

## Relato de Caso

**Intervenção na adesão ao tratamento de doenças crônicas tendo como modelo um paciente adolescente HIV positivo.***Case Report Adherence to chronic disease treatment using an HIV positive adolescent as a model: a case study.*

Larissa Matsumoto\*  
Júlia Andrade de Oliveira\*  
Camila Aparecida Moma\*  
Telma Kenshima\*  
Marília Martins Corrêa\*  
Gustavo Tenório Cunha\*\*

**Resumo**

A clínica ampliada visa à abordagem integral do paciente, baseando-se na intersectorialidade, no acompanhamento longitudinal e no apoio matricial. No caso de doenças crônicas, é fundamental a formação de vínculo e construção do projeto terapêutico singular, possibilitando maior adesão ao tratamento. O objetivo do presente estudo é, por meio da discussão do caso clínico de um adolescente HIV positivo não-aderente ao tratamento, propor intervenções que possam ser usadas como exemplo na condução de casos semelhantes.

A equipe da UBS selecionou um caso complexo em que mãe e filho adolescente, HIV positivos, não aderiram de forma adequada ao tratamento. A fim de entender seu contexto familiar e social, e iniciar possíveis intervenções, foram realizadas visitas domiciliares e comunicação entre os diversos níveis de atendimento, o que propiciou a articulação entre os serviços e melhor identificação das demandas familiares.

Na abordagem do paciente, deve-se considerar tanto seu aspecto biológico quanto seu contexto sociocultural, a fim de possibilitar um atendimento individualizado, de forma a oferecer melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento.

**Abstract**

*Comprehensive care approaches the patient in an integrated way, on the three health care levels, through long-term care and counting with specialized support. In the case of chronic diseases, the establishment of a dialogue and individualized treatment plans are fundamental for a better adherence to treatment. The objective of the present study discussing the case of a HIV positive adolescent, who did not adhere to treatment, is to propose interventions that can serve as examples in the conduct of similar case.*

*The primary care team selected a complex case, in which the mother and her adolescent son, both HIV infected, had not adhered adequately to treatment. Household visits were made in order to understand their familiar and social context and to initiate possible interven-*

**Palavras-chave:** Aderência; Terapêutica,  
Doença Crônica; HIV.

**Key Words:** Adhesions; Therapeutics; Chronic  
Disease; HIV.

\*Acadêmicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

\*\* Doutorando do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

*tions, and contact was established between the different care levels. This resulted in a better articulation between the different services and helped identifying the needs of this family.*

*A patient must be addressed not only considering the biological aspect but also his social and cultural environment to be able to offer individualized care and a better quality of life.*

## 1. Introdução

O conceito de clínica ampliada engloba características que possibilitam o melhor manejo do indivíduo frente à condução do caso, aumentando-se as chances de torná-lo aderente ao tratamento e criar autonomia<sup>1,2</sup>. A sua concretização se dá pelos arranjos organizacionais: equipe de referência e apoio matricial. A equipe e o profissional de referência são aqueles responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário<sup>3</sup>. O acompanhamento deve ser longitudinal, a fim de permitir uma visão mais abrangente do indivíduo, conhecer seu contexto social, necessidades e possíveis demandas<sup>2,3</sup>. É fundamental que haja funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência, que passa a ser um espaço coletivo, sem hierarquização durante as discussões de casos clínicos, sanitários ou de gestão<sup>3</sup>. Cabe a ela destacar, entre os diversos casos da comunidade, aqueles de maior vulnerabilidade<sup>4</sup>. O apoio matricial funciona como retaguarda especializada, agregando recursos de saber, contribuindo com intervenções. Porém, a relação entre profissionais de referência e especialistas passa a ser horizontal, com base em procedimentos dialógicos e troca de conhecimentos<sup>3</sup>. Os profissionais devem se incumbir da responsabilidade sobre o indivíduo, levando-se em consideração que o paciente é constituído tanto de elementos concretos quanto de subjetivos. Em todos os âmbitos, o profissional tem o compromisso ético de resguardar o sigilo, criando o primeiro elo da formação do vínculo<sup>1,2</sup>.

