

Busca ativa de pessoas que vivem com HIV/Aids: uma estratégia para obter carga viral indetectável

Active search for people living with HIV / AIDS: a strategy for undetectable viral load

Búsqueda activa de personas que viven con VIH / SIDA: una estrategia para la carga viral indetectable

Letícia Costa Vallory¹; Flávia Liz de Carvalho¹; Itamar Teodoro de Faria²; Gleida Dias Souza³; Cleide Augusta de Queiroz²; Geilton Xavier Matos²

Resumo: Este artigo descreve os resultados obtidos no projeto de extensão desenvolvido em um Centro de Referência Regional de IST/Aids no Sudoeste de Minas Gerais, cujo objetivo é o de sensibilizar as pessoas que vivem com HIV/Aids que estão cadastradas e as que realizam tratamento neste centro, realizando busca ativa às pessoas que se encontram com baixa adesão ou abandono de tratamento. Possibilitando assim, a reflexão sobre os aspectos positivos que podem facilitar a adesão, através da abordagem, aconselhamento, visitas domiciliares, estabelecendo estratégias de favorecimento, constituindo a escuta, discussão e compartilhamento de decisões de forma clara e acessível, aumentando de tal modo o vínculo entre a equipe multiprofissional e o usuário, o acompanhamento e a adesão ao serviço. Para que esse objetivo pudesse ser realizado e alcançado, foi necessário iniciar uma busca no arquivo morto e nos prontuários atidos no Centro de Referência Regional de IST/Aids no Sudoeste de Minas Gerais, identificar os usuários com baixa adesão ou abandono e oferecer medidas alternativas para a qualidade de tratamento e, principalmente, qualidade de vida. Percebe-se que além dos adolescentes serem resistentes ao tratamento, não possuem o discernimento que quando estão em tratamento e uso de ARV's podem obter qualidade de vida tanto social, quanto sexual. No entanto, através do desenvolvimento do projeto foi possível conhecer e propor soluções de adesão a partir do momento em que foram observadas as condições e realidade de cada usuário e perceber que é preciso um trabalho multiprofissional em parceria com a rede de atenção a saúde e sócio assistencial voltado ao atendimento especializado a estes adolescentes.

Palavras-chave: HIV/Aids. Adesão ao tratamento. TARV.

Abstract: This article describes the results obtained from the extension project developed at an IST / AIDS Regional Reference Center in Southwest Minas Gerais, which aims to sensitize registered and undergoing treatment for people living with HIV / AIDS in this center, actively searching people with low adherence or treatment abandonment. Through this awareness, it becomes possible to reflect on the positive aspects that facilitate adherence through the approach, counseling, home visits and establishment of strategies for favoring, constituting listening, discussion and sharing of decisions in a clear and accessible way, increasing the bond between the multiprofessional team and the user, as well as the monitoring and adherence to the service. To achieve this objective, it was necessary to start a search of the archives and medical records at the Regional Reference Center of IST / AIDS in Southwest Minas Gerais, identify users with low adherence or abandonment and offer alternative measures for the quality of care treatment and life. From the analysis of the medical records, it was noticed that in addition to resistance to treatment by users, they do not have the discernment that when they are undergoing treatment and use of ARVs can achieve both social and sexual quality of life. Through the development of the project and the observation of the conditions and reality in which each one is inserted, it was possible to know and propose adherence solutions, highlighting the need for a multidisciplinary work in partnership with the health care network and care partner focused on specialized care for these users.

Keywords: HIV / AIDS. Adherence to treatment. ART.

Resumen: Este artículo describe los resultados obtenidos del proyecto de extensión desarrollado en un Centro Regional de Referencia IST / SIDA en el suroeste de Minas Gerais, que tiene como objetivo sensibilizar el tratamiento registrado y en tratamiento para las personas que viven con VIH / SIDA en este centro, busca activamente personas con baja adherencia o abandono del tratamiento. A través de esta conciencia, se hace posible reflexionar sobre los aspectos positivos que facilitan la adhesión a través del enfoque, el asesoramiento, las visitas al hogar y el establecimiento de estrategias para favorecer, constituir la escucha, la discusión y el intercambio de decisiones de una manera clara y accesible aumentando el vínculo entre el equipo multiprofesional y el usuario, así como

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais (Unidade de Passos).

²Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (Unidade de Passos). E-mail: geilton.matos@uemg.br

³Assistente Social do Ambulatório Escola do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais (Unidade de Passos)

el seguimiento y la adhesión al servicio. Para lograr este objetivo, fue necesario comenzar una búsqueda de los archivos y registros médicos en el Centro Regional de Referencia de IST / SIDA en el suroeste de Minas Gerais, identificar usuarios con baja adherencia o abandono y ofrecer medidas alternativas para la calidad de tratamiento y de vida. A partir del análisis de los registros médicos, se observó que, además de la resistencia al tratamiento por parte de los usuarios, estos no tienen el discernimiento de que cuando están en tratamiento y utilizando ARV pueden lograr una calidad de vida social y sexual. A través del desarrollo del proyecto y la observación de las condiciones y la realidad en la que se inserta cada uno, fue posible conocer y proponer soluciones de adhesión, destacando la necesidad de un trabajo multidisciplinario en asociación con la red de atención médica y social enfocado en atención especializada para estos usuarios.

Palabras clave: VIH / SIDA. Adherencia al tratamiento. TARV.

INTRODUÇÃO

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids é uma doença crônica, infecciosa causada por um retrovírus. Apesar de muitos estudos sobre a aids, ainda há muito de ser estudado devido ao englobamento que a doença traz, tanto em seus desdobramentos sociais, culturais, psicológicos, quanto nos aspectos biomédicos (SOUZA, 2008).

O HIV foi isolado em pacientes com aids em 1983 por pesquisadores franceses e americanos, foi considerado um retrovírus do grupo citoplástico, capaz de infectar seres humanos. Por se tratar de um vírus bastante variável ao meio externo, pode ser inativado por uma variedade de agentes químicos e físicos, por exemplo, o calor (SEBEN, et al, 2008).

A aids se tornou uma epidemia que teve início no país nos primeiros anos da década de 80, inicialmente acreditava-se que a doença era desenvolvida apenas em HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), mas na metade desta década, percebe-se que a epidemia acomete outras pessoas como prostitutas, hemofílicos, usuários de drogas e bebês, então constata-se que os fatores de transmissão do vírus do HIV não estava concentrado nos HSH (SOUZA, 2008).

Mesmo a aids sendo identificada apenas em 1981 a doença pode ter aparecido nos anos 30 onde ocorreu a primeira transmissão dos macacos para o ser humano, mas ainda não existe consenso entre os cientistas, em 1957 uma teoria popular relata que uma vacina contra a pólio estaria contaminada com restos orgânicos de macacos portadores do vírus, porém, testes recentes constatam que não passava de teoria popular, em 1959 o primeiro caso comprovado de morte provocada pela aids é de um homem que morava em Kinshasa, no antigo Congo Belga (hoje Congo). Isso, porém, só foi descoberto décadas depois, com um teste feito no sangue dele, que estava guardado congelado, chegando em 1981 onde a aids é reconhecida como doença. Surgem vários relatos de sintomas em homossexuais nos Estados Unidos. Também em 1981 morre o chamado “paciente zero” naquele país: um comissário de bordo que espalhou

a doença em suas viagens para vários parceiros sexuais, ficando a aids conhecida pela imprensa como Câncer Gay ou Peste Gay (BRASIL, 2015).

Segundo Ministério da Saúde, 2004, em 1982, foi identificado em 14 países casos da doença, inclusive no Brasil, sendo a aids identificada também em mulheres, homens heterossexuais, usuários de drogas, hemofílicos, receptores de transfusão de sangue e bebês.

Percebe-se então que a aids não era uma peste gay, e sim uma doença relacionada ao contato sexual, ao uso de drogas injetáveis ou exposição a sangue e derivados, em 1983 pesquisadores isolam o vírus da aids pela primeira vez, identificando assim seu causador, em 1984 pesquisadores descobrem o HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana como o agente causador da aids, surgindo em 1985 o teste para diagnóstico do anti-HIV, nesta época 51 países anunciam casos de aids na sua população e o primeiro caso de transmissão vertical no Brasil, mas já em 1986 surgem as primeiras experiências da droga para ajudar no tratamento da doença, o AZT (Zidovudina), surgindo este no cenário internacional em 1987, mesma época do lançamento do teste que detecta anticorpos do HIV, Western blot (BRASIL, 2004).

Em continuidade, o autor disserta que no Brasil em 1988 já totalizava 4.535 casos e o dia 1º de dezembro é instituído como o Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1989 surgem novas drogas para tratamento das infecções oportunistas, surge um novo antirretroviral – Didanosina (ddI), em 1990 mais de 307.000 novos casos de aids são reportados à OMS (Organização Mundial de Saúde) com estimativa de 1 milhão de pessoas portadoras do vírus, em 1991 surge o terceiro antirretroviral – Zalcitabina (ddC), indicado aos pacientes com intolerância ao AZT e 11,805 casos notificados no Brasil, em 1992 houve a inclusão da infecção pelo HIV no código internacional de doenças (CID), inicia-se a combinação de duas drogas no tratamento – ddC + AZT, os exames compulsórios para anti-HIV são proibidos pelo Conselho Federal de Medicina, sendo proibido também a revelação do resultado sem a autorização do paciente, o Ministério da Saúde inclui os procedimentos para o tratamento da aids na tabela SUS, em 1993 a OMS demonstra mais de 10.000 casos novos por dia, em 1995 o total de casos no Brasil era de 19.980.

