde e de controle da epidemia da AIDS no País, sendo papel dos serviços de saúde articular estratégias que possibilitem manter a adesão ao tratamento medicamentoso. Assim, objetivou-se analisar a partir das produções científicas os aspectos relacionados à vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS.

Métodos

Estudo do tipo revisão narrativa da literatura. Para a realização desta revisão foi seguido as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos resultados, e por fim a apresentação dos resultados⁽⁸⁾.

Foi realizado uma busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), os quais foram utilizados os descritores (“Adesão à medicação”) *and* (“HIV”) *or* Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). E têm-se como questão de pesquisa: quais aspectos da vulnerabilidade programática estão inter-relacionados na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS?

A seleção das produções nas bases de dados ocorreu em maio de 2014. Após foram avaliados os critérios de inclusão: artigos original, disponíveis na íntegra de forma online e gratuita; publicados até o ano 2013; em idioma português, inglês ou espanhol. E dos critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Aqueles artigos que forem identificados em mais de uma base de dados serão considerados somente uma vez para acesso ao texto na íntegra.

Foram encontradas 23 produções na LILACS e 164 no MEDLINE. A etapa de identificação dos artigos ocorreu, primeiramente, por meio da leitura dos títulos e dos resumos, a fim de identificar as produções que abordassem a temática adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS. Daqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura do artigo na íntegra, avaliando se os resultados ou as limitações/recomendações apresentavam, em sua descrição, as inter-relações entre a vulnerabilidade programática e as ações de cuidado na adesão ao tratamento, totalizando 13 produções analisadas (Figura 1).

Para a coleta e análise dos dados foi utilizado um instrumento, o qual contempla as seguintes informações: identificação do artigo, referência, resultados e limitações / recomendações dos estudos. As produções ainda foram caracterizadas segundo o ano de publicação, área de conhecimento e procedência.

Para a apresentação dos resultados, a fim de organizar e representar o conhecimento a vulnerabilidade programática e sua inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS, foi elaborado um quadro sinóptico (Quadro 1), com as referências dos estudos analisados. As produções foram identificadas pela letra A de artigo, seguida de uma numeração (A1, A2, A3..., sucessivamente).

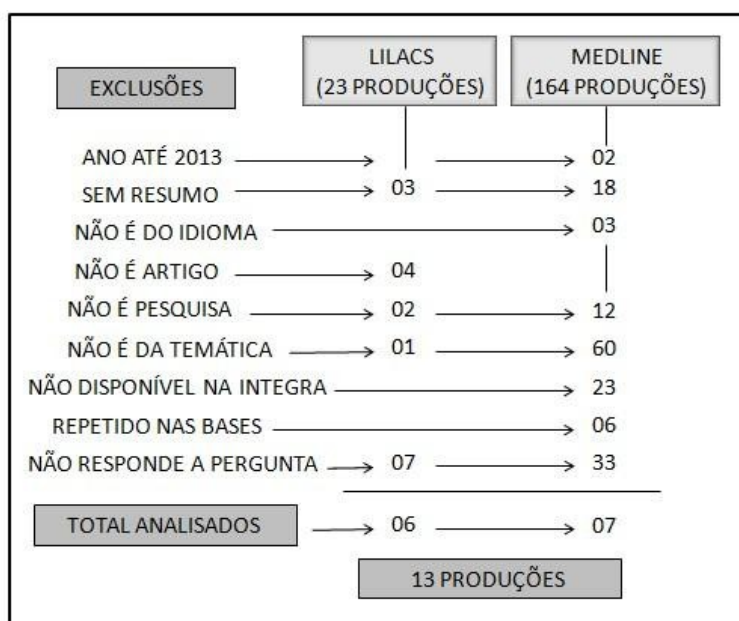


Figura 1 - Fluxograma das exclusões das produções. LILACS e MEDLINE. Santa Maria, RS, 2014.

A análise das produções foi a partir da análise de conteúdo temática⁽⁹⁾, com categorização teórica dos estudos estabelecida por meio do referencial de vulnerabilidade, o qual será avaliado neste estudo somente o plano programático.

De acordo com aspectos éticos deste estudo, procurou-se respeitar as ideias,

conceitos e definições dos autores das produções analisadas, sendo descritas e citadas conformes às normas de submissão deste periódico.

