

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Brasília – DF 2013

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição - 2013 - 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais SAF Sul, trecho 2, bloco F, Torre 1 CEP: 70070-600 - Brasília/DF Site: www.aids.gov.br E-mail: aids@aids.gov.br/edicao@aids.gov.br

Edição

Comunicação em Saúde - VIP (Vigilância, Informação e Pesquisa) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Revisão

Telma Tavares Richa Sousa

Projeto gráfico e diagramação Alexsandro de Brito Almeida

Jackson André Moraes

Organização e Revisão

Coordenação de Cuidado e Qualidade de Vida

Andrea da Silveira Rossi Rodrigo Zilli Haanwinckel

Elaboração

Equipe técnica do Departamento de DST, Aids e

Hepatites Virais Andrea da Silveira Rossi Kátia Abreu

Marcelo de Araújo Freitas Rodrigo Zilli Haanwinckel Ronaldo Hallal

Colaboradores

Daisy Maria Machado – Universidade Federal de São

Paulo

Eliana Galano - Centro de Referência e Treinamento

em DST/AIDS do Estado de São Paulo

Flavia Gomes Faleiro Ferreira- Universidade Federal de

Jorge Andrade Pinto – Universidade Federal de Minas Gerais

Judit Lia Busanello - Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Estado de São Paulo Maria Letícia Santos Cruz – Hospital Federal dos

Servidores do Estado

Mariana de Queiroz Rocha Darmont – Hospital Federal

dos Servidores do Estado

Nacle Nabak Purcino - Centro de Referência DST/Aids

Campinas/SP

Patrícia Regina Guimarães – Universidade Federal de

Minas Gerais Ricardo Barbosa Martins – Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Estado de São Paulo Ricardo Azevedo de Menezes - Coordenação de DST/

AIDS do Distrito Federal/DF

Normalização

Maristela da Fonseca Oliveira/CGDI/Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 116 p.: il.

ISBN 978-85-334-2000-7

1. AIDS. 2. DST e AIDS. 3. HIV. I. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/ Aids.

CDU 613.86:616.6

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0109

Títulos para indexação

Em inglês: Recommendations for the comprehensive care to adolescents and young people living with HIV/Aids Em espanhol: Recomendaciones para la atención integral a adolescentes y jóvenes viviendo con VIH/Sida

Sumário

Аþ	resentação	/
1	Aspectos epidemiológicos das DST e HIV/aids	
	em adolescentes e jovens	
	1.1 Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasi	
	(PCAP). Principais resultados na população jovem (15 a 24 anos)	
	1.2 Infecção pelo HIV em adolescentes e jovens	15
	1.3 Indicadores de aids em adolescentes e jovens	
	por estado de residência	
	1.4 Gestantes adolescentes e jovens	
	1.5 Mortalidade por aids em jovens	
	Referências	24
2	A adolescência vivendo com HIV	27
	2.1 Ser Adolescente	28
	2.2 Ser Adolescente Vivendo com HIV/Aids	30
	2.3 Interface com a família ou cuidador	31
	2.4 Desenvolvimento puberal e maturação sexual	32
	2.5 Crescimento Pôndero-Estatural	35
	2.6 Metabolismo ósseo durante a adolescência	
	2.7 Outras alterações metabólicas	
	2.8 Desenvolvimento do cérebro e cognição	
	Referências	
_	Developão Diométrios	42
3	Revelação Diagnóstica	43
	3.1 Revelação Diagnóstica - Diagnóstico do HIV/aids	42
	por transmissão vertical na adolescência	43
	3.2 Revelação Diagnóstica - Diagnóstico do HIV/aids por transmissão	F 2
	sexual ou usuário de drogas endovenosas	
	3.3 Revelação diagnóstica a terceiros	
	3.4 Considerações finais	
	Referencias	ว6