Dando seguimento na trajetória histórica, em 1996 é lançado o coquetel (terapêutica usando o esquema triplo de antirretrovirais) e aprovada a Lei 9.313 (obrigando o SUS a distribuir gratuitamente remédios para HIV/aids para todos os brasileiros infectados), em 1994, os casos de aids no Brasil era de 22.593 e foi implantada a Rede Nacional de Laboratórios para realização de exames de carga viral e contagem de células CD4, já em 1998 um total de 11 medicamentos para tratamento da aids são distribuídos gratuitamente na rede pública de saúde, em 1999 percebe-se uma redução da taxa de mortalidade e morbidade decorrentes do uso dos ARV's e melhora da qualidade de vida das PVHA, em 2000 eram distribuídos ARV's a 87.500 brasileiros, em 2001 foi aprovado pela rede SUS o teste de genotipagem (usado para identificar a resistência do HIV ante as drogas que compõem o coquetel), estimava-se 597 mil pessoas infectadas pelo HIV.

Em 2002 constata-se mais da metade dos municípios brasileiros têm casos de aids, muda o perfil da doença estando voltada mais a pauperização, interiorização e feminilização com maior aumento entre as mulheres, em 2004 o Programa Nacional de IST e aids do Brasil foi eleito pela ONU, o mais eficiente do mundo, em 2005 a ONU anuncia recorde de portadores de HIV sendo 40,3 milhões de pessoas infectadas, em 2006 (BRASIL, 2004).

Em 2009, o Brasil registra 544.846 casos de aids no país, mas também o aumento da sobrevivência dos portadores do HIV, já em 2013 o uso dos medicamentos antirretrovirais é indicado para qualquer fase da doença assim como, o teste rápido através do fluido oral é anunciado para venda em farmácia e surge o medicamento “3 em 1”, unindo as drogas Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz em um único comprimido, diminuindo a quantidade de medicamentos diários e também os efeitos adversos (BRASIL, 2015).

O impacto favorável do início precoce da terapia antirretroviral vem sendo observado em diversos estudos clínicos nos últimos anos. Pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral. Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+, diminuindo as chances de mortalidade dos usuários (BRASIL, 2014).

O uso dos antirretrovirais está disponível para todos os usuários do serviço hoje, não é restrito como alguns anos atrás, mas o uso não é obrigatório. Pois, sabe-se que algumas pessoas que vivem com HIV/aids são resistentes ao tratamento e alguns preferem entrar com os medicamentos só após baixa de linfócitos CD4. O médico juntamente com a equipe multidisciplinar tem o papel de orientar e informar a pessoa que vive com HIV/Aids sobre a opção de iniciar ou não o TARV.

Portanto, a infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como o CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão (BRASIL, 2008).

Assim, aos poucos a realidade das pessoas que vivem e convivem com HIV/aids foi sendo alterada, gerando novos desafios para a sua compreensão e o seu enfrentamento.

Pensando que os vírus costumam passar por um ciclo vital, no qual ocorre a multiplicação e liberação de novos vírus. As drogas antirretrovirais surgem como mecanismos de interferência desses ciclos. Agem de forma a impedir a multiplicação e/ou liberação de novos vírus, além de recuperar as defesas do corpo e aumentar o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada (SEBEN, et al., 2008).

Algumas pessoas não participam do processo contínuo de tratamento, muitas não retornam ao serviço depois de receber o diagnóstico e ficam fora de seguimento devido à falta de intervenções proativas e serviços de apoio.

Segundo o, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAids), 2015, muitas pessoas com HIV, não são vinculadas a serviços de atenção, enquanto muitos daqueles que estão vinculados a serviços não estão sob TARV. Finalmente, muitas pessoas que iniciam o tratamento não são retidas nos serviços. Quando essas pessoas voltam para o atendimento, o que normalmente acontece é um estágio muito tardio da doença, a efetividade da terapia antirretroviral já está comprometida e sua eficácia reduzida, restando minimizar a perda no acompanhamento dos pacientes durante o processo de tratamento.

