



## **LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM PACIENTE HIV: UM ESTUDO DE CASO**

*Clarine Cristina Barros Soriano, Daniela Da Silva Brasil, Manuela Silva de Negreiros Castro, Yago Vinicius Spatola Almeida, Ellen Figueira Escossio, Thales Silvestre Neto, Gracielli Kerpel Rotilli, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Jessica Carvalho Santos, Paula Cristina Rios Rodriguez, Arimatéia Portela de Azevedo*

### **ESTUDO DE CASO**

#### **RESUMO**

**Introdução:** A coexistência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-SIDA com o Lupus Eritematoso-LES é extremamente rara. Além das manifestações clínicas, uma série de resultados laboratoriais pode ocorrer em ambas as doenças. **Objetivo:** Fazer relato de um caso de paciente imunossuprimido por HIV e com Lupus Eritematoso Sistêmico. **Metodologia:** Trata-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico do participante do estudo. **Estudo de caso:** Paciente, gênero feminino, 44 anos, convive com o HIV há 13 anos, em abandono de tratamento há cerca de 3 meses e coinfectada por Lupus Eritematoso Sistêmico-LES há 05 anos com abandono de tratamento há um ano. Ao dar entrada no pronto atendimento do hospital referência informa que há duas semanas vem sentindo tosse produtiva, hipertermia, hemiparesia à esquerda com permanência da sensibilidade tátil, perda ponderal importante, queda de cabelos com prurido no couro cabeludo. Há cerca de uma semana vem apresentando placas esbranquiçadas em orofaringe associadas à odinofagia e astenia generalizada. Tem sinais de insuficiência renal. Paciente não comparecia as consultas ambulatoriais por estar acamada e não ter auxílio para o transporte até o hospital. Após acolhimento e internação, paciente foi transferida para enfermaria aparentemente lúcida e orientada. Nas horas subsequentes a mesma apresentou quadro de anúria e durante o procedimento de diálise desestabilizou hemodinamicamente. Transferida para UTI. Após 47 horas de cuidados intensivos, apresenta parada da atividade cardíaca com sinais reais da morte clínica. **Conclusão:** Melhorar o acompanhamento e as orientações a esses pacientes, desde as primeiras tomadas de medicações ou primeiros sintomas de agravamento até durante a internação pode ter maior adesão ao tratamento medicamentoso.

**Palavras-chave:** Antirretrovirais, Pacientes Desistentes do Tratamento, Cooperação e Adesão ao Tratamento, Imunossupressão, Infectologia.

## **SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN HIV PATIENT: A CASE STUDY**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The coexistence of Acquired Immunodeficiency Syndrome-AIDS with Lupus Erythematosus-SLE is extremely rare. In addition to clinical manifestations, a series of laboratory results can occur in both cases. **Objective:** To report a case of a patient immunosuppressed by HIV and with systemic lupus erythematosus. **Methodology:** This is a collection of existing secondary information on the electronic record of the study participant. **Case study:** Patient, female, 44 years old, living with HIV for 13 years, having abandoned treatment for about 3 months and co-infected with Systemic Lupus Erythematosus-SLE for 05 years with abandoning treatment for one year. Ao not soon admitting care from the referring hospital informs that for two weeks we have been feeling productive cough, hyperthermia, hemiparesis on the left with permanence of touch sensitivity, significant weight loss, hair remains itchy without hair. For about a week she has been presenting split plaques in the oropharynx associated with odynophagia and generalized asthenia. She has symptoms of kidney failure. Patient did not appear for outpatient consultations because she was bedridden and had no assistance for or transportation to the hospital. After support and hospitalization, the patient was transferred to the infirmary apparently lucid and oriented. In the hours following the same anuric syndrome occurred during the dialysis procedure, it was hemodynamically destabilized. Transferred to ICU. After 47 hours of intensive care, she presents cardiac arrest with clinical signs of death. **Conclusion:** Better support and guidance for these patients, from the first time they take medication or the first symptoms of aggravation during hospitalization, may be the greatest benefit to drug treatment.