4	Adesão	
	4.1 Adesão na adolescência	
	4.2 Aspectos psicossociais relacionados à adesão dos adolescentes	
	4.3 Participação da família ou rede social significativa	64
	4.4 Importância do vínculo do adolescente e jovem	
	com a equipe de saúde na promoção da adesão	
	4.5 Estratégias para trabalhar a adesão dos adolescentes e jovens	
	Referências	68
5	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	71
	5.1 Sexo e sexualidade	
	5.2 Identidade de gênero e orientação sexual	72
	5.3 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	73
	5.4 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	74
	5.5 Sexualidade e vida com HIV	
	5.6 Falando de prevenção	77
	5.7 Uso de antirretroviral como estratégia de prevenção	
	da transmissão do HIV	
	5.8 Frente ao planejamento reprodutivo	
	Referências	81
6	Avaliação Nutricional do Adolescente vivendo com HIV/Aids	85
	6.1 Avaliação Antropométrica	
	6.2 Avaliação Dietética	
	6.3 Recomendação de ingestão de energia, proteínas,	
	minerais e vitaminas	
	6.4 Principais aspectos da avaliação e diagnóstico nutricional	91
	6.5 Fatores determinantes dos hábitos alimentares	
	6.6 Aconselhamento Nutricional	
	6.7 Dez passos para melhorar a qualidade de vida	93
	6.8 Recomendações nutricionais para atenuar sintomas clínicos	
	em indivíduos vivendo com HIV/aids	
	6.9 Antirretrovirais e ingestão de alimentos	
	6.10 Importância da alimentação saudável	
	Referências	101
7	Transição	. 105
	7.1 Contextualizando o tema "Transição"	. 105
	7.2 Como entender a transição em saúde	. 106
	7.3 Eles cresceram Qual seria o momento para a transição	
	dos adolescentes?	. 107
	7.4 O que deve ser considerado ao se avaliar o preparo	
	dos adolescentes para essa mudança?	
	7.5 Como deve ser feita a transição?	
	7.6 Possíveis barreiras no processo de transição	
	7.7 Comentários finais	
	Referências	.112

Apresentação

A epidemia de aids entre adolescentes e jovens, ao longo dos últimos 30 anos, mantém-se como um desafio para os profissionais de saúde, tanto no campo da prevenção de novos casos, como no campo do tratamento, especialmente em função da tendência ao aumento da prevalência da infecção pelo HIV na população jovem.

A necessidade de um olhar apropriado para esse grupo etário, que pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde é delimitado entre 10 e 20 anos de idade incompletos como adolescência, e entre 15 e 24 anos como juventude, deve considerar características e necessidades socioculturais e demográficas específicas.

 $Com\,objetivo\,de\,apresentar\,aos\,profissionais\,da\,sa\'ude\,aspectos\,do\,cuidado$ integral, que promovam a qualidade de vida e a qualidade da assistência, este documento aborda temas relacionados aos aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nesse grupo populacional, considerações sobre a adolescência, revelação diagnóstica, adesão ao tratamento, saúde sexual e saúde reprodutiva, avaliação nutricional e transição.

Os temas selecionados para o presente documento foram elencados a partir da discussão realizada com representantes da Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV e aids, profissionais e pesquisadores. A elaboração de seu conteúdo foi baseada em evidências científicas e experiências propostas por um Grupo de Trabalho composto por profissionais e pesquisadores que atuam com essa faixa etária.

Desejamos que esse documento possa qualificar a atuação dos profissionais da saúde e auxiliar na compreensão dos adolescentes e jovens que vivem com HIV e aids na sua integralidade.

> Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde



CAPÍTULO 1

Aspectos epidemiológicos das DST e HIV/aids em adolescentes e jovens

A adolescência é uma etapa da vida de grandes transformações biológicas, psíquicas e sociais. O comportamento sexual do adolescente é um marco normal do desenvolvimento1 e, quando o adolescente inicia sua atividade sexual, pode estar vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à aids.

Fatores que colocam adolescentes e jovens em maior risco para as DST são a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas².

1.1 Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) - Principais resultados na população jovem (15 a 24 anos)

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) é um inquérito domiciliar com amostra significativa da população brasileira maior que 15 anos de idade, em todas as regiões, realizado trienalmente pelo Ministério da Saúde³.

