

A ADOLESCÊNCIA ATRAVESSADA PELO HIV/AIDS: O CUIDADO E SUAS INTERFACES

Diana Miranda De Farias Prieto Rugeles¹
Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos²

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar a complexidade e os paradoxos do cuidado multidisciplinar dirigido a adolescentes portadores de HIV/AIDS por transmissão vertical e como tais responderam ao fato de ter uma doença crônica adquirida através do “Legado Familiar”. Delimitou-se como campo de pesquisa entrevistas e relatos de adolescentes entre doze e dezoito anos, que contraíram a doença ao nascerem das suas mães. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com adolescentes de 12 a 18 anos infectados por transmissão vertical, acompanhados clinicamente no ambulatório de Serviço de Atendimento Especializado (SAE3). As coletas de dados obtidas tiveram como resultado repensar as práticas de saúde, o cuidado, e suas interfaces acerca do processo de adolescência e como podemos orientar estes pacientes a terem escolhas de adesão à vida. A pesquisa abordou como principais temas a clínica do adolecer, permeando a temática da transgeracionalidade, Dor, Corpo e Luto. Teve como referenciais teóricos a Psicanálise de Freud, Torok, Olga Correa, Lacan e literaturas recentes sobre infecção pelo HIV/AIDS. Neste trabalho atendemos à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A proposta do trabalho foi redimensionar um lugar de escuta para que esses adolescentes pudessem falar sobre sua própria história de vida. Muitos não sabiam dizer como adquiriram HIV e por conta disso, alguns segredos familiares corroboraram para direção do processo de aceitar ou não a doença e se implicar ou não ao tratamento.

Palavras-Chave: AIDS; transmissão vertical; adolescência; transgeracionalidade; cuidado.

ADOLESCENCE TRAVERSED BY HIV / AIDS: CARE AND ITS INTERFACES

Abstract: The objective of this study was to analyze the complexity and paradoxes of multidisciplinary care directed to adolescents with HIV / AIDS by vertical transmission and as such responded to the fact that they have a chronic disease acquired through "Family Legacy". It was defined as a field of research interviews and reports of adolescents between the ages of twelve and eighteen, who contracted the disease when they were born to their mothers. Semi-structured interviews were conducted with 12 to 18 years old adolescents who were infected by vertical. The data collection obtained resulted in a rethinking of health care practices, and their interfaces about the process of adolescence and how we can guide these patients to have life adherence choices. The research addressed as main themes the adolescent clinic, permeating the theme of transgenerationality, Pain, Body and Grief. Its theoretical references are Psychoanalysis by Freud, Torok, Olga Correa, Lacan and recent

1 Mestranda do curso Ciências do cuidado em Saúde da UFF - Universidade Federal Fluminense; Graduação em Psicologia - FAMATH (2005). Especialização em Psicossomática e Cuidado Transdisciplinares com o Corpo - UFF (2004/2005). Especialização em Saúde Mental da Infância e da Adolescência - IPUB-UFRJ (2006/2008). Especialização em Psicologia Oncológica - INCA (2008). Residente Multiprofissional em Saúde- UFRJ/HUCFF (2010/2012). Tem interesse em temas relacionados à Saúde Mental, Dor, Psicanálise, Saúde Coletiva e HIV. E-mail: dianamfprieto@gmail.com

2 Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente Prof. Associado IV da Universidade Federal Fluminense. Editor de Seção do Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN). Atuando principalmente nos seguintes temas: filosofia, filosofia da enfermagem, enfermagem psiquiátrica, cuidado, saúde mental, resiliência, saúde do adolescente, avaliação de curso de graduação, psicanálise. E-mail: mem@vm.uff.br

3 SAE – Serviço de atendimento Especializado HIV/AIDS

literature on HIV / AIDS infection. In this work we comply with Resolution 466/12 of the National Health Council. The purpose of the study was to reshape a listening area so that adolescents could talk about their own life history, many could not say how they acquired HIV and because of this some family secrets corroborated the direction of the process of accepting the disease and whether or not it involves treatment.

Keywords: AIDS; vertical transmission; adolescence; transgenerationality; care.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem na atualidade com HIV/ AIDS em todo o mundo. Cada dia, cerca de seis mil jovens dessa faixa etária se infecta com o HIV. No entanto, somente uma parte deles sabe que está infectada. (Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS, 2012).