**Keywords:** Antiretrovirais, Patients Resistant to Treatment, Cooperation and Adequacy of Treatment, Immunosuppression, Infectology

**Instituição afiliada** – Universidade Nilton Lins – Manaus - AM

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 06 de Janeiro e publicado em 16 de Fevereiro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p1523-1535>

**Autor correspondente:** Arimatéia Portela de Azevedo - [clarineecristinabarro@gmail.com](mailto:clarineecristinabarro@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## 1- INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença conhecida por ter um curso inflamatório crônica do tecido conjuntivo, de etiologia multifatorial, que se caracteriza por acometer diversos órgãos e sistemas e apresentar importantes distúrbios imunológicos, com a presença de auto anticorpos dirigidos, sobretudo contra antígenos nucleares, alguns dos quais participam de lesão tissular imunologicamente mediada. Embora possa ocorrer em ambos os sexos e em qualquer faixa etária, tem maior incidência em mulheres com pico de incidência em torno de 30 anos<sup>1</sup>.

Em relação a sua etiologia, sabe-se que diferentes fatores, em conjunto, favoreçam o desencadeamento do LES, entre os quais se destacam: fatores genéticos, demonstrados pela maior prevalência de LES em parentes de primeiro e segundo graus; fatores ambientais, especialmente raios ultravioleta, infecções virais, substâncias químicas, hormônios sexuais e fatores emocionais<sup>2</sup>.

A interação entre esses múltiplos fatores está associada à perda do controle imunorregulatório, com perda da tolerância imunológica, desenvolvimento de auto anticorpos, deficiência na remoção de imunocomplexos, ativação do sistema de complemento e de outros processos inflamatórios que levam à lesão celular e/ou tissular

Os dados epidemiológicos em países latino-americanos são escassos, mas estimativas mostram que a doença no Brasil tem uma prevalência que varia de 14,6 a 122 casos a cada 100 mil habitantes, com maior incidência em mulheres do que em homens, podendo ocorrer especialmente em mulheres jovens<sup>3</sup>.

Um dos mais importantes métodos para detecção de autoanticorpos é a pesquisa de anticorpos antinucleares (FAN) utilizando células HEP-2 como substrato, em substituição aos antigos substratos de tecido animal (imprint). É uma linhagem celular derivada de carcinoma de laringe humano, e a sua padronização como substrato para a pesquisa de FAN teve um impacto considerável no aumento da sensibilidade no diagnóstico de doenças autoimunes<sup>4</sup>.

Estudos epidemiológicos demonstram que o LES é mais prevalente em mulheres, de modo que há aproximadamente nove mulheres acometidas para cada homem, sendo sua incidência prevalente entre os 15 e 45 anos<sup>5</sup>.

O LES apresenta inúmeras manifestações clínicas que podem envolver qualquer órgão ou sistema, de forma isolada ou concomitante, nos períodos de remissão e/ou de atividade da doença. Os principais locais acometidos pelo lúpus são: articulações; tecido

cutâneo; sistema hematológico, incluindo os vasos e as células sanguíneas; membranas serosas; rins; e cérebro. Tal caráter multissistêmico da doença leva a um quadro clínico variável que, somado ao seu início que se apresenta de forma insidiosa, dificulta o diagnóstico<sup>6</sup>.

O comprometimento do sistema nervoso está presente na maioria dos pacientes, cerca de 75%, levando a sintomas como: convulsões, hipoestesia, disfunção de habilidades motoras, depressão, psicose e síndrome cerebral orgânica (SCO). A SCO é caracterizada por uma diminuição abrupta ou gradual das funções cerebrais, comprometendo as habilidades cognitivas como memória, orientação e concentração, contudo, não é necessariamente permanente, geralmente ocorrendo em algum estágio da doença em até metade das pessoas, que ainda assim podendo ter um estilo de vida normal<sup>8</sup>.

A psicose e a depressão são as adversidades neuropsiquiátricas mais recorrentes. O fato de os pacientes serem acometidos por uma doença crônica cria um estigma de que eles têm razões para manifestarem sintomas depressivos, o que dificulta o diagnóstico precoce. A maioria das crises depressivas nos portadores de LES é de duração curta, se ausentando após alguns meses, porém devem ser tratadas com o mesmo empenho com que se tratam outras expressões da crise lúpica<sup>9</sup>.