Define-se adesão como a disciplina de cada pessoa em termos de seguir a farmacoterapia e a dieta e de realizar mudanças no estilo de vida, conforme orientações dadas pelo médico<sup>5</sup>. O sucesso da terapia proposta depende da adesão ao tratamento<sup>6</sup> estimada para doenças crônicas em 50%<sup>7,8</sup>.

A forma como se vê o papel do paciente em relação ao seu tratamento geralmente é de maneira a ignorar o contexto sociocultural e a visão que ele possui do processo saúde-doença, dificultando a compreensão dos reais motivos que impedem a adesão adequada à terapêutica proposta<sup>6</sup>. Assim, os profissionais tendem a reduzir a má aderência ao tratamento simplesmente à ignorância e à irresponsabilidade do paciente.

Frente a uma doença crônica que cursa de forma assintomática, a adesão torna-se um desafio para os profissionais de saúde em relação ao manejo e para o próprio paciente quanto à conscientização e a importância do tratamento. Segundo o modelo de decisão terapêutica, que analisa a reação do paciente perante o tratamento, há três tipos de pessoas: 1) os que aceitam e procuram cumprir a prescrição; 2) os que aceitam, mas não sem testar outras opções e 3) os céticos, que recusam a terapêutica<sup>9</sup>. A adesão ao tratamento está muito relacionada com a conscientização da doença<sup>10,11,12,13</sup>. Até os pacientes mais ativos, quando não são bem informados e sem vínculo com o serviço de saúde<sup>9,13</sup>, recusam-se a aceitar padrões que interfiram no seu cotidiano, o que é uma forma de não sentir o estigma de doença crônica. Uma vez que o tratamento é aceito, ele se torna parte da vida, como algo rotineiro, e não mais como uma obrigação<sup>11</sup>.

A simultaneidade da doença crônica e da adolescência caracteriza uma crise existencial, sobrepondo-se a outra crise, representada pela enfermidade incurável e respectiva necessidade de tratamento continuado. As mudanças ocorridas durante a adolescência implicam em ampliação do entendimento dos fatos, tais como conscientização da doença<sup>12</sup>, o sentimento de ser diferente dos outros jovens e a vergonha acarretada por isso, descoberta do preconceito e a procura com maior frequência ao serviço de saúde<sup>12,13</sup>. Na infância, a consciência da doença encontra-se na mãe, pois é ela quem possui a percepção da enfermidade; por isso, cabem a ela as decisões e a adesão ao tratamento<sup>14</sup>. Nesse processo, é importante que as ações da mãe estejam articuladas com as propostas do médico, possibilitando sinergismo de atuações, com consequência positiva para a

qualidade de vida da criança<sup>15,16</sup>. Durante a transição para a adolescência, a mãe possui papel de transmitir a compreensão da doença ao jovem, buscando inicialmente compartilhar a responsabilidade e, aos poucos, construir autonomia suficiente para que o indivíduo possa assumir de forma integral o gerenciamento da enfermidade<sup>14</sup>. Como consequência, não haverá mais a necessidade de interposição na relação médico-paciente da figura materna, possibilitando que o contrato seja estabelecido de forma direta<sup>14</sup>. A condução da doença não deve ser restrita apenas ao médico, reconhecendo os limites de sua atuação profissional; é necessário buscar auxílio em equipe multidisciplinar e na intersectorialidade, aprimorando a integralidade do atendimento<sup>3,4</sup>.

A inserção do adolescente em programas educativos que informem características da doença é uma estratégia que permite o maior envolvimento do jovem e da família na formação do contrato e da construção da autonomia<sup>14,17,18</sup>, evitando atitude passiva do doente e sua infantilização diante do tratamento<sup>18,19</sup>. A partir disso, o paciente torna-se apto a negociar o projeto terapêutico, podendo interferir na tomada de decisões<sup>2</sup>.

Por fim, os bons vínculos com a equipe de saúde e a autonomia do paciente facilitam a adesão adequada ao projeto terapêutico, a “desmedicalização” da vida e a descoberta de novas possibilidades, equilibrando o combate à doença com produção de vida<sup>2</sup>.