O inquérito teve como objetivos coletar dados para a construção de indicadores de monitoramento da epidemia de DST/aids, no que se refere às medidas de prevenção e de controle das infecções sexualmente transmissíveis; analisar o conhecimento sobre a transmissão do HIV e outras DST e monitorar as situações de vulnerabilidade relacionadas à infecção pelo HIV.

O PCAP 2008 incluiu 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos de idade, sendo 2.485 jovens entre 15 e 24 anos. A amostragem foi estratificada pelas cinco macrorregiões geográficas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação urbana/rural. Foi utilizado questionário modular sobre as condições

sociodemográficas; conhecimento sobre transmissão do HIV e outras DST; prevenção e controle de DST; testagem de HIV; uso de drogas lícitas e ilícitas e práticas sexuais.

1.1.1 Conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV

Apenas 51,7% dos 2.485 jovens demonstraram conhecimento correto das formas de transmissão da aids, o menor índice entre as faixas etárias do estudo. Em torno de 97% sabem que podem ser infectados nas relações sexuais sem uso de preservativo.

1.1.2 Prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis

A proporção de mulheres sexualmente ativas que nunca fizeram o exame ginecológico é maior entre as mulheres jovens (17,3%). Entre os homens jovens, 3,3% já tiveram corrimento uretral. Das pessoas sexualmente ativas, com idade entre 15 e 24 anos e que tiveram antecedentes relacionados às DST, 67,2% dos homens e 78,8% das mulheres procuraram tratamento na última vez que tiveram algum desses problemas, principalmente os de maior escolaridade (homens), classe social A/B e de áreas urbanas (mulheres).

1.1.3 Práticas sexuais relacionadas à transmissão do HIV

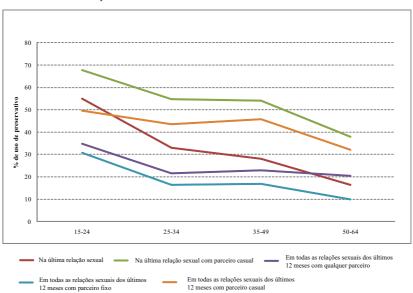
Algumas práticas sexuais são consideradas associadas a um maior risco de transmissão do HIV e foram mensuradas no estudo PCAP. Entre os jovens, o início precoce da atividade sexual - antes dos 15 anos de idade - foi relatado por 36,9% dos homens e 17% das mulheres, e 35%, quando se considerar ambos os sexos. A atividade sexual na vida foi relatada por 77,6% dos jovens.

Relação sexual com indivíduo do mesmo sexo é mais frequente entre os jovens, se for comparada às outras faixas etárias, e foi referida por 8,7%. A maior frequência de múltiplas parcerias sexuais (mais de cinco relações casuais) no último ano é observada entre jovens (14,6%). É, também, mais frequente entre os jovens a proporção dos que tiveram parceiros casuais nos últimos 12 meses (43,5%) e que tiveram relação sexual com pessoas que conheceram pela internet (6,5%).

Quase 61% da população sexualmente ativa de 15 a 24 anos declarou ter usado preservativo na primeira relação sexual. O uso de preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria, foi de 55% entre os jovens, atingindo quase 68%, quando se considera o seu uso na última relação com parceiro casual. Quase 35% dos jovens declararam uso regular de preservativo, independentemente da parceria.

A frequência de uso do preservativo entre os jovens é superior às faixas etárias mais velhas em todos os parâmetros avaliados (gráfico 1).

Gráfico 1: Percentual (%) de indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, segundo indicadores de uso de preservativos, por faixa etária. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), 2008.

Enquanto aproximadamente 35% dos jovens com ensino primário incompleto declararam o uso de preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre os que têm grau de escolaridade fundamental completo foi de 65,8%. O uso de preservativo entre jovens que declararam não viver com companheiro foi consistentemente maior do que entre aqueles da mesma faixa etária que viviam com companheiro. Enquanto 50% dos últimos reportaram o uso de preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre os que não vivem com companheiros foi de 65,3%.