Resultados

Segundo a caracterização dos estudos, o ano de publicação com maior prevalência foi 2011, com quatro produções, a medicina e a enfermagem foram as área de conhecimento com maior número de publicações, respectivamente com quatro produções e o Brasil e Estados Unidos da América foram os Países com maior procedência, com cinco produções cada um (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das produções segundo o ano, área de conhecimento e procedência. LILACS e MEDLINE, Santa Maria, RS, 2014.

Variáveis	N
ANO DE PUBLICAÇÃO	
2013	01
2012	03
2011	04
2010	03
2009	02
ÁREA DE CONHECIMENTO	
Enfermagem	04
Psicologia	03
Medicina	04
Farmácia	02
PROCEDÊNCIA	
Brasil	05
Colômbia	02
Estados Unidos da América	05
Ethiopia	01

A análise de conteúdo temática apontou como aspectos da vulnerabilidade programática na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS o: compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe; acesso ao serviço de saúde; e a organização dos serviços.

O compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe na adesão são considerados um aspecto da vulnerabilidade programática o qual agrupou: a comunicação adequada de informações; a avaliação dos fatores que repercutem na não adesão; o acolhimento; estabelecimento de intervenções; e a construção de redes de suporte social.

A **comunicação adequada de informações (A1-A5)**, necessita de compromisso por parte da equipe, a fim de que as explicações referentes ao tratamento sejam mediadas por uma linguagem simples e objetiva. Buscam-se, em conjunto com as pessoas, formas toleráveis para uso dos esquemas de antirretrovirais e estratégias que minimizem as chances de esquecimento para o cumprimento da prescrição medicamentosa.

A **avaliação dos fatores que repercutem na não adesão (A1,A5,A6)**, torna-se necessário que se conheçam as especificidades e dificuldades materiais e psicossociais de cada pessoa em terapia antirretroviral, para desvelar aspectos que podem motivá-lo no seguimento do tratamento.

O **acolhimento (A6,A7)** da equipe de saúde tem como intuito manter esforços para que as pessoas sejam uma das prioridades no serviço de saúde, a fim de evitar o abandono ao tratamento e garantir a adesão ao tratamento antirretroviral.

O **estabelecimento de intervenções** que possibilitem a melhora da adesão ao tratamento (A2,A3,A5,A6). O serviço de saúde é um local estratégico para promover intervenções as quais estabeleçam informações sobre a importância da adesão. Uma das intervenções estabelecida pelos serviços de saúde é a consulta de enfermagem, as quais possibilitam o aconselhamento, a educação e o oferecimento de um espaço para escuta para as pessoas, os quais possibilitam elaborar estratégias que venham repercutir na adesão ao tratamento antirretroviral. Outra intervenção é a elaboração de um programa de medicação domiciliar supervisionado, o qual possibilita a partir da identificação das pessoas que não estão mantendo a adesão, que o serviço de saúde mantenha a continuidade ao tratamento, sendo o profissional responsável por supervisionar e controlar a ingestão dos medicamentos nos horários pré-estabelecidos na prescrição médica.

A **construção de redes de suporte social** as pessoas em tratamento para o HIV/AIDS (A2,A3,A5,A6), torna-se essencial pois possibilitam o envolvimento do profissional na sua construção, o qual pode ocorrer por meio da elaboração de grupos de apoios, que venham possibilitar a aproximação do sujeito ao serviço de saúde.

O acesso ao serviço de saúde na adesão é considerado um aspecto da vulnerabilidade programática o qual agrupou: direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais; acesso às informações; e a fragmentação do serviço.

O **direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais (A4,A5,A8)**, permitem a continuidade no tratamento e a entrega dos antirretrovirais é uma das maneiras de o serviço manter a adesão. Entretanto, torna-se necessário incluir a assistência prestada pelos profissionais e as ações de educação, aconselhamento e consulta sobre a ingestão do medicamento.

O acesso às informações nos serviços de saúde (A7,A9,A10), possibilita a monitoração e avaliação contínua das dispensações dos antirretrovirais e permite a identificação rápida dos sujeitos com retirada irregular ou em risco de abandono do tratamento. Reduz, assim, o impacto e as consequências da não adesão nos serviços públicos especializados.