A faixa etária em que a AIDS é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998 (Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS, 2012). Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV.

E eis que surge um vírus, o HIV que se esconde no sistema imunitário, nas células que definem, articulam, constroem esse sistema. E ao se instalar nele o desarma, fazendo com que a pessoa passe a ser absolutamente vulnerável a qualquer ataque externo. E isto produziu o pânico do século XX. Um sistema imunitário desarmado e a doença mais espetacular produzida ao longo da história da humanidade....

Mas esse vírus também associado a uma coisa já lembrada, e muito brutal para a nossa cultura enfrentar: a morte. Nossa cultura não admite a morte. A AIDS vinha dizer assim: "Convençam-se de que todos são mortais". E uma nova doença voltou a revelar para o século XX que a morte é absolutamente inevitável. (Histórias de coragem, A realidade de quem vive com HIV/AIDS, p: 11 2002).

Como neste excesso de informações sobre prevenção, contágio e risco inúmeras pessoas continuam a fazer sexo sem preservativo?

A fim de mudar esta realidade, desde outubro de 1996, o Programa Nacional, hoje denominado Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS), adotou a indicação da profilaxia da transmissão vertical para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos expostos ao HIV.

Antes do surgimento da terapia antirretroviral combinada, a taxa de mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes era bastante elevada. A AIDS, devido o seu maior meio de transmissão ser referente à sexualidade, pauta tratada historicamente nos campos do conhecimento e no senso comum com um olhar moral, é carregada de estigmas, o que atravessa tanto a discussão da prevenção, quanto ao cuidado de quem adquiriu a doença.

O trabalho dirigido a adolescentes que nasceram com HIV indaga a nós profissionais da saúde a repensarmos as formas de cuidado e atenção na sua totalidade. De que forma eles respondem às convocações em relação à singularidade de cada demanda? E atravessamentos em relação à doença que “herdaram”? Como convivem com uma doença crônica e que ainda é estigmatizante? Como analisar a ideia de prevenção, reolocando seus limites e alcances, na perspectiva de sublinhar os efeitos simbólicos e reais atualizados nos percursos envolvidos na prática de prevenção?

A prevenção ainda é a melhor via de “controle” da epidemia, mas teorias e posições pedagógicas que direcionam as formas preventivas vêm sendo confrontadas e questionadas, tanto na sua eficácia quanto na sua forma de produzir funcionamentos de padronizar o singular para o coletivo. Como escapar dessa ditadura biológica-médica?

Essa forma hegemônica e vertical no âmbito da saúde é atravessada pelo paradigma biomédico, a doença enquanto entidade biológica, corporificada de forma universal e atemporal. A medicina detém as verdades sobre as condutas, constituindo o biopoder (Foucault, 2008). Mas nossa aposta neste trabalho é visibilizar as singularidades que advém na relação dela e das determinações que circulam sobre condutas de preservação da vida. Como neste excesso de informações sobre prevenção, contágio e risco, inúmeras pessoas continuam a fazer sexo sem preservativo?

A Causalidade implícita nesse modelo associa doença a ignorância e, sutilmente, responsabiliza o doente. O modelo que informa esta concepção valoriza os aspectos racionais e cognitivos da questão educativa e desconsidera o substrato afetivo da consciência que permite a construção de autoestima, o que possibilita gerar não só “mudanças comportamentais” como designado pela concepção comportamentalista, estreita e limitada para dar conta da complexidade das questões aí envolvidas, como também uma ampliação da consciência crítica que propicia transformações mais profundas e abrangentes no âmbito da vida pessoal, familiar e coletiva/social (Apud SIMÕES BARBOSA, 2001 a p. 9).

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) estão inseridos em ambulatorios, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores do HIV/AIDS, conforme o Ministério da Saúde (2005). Os SAES têm como principais objetivos repensar o cuidado e a assistência dos seus usuários e o diagnóstico precoce é a principal estratégia para a redução de mortalidade e morbidade à AIDS. Ao implantá-los em unidades preexistentes, justifica-se a possibilidade de, além de racionalizar custos, promover uma assistência mais humanizada na medida em que o paciente não precisará se deslocar para outros centros de referência (secundárias) em busca de tratamento em outras especialidades médicas, pois as chamadas policlínicas têm possibilidade de ofertar especialidades essenciais ao tratamento das infecções oportunistas (IO), como, por exemplo, a de pneumologista, reumatologista, neurologista, infectologista e dermatologista, entre outros.

