

ÁRVORE DE DECISÃO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: FALTA DE ADESÃO EM PESSOAS VIVENDO COM AIDS

DECISION TREE FOR THE NURSING DIAGNOSIS: LACK OF ADHERENCE IN PEOPLE LIVING WITH AIDS¹

ÁRBOL DE DECISIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: FALTA DE ADHERENCIA EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON SIDA

Vinicius Lino de Souza Neto¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva², Igor Alves da Silva³, Francisca Simone da Silva³, Rogéria Moreira de Abrantes⁴, Renan Ribeiro Barbosa Alves⁵

RESUMO

Objetivo: elaborar uma árvore de decisão para formular o diagnóstico de enfermagem “falta de adesão e ansiedade em pessoas vivendo com AIDS”. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em hospital referência no tratamento de doenças infectocontagiosas no Nordeste do Brasil. A população estudada consistiu em pacientes com AIDS, hospitalizados na unidade hospitalar. A elaboração dos diagnósticos foi processual, realizada simultaneamente com a coleta de dados, buscando identificar as características definidoras e fatores relacionados/de risco de acordo com NANDA-I. Para o tratamento dos dados coletados, os instrumentos foram numerados e as variáveis codificadas e inseridas num banco de dados. Para análise do grau de concordância, o índice Kappa foi escolhido. **Resultados:** identificaram-se os principais diagnósticos de enfermagem, como a falta de adesão, que estava presente em 100% dos participantes, com índice de concordância superior a 80%. O estudo identificou as principais características definidoras e fatores relacionados/associados ao diagnóstico. Das respectivas características definidoras e fatores relacionados, a árvore de decisão foi elaborada. **Conclusão:** o modelo de decisão do diagnóstico falta de adesão apresentou as características determinantes, falta de comportamento de adesão e fatores relacionados, conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico e esquema de tratamento complexo. **Descritores:** Terapia antirretroviral de alta atividade; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Aderência à medicação.

ABSTRACT

Objective: to elaborate a decision tree to formulate the nursing diagnosis “lack of adherence and anxiety in people living with AIDS”. **Method:** cross-sectional study, with quantitative approach, carried out in a referral hospital in the treatment of infectious-contagious diseases in Northeast Brazil. The study population consisted of AIDS patients, hospitalized in the hospital unit. The diagnoses elaboration was procedural, performed simultaneously with the data collection, seeking to identify the defining characteristics and related/risk factors according to NANDA-I. For the treatment of the data collected, the instruments were numbered and the variables were coded and inserted into a database. For analysis of agreement degree, the Kappa index was chosen. **Results:** the main nursing diagnoses were identified, such as a lack of adherence, which was present in 100% of the participants, with a concordance index higher than 80%. The study identified the main defining characteristics and related factors associated with this diagnosis. From the defining characteristics and related factors, the decision tree was elaborated. **Conclusion:** the decision model of the lack of adherence diagnosis presented the determinant characteristics, lack of adherence behavior and related factors, insufficient knowledge about the therapeutic regimen and complex treatment scheme. **Descriptors:** High-Activity antiretroviral therapy; Acquired Acquired immunodeficiency syndrome, Adhesion to medication.

RESUMEN

Objetivo: elaborar un árbol de decisión para formular el diagnóstico de enfermería “falta de adhesión y ansiedad en personas que viven con SIDA. **Método:** estudio transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital referente en tratamiento de enfermedades infectocontagiosas en el Nordeste de Brasil. La población estudiada consistió en pacientes con SIDA hospitalizados en la unidad hospitalaria. La elaboración de los diagnósticos fue procesal, realizada simultáneamente con la recolección de datos, buscando identificar las características definidoras y factores relacionados/de riesgo de acuerdo con NANDA-I. Para el tratamiento de los datos recolectados, los instrumentos fueron numerados y las variables fueron codificadas e insertadas en una base de datos. Para el análisis de grado de concordancia, el índice Kappa fue elegido. **Resultados:** se identificaron los principales diagnósticos de enfermería, como la falta de adhesión, que estaba presente en el 100% de los participantes con índice de concordancia superior al 80%. El estudio identificó las principales características definidoras y factores relacionados asociados a este diagnóstico. De las correspondientes características definidoras y factores relacionados, el árbol de decisión fue elaborada. **Conclusión:** el modelo de decisión del diagnóstico falta de adhesión presentó las características determinantes, falta de comportamiento de adhesión y factores relacionados, conocimiento insuficiente sobre el régimen terapéutico y esquema de tratamiento complejo. **Descriptores:** Terapia antirretroviral de alta actividad; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Adherencia a la medicación.