A coexistência da SIDA com o LES é extremamente rara. Além das manifestações clínicas, uma série de resultados laboratoriais pode ocorrer em ambas as doenças, incluindo leucopenia, linfopenia, hipergamaglobulinemia e a presença de anticorpos antifosfolípidos<sup>10</sup>.

Anticorpos antinucleares e fator reumatoide estão presentes, embora com menor frequência, em indivíduos infectados por HIV, mas a existência de antiDNA nativo não tem sido descrita em pacientes portadores desse vírus. Há evidências de que vírus podem desempenhar papel importante no desenvolvimento de doenças reumatológicas, como o vírus Epstein-Barr, parvovírus, vírus da hepatite e retrovírus<sup>9,11</sup>.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é fazer relato de um caso de paciente imunossuprimido por HIV e com Lupus Eritematoso Sistêmico.

#### **4- MATERIAL E MÉTODOS**

Tratou-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de um paciente portador do vírus do HIV com Lupus Eritematoso Sistêmico.

A pesquisa só teve início após a apreciação ética como determina a 466/12 e suas complementares e assinatura da carta de anuência pelo diretor da DAM e a assinatura do TCUD pelos pesquisadores, sob o CAAE: 75215323.4.0000.0005 e Número do Parecer: 6.501.003. O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas, no Amazonas.

### **5-ESTUDO DE CASO**

Deu entrada no pronto atendimento do hospital referência para doenças infecto contagiosa, sem acompanhante, paciente RVC, 44 anos, convive com o vírus da imunodeficiência adquirida há 13 anos, em abandono de tratamento há cerca de 3 meses, exame de carga viral: não detectável, CD4: 450.

Paciente informa que há duas semanas vem sentindo tosse produtiva, com secreção amarelada, febre diária não aferida que cedia ao uso de dipirona. Refere também hemiparesia a esquerda, com permanência da sensibilidade tátil. Relata perda ponderal importante, porém não sabe quantificar. Há uma semana apresentando placas esbranquiçadas em orofaringe associadas a odinofagia, além de astenia. Tem sinais de insuficiência renal.

Enfatiza queda de cabelo e prurido no couro cabeludo e que parou de tomar medicamentos antidepressivo e também passou por período de estresse. Refere que tem lesão em genviva há oito anos, sangra e dói quando vai escovar os dentes. Trata-se de uma lesão eritemato-acastanhada em incisivos centrais com área exofítica em incisivo central esquerdo e também em axilas bilateral.

A mesma também tem história patológica de Lupus Eritematoso Sistêmico-LES há 05 anos com abandono de tratamento há um ano - acompanhamento desde então no Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV e também Epilepsia sintomática em uso de fenitonína.

Paciente não comparecia as consultas ambulatoriais por estar acamada. Acompanhante (filha), relata que há aproximadamente 1 mês a mesma apresenta dor no corpo e astenia, por isso perdeu a capacidade movimentos, antes conseguia ficar em pé e ir ao banheiro, agora precisa usar fralda. Informa que a última crise epiléptica foi cerca

de 2 semanas. Relata diarreia há 1 mês, já resolvida, porém a paciente permanece emagrecida. No mesmo período apresentou epistaxe, que ainda persiste; manchas avermelhadas em face que evoluíram para violeta. Amenorreia. Teve "crise de Lupus" (SIC da filha). Acompanhante relata que paciente voltou a toma apenas uma dose de Fenitoína a noite.

Tem histórico obstétrico de oito gravidez, seis partos, dois abortos e cinco cirurgias obstétricas. Vida sexualmente ativa em uso irregular de códon. Nega tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Acidente Vascular Cerebral-AVC há 9 anos com seqüela em dimídio E - paresia de membros inferiores-MMII (até ano passado conseguia andar, mas com dificuldade). Etilismo de fermentados dos 14 aos 15 anos.

Após primeiros acolhimentos no pronto atendimento, paciente foi recepcionada na enfermaria, aparentemente lúcida e orientada, acompanhada pela filha. Refere dispneica, com dor, ventilatório-dependente, gemência, taquipneica (32ir/pm). Apresenta piora da tosse com secreção hialina. Filha refere que a mãe apresentou escarro hemoptoico 1x a noite por volta de 2h da manhã. Sono não reparador. Evacuação presente, com fezes pastosas em fralda. Nega náuseas e vômitos. Pressão arterial: 122x81mmHg, Frequência respiratória: 18 a 22irpm, Pulso: 70 a 108bpm, Temperatura: 34,8 a 36,5 Gc, glicose capilar: 146.