Minha experiência com pacientes com HIV e soropositivos, aconteceu durante o período em que trabalhei no Hospital Clementino Fraga Filho - HUCFF, da UFRJ, onde atuei na DIP (Doenças Infecto-Parasitárias). Durante dois anos, atuei como coordenadora de grupos de pacientes com HIV/AIDS. Passei por diversos setores, desde a atenção primária até a alta complexidade. Atendi pacientes no CTA (Centro de Testagem Anônima), no SAE (Serviço de Atendimento Especializado), ambulatório e um dos mais importantes e graves serviços, a enfermaria de HIV. Nesse processo de estudo e trabalho, pude me deparar com questões relacionadas à própria vulnerabilidade de laços sociais e familiares nos pacientes com HIV.

Percebi a necessidade do tratamento medicamentoso, que são chamados de coquetéis⁴, dos riscos que envolviam o próprio adoecimento e o fim da luta, nos casos mais graves.

A maioria dos adolescentes que acompanhei no ambulatório e nas enfermarias, apresentavam demandas psicológicas intensas, deflagrando a dor de conviver com essa doença e a imposição de uma transmissão vertical, com a qual eles nasceram infectados. Essa dinâmica com os pacientes era bastante demandante. Muitos já apresentavam indicação para começar a utilizar a medicação. E, por terem que

4 Os denominados coquetéis são combinações de medicamentos que tem o objetivo de abaixar a carga viral do HIV diminuindo o risco do contágio e demais mazelas da doença.

conviver com este aspecto real da doença e do concreto ato de tomar o coquetel, apresentavam uma enxurrada de dúvidas, medos, angústias e dores em relação ao corpo. Mudanças físicas, efeitos colaterais, relacionamento com amigos e namorado (a), sexualidade e vida.

A adolescência não é um prolongamento da infância que se inscreve numa continuidade de desenvolvimento: não se trata simplesmente de crescer para se tornar homem ou mulher. Com a adolescência cumpre-se o encontro com o outro na alteridade genital, encontro com a sexualidade em si mesmo (reconhecer-se homem ou mulher, e não mais menino ou menina) e no outro (no jogo do desejo sexualizado de um encontro genital). É porque uma certa forma de complementaridade (e não de completude que, esta, é o signo da dominação do narcisismo) organiza esse encontro entre os dois sexos que o adolescente é diretamente confrontado a um violento conflito interno entre a manutenção de seus investimentos narcísicos, herança da infância, e o empenho nos investimentos objetais (o encontro com o outro) ameaça sua integridade narcísica. (MARTY; CARDOSO, 2008, p.12).

Podemos entender, auxiliados pela Psicologia, através de uma leitura dos processos de construção da subjetividade, que esse rito de passagem produz e reproduz uma série de desdobramentos físicos e psíquicos. A adolescência rompe com certo paradigma do cuidado, pois, apesar de estar ainda sob a tutela dos pais e/ou cuidadores, esses adolescentes já possuem mais autonomia para trilhar seu destino e muitas vezes, em se tratando de estarem acometidos por uma doença crônica, esta situação se torna ainda mais tênue, pois, pela complexidade, a doença requer muitos cuidados e disciplina no tratamento.

Hoje em dia a adolescência é pensada como um processo psíquico fundamental para o desenvolvimento da criança, processo que traz em seu seio o despertar pulsional próprio das mais intensas transformações psíquicas. A adolescência é a expressão de um lugar de conflitualização violenta onde pulsões e defesas, investimentos narcísicos e objetais, se defrontam...A adolescência é uma importante crise da vida, que confronta o sujeito ao risco de se perder por ter tanto o que mudar, de perder o fio dessa continuidade de si mesmo, quando não o sentido da vida, que está em jogo de maneira essencial. (Destinos da adolescência 2010 p: 10-11)."