¹Graduado em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Graduado em Enfermagem. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ³Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ⁴Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. ⁵Graduado em Enfermagem. Residente em Cardiologia no programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes.

Como citar este artigo:

Souza Neto VL, Silva RAR, Silva IA, Silva FS, Silva RS, Alves RRB. Árvore de decisão para o diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pessoas vivendo com Aids. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018;8:e2609. [Access_____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2609>

INTRODUÇÃO

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (AIDS), cerca de 36,9 milhões de pessoas vivem com o vírus HIV em todo o mundo. Todos os anos, dois milhões de pessoas são infectadas e 1,2 milhão de pessoas morrem de AIDS em todo o mundo. Atualmente, 15,8 milhões de pessoas têm acesso ao tratamento antirretroviral. Na América Latina, especialmente na Argentina, Brasil, Colômbia, México e Venezuela, cerca de 1,6 milhão de pessoas vivem com AIDS⁽¹⁾.

No Brasil, cerca de 734 mil pessoas vivem com AIDS. A taxa de mortalidade caiu significativamente devido ao aumento do nível de aderência antirretroviral. A adesão é entendida como o estabelecimento de uma atividade conjunta em que o paciente não é um mero seguidor da orientação médica, mas entende e concorda com a prescrição recomendada, que visa suprimir a carga viral e melhorar a qualidade de vida do paciente⁽²⁾.

Portanto, a relação entre pacientes e profissionais de saúde deve ser positiva, pois vários fatores influenciam o tratamento de doenças crônicas como AIDS, como o uso de bebidas alcoólicas, drogas e não aceitação do estado de saúde. O enfermeiro é responsável por fornecer cuidados abrangentes focados nas necessidades prioritárias, o que interfere na adesão ao tratamento⁽³⁾. Portanto, práticas sistemáticas corroboram para a assistência no cuidado, uma vez que é uma ferramenta focada na redução do abandono do tratamento, facilitando assim a adaptação e recuperação das pessoas vivendo com AIDS⁽⁴⁾.

As tecnologias envolvidas nas ações de enfermagem e intervenções sistemáticas dependem da habilidade e competência do profissional de enfermagem, uma vez que, dentre os vários métodos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), existem modelos de decisão que procuram representar a complexidade dos problemas de uma maneira mais compreensível, sem alterar seus atributos essenciais; no entanto, sempre será uma representação mais simples e nunca pode ser tomada como uma verdade inquestionável por ter vindo de um método⁽⁵⁾.

Entre os vários modelos de decisão, a árvore é uma das formas mais simples e mais usuais, conceituada como uma ferramenta visual de modelo estático, que apresenta a técnica de

tomada de decisão mais simples usada rotineiramente. Nesse sentido, essa ferramenta tem o significado de certos achados, como a precisão do Diagnóstico de Enfermagem, a fase do Processo de Enfermagem (PE), que relaciona as características definidoras, que são os sinais e sintomas, aos fatores relacionados, que contribuem para favorecer a ocorrência do diagnóstico, apoiando assim o enfermeiro com informações solicitadas para a tomada de decisão⁽⁶⁾.

Nesse sentido, essa nova tecnologia envolvida no atendimento de pessoas que vivem com AIDS contribui para a otimização dos cuidados de enfermagem, reduzindo o tempo de hospitalização e melhorando a qualidade de vida. A partir deste contexto surgiu a seguinte questão: É possível elaborar uma árvore de decisão que auxilia na inferência do diagnóstico falta de adesão a partir de Características Definidoras (CDs) e Fatores Relacionados (FRs)? Assim, para responder às preocupações, o estudo procurou elaborar uma árvore de decisão para formular o diagnóstico de enfermagem falta de adesão, ansiedade em pessoas vivendo com AIDS.