Realizou uma Ressonância Magnética de Crânio-RNM e o resultado tem como hipótese diagnóstica neurotoxoplasmose. Há sinais de atividade inflamatória da doença.

Paciente anúrica e por isso foi solicitado parecer para nefrologia o qual prescreveu diálise. Durante o procedimento, a mesma desestabilizou hemodinamicamente. Paciente sonolenta, pouco colaborativa, confusa, no momento da anamnese e exame físico. Somatoscopia geral: Ruim estado geral, fâcie atípica, desidratado (+/4+), afebril ao toque, acianótica, hipocorada (++/+4), anictérica, sem linfonomegalias, hemiparesia a esquerda, letargica, olhar fixo, pouco comunicante. Oroscopia: Leucoplasia pilosa oral.

Transferida para a unidade de terapia intensiva-UTI. A mesma foi submetida a ventilação mecânica, sedoanalgesia com Fentanil e Midazolam. Paciente considerada gravíssima, realizado escalonamento de antibióticos. Paciente anasarcada, em dieta zero.

Após 47 horas de cuidados intensivos, apresenta parada da atividade cardíaca com sinais reais da morte clínica. Constatado o óbito.

**Quadro 01:** Perfil social da participante do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>Status</b>
Procedência	Zona Norte de Manaus-Am
Possível fator complicador	Abandono de tratamento
Co-infecção	Sim (Lupus Eritematoso Sistêmico)
Reinternação	Não
Alta dependência	Sim (paciente acamada)
Acompanhada	Não
Grupo familiar	4 pessoas
Orientação sexual	Heterossexual
Bolsa familiar (auxílio governamental)	Sim
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Ensino fundamental incompleto
Como chegou ao hospital	Carro de aplicativo

**Fonte:** prontuário eletrônico *Idoctor*.

Após constatado óbito da paciente, o serviço social entrou em contato com a irmã mais velha da paciente, que foi orientada a comparecer ao hospital trazendo documentação da mesma com comprovante de residência.

## **6-DISCUSSÃO**

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS, adesão terapêutica se refere ao “comportamento de uma pessoa, na tomada da medicação, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças no estilo de vida que coincidem com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde”. Essa mesma organização mundial de saúde também enfatiza que a adesão a terapia medicamentosa é a utilização das medicações prescritas em pelo menos 80% de seu total, atentando para horários, doses e duração do tratamento<sup>9</sup>.

O aumento no consumo de medicamentos e a polifarmácia têm sido temas atuais de discussão e preocupação em profissionais e autoridades de saúde; contudo, a questão da não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito também tem ganhado cada vez mais importância nas últimas décadas<sup>10</sup>.

A ausência de adesão à terapia medicamentosa constitui um problema mundial. Estimativas sugerem que pelo menos 50% dos pacientes com doenças crônicas terão dificuldades na adesão, podendo ser ainda maior em países em desenvolvimento.

Verdadeiramente a revelação da positividade de um exame de sorologia para HIV deixa o indivíduo emocionalmente abalado<sup>11</sup>.

A não adesão terapêutica tem sido relatada em uma grande variedade de doenças crônicas e contribui para piora de desfechos clínicos, redução da qualidade de vida, aumento do número de complicações médicas, maior custo e utilização dos serviços de saúde, podendo culminar com o aumento na taxa de mortalidade<sup>12</sup>.

No Brasil, os estudos acerca do impacto na morbidade e na mortalidade decorrentes do cumprimento inadequado às orientações sobre terapia medicamentosa são relacionados, em geral, a doenças como síndrome da imunodeficiência adquirida, tuberculose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, transtornos mentais e para determinados grupos etários, como crianças e idosos<sup>13</sup>.

O processo de aceitação após o diagnóstico é um processo delicado, o profissional nesse momento deve atuar na construção de diálogo com o paciente, levando em consideração suas crenças e a sua cultura, tudo para facilitar a compreensão acerca do HIV e a importância da boa adesão à TARV<sup>14</sup>.