Esse rito de passagens impõe muitas convocações quando se trata de estar com HIV adquirido pela transmissão vertical. Várias fantasias habitam nesse adolescente em relação ao porquê de ter HIV. Por que seus pais o contaminaram? Por que necessitam fazer o tratamento? Muitos desses jovens negam a doença, e se sentem imunes ao vírus. A consequência dessa maneira subjetiva de atuar dessa forma são os números crescentes de internação e até mesmo o óbito de muitos desses jovens por não aderirem ao tratamento.

O objetivo geral do atendimento psicológico ao paciente soropositivo e/ou com AIDS é verificar a relação entre a sintomatologia psicológica e o quadro

orgânico. Os objetivos específicos englobam avaliar as informações que o paciente possui sobre a transmissão, prevenção e tratamento; verificar seu conhecimento sobre a sua situação clínica; levantar suas principais preocupações; identificar suas estratégias de enfrentamento e identificar sua rede de apoio familiar e social (MAGALHÃES, 2015 p. 60).

Com efeito, trabalhar as questões do adoecimento na fase da adolescência que é marcada por inúmeras mudanças tanto físicas quanto psíquicas. Acolher o adolescente nesse momento é uma aposta que o tratamento com as medicações possa ser promissor, ajudando-o no enfrentamento da doença. E nesse espaço, trabalhar questões relacionadas à família, saúde, amigos, escola, saúde sexual e reprodutiva.

1 O MÉTODO

O trabalho foi realizado através da pesquisa qualitativa. O grupo escolhido para dar início à pesquisa foi de adolescentes entre treze e dezessete anos atendidos no Hospital Universitário Antônio Pedro, no município de Niterói -RJ. Os critérios de inclusão foram: adolescentes que adquiriram AIDS e/ ou HIV ao nascerem, pacientes de todos os gêneros e seus responsáveis que aceitaram participar da pesquisa como voluntários, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto envolve a participação de seres humanos, por isso, foram atendidas as exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a também foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, que faz parte da própria instituição. Nesta resolução estão previstas algumas possibilidades de evitação de riscos e exposições dos participantes da pesquisa. Todo paciente que não quiser participar da entrevista ou quiser interromper a entrevista, será respeitado. No desenvolvimento desta pesquisa também tive o cuidado de trabalhar com a psicóloga responsável pelo serviço do SAE, caso alguma questão psíquica relevante aparecesse nas entrevistas. Um dos objetivos desse trabalho foi entender como esses adolescentes lidam com tal situação e também para repensar as formas de cuidado e tratamento que os adolescentes atravessam. A partir disso, fortalecer as Políticas Públicas voltadas para a saúde do adolescente.

A metodologia utilizada foi estudo de caso clínico através de entrevistas semi-estruturadas. Teve como objetivo apreender como cada adolescente lida com seus

atravessamentos e significantes, de como convivem e se relacionam com o HIV/AIDS.

A Psicanálise é uma abordagem de terapia que se propõe a escutar cada pessoa através do discurso. Esse é o material de trabalho será exposto pelo adolescente, pela via do discurso. A construção de um caso clínico é um instrumento para investigação e tratamento (Zanetti, Kupper, 2006). Todo esse processo de pesquisa e seus efeitos clínicos são perpassados por questões éticas e produções subjetivas

No trabalho clínico o que norteia a função do psicólogo é o desejo que elanca a condução do caso, que é um enigma a ser desvelado.

O método do relato de casos clínicos situa-se, então, na passagem da experiência psicanalítica para a elaboração teórica, constituindo-se assim o primeiro passo e ao mesmo tempo o passo fundamental para o encontro da experiência da análise com a elaboração teórica. Em outras palavras, é por meio do relato que se terá acesso ao caso e a tudo o que ele suscitará em nós(Zanetti; Kupfer, 2006 p 7).

Na perspectiva da Psicanálise trata-se de uma experiência subjetiva do sujeito que através do processo analítico será realizado uma construção deste “mosaico” segundo Nasio, (2001, p11).

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi utilizada a abordagem psicanalítica por apostar no seu lugar de amparar o desconforto e trabalhar com a subjetividade. O trabalho desta pesquisa foi buscar compreensões, de como os adolescentes, com todas as suas complexidades próprias de seu tempo de desenvolvimento, lidam com uma doença que é crônica, estigmatizante e não tem cura.

Para alguns que estão nesse contexto emergem várias dúvidas, medos e incertezas, por conta desse novo chamado, a “doença”, ser doente, ser tratado.