Enquanto 68,2% dos indivíduos de 15 a 24 anos das classes A/B declararam ter utilizado preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre aqueles pertencentes às classes D/E foi de 52,4%.

Em termos da associação entre o uso de preservativo e a região de residência, apresentada na Tabela 1, apenas foram observadas diferenças estatisticamente significativas no indicador de uso de preservativo na primeira relação sexual entre indivíduos de 15 a 24 anos. Essa proporção foi em torno de 69% entre os residentes na Região Sul, de 56,1% entre os da Região Norte e de 52,1% entre os da Região Nordeste.

Tabela 1: Percentual (%) de indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, segundo indicador de uso de preservativos, por região de residência. Brasil, 2008.

População	Uso de preservativos	N	NE	SE	S	со	Total
População jovem (15 a 24 anos) sexualmente ativa	Na primeira relação sexual	56,1	52,1	64,6	69,1	64,4	60,9

Fonte: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), 2008.

1.1.4 Testagem para identificar a infecção pelo HIV

Dentre os jovens sexualmente ativos, apenas 30,1% realizaram teste para HIV pelo menos uma vez na vida, sendo 16,1% dos homens e 45,7% das mulheres. Muitas pessoas que vivem com HIV desconhecem seu status sorológico, e estratégias efetivas para promover maior acesso ao aconselhamento e testagem para o HIV são fundamentais para o diagnóstico precoce, diminuição da transmissão e melhoria da qualidade de vida dessa população.

1.1.5 Uso de drogas

Em anos recentes, verifica-se uma mudança significativa no padrão de consumo de drogas ilícitas no país. Tal mudança pode ter resultado em uma diminuição relativa dos casos de aids na categoria de exposição drogas injetáveis, como podemos observar nas tendências da epidemia nos últimos anos4. No entanto, observam-se cada vez mais, entre jovens e entre grupos populacionais vulneráveis, relatos sobre o consumo de anfetaminas e ecstasy. O consumo do crack tem aumentado entre as camadas mais pobres e há indícios de que esteja presente nas camadas médias de menor renda⁵.

Estudos realizados no Brasil evidenciam maior vulnerabilidade ao HIV entre usuários de drogas, quando comparados à população geral, principalmente por haver maior frequência de comportamentos de risco entre os usuários de álcool e drogas ilícitas. Conhecimento das formas de transmissão, percepção de risco, atitudes e práticas de indivíduos e grupos relacionados ao comportamento sexual e uso de drogas são elementos centrais na definição da vulnerabilidade individual⁶.

A tabela 2 mostra a frequência de uso de drogas na população jovem avaliada no estudo PCAP de 2008.

Percentual (%) de indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, segundo o uso de drogas. Brasil, 2008.

Drogas	Uso	15 – 24 anos (%)
Álcool	Na vida	79,5
AICOOI	Atual	37,5
Cinarra	Na vida	42,9
Cigarro	Atual	18,7
Managha	Na vida	16,2
Maconha	Atual	4,3
Crack	Na vida	2,5
Сгаск	Atual	0,7
Cocaína	Na vida	8,6
Cocama	Atual	1,6

Fonte: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), 2008.

1.2 Infecção pelo HIV em adolescentes e jovens⁷

No Brasil, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento. Considerando as pesquisas realizadas em conscritos do Exército, de 17 a 20 anos, a prevalência nessa população passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 20078.

A tabela 3 mostra o número de casos de aids em adolescentes e jovens por recorte etário e sexo, por ano de diagnóstico.

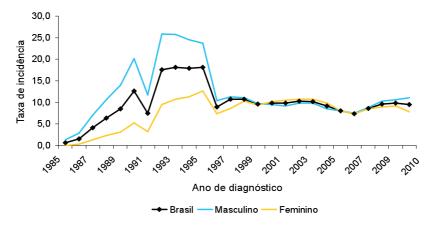
Tabela 3: Casos de aids (número e taxa de incidência por 100.000 hab.) por faixa etária e sexo, notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2010⁷.