A fragmentação do serviço (A4,A8) é considerado uma problemática para se manter a adesão, uma vez que, percebem-se como barreiras da adesão ao tratamento à burocracia impostas pela fragmentação do serviço de saúde. Desta forma, destaca-se o papel das farmácias especializadas em serviços de HIV/AIDS, que podem ser avenidas eficazes para ajudar as pessoas a alcançar a adesão e a persistência em realizar o tratamento antirretroviral.

A organização dos serviços na adesão é outro aspecto da vulnerabilidade programática que agrupou: a utilização de metodologias comuns e compartilhadas; a participação comunitária na gestão dos serviços; e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

A utilização de metodologias comuns e compartilhadas por toda a equipe (A7), contribui para a adesão, embora os serviços de saúde tenham em sua maioria equipes multidisciplinares, é necessário que a linha de cuidado e a metodologia utilizada por todos sejam comuns e compartilhadas, para que as pessoas tenham de fato uma atenção integral e continuada.

A participação comunitária na gestão dos serviços (A11) contribui para a construção de políticas públicas e no estabelecimento de estratégias que venham atender as necessidades específicas dos sujeitos que realizam o tratamento para o HIV/AIDS.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde (A10,A12,A13), permite que os serviços de tratamento e de cuidados para o HIV/AIDS realizem constantes avaliações da qualidade do seu serviço, a fim de reverter às causas de não adesão ao tratamento antirretroviral.

Discussão

O compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe na adesão são estabelecidas por meio de um conjunto de atividades, não devendo apenas ser uma responsabilidade da pessoa que realiza o tratamento, mas também dos profissionais de saúde, sendo firmada uma relação entre estes sujeitos, onde cada um sabe o seu papel^(10,11). Para o sucesso da adesão destacam-se três níveis de comprometimento, o primeiro relacionado o serviço de saúde, o qual necessita de profissionais eficientes,

eficazes e resolutivos, o segundo refere-se a qualidade da assistência prestada pelos profissionais, e por fim o do sujeito⁽¹²⁾.

Salienta-se que serviços de saúde que mantêm este compromisso e responsabilidade, acabam construindo vínculos, possibilitando a comunicação com as pessoas sobre o tratamento, tendo como repercussão, melhores níveis de adesão. Desta forma, a postura profissional frente ao sujeito em tratamento, deve priorizar o acolhimento, para buscar atender as necessidades específicas, e permitir que o usuário participe no planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento⁽¹³⁾.

Ao compreender que a **comunicação adequada de informações** na adesão compõe o plano de vulnerabilidade programática, torna-se necessário valorizar, nas práticas de saúde, uma comunicação acessível e coerente com as necessidades de cada sujeito. Tradicionalmente, aquela sujeito que valoriza a competência do profissional no uso de sua linguagem e na clareza de sua fala, seja de forma informativa, ou de forma prescritiva tem repercussões positivas na adesão ao tratamento⁽¹⁴⁾.

A **avaliação dos fatores que repercutem na não adesão** deve ser utilizada como e estratégia a fim de apoiar o sujeito no seu tratamento, entretanto, também auxilia a equipe de saúde a identificar as dificuldades enfrentadas para realizar o tratamento, o que permite atender as demandas e necessidades específicas de cada sujeito. Deve ser utilizada como um recurso de ajuda e não a fim de culpá-lo pelas dificuldades enfrentadas para aderir ao tratamento antirretroviral⁽³⁾.

O **acolhimento** realizado pelo serviço de saúde constitui-se como um desafio na possibilidade de construção de um cuidado integral e é um dos principais elementos que garantem a qualidade do serviço. Esta pode ser considerado uma estratégia essencial para o estabelecimento de um processo de trabalho diferenciado, concretizando as relações humanitárias entre os pacientes e os profissionais⁽¹⁵⁾.

Para a realização de **intervenções** as pessoas em tratamento antirretroviral torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral, para assim, propor intervenções que viabilizem a promoção da adesão a partir do tratamento proposto⁽¹⁶⁾. Em exemplo, a consulta de enfermagem permite subsidiar condições a fim de possibilitar a atuação direta e independente com o sujeito, surgindo como importante instrumento assistencial, que potencializa os sujeitos a participarem do seu processo de cuidado. Além disso, busca-se com esta intervenção promover o apoio, o acolhimento, a interação, a escuta e o diálogo com o sujeito, estabelecendo em um momento educativo adequado para a troca de saberes e estreitamento de laços entre sujeito e equipe⁽¹⁷⁾.