Os avanços dos antirretrovirais-ARVs contribuíram efetivamente para a redução da morbi-mortalidade de HIV/AIDS. A introdução da terapia antirretroviral (TARV) desenvolveu o potencial de transformar a Aids em uma doença crônica, com possibilidades de controle. Contudo, o HIV/ AIDS ainda não tem cura e a eficácia do tratamento depende necessariamente da adesão à TARV por toda a vida<sup>15</sup>.

A TARV não é só uma simples ingestão de medicamentos, ela é muito mais que isso, se trata de algo mais complexo, vai bem mais além. A sua importância é muito grande para a melhora e qualidade de vida do paciente e, com isso aumenta também sua taxa de sobrevivência. Portanto cada situação deve ser esplanada criteriosamente em questões de negociações com os pacientes e não como um mero cumprimento de instruções<sup>16</sup>.

Aderir ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão<sup>17</sup>.

Já a adesão ao tratamento entre pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), as taxas de descontinuidade do tratamento podem variar entre 3% e 76% e estão relacionadas à persistência de atividade da doença, à sua reativação e à mudança de

tratamento de forma desnecessária. Desse modo, a avaliação das barreiras e determinação da taxa de adesão terapêutica entre esses pacientes é de fundamental importância<sup>18</sup>.

O LES é uma doença reumática autoimune crônica, que afeta os pacientes em diferentes níveis de gravidade, podendo acometer múltiplos sistemas, e, por isso, tendo alta morbidade e sendo potencialmente fatal. Além disso, a doença relaciona-se ao afastamento dos pacientes do campo de trabalho, com 23% deles tendo parado de trabalhar nos primeiros cinco anos do diagnóstico<sup>19</sup>.

A complexidade do LES é manifestada através de seu amplo espectro clínico, com acometimento multiorgânico e diversos graus de gravidade, desde manifestações cutâneas únicas e leves, até lesões em sistemas nervoso, renal e cardiovascular com potenciais riscos à vida. Seu diagnóstico pode ser, muitas vezes, difícil visto não existirem critérios diagnósticos, apenas critérios classificatórios baseados em manifestações clínicas e laboratoriais mais comuns, que objetivam selecionar um grupo homogêneo de pacientes em estudos clínicos e ambientes de pesquisa, possuindo especificidade e sensibilidade variáveis<sup>20</sup>.

O LES é sabidamente um fator de risco para morte prematura apesar de ter melhorado ao longo dos anos. Estudo brasileiro, publicado em 2017, avaliou dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) entre 2002 e 2011, e encontrou taxa de mortalidade de 4,76 mortes/ 105 habitantes, sendo maior nas regiões Centro-oeste, Norte e Sudeste e menor na região Nordeste. A incidência foi maior entre as mulheres (90,7%) e nos brancos (49,2%). E as principais causas de morte associada ao LES foram doenças dos aparelhos respiratório e circulatório e doenças infecciosas e parasitárias<sup>21,22</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo mostra os achados clínicos mais importantes encontrados na história de internação em uma paciente que convive com o vírus do HIV e que desenvolveu Lupus Eritematoso Sistêmico em abandono de tratamento das duas patologias. Enfatiza-se que a paciente participante deste estudo relatou, no dia de sua entrada no pronto atendimento, que não comparecia as consultas devido ser acamada e não ter apoio familiar ou de amigos para leva-la até o hospital. O suporte da família é base essencial para o tratamento. Faz parte dessa caminhada não só cuidar da saúde, mas também das relações. Logo, uma paciente com boa sustentação e amparo familiar, tende a se sentir mais motivada para seguir com o tratamento. Os familiares, além de fornecerem apoio emocional, podem

incentivar a realização de exames e procedimentos que visam melhorar o estado de saúde do paciente.