Ano	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Faixa etária	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº
Masculino												
13 a 19	1,3	208	1,3	225	1,8	265	2,0	296	2,0	300	1,9	296
20 a 24	13,1	1317	11,2	1200	11,9	1324	13,3	1531	13,6	1570	14,3	1641
Feminino	Feminino											
13 a 19	2,1	333	2,2	361	2,4	358	2,7	410	2,7	410	2,1	349
20 a 24	11,0	1207	9,2	1049	10,1	1157	9,7	1159	10,0	1190	8,0	1009

Fonte: Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano 8, n. 1, 2011.

Em relação aos novos casos de aids entre jovens de 15 a 24 anos, observase que para o ano de 2010 o país teve uma taxa de incidência de 9,5/100.000 habitantes. No início da epidemia, a taxa de incidência de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos aumentou progressivamente, alcançando o pico entre 1993 e 1995. Após 1996, a taxa de incidência manteve-se estabilizada (gráfico 2).

Gráfico 2: Taxa de incidência de aids (por 100.000 habitantes), em jovens de 15 a 24 anos, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1985 a 20107.



Analisando por regiões do país, observa-se para o ano de 2010 uma taxa de incidência de 14,3/100.000 habitantes na Região Sul, 12,8 na Norte, 9,2 na Sudeste, 7,9 na Centro-Oeste, e 6,9 na Nordeste. Entre 1998 e 2010, a incidência de casos de aids em jovens aumentou nas Regiões Norte e Nordeste, diminuiu nas Regiões Sudeste e Sul, mantendo-se estabilizada na Região Centro-Oeste (Gráfico 3).

Em 2010, a taxa de incidência de casos de aids para os homens de 15 a 24 anos foi de 11,1/100.000 habitantes, sendo de 7,8 para as mulheres. No que diz respeito à razão de sexos, nessa faixa etária observa-se que, desde o início da epidemia, houve uma diminuição na razão de casos entre homens e mulheres. Entre 1985 e 2010, a razão de sexos diminuiu de 27 para 1,4 casos de aids em homens por cada caso em mulheres. Cabe destacar que, entre 2000 e 2004, houve uma inversão da razão de sexo, sendo de 0,9 casos em homens por cada caso em mulheres jovens (Gráfico 4).

Gráfico 3: Taxa de incidência de aids (por 100.000 habitantes) em jovens de 15 a 24 anos, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2010 7.

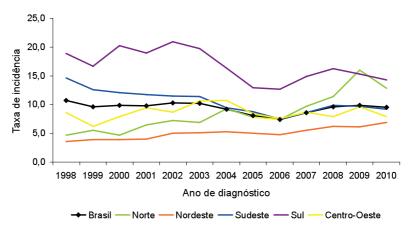
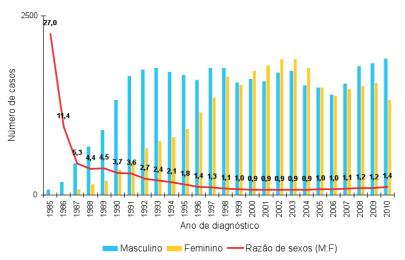


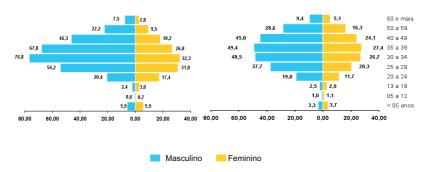
Gráfico 4: Número de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1985 a 20107.



Fonte: Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano 8, n. 1, 2011.

Na avaliação da taxa de incidência por pirâmide etária (gráfico 5), verifica-se estabilidade na faixa etária de adolescente (13 a 19 anos) e adulto jovem (20 a 24 anos), entre os anos de 1998 e 2010, diferentemente do que ocorre em outros grupos etários7.