MÉTODO

Este é um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado em hospital referência no tratamento de doenças infecciosas no Nordeste do Brasil.

A população estudada consistiu em pacientes com AIDS hospitalizados na unidade hospitalar. O cálculo da amostra utilizou a média aritmética de pacientes hospitalizados no período de 2009 a 2013, atingindo um quantitativo de aproximadamente 303 pacientes com AIDS. A partir desse número, calculou-se a amostra para populações finitas, atribuída com um erro de amostragem de 5%.

A seleção dos 113 pacientes foi de conveniência do tipo consecutivo, adotando os seguintes critérios de inclusão: ser um indivíduo com AIDS, ter mais de 18 anos e estar hospitalizado no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: diagnóstico desconhecido da doença e não estar em condições psíquicas e emocionais.

Para verificar a condição psíquica da pessoa com AIDS, os pesquisadores analisaram previamente o histórico médico com a história da doença e sua evolução. Além disso, receberam, da equipe de enfermagem, informações

adicionais sobre o comportamento do paciente, a orientação do seu espaço e tempo.

Os dados foram coletados de março a setembro de 2014, através de um roteiro de anamnese e exame físico que contemplava aspectos sociodemográficos como sexo, idade, nível de escolaridade, renda familiar, adesão medicamentosa, tempo de uso dos medicamentos, tipo de regime terapêutico. O presente instrumento foi submetido à validação do conteúdo e da aparência por dez professores que desenvolvem estudos na área da SAE, e as sugestões propostas foram contempladas no instrumento.

Em seguida, realizou-se um treinamento teórico-prático para padronizar a coleta de dados com dois estudantes de Iniciação Científica e três estudantes de pós-graduação de nível de mestrado com uma carga de trabalho de 12 horas por semana, desenvolvidas através de aulas expositivas e dialogadas, além de discussões sobre casos clínicos com uma ênfase na aproximação de pessoas com AIDS. Após o estágio teórico do curso, realizou-se uma atividade prática de simulação de exame físico em pares, a fim de capacitar os pesquisadores e padronizar a coleta de dados.

A elaboração dos diagnósticos foi processual, realizada simultaneamente com a coleta de dados, buscando identificar as características definidoras e fatores relacionados/de risco de acordo com NANDA-I, versão 2012-2014. A estruturação dos diagnósticos de enfermagem seguiu os estágios do julgamento clínico de Risner.

Após a construção, as declarações de diagnóstico de enfermagem foram submetidas a um processo de validação de conteúdo. Assim, um instrumento foi desenvolvido com as respectivas declarações de diagnóstico de enfermagem para pessoas que vivem com AIDS.

Em seguida, foi solicitada a ajuda de três enfermeiros de cuidados e dois professores de enfermagem que trabalhavam no setor hospitalar onde se realizou a coleta de dados. Esses profissionais atuaram como juízes e foram incluídos na validação, considerando sua

experiência há mais de 10 anos e especialização em Enfermagem Infectológica. Sua tarefa era avaliar se as declarações propostas eram aplicáveis às pessoas que viviam com AIDS. Em caso de desacordo das afirmações, sugestões deveriam ser apresentadas para sua adequação. Eles concordaram em participar do estudo, assinando o Formulário de Consentimento Informado (FCI), respeitando os preceitos éticos da pesquisa.

Para o tratamento dos dados coletados, os instrumentos foram numerados e as variáveis foram codificadas e inseridas num banco de dados incorporado no programa Excel para Windows. Para a análise do grau de concordância entre os pesquisadores e os especialistas, foi escolhido o índice Kappa, com valores > 0,80, analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais, versão 20.0.

Após o tratamento de dados, a análise inferencial foi realizada entre os diagnósticos de enfermagem que apresentaram IC \geq 0,80 e as respectivas características definidoras e fatores relacionados. O teste Qui-Quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher (frequências esperadas menores que cinco) foram utilizados para esse fim ($p < 0,05$). Posteriormente, o *software WaikatoEnvironment for KnowledgeAnalysis (WEKA)* versão 3.7.8 foi usado para construir a árvore de decisão.