A elaboração de um programa de medicação domiciliar supervisionado ainda é pouco utilizada no contexto do HIV/AIDS, tendo maior impacto no controle da tuberculose. Entretanto, destaca-se que esquemas de medicamentos combinados que permitem uma única dose ao dia, podem ser administrados de forma supervisionada, e tem mostrado bons resultados, mesmo em países com poucos recursos ou infra-estrutura de saúde⁽¹⁸⁾.

A **construção de redes de suporte social** possibilita estimular o s u j e i t o , uma vez que para manter a adesão ao tratamento é necessário superar inúmeras dificuldades. Assim, uma rede de suporte social, que seja sensível, ativa e confiável, e que atua como agente de ajuda e encaminhamento, possibilita a melhora da auto-estima, enfim, é geradora de saúde tanto nos aspectos físicos e mentais como nos psicológicos e afetivo-emocionais⁽¹⁹⁾.

O acesso ao serviço de saúde na perspectiva da vulnerabilidade programática pode, tanto estar relacionado ao tratamento medicamentoso, como ao atendimento clínico, podendo ser considerado um fator importante na adesão ao tratamento antirretroviral. No Brasil, quando se fala em tratamento medicamentoso para o HIV/AIDS, constitui-se uma realidade diferenciada de outros Países, uma vez que existe uma política de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais para pessoas com o HIV/AIDS, entretanto a existem inúmeras questões que estão ligadas a vulnerabilidade programática que podem gerar dificuldades em cumprir o tratamento⁽¹⁶⁾.

O **direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais** é considerado uma ação que permite garantir a distribuição dos medicamentos a fim de possibilitar a adesão ao tratamento. Este direito é mediado pela lei federal 9.313/96, que garante o acesso universal ao tratamento antirretroviral, sendo de responsabilidade do governo federal garantir de forma contínua os medicamentos antirretrovirais a todos os sujeitos que o necessitam⁽²⁰⁾.

A **facilidade de acesso às informações** sobre o tratamento antirretroviral contribuiu na adesão ao tratamento antirretroviral, uma vez que o serviço de saúde pode ser considerado um espaço que permite o estabelecimento de informações e intervenções que possibilitem as pessoas a terem conhecimento sobre o seu tratamento. Dessa forma, a disponibilidade de informação sobre a importância da adesão, também permite ao profissional da saúde reavaliar as necessidades de adequações ao tratamento, para que tratamento não venha interferir na rotina de vida das pessoas⁽²¹⁾.

A **fragmentação do serviço** é considerada uma problemática para as pessoas que realizam o tratamento antirretroviral, pois dificulta o acesso com facilidade o serviço de saúde e o estabelecimento de estratégias a fim de garantir a adesão. O serviços de saúde que ainda apresentam uma fragmentação na assistência as pessoas em tratamento para o

HIV/AIDS, perpetuam ainda a constituição de um modelo de prática de saúde que interfere na constituição de uma abordagem integral de saúde, podendo desta forma, interferir na adesão⁽²²⁾.

A organização do serviço de saúde esta inter-relacionada com a vulnerabilidade programática, sendo considerada um fator que pode interferir na adesão ao tratamento antirretroviral. Esta organização possibilita a assistência de qualidade no cuidado para a adesão, garantindo a partir dela o acolhimento, o respeito às necessidades psicossociais, levando o sujeito a reconhecer o serviço e os profissionais que nele atuam como parceiros na recuperação de sua saúde⁽²³⁾.

As metodologias comuns e compartilhadas permitem contribuem para o cuidado para a adesão ao tratamento antirretroviral, uma vez que a adesão é considerada como um processo dinâmico e multifatorial que requer decisões compartilhadas dentro do serviço de saúde. Assim, possibilitam a corresponsabilização entre sujeito, equipe de saúde e o seu contexto social⁽²⁴⁾.