Gráfico 5: Taxa de incidência (per 100.000hab.) de aids segundo faixa etária e sexo.



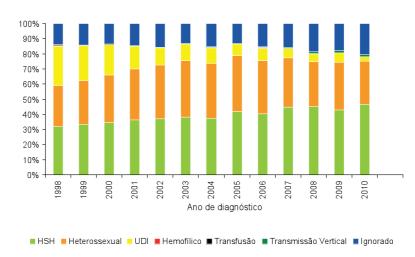
A população de jovens gays apresenta uma particular vulnerabilidade ao HIV/aids. Segundo a tendência observada nas últimas pesquisas em conscritos, jovens do sexo masculino de 17 a 22 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV na população HSH jovem aumentou entre 2002 e 2007, passando de 0,56% para 1,2%. Cabe destacar que a prevalência observada nos conscritos HSH é superior à prevalência observada na população total de conscritos (0,09% em 2002; 0,12% em 2007) 8.

Com relação à categoria de exposição dos casos de aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, nos últimos 12 anos, houve aumento proporcional da categoria de exposição HSH, passando de 31,8% em 1998 para 46,4% em 2010 (Gráfico 6).

Em pesquisa realizada apenas com homossexuais, o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro casual na população de jovens foi de 70,8%. Entretanto, quando se avalia o uso do insumo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiro casual, esse percentual diminui para 54,3% 9.

Em 2010, 28,5% dos homens jovens diagnosticados com aids tiveram exposição homossexual, 10,7% bissexual e 35,7% heterossexual. Em relação às mulheres jovens diagnosticadas em 2010, 83% tiveram exposição heterossexual.

Gráfico 6: Proporção de casos de aids em homens de 15 a 24 anos, segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 20107.



No Brasil, ainda é realidade o diagnóstico tardio de casos de transmissão vertical do HIV. Em 2010, dos 518 casos de aids por transmissão vertical diagnosticados no país, 165 (31,8%) foram em adolescentes com 13 anos de idade ou mais.

1.3 Indicadores de aids em adolescentes e jovens por estado de residência

A tabela 4 mostra o número de casos de aids em jovens por cada estado de residência, ou seja, adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos de idade com diagnóstico confirmado, ou seja, casos de aids notificados. Os casos de jovens soropositivos para o HIV, que não preenchem os critérios de definição de caso de aids, não estão nesta tabela.

Tabela 4: Casos de aids (número e taxa de incidência por 100.000 hab.) em jovens de 15 a 24 anos de idade notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2011 (até 30/06/2011)⁷.