O objetivo do presente estudo é, por meio da discussão do caso clínico de um adolescente HIV positivo não-aderente ao tratamento, propor intervenções que possam ser usadas como exemplo na condução de casos semelhantes.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Apresentação

O módulo Planejamento e Gestão em Saúde, da área de Medicina Preventiva e Social, aplicado a graduandos do 5º ano de Medicina, consiste na intervenção em um caso complexo selecionado pela equipe de Saúde da Família de um bairro da periferia.

### 2.2. Seleção de caso\*

João, masculino, 13 anos, HIV positivo por transmissão vertical, em acompanhamento no serviço terciário, apresentava dificuldade de adesão ao tratamento desde o diagnóstico, levando à adoção de medidas rígidas, acionando a assistente social, Cibelle, e o Conselho Tutelar. Este impôs à agente comunitária da UBS, Juliana, a responsabilidade de supervisionar a administração diária dos medicamentos. Carolina, mãe de João, HIV positiva, manicure, considerou ameaçadora a intervenção do Conselho Tutelar, criando conflito tanto com o órgão impositivo quanto com a UBS, representada pela figura de Juliana.

### 2.3. Estudo do caso

Em 1997, Carolina descobriu ser HIV positiva a partir do quadro de coriorretinite por citomegalovírus, que cursou com perda total da visão do olho esquerdo. Associou-se a aquisição do vírus com transfusão sanguínea realizada dez anos antes, após atropelamento, o qual também resultou em seqüela motora em membro inferior esquerdo. A partir do diagnóstico de Carolina, foi realizada a investigação do vírus em João e Maria, 16 anos, grávida de três meses, descobrindo-se João como portador e iniciando acompanhamento em serviço terciário.

Durante o acompanhamento, João sempre apresentou carga viral elevada e níveis baixos de CD4; nunca apresentou repercussões clínicas consideráveis, caracterizando-se como “progressor” lento.

Diversos esquemas terapêuticos foram instituídos; entretanto, João nunca aderiu adequadamente ao tratamento. Foram descartados possíveis efeitos colaterais e atribuiu-se a falta de adesão a fatores emocionais e sociais, decorrentes de relacionamento conflituoso com a mãe, sendo, inclusive, diagnosticado transtorno depressivo moderado, iniciando tratamento com Fluoxetina e acompanhamento com a psiquiatria.

Foram realizadas três visitas domiciliares pelos graduandos e pela equipe da UBS, na busca de uma abordagem integral e longitudinal do caso.

Deparou-se com dinâmica familiar conturbada, na

\*Os nomes foram modificados para preservar a privacidade dos envolvidos.

qual Carolina não aderiu ao tratamento e não oferecia suporte adequado ao filho, sendo a responsabilidade de acompanhamento às consultas e administração de medicamento transmitida à Maria. Apesar disso, a relação entre os membros da família é permeada por atenção e cuidados mútuos.

Tem-se a impressão de que João é o único doente da casa, Carolina não citou nenhuma vez o nome da doença, referindo-se a ela por meio de eufemismos (“imunossupressão”, “aquela doença tipo leucemia”), nunca se autodenominando doente. Observa-se, também, certo receio de estigmatização social por parte de família, evitando tornar público o diagnóstico, reforçando forte preconceito e negação em relação à doença.

Tentando compreender os motivos da falta de adesão de João, encontrou-se, como único empecilho apontado, o tamanho do comprimido e a dificuldade de degluti-lo. Porém, Carolina refere que há dois meses João tem aderido melhor ao tratamento e realizado seguimento nutricional no AMDA (Ambulatório Municipal de DST e AIDS), onde Carolina era acompanhada previamente.

Foi realizada visita ao AMDA, que é o centro de referência para adultos com HIV/AIDS e DST de maior complexidade em Campinas e região. Em conversa com o Dr. Carlos com o nutricionista Pedro e análise de prontuário, foram obtidas mais informações a respeito do seguimento de Carolina. Observou-se baixa adesão desta, com comparecimento irregular ao serviço, tanto em consultas quanto em coletas de exames, procurando somente o pronto-atendimento e medicação. Tal comportamento corrobora para a inferência a respeito da negação de sua doença. Descobriu-se importante vínculo entre João e Pedro, que referiu tentativa de interferir no acompanhamento nutricional de João, porém, encontrando intensa dificuldade em lidar com Carolina, a qual não oferecia à família hábitos alimentares saudáveis e dificultava o acompanhamento regular de João pelo nutricionista, não comparecendo às consultas.