O presente estudo obedeceu às normas de pesquisa de ética envolvendo seres humanos de âmbito nacional com aprovação no comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, parecer nº 508.445.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 113 pessoas vivendo com AIDS. A maioria deles tinha uma idade mínima de 30 e um máximo de 39 anos, homens (72,6%), não casados (66,4%), com ensino fundamental incompleto (55,7%), renda familiar até um salário mínimo (47,8%). A Tabela 1 mostra os principais diagnósticos de enfermagem encontrados nas pessoas que vivem com AIDS.

Tabela 1- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes hospitalizados. Natal, RN, Brasil, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	IC > 0.80	%
Falta de adesão	1.0	100
Conhecimento deficiente	0.75	80.5
Proteção ineficaz	0.72	69
Disfunção sexual	0.69	54
Risco de insuficiência hepática	0.64	43.3
Auto-gestão da saúde ineficaz	0.62	36.3
Transtorno da imagem corporal	0.62	34.5
Padrão de sono prejudicado	0.50	31.9
Fadiga	0.49	31.0
Dor aguda	0.48	27.4
Comportamento de saúde propenso a riscos	0.45	25.7
Ansiedade	0.41	23.0
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	0.40	22.1
Síndrome do estresse por mudança	0.35	18.6
Risco de comprometimento da dignidade humana	0.33	16.8
Insônia	0.30	12.4
Conforto prejudicado	0.25	10.6
Constipação	0.22	10.6
Sofrimento espiritual	0.16	7.1
Processos familiares disfuncionais	0.12	7.0
Risco de sentimento de impotência	0.8	6.2
Negação ineficaz	0.4	5.3
Tristeza crônica	0.4	5.3

Nesse sentido, o diagnóstico falta de adesão esteve presente em 100% dos participantes, com IC > 0,80 entre os enfermeiros especialistas. Portanto, decidiu-se demonstrar as principais características

definidoras e fatores relacionados que apresentaram associação estatística presente na construção do diagnóstico falta de adesão, conforme revelado na Tabela 2.

Tabela 2- Características definidoras e fatores relacionados Diagnóstico de Enfermagem Falta de adesão. Natal, RN, Brasil, 2016.

Características definidoras	Presente	Ausente	Valor de P
Falta de comportamento de adesão			
Presente	70	05	0,002 ²
Ausente	08	30	
Faltam compromissos agendados			
Presente	45	13	0,04 ¹
Ausente	33	22	
Falha na obtenção de resultados			
Presente	48	17	0,03 ²
Ausente	30	18	
Fatores relacionados			
Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico			
Presente	69	04	0,003 ¹
Ausente	09	31	
Regime de tratamento complexo			
Presente	73	00	0,002 ¹
Ausente	05	35	

¹Teste Qui-quadrado; ² teste exato de Fisher.