Ano 2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		
		n°	taxa	n°	taxa	n°	taxa	n°	taxa	n°	taxa	n°	taxa	n°
Brasil	taxa 9.2	3006		2788	7.4	3045	8.6	3330	9.6		9.9	3238		1401
Norte	9,3	252	7,8	243	7,4 7,4	313	9.7	356	11.4	501	16.0	410	12,8	181
Rondônia	7,6	20	6,1	243	7,4 7,8	21	6,5	19	6,3	16	5,4	26	8,5	13
		7		4		9	6.2	11		3	2.2	6		2
Acre	3,7 14,4	103	4,7 14,3	105	2,6 14,3	108	o,∠ 15.2	122	7,9 17,6	188	2,2 27,0	178	4,1 25,3	86
Amazonas														
Roraima	16,4	9	10,7	11	12,6	16	18,8	17	20,5	17	20,4	17	18,8	3
Pará	8,5	101	6,6	83	5,3	132	8,6	155	10,2	246	16,1	160	10,4	69
Amapá	10,5	5	3,8	5	3,6	17	12,5	21	16,2	12	9,2	14	9,9	3
Tocantins	3,3	7	2,5	9	3,1	10	3,5	11	4,2	19	7,3	9	3,3	5
Nordeste	5,3	544	5,0	529	4,8	581	5,5	654	6,2	630	6,1	699	6,9	259
Maranhão	6,7	74	5,5	87	6,3	64	4,6	86	6,3	110	8,2	100	7,5	43
Piauí	4,8	27	4,1	35	5,3	39	6,0	37	5,8	44	7,0	37	6,1	15
Ceará	6,6	87	5,3	67	4,0	90	5,3	124	7,3	120	7,1	128	7,7	49
Rio Grande	2,5	30	4,9	22	3,5	35	5,6	22	3,6	25	4,1	44	7,3	10
do Norte	·		·		·		•						·	
Paraíba	4,0	34	4,6	20	2,7	30	4,1	35	4,7	40	5,5	32	4,6	19
Pernambuco	7,5	142	8,1	129	7,3	138	8,2	131	7,8	110	6,7	150	9,2	50
Alagoas	3,8	30	4,6	34	5,2	37	6,0	48	7,8	34	5,6	36	6,0	14
Sergipe	4,2	12	2,9	19	4,4	24	5,9	28	7,1	18	4,7	18	4,5	9
Bahia	4,0	108	3,5	116	3,7	124	4,4	143	5,0	129	4,7	154	5,9	50
Sudeste	9,4	1336	8,8	1158	7,5	1197	8,6	1342	9,9	1304	9,7	1253	9,2	466
Minas Gerais	5,6	244	6,4	175	4,5	173	4,8	188	5,3	189	5,4	191	5,5	84
Espírito	0.0		0.0			4.0	7.0	40	7.0			47		20
Santo	8,3	58	8,3	55	7,7	46	7,0	48	7,6	56	9,1	47	7,5	20
Rio de														
Janeiro	14,7	383	13,7	352	12,4	358	14,1	376	15,0	397	15,9	418	16,2	135
São Paulo	9,5	651	8,3	576	7,2	620	8,6	730	10,6	662	9,7	597	8,6	227
Sul	16,3	646	12,9	647	12,7	732	14,9	778	16,2	731	15,3	672	14,3	383
Paraná	11,7	175	8,9	178	9,0	211	11,1	304	16,1	257	13,6	214	11,7	119
Santa														
Catarina	15,9	164	14,7	144	12,7	149	13,5	130	12,0	146	13,5	130	11,7	89
Rio Grande														
do Sul	21,0	307	15,8	325	16,5	372	19,6	344	18,9	328	18,2	328	18,8	175
Centro-oeste	10.7	228	8.4	210	7.6	222	8.7	200	7.9	243	9.6	204	7,9	112
Mato Grosso				210				200		243			1,5	
do Sul	11,7	23	5,1	38	8,3	34	7,7	40	9,2	38	8,8	25	5,6	15
Mato Grosso	14.0	64	1.0	38	<i>C A</i>	59	10.4	59	10.4	58	10.2	56	0.0	30
Goiás		111	1,9	38 101	6,4	91		70		104		75	9,8	46
	9,8	111	9,6	101	8,6	91	8,4	70	6,6	104	9,8	/5	6,9	40
Distrito Federal	8,0	30	5,7	33	6,2	38	8,3	31	6,5	43	9,0	48	10,3	21

A taxa de incidência de aids em jovens de cada região do país comparada com a taxa nacional está apresentada no gráfico 7 :

Gráfico 7: Taxa de incidência de aids (por 100.000 hab.) em jovens de 15 a 24 anos, segundo região de residência e por ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2011 (até 30/06/2011)7.



1.4 Gestantes adolescentes e jovens

Entre as gestantes infectadas pelo HIV, um percentual significativo está na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, indicando a necessidade de se abordar o tema saúde sexual e reprodutiva nessa população, visando a minimizar o risco de transmissão horizontal e vertical do HIV. Em 2009, das 6.289 gestantes com HIV no país, 0,8% tinha entre 10 e 14 anos e 13,7% entre 15 e 19 anos. Em 2010, de 5.666, verificou-se 0,9% e 15%, respectivamente, totalizando 900 gestantes adolescentes com HIV7.

O diagnóstico de sífilis na gestação em adolescentes também é frequente. Em 2010, 160 (1,6%) das gestantes com sífilis tinham entre 10 e 14 anos de idade, e 2.054 (20,4%) entre 15 e 19 anos⁷.