No serviço de Imunologia Pediátrica, identificou-se acompanhamento longitudinal e vínculo entre João e o Dr. Henrique, responsável pelo serviço. Durante reunião, buscou-se a troca de informações para construção do Projeto

Terapêutico Singular, estabelecendo uma ponte entre o serviço primário e o terciário. Compreendeu-se a metodologia empregada pelo serviço no cuidado de seus pacientes HIV positivos, em que existe a preocupação em adequar a linguagem para a idade, transmitindo ao adolescente informações claras a respeito da doença e formas de transmissão, incumbindo-lhe autonomia e responsabilidade social.

Não havia comunicação entre os serviços – processo fundamental para o bom andamento do caso. As consultas eram restritas à doença, sendo fraca a abordagem psicossocial e cultural e o acompanhamento nos demais serviços. A falta de acompanhamento na UBS por uma equipe de referência e a não-aplicação do conceito de clínica ampliada corroboraram para a visão fragmentada do caso. Como resultado disso, teve-se o acionamento do Conselho Tutelar.

Realizou-se visita ao Centro Infantil Boldrini com a finalidade de vivenciar um modelo de cuidado e tratamento de crianças com doenças crônicas e, principalmente, identificar as estratégias adotadas para lidar com o binômio saúde-doença. Observou-se a atenção não apenas quanto aos aspectos biológicos das doenças, mas a relevância da qualidade de vida dessas crianças. Ao se respeitar a individualidade de cada criança e ao buscar momentos nos quais ela esquece que é doente – por meio de arte ou brincadeiras –, é possível construir vínculo e educação. A abordagem deve ser feita por aquele em que a criança conhece e confia.

#### 2.4. Objetivos e Propostas

É fundamental a criação de vínculo e afeto, sem os quais os objetivos não serão atingidos. O paciente deve identificar uma relação de confiança nos profissionais que o acolhem, de forma que haja transferências e a equipe compreenda suas angústias, anseios e necessidades. Dessa forma, as relações familiares serão melhor elucidadas, permitindo abordagem da família como um todo, frente à doença.

O paciente deve encontrar na equipe uma referência a que possa recorrer quando for necessário, garantir um acompanhamento longitudinal de toda família, estabelecendo relação de confiança progressiva em que barreiras

são transpostas a cada consulta. O primeiro passo é atender às demandas do momento, iniciando a inclusão da família no sistema de saúde. Assim, o pré-natal de Maria e a puericultura de Rita funcionariam como porta de entrada para os membros da família na UBS.

A construção do ecomapa é ferramenta a ser utilizada na compreensão das relações familiares, agindo como momento de reflexão individual e coletiva a respeito da dinâmica social e familiar. Tal recurso funcionaria como uma primeira abordagem para entendimento da relação entre João, seu pai e padrasto, visto que pouco se sabe quanto aos sentimentos que nutre por eles; a equipe não deve contentar-se apenas com dados obtidos em um contato inicial, tentando aprofundar tais temas em abordagens futuras.

Por ser uma doença estigmatizante e por ter sido identificada na família uma dificuldade de aceitação, o ponto essencial no estabelecimento do vínculo é esclarecer e garantir o direito ao sigilo, cabendo à família decidir se deve revelar sua situação, nunca sendo coagida.

Sugeriu-se que João fosse acompanhado pela equipe de saúde mental da UBS; já tinha seguimento prévio em serviço terciário, porém, abandonou-o devido ao ambiente tenso na sala de espera psiquiátrica. Tal acompanhamento permitiria trabalhar a questão da vulnerabilidade e seu impacto sobre a aceitação do diagnóstico, além de oferecer oportunidades para autoconhecimento, compreensão de seus sentimentos a cerca da doença e relações familiares, promovendo, ao longo do tempo, respaldo emocional e desenvolvimento de auto-estima.