## REFERENCIAS

1. CAMPOS, J M E; ILVA, T M S; ERRANTE P R. Tratamento farmacológico no lúpus eritematoso sistêmico. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa v. 14, n. 35, abr./jun. 2017. <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/788-2349-1-PB.pdf>
2. MACDONALD TM, HAWKEY CJ, FORD I, et al. Randomized trial of switching from prescribed non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs to prescribed celecoxib: the standard care vs. Celecoxib Outcome Trial (SCOT). Eur Heart J. 2016 Oct 4. pii:ehw387. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27705888/>
3. RESENDE OLC, BARBOSA MTS, SIMÕES BFT, VELASQUE LS. A representação do adoecer em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico. rev bras reumatol . 2016;56(5):398–405. <https://www.scielo.br/j/rbr/a/7NhqrsCVfj7HfKRgZpMGGkk/?format=pdf&lang=pt>
4. GUERREIRO M G U; SOUSA M N A. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico. Revista Saúde e Desenvolvimento| vol.13, n.16, 2019. <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/1046-Texto%20do%20artigo-3334-3725-10-20200211.pdf>
5. BRAGA, M. et al. Correlation between physical markers and psychiatric health in a Portuguese systemic lupus erythematosus cohort: The role of suffering in chronic autoimmune disease. Dados em PLOS ONE, Portugal, vol. 13, n. 4, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901990/>
6. ETCHEGARAY, I. et al. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Mexican Lupus Patients Using the Lupus Qol. Dados em PLOS ONE, v. 12, n. 1, 2017. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203317751062>
7. FITZCARRALD, C. et al. Factors associated with health-related quality of life in Peruvian patients with systemic lupus erythematosus. Lupus, v. 27, n. 6, p. 913- 919, 2018. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203317751062>
8. FERENTZ, L. Análise da qualidade de vida pelo método Whoqol-Bref: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. Revista Estudo & Debate, v. 24, n. 3, 2017. <http://univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/1359/0>
9. MUHAMMED, H. et al. Neuropsychiatric manifestations are not uncommon in Indian lupus patients and negatively affect quality of life. Lupus, Índia, v. 27, n. 4, p. 688-693, 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29241417/>

10. NOWICKA, K. et al. Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, v. 27, n. 3, p. 454-460, 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29325492/>
11. REIS J V et al. Manifestações dermatológicas do lúpus eritematoso sistêmico e sua influência na qualidade de vida. *Revista Eletrônica Acervo Médico*. Vol.23(3), 2023. <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12095/7178>
12. RODRIGUES, S.P.; NASCIMENTO, M.S.; DANTAS, R.A.; SOUZA, A.M.; ALVES, D.L.; CORDEIRO, S.C.; BARBOSA, C.D.S.; FERNANDES, E.B.; AZEVEDO, A.P.; Motivos de abandono aos antirretrovirais entre pacientes internados em um hospital de referência em doenças infecto contagiosas do Amazonas. *Revista Feridas* • 2021; 09 (49) 1754-1761. <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/diagramadora,+REVISTA+FERIDAS+-+ED.49+ARTIGO+1.pdf>
13. OLIVEIRA SR et al. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190290
14. SOUZA HC et al. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019;72(5):1361-9
15. SANTOS VF et al. Uso do telefone para adesão de pessoas vivendo com HIV/AIDS à terapia antirretroviral: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9):3407-3416, 2019
16. SANTOS ACF et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. *REAS/EJCH* | Vol.Sup.n.48| e3243|DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3243.2020>
17. TAQUETTE SR, RODRIGUES AO, BORTOLOTTI LR. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):23-30, 2017.
18. ZEPEDA KGM et al. Gerência do cuidado de enfermagem em HIV/aids na perspectiva paliativa e hospitalar. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019;72(5):1308-15. 1.
19. CHEHAB, G. et al. Medical adherence in patients with systemic lupus erythematosus in Germany: predictors and reason for non-adherence – a cross-sectional analysis of the LuLa-cohort. *Lupus*, v. 27, n. 10, p. 1652-1660, 2018
20. COSTEDOAT-CHALUMEAU, N.; TAMIROU, F.; PIETTE, J.C. Treatment adherence in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: time to focus on this important issue. *Editorial. Rheumatology*, 2017.



21. COSTEDOAT-CHALUMEAU, N. et al. A prospective international study on adherence to treatment in 305 patients with flaring SLE: assessment by drug levels and by self-administered questionnaires. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, v. 103, n. 6, p. 1074-1082, 2018
  
22. FARINHA, F. et al. Concerns of patients with systemic lupus erythematosus and adherence to therapy – a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, v. 11, p. 1213-1219, 2017.