A participação comunitária na gestão dos serviços é importante para estabelecer um processo compartilhado as estratégias de adesão, os quais vinculam de forma conjunta o olhar do profissional e do paciente sobre o tratamento. Este vínculo entre serviço e comunidade, permite a implementação de estratégias de adesão, que consequentemente, possibilitam uma participação ativa das pessoas em seu próprio plano terapêutico, tendo repercussão significativa na construção de sua adesão ao tratamento (10,25).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é considerada um meio de o serviço melhorar as estratégias para a adesão ao tratamento antirretroviral. Esta ocorre por meio da avaliação de uma série de indicadores, que estão ligadas diretamente a complexidade do serviço e que dependem dos recursos humanos disponíveis, do processo de distribuição contínuo de medicamentos, realização constante de exames, controle de abandono e faltas, dentre outras⁽²⁶⁾.

Conclusão

As produções científicas sobre os aspectos da vulnerabilidade programática apresentaram como inter-relação na adesão ao tratamento antirretroviral: o cuidado e responsabilidade dos profissionais de saúde e equipe; o acesso ao serviço de saúde; e a organização dos serviços.

O compromisso e a responsabilidade dos profissionais de saúde é um importante meio de contribuir para a adesão da pessoa ao tratamento. Os serviços de saúde que

apresentam profissionais comprometidos com o sujeito, geralmente constituem por meio do acolhimento e da comunicação adequada das informações sobre o tratamento, a construção de um vínculo entre sujeito-profissional, que acaba por fortalecer a construção das redes de suporte social, permitindo assim, identificar os fatores que interferem na adesão e desta forma, estabelecer a construção de intervenções que venham contribuir para a melhora da adesão.

O acesso ao serviço de saúde é outro aspecto que pode interferir na adesão. Principalmente, quando este acesso está mediado por um serviço fragmentado, dificultando pela burocracia dos sistemas de saúde acaba atrapalhando o acesso ao serviço. E, ao possibilitar o direito oportuno e contínuo ao tratamento e a facilidade de acesso às informações sobre suas necessidades, facilitam e contribuem para a realização do tratamento.

A organização dos serviços de saúde possibilitam que as pessoas em tratamento antirretroviral mantenham a adesão. Esta organização quando aliada à avaliação da qualidade da assistência e às decisões do tratamento de forma compartilhada com os demais membros da equipe, contribuem na adesão.

Destaca-se que os serviços de saúde com o intuito de promover a saúde das pessoas em tratamento antirretroviral, podem estabelecer em suas práticas assistenciais, ações que traduzam as necessidades de cada sujeito e pautadas em referenciais que buscam a integralidade e a humanização, permitindo ainda, que o sujeito seja parte atuante e responsável pelo seu tratamento.

Referências

- 1 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2013.
- 2 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
- 3 - Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl.10):1201-8.
- 4 - Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Junior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Huditec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. P. 375-417.

- 5 - Calazans GJ, Filho HCS, Júnio IF, Ayres JRJM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA (Org). Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria. Editora UFSM. 2006. P. 43-62.
- 6 - Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(supl.2):1326-1330.
- 7 - Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. 1978.
- 8 - Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2): 5-6.
- 9 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec:2010.
- 10 - Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev latinoam enferm. 2005;13(5):634-641.
- 11 - Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):490-495.
- 12 - Guaragna BFP, Ludwig MLM, Cruz ALP, Graciotto A, Schatkoski AM. Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/AIDS: Relato de experiência. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2007; 27(2):35-38.
- 13 - Seidl EMF, Mechíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1):2305-16.
- 14 - Bellenzani R, Nemes MIB, Paiva V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/AIDS. Interface. 2013; 17(47):803-834.
- 15 - Abrão FMS, Angelim RCM, Cardoso MD, Queiroz SBA, Freitas RMM, Oliveira DC. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. Rev Baiana de Saúde Pública. 2014; 38(1):140-154.
- 16 - Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):576-81.
- 17 - Macedo SM, Senna MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2):196-201.

- 18 - Vitória MAA. Adesão ao tratamento anti-retroviral: o que podemos fazer para melhorar? In: Ministério da Saúde. Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- 19 - Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma evidência. Rev Bras de Enferm. 2009; 62(2):213-220.
- 20 - Hallal R, Ravasi G, Kuchenbecker R, Greco D, Simão M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. Rev Tempus Actas em saúde coletiva. 2010; 4(2):53-66.
- 21 - Bonolo PF, Gomes RRF, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol Serv Saúde. 2007 Nov. 16(4): 261-278.
- 22 - Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. Ciência e Saúde Coletiva. 2012. 17(1): 147-156.
- 23 - Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):1135-1141.
- 24 - Ilias M, Carandina LM, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. Rev Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(2): 471-84.
- 25 - Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MT, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. Esc Anna Nery. 2013; 17(4) 740-748.
- 26 - Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Bso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(2): 207-212.