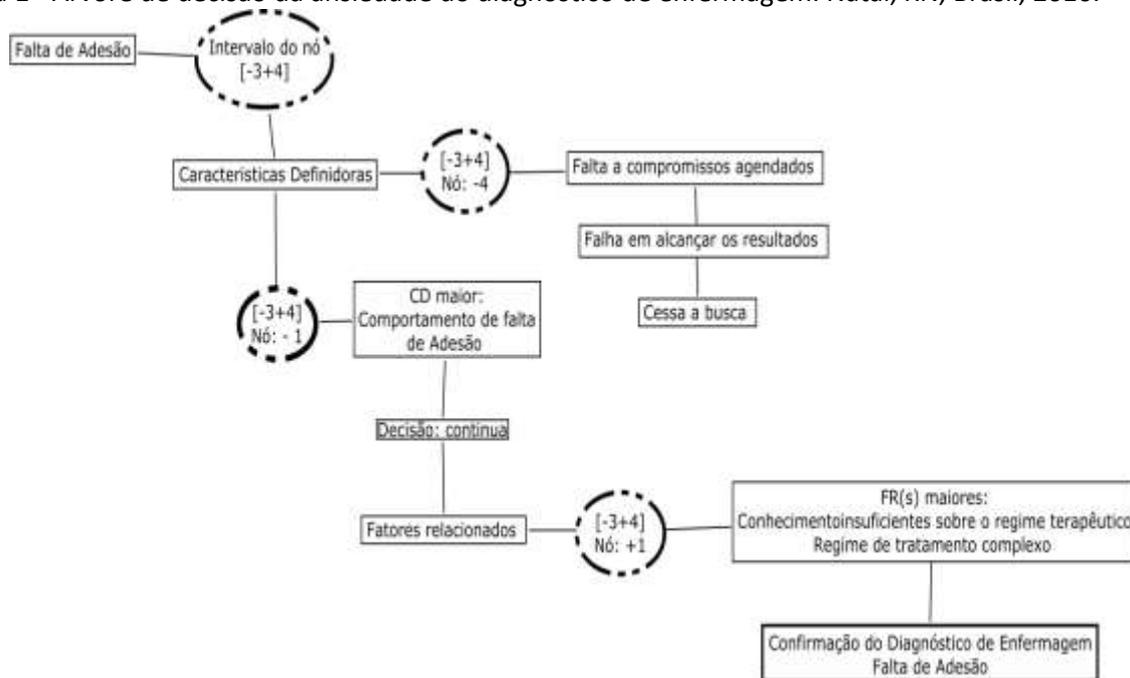
A partir dos resultados apresentados acima, a falta de comportamento de adesão, falta compromissos agendados e falha na obtenção dos resultados inferidos ao diagnóstico falta de adesão estão associados ao conhecimento

insuficiente sobre o regime e esquema de tratamento complexo. A partir das respectivas características definidoras e fatores relacionados, a árvore de decisão foi elaborada, como mostrado na Figura 1.

A árvore de decisão acima mostra o caminho para elaborar o Diagnóstico de Enfermagem falta de adesão. Conforme observado, a ferramenta consiste em seus

respectivos nós, chamados pontos críticos, que atingiram o intervalo +4 e -3, considerados padrões.

Figura 1 - Árvore de decisão da ansiedade do diagnóstico de enfermagem. Natal, RN, Brasil, 2016.



Assim, os resultados mostram que uma das características definidoras que apresentaram o valor do nó nos padrões foi a falta de comportamento de adesão. Assim, os fatores relacionados dentro do intervalo, confirmados pelo nó, com valor de +1, oferecem indicações de complementaridade ao diagnóstico, como conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico e esquema de tratamento complexo, para confirmar o diagnóstico falta de adesão.

Os modelos de decisão são ferramentas sistemáticas que os profissionais de enfermagem utilizam no processo de implementação de cuidados para qualquer paciente, independentemente da doença. Esta prática melhora as intervenções de enfermagem, focada em necessidades prioritárias, proporcionando, ao profissional, um pensamento crítico lógico e terapêutico.

O diagnóstico falta de adesão é entendido como o comportamento de uma pessoa ou cuidador que não coincide com um plano de saúde ou promoção terapêutica acordado⁽⁷⁾. Assim, é evidente que, para uma melhor qualidade de vida para pacientes com AIDS, o enfermeiro precisa promover estratégias explicativas sobre a importância da adesão ao tratamento e os cuidados prestados, um fator

que contribui para a mudança de realidade encontrada neste contexto⁽²⁾.

O principal meio de reduzir a carga viral, bem como estabilizar e melhorar a função imune relaciona-se diretamente com a adesão farmacológica e os cuidados inerentes. No entanto, as implicações da não adesão ao tratamento se relacionam diretamente com a falta de estratégias educacionais⁽⁸⁾. No entanto, o motivo mais óbvio para a falta de medicalização correlaciona-se com o estigma do HIV, ligado à falta de privacidade em períodos específicos⁽⁹⁾.

Caso contrário, os preditores que também contribuem para a não adesão estão ligados a manifestações da AIDS, tempo de diagnóstico, efeitos colaterais das drogas, uso de drogas ilícitas, idade e escolaridade. Assim, destaca-se a importância de uma estratégia capaz de assegurar o regime terapêutico inicial, como o desenvolvimento de um mecanismo que promova a manutenção do regime inicial, um marco importante para favorecer a adesão ao tratamento⁽⁸⁾.