Portanto, para que a qualidade de vida do portador seja completa, onde ele possa ter o direito de seguir o tratamento e ter sua carga viral indetectável é necessária a adesão ao tratamento, percebendo que para tal os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, requerem uma decisão compartilhada e corresponsabilizada entre a pessoa que vive com o vírus HIV, a equipe e a rede social.

Cabe ressaltar, que se pode fazer uma analogia com a conduta de adesão e a aquisição de um hábito, já que, informações são apreendidas e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária.

Nesse sentido, o projeto de extensão surgiu da ideia de se realizar busca ativa as PVHA cadastrados e que realizam tratamento em um Centro de referência em HIV/aids que apresentavam baixa adesão ou abandono de tratamento, tendo como objetivos específicos oferecer conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento; aumentar o vínculo com os profissionais, a equipe e o serviço de saúde; garantir uma adesão onde o portador seria protagonista de seu processo de saúde e favorecer a adesão adequada e o autocuidado. Para

alcançar todos os objetivos propostos, foram realizado levantamento de dados através dos prontuários ativos e “morto” e instrumentos para busca ativa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este projeto teve como cenário um Centro de Referência Regional de IST/aids no Sudoeste de Minas Gerais, onde funcionam órgãos responsáveis pelo atendimento de usuários PVHA: Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Este serviço funciona desde o ano de 1992, com uma equipe multiprofissional.

O projeto foi desenvolvido com os usuários SAE, que se encontravam em abandono de tratamento ou com baixa adesão ao tratamento, utilizando critério de baixa adesão, usuários que não procuravam o serviço no período de 34 dias, conforme estabelecido no Ministério da Saúde. O instrumento disposto para coleta de dados foram os prontuários, que permitiram verificar a retirada dos medicamentos e última vez que realizaram os exames CD4 e CV, também a última consulta ou comparecimento do usuário ao serviço.

O levantamento de dados por meio dos prontuários ativos e arquivo-morto (prontuários que estavam em abandono há muitos anos) permitiu a realização da busca ativa. Essa busca é definida como uma estratégia que visa à criação de um vínculo do usuário com o serviço de saúde, o conhecimento da sua situação atual de vida e elaboração de estratégias de intervenção com o objetivo de promoção da saúde e a integralidade da atenção. (SANTOS, 2007)

Os instrumentais utilizados para a busca ativa foram o SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), o histórico de dispensação de medicamentos e/ou se o usuário estava retirando medicamentos em outra unidade; Sistema VIVER (Sistema da Rede de Saúde Municipal) e CADSUS-WEB (Sistema que se destina à consulta de usuários do SUS). Após atualização de dados, foram realizados contatos telefônicos, visitas domiciliares às pessoas que haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ou que havia a autorização de visita registrada em prontuários. Houve casos de usuários que não aceitavam nenhum tipo de contato, assim, em respeito à autonomia e desejo do usuário, o que coube foi esperar que este procurasse o serviço para assim realizar a abordagem, o acolhimento e a sensibilização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto contribuiu para localização de 74 usuários que se encontravam em abandono de tratamento. Destes, 28 usuários encontra-se em tratamento em outra unidade, 06 haviam falecidos, 04 não aceitam nenhum tipo de contato, 04 voltaram ao tratamento, sendo que um usuário veio a óbito por já estar acometido por várias doenças oportunistas devido ao retorno tardio ao serviço; 32 não foram localizados.

Após pesquisa em 367 prontuários, foram identificados 87 usuários com baixa adesão ao tratamento. Destes, foram detectadas 02 transferências, 22 usuários não retornaram contato mesmo após solicitação realizada a algum membro familiar que tinha conhecimento do diagnóstico, e 63 retornaram ao tratamento.

O Centro de Referência em IST/aids em questão foi criado em 1992 e no levantamento dos dados nos prontuários que se encontravam no arquivo-morto houve certa dificuldade de localização devido a cadastros realizados há mais de vinte anos, pois em alguns prontuários não havia dados mínimos como data de nascimento ou nome de mãe. Devido o longo período de realização do cadastro, a maioria dos contatos e endereços encontrava-se desatualizada, sendo possível a localização destes por meio das tecnologias e programas disponíveis, através da internet.

Compreender que os aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para seu manejo e superação. É preciso entender que, na prática cotidiana, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso, visto que, a vivência tanto das dificuldades quanto das facilidades para a adesão difere de uma pessoa para a outra e é no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutive (BRASIL, 2008).