N.	Referência
A1	Felix G, Ceolim MF. The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. Rev Esc Enfem USP. 2012; 46(4):884-91.
A2	Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adherence to treatment and factors that interfere with HIV positive and those living with AIDS. Rev Min Enferm. 2011; 15(2): 208-216.
A3	Kourrouski MFC, Lima RAG. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. Rev Latino-am Enferm. 2009; 17(6):16-22.
A4	Biressaw S, Abegaz WE, Abebe M, Taye WA, Belay M. Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among HIV infected children in Ethiopia: unannounced home-based pill count versus caregiver' report. BMC Pediatrics. 2013; 13(132):1-9.

A5	Arrivillaga M, Ross M, Sringer A, Correa D. Applying an expanded social determinant approach to the concept of adherence to treatment: the case of Colombian women living with HIV/AIDS. <i>Womwn's Health</i> . 2011; 21(2):177-183.
A6	Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Correa CM, Freitas MIF. Barriers and facilitators aspects of adherence to antiretroviral therapy in Belo Horizonte - MG. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2011; 64(6):1028-37.
A7	Gomes RRPM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Pharmacy records as na indicador of non-aderence to antiretroviral therapy by HIV-infected patients. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2009; 25(3):495-506.
A8	Arrivallaga-Quintero M. Analysis of barriers to therapeutic adherence for colombian women with HIV/AIDS: a questiono f health rights. <i>Salud Publica Mex</i> . 2010; 52:350-356.
A9	Murphy P, Cocohoba J, Tang A, Pietrandoni G, Hou J, Guglielmo J. Impact of HIV-Specialized Pharmacies on adherence and persistence with antiretroviral therapy. <i>AIDS Patient Care and STDs</i> . 2012; 26(9):526-531.
A10	Braithwaite RS, Fiellin DA, Nucifora K, Bryant K, Roberts M, Kim N, Justice A. Evaluations interventions to improve antiretroviral adherence: how much of an effect is required for favorable value? <i>Value Health</i> . 2010; 13(5):535-542.
A11	Bogart LM, Wagner GJ, Mutchler MG, Risley B, McDavitt BW, Mckay T, et al. Community HIV Tratment advocacy programs may support treatment adherence. <i>Aids Educ Prev</i> . 2012; 24(1):1-14.
A12	Hirsch JD, Gonzales M, Rosenquist A, Miller TA, Gilmer TP, Best BM. Antiretroviral therapy adherence, medication use, and health care costs during 3 years of community pharmacy medication therapy management program for medi-cal beneficiaries with HIV/AIDS. <i>J Manag Care Pharm</i> . 2011; 17(3):213-23
A13	Kalichman SC, Gleber T. Stress and proverty predictors of treatment adherence among people with low-literacy living with HIV/AIDS. <i>Psychosom Med</i> . 2010; 72(8):810-816.

Quadro 1 - Vulnerabilidade programática inter-relacionada com o cuidado à adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS - Síntese da revisão integrativa. LILACS e MEDLINE. Santa Maria, RS, 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade programática ou institucional retrata a necessidade de os serviços de saúde em manter uma equipe que venha atender as especificidades dos pacientes com HIV/AIDS. O que poderia ser facilmente trabalhado, caso os serviços procurassem atentar para as políticas públicas já existentes no contexto do HIV/AIDS, e que, entretanto, não acabam sendo colocadas em prática.

Estas práticas assistências, ao remeter aos serviços e as equipes de saúde, devem estar atentas ao que o Ministério da Saúde vem preconizando nos últimos anos. Uma vez que, a atenção a estes sujeitos remete em assumir responsabilidade frente as ações de cuidado, tornando a adesão ao tratamento uma prioridade na assistência as pessoas com HIV/AIDS.