Em reunião com psicóloga da equipe foi sugerida a extensão do acompanhamento para Carolina, que compareceria para abordar questões sobre João, e, aos poucos, haveria abertura para seus conflitos. O espaço para reflexões propicia reconhecer a negação da sua própria doença e suas conseqüências deletérias à adesão ao tratamento e ao seu papel de mãe. A conscientização dos riscos inerentes à sua doença poderia incitar em Carolina uma preocupação maior com sua saúde e a “luta pela vida”, permitindo melhor adesão.

Independentemente disso, é importante que seu acompanhamento clínico no AMDA seja restabelecido o quanto antes. Uma ferramenta facilitadora nesse processo é a comunicação entre os serviços, possibilitando o gerenciamento de consultas e exames de Carolina no AMDA pela UBS, que poderia lembrá-la das datas e garantir o transporte. Deve-se manter o cuidado de que esse processo não ocorra de forma coercitiva, mas, sim, demonstrando uma maior atenção à paciente. Também é de grande importância a troca de informações entre profissionais do AMDA e equipe de referência da UBS.

Estabelecer comunicação entre UBS e Ambulatório de Pediatria-Unicamp, por sua vez, favorecerá o gerenciamento das consultas de João. Além disso, a troca de informações sobre aspectos clínicos entre os serviços primário e terciário permitirá que eventuais intercorrências e acompanhamento geral sejam abordados, primeiro na UBS. Assim, respeita-se a hierarquia do serviço, por meio da pediatra da equipe, com a qual se estabeleceu um contato inicial em uma das visitas domiciliares. Isso já foi também acordado durante a reunião com o Dr. Henrique, o qual se prontificou a fornecer informações e suporte necessários, disponibilizando seus telefones de contato. A UBS será a equipe de referência da família, como apoio matricial do AMDA e do HC-Unicamp.

A forma de abordagem utilizada no HC-Unicamp é apresentar o “bichinho” na idade pré-escolar, o “vírus” na escolar e a doença, com “nome e sobrenome”, na pré-adolescência, evitando nessa fase a infantilização, incumbindo ao paciente compromisso individual ao assumir posição ativa quanto aos cuidados com sua saúde, e compromisso social ao esclarecer métodos de transmissão e formas de prevenção.

O acompanhamento de João não deve ser restrito às dificuldades provenientes da doença, equilibrando-as com as práticas de atividades prazerosas, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida e evitando medicalização excessiva. Diante disso, a proposta feita pela equipe de saúde da UBS foi introduzi-lo em uma associação da comunidade que incentiva a socialização dos jovens por práticas artísticas

e de lazer. Assim, João será capaz de deixar de viver em função da doença, descobrindo novas possibilidades, por meio da integração com outros adolescentes, permitindo trocas e construção de auto-estima.

A aproximação do serviço de saúde com a escola contribui para fornecer informações relevantes à avaliação da qualidade de vida de João. Cabe lembrar que a revelação do diagnóstico pode incitar preconceito; assim, o sigilo deve ser preservado.

A impressão inicial durante as visitas é a de que João é o único doente da casa; deve-se lembrar que Carolina também possui a doença e necessita, portanto, de atenção especial quanto à sua responsabilidade perante a sociedade e seu companheiro. A profissão de manicure implica em riscos inerentes ao ofício, exigindo cuidados quanto à transmissão de doenças devido à má esterilização de materiais. Os riscos de transmissibilidade durante as relações sexuais sem preservativo também devem ser abordados; deve-se garantir que Carolina esteja ciente das formas de transmissão e prevenção e de que a boa adesão ao tratamento mantém as cargas virais baixas, diminuindo o risco de infecção.

No momento, observa-se relativa coesão familiar, entretanto, Maria detém grande parte dos compromissos, apresentando-se sobrecarregada para uma adolescente de 16 anos, logo, não lhe devem ser atribuídas novas funções. Sua gestação e seu desejo de constituir família própria contribuem para um risco de que, em um futuro próximo, possa ocorrer desestruturação familiar, afetando a adesão de João ao tratamento. O contato com Maria deve ser estabelecido no sentido de criar vínculo, permitindo a realização da puericultura de seu filho e educando-a quanto à aquisição de hábitos saudáveis. Uma aproximação já foi iniciada por intermédio da enfermeira Mariana, que está auxiliando no acompanhamento do pré-natal, reforçando a importância do sexo seguro na prevenção de DSTs e futuras gestações indesejadas.