Por esta razão, é evidente a importância de intervenções imediatas para o paciente com diagnóstico de HIV, a fim de dialogar sobre os problemas enfrentados, bem como a organização de reuniões entre pacientes para trocar

experiências e na equipe para discutir e desenvolver métodos para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e, assim, favorecer a mudança da realidade atual⁽⁹⁾.

Portanto, a árvore de decisão é uma das formas metodológicas mais simples e mais comuns, capaz de associar problemas clínicos com resultados a curto prazo e pode ser usada para aumentar a precisão diagnóstica, sendo uma ferramenta mais clara e precisa para a tomada de decisões alternativas, facilitando o processo, uma vez que diminui o grau de incerteza das inferências diagnósticas⁽⁹⁾.

Portanto, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem falta de adesão são entendidas como um efeito negativo da aderência à terapia antirretroviral devido às barreiras enfrentadas pelos pacientes. Esses desafios incluem a dificuldade de manter a privacidade, o estigma constante, a pobreza e os problemas conjugais que atuam como estressores que desencadeiam e alimentam os sintomas de transtornos mentais comuns como depressão, interferência no fator motivacional, memória e capacidade de resolução de problemas⁽¹⁰⁾. Além disso, outros sintomas de transtornos mentais comuns, como Kufungisia, caracterizados como excesso de pensamento, são considerados como um componente central comum e já estão incluídos no manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais⁽¹⁾, o que contribui consideravelmente para reduzir a adesão, uma vez que os pensamentos negativos influenciam a dificuldade de concentração e as atividades do cotidiano, sendo a causa comum de pular as doses do tratamento e, conseqüentemente, da baixa adesão ao tratamento⁽¹⁰⁾.

Outra razão para a taxa de incidência significativa para a não-adesão e a descontinuação da terapia antirretroviral é o alcoolismo⁽¹¹⁾. No entanto, outros fatores também influenciam a não adesão, como efeitos adversos de drogas, a recuperação da medicação após a doença por medo da morte, falta de apoio/aceitação da família e amigos, sentindo-se bem e curado, falta de vontade de viver e medo de não sobreviver⁽¹²⁾.

No entanto, as medidas de intervenção que influenciam a degradação do ciclo depressivo negativo e o enfrentamento de barreiras à adesão são fundamentais. Como resultado, os enfermeiros devem trabalhar para educar os pacientes sobre as barreiras comuns e o impacto da adesão ao tratamento, além de promover

cuidados de saúde mental e apoio relacionado à participação da família na provisão de cuidados⁽¹³⁾.

A característica definidora falta a compromissos agendados, compreende uma realidade diária nas instituições de saúde, uma vez que os pacientes não têm o reconhecimento da necessidade de acompanhamento profissional e da sua condição como pessoa com HIV para continuar vivendo e ter uma melhor qualidade de vida. Assim, a característica definidora “falha na obtenção de resultados” está intimamente ligada à característica acima mencionada, uma vez que torna-se deficiente devido ao processo ineficiente de informação e conhecimento sobre a doença, tratamento e cuidados principais.

O fator relacionado “conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico” inclui um dos principais problemas do tratamento, uma vez que a falta de conhecimento, as dificuldades apresentadas no uso diário de medicamentos, efeitos colaterais e percepções em relação à terapia antirretroviral revelam representações bem conhecidas da terapia medicamentosa em soropositivos e indica a necessidade de promover a provisão de cuidados que favoreça a melhoria da qualidade de vida desses clientes, além de obter maior responsabilidade e compromisso com as ações de adesão aos medicamentos⁽¹⁴⁾.

Já o regime de tratamento complexo inclui os diferentes desafios enfrentados pelos pacientes em relação à medicação diária, que ocorrem devido às inúmeras mudanças diárias causadas pelo uso da terapia antirretroviral e as mudanças na dieta devido ao uso dos medicamentos⁽¹⁴⁾.