Assim, ao avaliar os serviços de saúde e as ações de cuidado na adesão ao tratamento antirretroviral, torna-se possível estabelecer estratégias que conseqüentemente possibilitaram de forma conjunta o estabelecimento e a contribuição na adesão, e que terão repercussões diretas na condição clínica e na vida destas pessoas.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr., I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; DELLA NEGRA, M.; et al. Vulnerability, human Rights, and comprehensive care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, pp. 1001-1006, 2006.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA Jr, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Huditec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2013.

CALAZANS, G.J.; FILHO, H.C.S.; FRANÇA Jr., I.; AYRES, J.R.C.M. **O conceito de vulnerabilidade**. In: PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C.; SCHAURICH, D.; FONTOURA, V.A.(org.) **Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia**. Santa Maria. Editora UFSM, 2006.

CECCATO, M. G. B.; et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, 2004.

DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A; CASTRO, S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. **Millenium**. v. 40, 2011.

DOURADO, I; et al.. **Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral**. Rev. Saúde Pública, v. 40, n. suppl, p. 9-17, 2006.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. **Genebra**: ICN. 2005.

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 8, 2011.

GRIEP, R.H.; ARAUJO, C.L.F.; BATISTA, S.M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 14, n. 2, p. 119-126, 2005.

LEVY, J.A. **HIV e a Patogenia da AIDS**. São Paulo: Unifesp, 2010.

PADOIN, S.M.M.; et al. O cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 389-93, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. 1978.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. supl. 10, p. 1201 – 1208, 2010.

SODELLI, F.G.; GIL, M.; REGEN, M. Pessoas como deficiência, vulnerabilidade e HIV/AIDS: aproximações iniciais. **Revista Brasileira de Tradução Visual**. v. 17, n. 17, 2014.

SOUSA, A. M. de; LYRA, A.; ARAÚJO, C. C. F. de; PONTES, J. L.; FREIRE, R. C.; PONTES, T. L.. **A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura**. Journal of Management and Primary Health Care. v. 3. n. 1. 2012.

ANEXO

Normas de submissão da Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental

As diretrizes para autores utilizada nesta monografia encontram-se disponíveis online no site:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/information/authors>

Diretrizes para Autores

A Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental On Line [RPCFO] foi transferida para o formato eletrônico (SEER) em maio de 2009, sem fins lucrativos. Atualmente é editada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)- Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [UNIRIO], com periodicidade trimestral, compondo-se de um volume por ano com quatro números. Está classificada no **QUALIS/CAPES** como **B2**.

Quando da submissão dos manuscritos, em METADADOS DA SUBMISSÃO devem constar todos os AUTORES que por ventura estejam mencionados como << AUTOR >> no corpo do texto. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da RPCFO de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para os consultores *Ad hoc*, de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, será enviado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor.

O manuscrito que NÃO cumprir tais Normas, por INCOMPLETUDE ou INADEQUAÇÃO, SERÁ SUMARIAMENTE DEVOLVIDO antes mesmo de ser submetidos à avaliação PELO CONSULTOR. Portanto, solicitamos atenção na das normas para submissão de manuscritos. Caso não seja atendida a solicitação ajustes no prazo de 3 (três) dias, o mesmo será ARQUIVADO e se houver interesse ainda em publicá-lo, deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

O processo de avaliação utiliza o sistema *Doubleblind peer review*, preservando a identidade dos autores e consultores, com emprego de formulário da RPCFO. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 28 dias, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados *online* para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO após envio de comunicado para todos os autores por entendermos que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes de acordo com as avaliações realizadas. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

Preparo dos manuscritos

QUANTO À REDAÇÃO - os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

QUANTO À AUTORIA - o conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

MÁXIMO DE 06 AUTORES por artigo enviado.

QUANTO À FORMATAÇÃO - os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

a) 25 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver). Configurações textuais, folha tamanho Ofício (35,56cm x 21,59cm), margem superior 2,5cm, margem inferior 2cm, margem esquerda 3,2cm, margem direita 2,2cm, fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5 , parágrafo 1,25cm , alinhamento justificado.

b) Representações Visuais: Tabelas, Quadros, Gráficos, Fluxogramas, Diagramas, Imagens, Figuras, Fotografias e etc.