Uma posição muitas vezes desconfortante, onde o adolescente se vê pressionado por ele mesmo, pela equipe de cuidado e familiares a dar conta de algo que o atravessou e o fez entrar numa esfera de cuidado. Esse chamado de cuidado se submete a muitas normas e regras, tais como: se responsabilizar em tomar a medicação e administrar seus horários, no momento da experiência sexual, se prevenir protegendo a si e os demais, ter uma dieta balanceada, tomar medicações em horários determinados, fazer necessariamente visitas periódicas ao médico,

exames e etc.

A transmissão geracional é dividida em duas modalidades: Intergeracionalidade que é passada pela geração mais próxima, no caso os pais. Já a transgeracionalidade é transmitida psiquicamente através da herança genealógica que é a nível inconsciente e não simbolizado, onde o psiquismo apresenta lacunas, elementos foracuídos, encriptados que são atravessados por várias gerações.

O espaço familiar é aonde acontece à transmissão geracional. Nessa dinâmica familiar se produzem e se articulam diversos mecanismos de identificação:

O silêncio da violência ou ruptura dos diversos vínculos geracionais são denominador comum que percorre a falta de inscrição do sujeito na sucessão das gerações e no tecido grupal comunitário, limitando ou impedindo o acesso aos processos de simbolização que organizam uma cadeia de significantes (CORREA, 2001 a, p.65).

Muitos adolescentes ficam sem saber sobre sua história de vida, não sabem como adquiriram o HIV, estes segredos familiares corroboram para o processo de aceitação da doença e da implicação deste com o tratamento. Essas lacunas familiares podem produzir no imaginário dos adolescentes várias fantasias, por exemplo: “Se meus pais me contaminaram de propósito?”, “Por que isso aconteceu comigo?”, “Por que meus pais não se cuidaram?”, “Como meus pais puderam fazer isso com um filho?”, “Minha mãe sumiu de casa e não sei se está viva e meu pai não me conta nada!”. Estas foram algumas indagações que os adolescentes me fizeram no campo de pesquisa no Serviço de atendimento especializado do Hospital Universitário Antônio Pedro.

O adolescente, muitas vezes depara-se com esse “segredo”, essa exigência, para poder estar vivo e muitos deles não dão conta, emergindo o conflito. Notamos possíveis indícios destes não suportarem em lidar com a doença e estar nessa condição de assujeitamento e, conseqüentemente, muitos acabam apresentando graves sofrimentos psíquicos e até tentativas de suicídio. Nesta crise, irrompem sentimentos como medo da morte, num período que corresponde a fase mais aguda da vida. O adolescente se vê refém dessa teia, submetido a uma escolha imposta, na qual, este tem que desenvolver uma série de “condutas” e “comportamentos” que são ditados pela doença e seus respectivos desdobramentos.

Dessa forma, podemos considerar que a doença não atinge somente aquele que a porta, ela desorganiza e se estende ao núcleo familiar. Nesse cuidado com o

adolescente, percebemos o quanto a família está cansada com a rotina de muitos que se recusam a tratar-se e interferindo no funcionamento do núcleo familiar. Como atuamos e implicamos esses familiares nos atendimentos? Como trabalhamos as relações de escolha desse adolescente negligenciando o tratamento? Estas escolhas são determinantes para o adoecimento e morte.

A AIDS continua ainda vinculada ao signifiicante da morte, o comportamento de risco, sexo desprotegido, drogas injetáveis, repercutindo em um grande mal estar na sociedade. Estas situações despertam o medo, a discriminação e o preconceito:

O trabalho do psicólogo, mediando às relações médico-paciente, familiar-paciente, promove uma escuta mais refinada, que pode auxiliar nesse difícil processo de encontro com a doença, assim como promover uma atitude mais elaborada na relação que estes vão estabelecer com esta complexidade de cuidados e procedimentos. Permitindo a construção de estratégias.

Para além dos aspectos clínicos, corporais da doença, escolhi a Psicanálise para sustentar a discussão da complexidade do cuidado, que envolve elementos heterogêneos. Para cada caso, nosso objetivo enquanto profissionais/pesquisadores é particularizar a escuta e se apostar para o “enigma” no qual o paciente esta sendo submetido seja desvelado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aposta deste artigo foi repensar as formas dirigidas ao cuidado e à complexidade que envolve a dimensão singular a respeito do tratamento e suas interfaces dos adolescentes infectados durante a gestação e como estes enfrentam o cuidado, tratamento e os atravessamentos que envolvem a doença e seus laços sociais.