Os antirretrovirais podem causar sintomas gastrointestinais que comprometem a adesão ao tratamento, que é um dos perigos mais ameaçadores para a eficácia do tratamento. Caso contrário, o aparecimento de alterações metabólicas endócrinas, como lipodistrofia, elevação da pressão arterial sistêmica e dislipidemia também contribui para a não adesão. Esse fato pode implicar tratamentos mais complexos e associados, com possibilidades para outros eventos e interações adversas, exigindo novas adaptações na rotina e estilo de vida, com prováveis implicações negativas no processo de adesão⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os dados do estudo permitiram demonstrar que o modelo de decisão do

diagnóstico falta de adesão apresentou como principal característica determinante a falta de comportamento de adesão e como fatores relacionados, o conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico e regime de tratamento complexo.

O estudo contribui para o cuidado de enfermagem, estimulando a prática de raciocínio clínico e diagnóstico. A contribuição deste estudo para o fortalecimento das práticas sistemáticas envolvidas nas pessoas que vivem com a AIDS se destaca, fato que contribui para a comunicação entre enfermeiros. Assim, leva a uma reflexão sobre as práticas no âmbito da assistência, ensino, pesquisa, extensão e gestão.

As limitações do estudo incluem a elaboração e implementação de modelos de decisão ligados a uma avaliação clínica que rege um processo subjetivo, gerando incertezas quanto aos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva; 2014.
2. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [citado em 2017 abr 28];31(6):1188-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1188.pdf>
3. Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [citado em 2017 abr 28];64(6):1028-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a07.pdf>
4. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com AIDS: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. Rev Rene [Internet]. 2013[citado em 2017 abr 28];14(2):290-300. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3377/2615>
5. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pacientes com HIV/AIDS. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2014 [citado em 2017 abr 28];16(1):93-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a11.pdf
6. Soárez PC, Soares MO, Novaes HMD. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 2017 abr 28];19(10):4209-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4209.pdf>
7. Corless IB, Guarino AJ, Nicholas PK, Tyer-Viola L, Kirksey K, Brion J, et al. Mediators of antiretroviral adherence: a multisite international study. AIDS Care [Internet]. 2012 [citado em 2017 abr 28];25(3):364-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491166/>
8. Bryson Y. Taking care of the caretakers to enhance antiretroviral adherence in HIV-infected children and adolescents. J Pediatr [Internet]. 2014 [citado em 2017 abr 28]; 90:533-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n6/pt_0021-7557-jped-90-06-00533.pdf
9. Kidia K, Machando D, Bere T, Macpherson K, Nyamayaro P, Potter L, et al. I was thinking too much: experiences of HIV-positive adults with common mental disorders and poor adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. Trop Med Int Health [Internet]. 2015 [citado em 2017 abr 28];20(7):903-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25754063>
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Washington, DC; 2013.
11. Ilias M, Carandina L, 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 Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado em 2017 abr 28];35(2):471-84. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/319/pdf_128
12. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos ÉI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [citado em 2017 abr 28];18(1):32-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100032&script=sci_arttext
13. Wright S, Zalwango F, Seeley J, Mugisha J, Scholten F. Despondency among HIV-positive older men and women in Uganda. J Cruz Cult Gerontol [Internet]. 2012 [citado em 2017 abr 28];27(4):319-33. Disponível em: https://researchonline.lshtm.ac.uk/1701218/1/10823_2012_Article_9178.pdf

14. Galvão MTG, Golveia AS, Fiúza MLT, Costa Ê. Reflexões de portadores de Hiv/AIDS acerca da terapia antirretroviral. Rev Rene [Internet]. 2011 [citado em 2017 abr 28];12(n. esp):966-72. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/321>

15. Bandeira D, Weiller TH, Damaceno AN, Cancian NG, Santos GS, Beck TS. Adesão ao tratamento antiretroviral: uma intervenção multiprofissional. Rev Enferm Cent O Min [Internet]. 2016 [citado em 2018 abr 9];6(3):2446-53. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/994/1177>

Nota: Trabalho de pesquisa advindo de projeto guarda-chuva intitulado Sistematização da Assistência de Enfermagem às pessoas vivendo com Aids.

Recebido em: 10/11/2017

Aprovado em: 10/04/2018

Endereço de correspondência:

Vinicius Lino de Souza Neto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Lagoa Nova, S/N, Campus Universitário
CEP: 59.088-00 – Natal/RN - Brasil
E- mail: vinolino@hotmail.com