- c)** Todo tipo de representação visual que não fizer parte do conteúdo textual será considerada como imagem sendo limitada a um total de 6.
- d)** Tabelas, quadros, gráficos, fluxogramas, diagramas, poderão ter largura máxima de 15cm e altura máxima de 25cm, devendo estar inseridas dentro do texto deverão estar inseridas centralizadas no decorrer da parte textual de acordo com sua aparição no texto, deverão também seguir as normas do IBGE para tabelas, quadros, gráficos e etc, para título, identificação, ano, local e etc.
- e)** Imagens (figuras, ilustrações, fotografias) devem estar no formato JPEG, com resolução mínima de 300dpi, deverão estar inseridas centralizadas no decorrer da parte textual de acordo com sua aparição no texto, deverão também seguir as normas.
- f)** As imagens não deverão ultrapassar a largura máxima de 15cm e a altura máxima de 25 cm.
- g)** Fotografias que possuam imagens de pessoas que permitam sua identificação deverão ser submetidas juntamente com a autorização de direito de imagem, assim como também imagens que sejam registradas ou patenteadas.
- h)** Páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.
- i)** Os resumos devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-llave. Usar: DESCRITORES, DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, respectivamente. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.
- j)** Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água), exceto para títulos e subtítulos. Nos subtítulos NÃO USAR numeração nem no final o sinal de:. O texto deve ser escrito abaixo.
- g)** Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.
- h)** Os títulos e subtítulos devem ser identificados por negrito e apenas a primeira letra maiúscula.
- i)** Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j)** As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo

Vancouver. Não usar o termo << BIBLIOGRÁFICAS >>

I) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,5 cm para as referências.

QUANTO À ESTRUTURA

a) Página de rosto - título do manuscrito que deve ser centralizado e em maiúscula com negrito; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive. Abaixo do título, justificado: 1) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier; 2) Se elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada.

b) Resumos - devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. DESCRITORES - indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health - MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. TESE E DISSERTAÇÃO - enviar o resumo, abstract e resumen.

c) Texto - os textos de manuscritos Pesquisa, Pesquisa de Iniciação científica, Ensaio e de Revisão Integrativa ou Sistemática de Literatura devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional); 8) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver).

As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias. Os textos de manuscritos Pesquisa, Página de Iniciação Científica, Ensaio e de **Revisão Integrativa** ou Sistemática de Literatura devem conter as seguintes seções:

1) INTRODUÇÃO - deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes. Apresentar os objetivos da pesquisa.

2) MÉTODOS - devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, deve ser considerada; para os estrangeiros, se adotaram a Declaração de Helsinki, disponível na página URL: <http://www.wma.net>.

3) RESULTADOS - devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

a) TABELAS - devem seguir os itens b, c, d. com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

b) ILUSTRAÇÕES - devem seguir os itens b, c, d, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

c) CITAÇÕES - No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

d) DEPOIMENTOS - na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada

depoente entre parênteses. Exemplo: Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson).

4) DISCUSSÃO - deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

5) CONCLUSÃO - relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

6) AGRADECIMENTOS - devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo.

7) REFERÊNCIAS

A RPCFO adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al". Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Exemplos:

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.
 2. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6
 3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.
 4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
 5. Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]*. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
 6. Tannouri AJR, Silveira PG. *Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.
 7. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [periódico na Internet]*. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>
 8. *Cancer-Pain.org [homepage na Internet]*. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>. OUTROS
- Livros como um todo: Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
- Livros traduzidos: Nightingale F. *Notas de enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
- Livros com organizador, coordenador, editor ou compilador: Figueiredo NMA, Viana DL, coordenadoras. *Tratado prático de enfermagem*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006.
- Capítulo de livro: Moreira A. *Movimentos de profissionalização da enfermagem*. In: Oguisso T, organizadora. *Trajectoria histórica e legal da enfermagem*. 1ª. São Paulo (SP): Manole; 2005.

Teses, dissertações e monografias acadêmicas:

1. Melo ECP. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
2. Porto F. A cartografia de luta das enfermeiras obstetras na maternidade Leila Diniz (1996-1998): do soldado ao batom [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
3. Alessandra CM. O enfermeiro diante do corpo do cliente em fase terminal: o cuidado que transcende o real e o concreto [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2005.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos:

1. Amorim WM, Barreira IA. As circunstâncias do processo de reconfiguração da Escola Profissional da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. In Anais do 2º Colóquio Latino-americano de História de Enfermagem; 2005 set 12-15; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2005. p 148-53.