A finalidade desse estudo teve como foco a complexidade e os paradoxos do cuidado multidisciplinar dirigido a adolescentes portadores de HIV/AIDS por transmissão vertical e como tais respondem ao fato de ter uma doença crônica adquirida através do “Legado Familiar”.

Os processos de promoção e prevenção acerca da temática do HIV/AIDS estão atrelados a dimensões subjetivas, emocionais, culturais, relações sexuais e amorosas. Os processos de promoção e prevenção acerca da temática do HIV/AIDS

estão atrelados a dimensões subjetivas, emocionais, culturais, relações sexuais e amorosas. Esse campo da saúde acerca da prevenção vem caindo para o modelo hegemônico através das questões que habitam o corpo biológico. São várias tentativas de “repatologizar” a sexualidade e a circunscrevê-la ao controle médico sanitário. Como entrelaçar cuidado, promoção e escolhas?

Nota: Este artigo é baseado em pesquisa realizada para obtenção do título de mestre, no Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, defendida pela autora principal deste estudo, sob orientação do segundo autor.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 92p.

ALMEIDA, M. E. S. **A força do legado transgeracional numa Família**. Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 215-230, 2008.

AMADO, C. R.; LEAL, M. M. O adolescente com doença crônica. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap 21, p 223-232.

AYRES, J. R. C. M. (Coord.). **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional, AIDS - Novos horizontes**. São Paulo: Office, 2004. 35 p. Edição especial.

BELZER, M. E. et al. Antiretroviral adherence issues among HIV-positive adolescents and young adults. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 25, n.5, p.316-319, nov. 1999.

BENGHOZI, P. **Traumatismos precoces da criança e transmissão genealógica em situação de crises e catástrofes humanitárias**: desemalhar e reemalhar continentes genealógicos familiares e comunitários. In: CORREA, O. (Org.). Os avatares da transmissão psíquica geracional. São Paulo: Escuta, 2001, pp .89-100.

CHESNEY M. Review: Adherence to HAART Regimens. **AIDS Patient Care**, New York, v. 17, n. 4, p. 169-177, abril 2003.

CORREA, O. B. R. (Org.). Colóquio em homenagem a Nicolas Abraham e Maria Török. In: _____. **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2000^a. p. 9-16.

DUARTE, J. M. **Narrativas de adolescentes vivendo com HIV/AIDS: compreendendo a adesão à terapia antirretroviral**. 2011. 105f. Dissertação

(Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ELDRED, L. J. et al. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.**, New York, v. 18, n. 2, p. 117- 25, jun. 1998.

HAYNES, R. B. Introduction. In: HAYNES, R. B.; SACKETT, D. L.; TAYLOR, D.W. (Ed.). **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins Press University Press, 1979. p. 1-18 *apud* KYNGÄS, H. A.; KROLL, T.; DUFFY, M. E. Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. **J. Adolesc. Health.**, New York, v. 26, n. 6, p. 379-388, jun. 2000a.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão** 36^a ed. Petrópolis: Vozes, 2009 (292 páginas)

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LACAN, J. **Os complexos familiares** (1938). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987.

LESERMAN, J. et al. Stressful Life Events and Adherence in HIV. **AIDS Patient Care and STDs**, Larchmont, v. 22, n. 5, 2008.

LIGNANI JÚNIOR, L; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antiretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pub.**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-501, dez. 2001.

NAAR-KING, S. et al. Psychosocial factors and medication adherence in HIV- positive youth. **AIDS patient care and STDs**, Larchmont, v. 20, n. 1, p. 44-47, jan. 2006.

NASIO, J. D. Que é um caso? In: Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Problemas de salud de la adolescencia**: informe de un comité de expertos de la OMS. Genebra, 1965. 30p. (Serie de informes técnicos, n. 308).

SUET, M. M. **Estudo da adesão à terapêutica antirretroviral em adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência (HIV) em um hospital de grande porte na Cidade do Rio de Janeiro**. 2010. 81f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

TAVARES, M. C. T. **A experiência de adolescer com Aids**. 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.