A abordagem integral do núcleo familiar também inclui Rita, que deve ser acompanhada pela pediatra da equipe. Em reunião, foi apresentada demanda de Carolina quanto à inclusão de Rita em creche escolar, propiciando o

convívio com outras crianças, de forma a contribuir com seu desenvolvimento afetivo e neuropsicomotor.

Para que as propostas citadas possam ser colocadas em prática e os objetivos alcançados, a cada membro da equipe devem ser atribuídas funções, que serão acordadas em reuniões e articuladas pelo coordenador do caso. Sugeriu-se que a enfermeira Mariana realize esse papel e que a agente de saúde Juliana seja o elo mais forte de ligação da família com a UBS.

### 3. Conclusão

Concluímos que a aplicação dos conceitos da clínica ampliada é fundamental no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, permitindo uma abordagem integral dos indivíduos. Assim, deixa-se de se preocupar apenas com o aspecto biológico da doença, atentando-se também para o contexto sociocultural e possibilitando um atendimento individualizado, de forma a oferecer melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento.

Sendo a adolescência o momento de definição de personalidade e responsabilidades perante a vida, torna-se essencial atenção a tal fase, a fim de desenvolver boa aderência à terapêutica, que será solidificada por toda a vida.

### 4. Referências

1. Cunha GT. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04\\_1162\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1162_FL.pdf). Acesso em: 08/10/2007.
2. Cunha GT. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. [Dissertação] Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; (2):399-407.
4. Campos GW, do Amaral MA. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciência e*

Saúde Coletiva. 2007; 12(4):849-59.

5. Lerner I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. Archives of Medical Research. 2005 (36): 300-306.

6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 775-782.

7. Littenberg B, MacLean CD, Hurowitz L. The use of adherence aids by adults with diabetes: a cross-sectional survey. BMC Family Practice. 2006; 7:1.

8. Fennell RS, Foulkes LM, Boggs SR. Family-based program to promote medication compliance in renal transplant children. Transplant Proceedings. 1994; 26(1):102-3.

9. Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. Family Practice. 1997; 14(5): 369-375.

10. Nolan T, Desmond K, Herlich R, Hardy S. Knowledge of cystic fibrosis in patients and their parents. Pediatrics. 1986; 77(2):229-235.

11. Levers CE, Brown RT, Drotar D, Caplan D, Pishevar BS, Lambert RG Knowledge of physician prescriptions and adherence to treatment among children with cystic fibrosis and their mothers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1999; 20(5):335-343.

12. Litt IF, Cuskey WR. Compliance with medical regimens during adolescence. Pediatric Clinics of North America. 1980; 27(1):3-15.

13. White-Koning M, Bertozzi-Salamon AI, Vignes M, Arnaud C. Compliance to treatment of adolescents with cancer. Bull Cancer. 2007; 94(4):349-356.

14. Oliveira, V.Z. Comunicação medico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. Estudos de Psicologia. 2004; 9(3): 459-469.

15. Foley GV. Enhancing child-family-health team communication. Cancer. 1993; 71(10 Suppl):3281-3289.

16. Diamond GM, Diamond GS, Hogue A. Attachment-based family therapy: adherence and differentiation. Journal of Marital and Family Therapy. 2007; 33(2):177-179.

17. Lightfoot M, Rotheram-Borus MJ, Tevendale H. An HIV-preventive intervention for youths living with HIV. Behavior Modification. 2007; 31(3):345-363.

18. Rotheram-Borus MJ, Miller S. Secondary prevention for youths living with HIV. AIDS Care. 1998; 10(1):17-34.

19. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA, Futterman D, Duan N, Birnbaum JM, Lightfoot M. Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. American Journal of Public Health. 2001; 91(3):400-405.

#### Endereço para Correspondência:

Larissa Matsumoto

Rua Gilberto Pataro 150, cs 92

Campinas - SP

CEP: 13085-540

#### Endereço Eletrônico:

lari\_matsu@yahoo.com.br