Pensando neste aspecto, a busca ativa dos usuários com baixa adesão se pautou no pensamento acima, tanto que o que se percebeu foi a resistência de usuários devido a intolerância dos efeitos adversos e quantidade dos medicamentos, e a dificuldade para o cumprimento dos horários foi outro item citado. A não aceitação da soropositividade, a presença de algum tipo de transtorno mental, o uso de drogas lícitas ou ilícitas, o medo da discriminação e exclusão social, usuários que se diziam e sentiam muito bem de saúde, a relação insatisfatória do usuário com algum profissional de saúde ou serviços prestados foram alguns aspectos identificados que contribuíram para a baixa adesão.

É preciso apontar que o diálogo entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar facilita que situações incipientes de dificuldades de adesão possam ser reconhecidas e precocemente abordadas (BRASIL, 2008).

Por mais que a relação entre usuário e profissional constitui-se um canal de discussão, em se tratando de adolescentes infectados através de transmissão vertical, estes apresentaram 100% de resistência em realizar o tratamento corretamente: ou por não aceitarem serem soropositivos para HIV, por receio de sofrerem preconceito ou de serem discriminados e por dizerem que estão “bem de saúde”, mesmo os exames de CD4 e CV mostrando o contrário; todos foram acessíveis as abordagens e a escuta, mas de difícil diálogo e resistentes ao tratamento.

O que nos remete pensar quando WHO (2007) disserta sobre a relação aos efeitos do crescimento e desenvolvimento sobre a doença crônica ou deficiência, são mencionados: aumento da necessidade calórica para o crescimento e a presença dos hormônios da puberdade, ambos potencialmente capazes de impacto negativo sobre a doença; baixa adesão e pobre controle da doença em decorrência do pouco desenvolvimento do pensamento abstrato, dificuldade em imaginar o futuro, sensação de indestrutibilidade, rejeição de profissionais médicos como parte do processo de separação dos pais e comportamentos exploratórios com exposição ao risco; comportamentos de risco associados à saúde, como hábitos alimentares caóticos que podem resultar em má nutrição, uso de álcool, tabaco e drogas, e comportamentos sexuais de risco.

Assim percebeu-se que além dos adolescentes serem resistentes ao tratamento, não possuem o discernimento que quando estão em tratamento e uso de ARV's podem obter qualidade de vida tanto social, quanto sexual.

Portanto, através do desenvolvimento do projeto foi possível conhecer e propor soluções de adesão a partir do momento em que foram observadas as condições e realidade de cada usuário e perceber que é preciso um trabalho multiprofissional em parceria com a rede de atenção a saúde e sócio assistencial voltado ao atendimento especializado a estes adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar em uma PVHA (Pessoa que Vive com HIV/aids), sabe-se que por mais que a aids seja uma doença controlável, ela é uma doença que em pleno século XXI é acompanhada de estigma, discriminação e preconceito.

O abandono ou a baixa adesão ao tratamento em relação a todos os fatores mencionados, o que sobressaiu foi o receio de que a soropositividade para HIV pudesse ser descoberta pelas pessoas.

O motivo de tal medo é questionado, já que na sociedade atual há conhecimento da sua forma de transmissão, assim, o que nos remete é a questão do tabu, já que, a sua principal via de transmissão é a sexual (mas não a única).

Talvez essa insegurança esteja relacionada à intolância do ser humano ou da atitude frente ao pensamento de um, ser melhor que o outro, surgindo assim atitudes que ferem, ofendem e matam.

Nesta realidade, o profissional de saúde deve-se pautar na ética, humanização e solidariedade, a fim de criar estratégias de atendimento em que a PVHA possa contar com o apoio necessário para o enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **História da AIDS**. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>> Acesso em: 27 out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Adesão ao Tratamento: para pessoas vivendo com HIV e AIDS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de prevenção do HIV/AIDS para profissionais de Saúde mental**. 2. ed. Brasília, 2004.
- CHEQUER, P. **Desafios e metas do Programa Nacional de DST e AIDS para 2006**. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>> Acesso em: 16 out. 2015.
- SANTOS, F. B. **Dificuldades de Adesão ao Tratamento Antirretroviral: perfil dos usuários e possibilidade de busca dos casos de abandono**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/662/3/2007_FabianaSantos.pdf> Acesso em: 27 out. 2015
- SEBEN, G. et al. Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. **Revista Psic** v.9 n.1. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142008000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 20 out. 2015
- SOUZA, T. R. C. **Impacto Psicossocial da AIDS: enfrentando perdas... Ressignificando a vida**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2008.
- UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS). **Tratamento 2015**. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_pt.pdf> Acesso em: 20 out. 2015
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Adolescent with a Chronic Condition. Epidemiology, developmental issues and health care provision**. Genebra, 2007. 44p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300819&script=sci_arttext&tlnq=en> Acesso em: 03 dez. 2015

Página em branco.