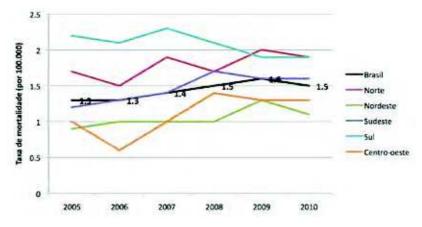
1.5 Mortalidade por aids em jovens

O número de óbitos de jovens atribuídos à aids vem mantendo estabilidade nos últimos anos. No entanto, a Região Norte e a Sul vêm mantendo taxa de mortalidade específica para aids acima da taxa nacional, com destaque negativo para os estados: Amazonas, Roraima, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (tabela 5 e gráfico 8) 7.

Tabela 5: Óbitos por aids (número e taxa de mortalidade por 100.000 hab.) em jovens de 15 a 24 anos de idade, segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 2005-20107.

Ano	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
UF	taxa	n°										
Brasil	1,3	484	1,3	475	1,4	497	1,5	523	1,6	539	1,5	508
Norte	1,7	56	1,5	49	1,9	62	1,7	54	2,0	63	1,9	62
Rondônia	0,6	2	0,6	2	1,8	6	1,0	3	0,7	2	1,3	4
Acre	3,4	5	0,0	0	0,7	1	0	0	0,7	1	0,7	1
Amazonas	1,9	14	1,8	13	2,4	17	2,6	18	3,0	21	2,4	17
Roraima	3,6	3	3,4	3	4,7	4	4,8	4	6,0	5	2,2	2
Pará	2,0	31	2,0	31	2,0	31	1,8	28	2,2	33	2,2	34
Amapá	0,8	1	0	0	0,7	1	0	0	0	0	1,4	2
Tocantins	0,0	0	0	0	0,7	2	0,4	1	0,4	1	0,7	2
Nordeste	0,9	102	1,0	106	1,0	106	1,0	105	1,3	132	1,1	109
Maranhão	1,3	18	1,2	16	1,2	17	1,3	18	2,2	29	1,0	14
Piauí	0,6	4	0,5	3	0,8	5	0,5	3	0,6	4	1,2	7
Ceará	0,9	14	0,6	10	0,6	10	1,1	19	0,9	16	0,5	8
Rio Grande	0,2	1	0,2	1	0,5	3	0,3	2	1,0	6	0,7	4
do Norte	0,2	'	0,2	-	0,5	_	0,3	2	1,0	O	0,7	-
Paraíba	0,8	6	0,7	5	0,3	2	0,8	6	0,5	4	0,9	6
Pernambuco	1,9	34	2,0	35	2,3	39	1,6	27	2,4	39	2,1	34
Alagoas	0,8	5	0,5	3	1,1	7	1,1	7	0,3	2	1,7	10
Sergipe	0,5	2	0,5	2	0,2	1	0,5	2	1,3	5	0,7	3
Bahia	0,6	18	1,0	31	0,8	22	0,7	21	1,0	27	0,9	23
Sudeste	1,2	188	1,3	194	1,4	193	1,7	228	1,6	220	1,6	217
Minas Gerais	0,6	24	1,0	39	0,7	24	0,6	21	0,8	29	1,0	35
Espírito	1,1	8	1,4	10	1,2	8	2,1	13	1,3	8	1,4	9
Santo	٠,,.	•	.,.		.,_	٥	-, .	.5	1,5	•	.,.	
Rio de	2,2	62	2,1	60	3,0	76	3,1	77	3,0	75	3,2	83
Janeiro	1	1										
São Paulo	1,2	94	1,1	85	1,2	85	1,7	117	1,6	108	1,3	90
Sul	2,2	111	2,1	109	2,3	111	2,1	101	1,9	91	1,9	87
Paraná	1,5	29	1,2	23	1,3	25	1,0	19	1,0	18	0,8	14
Santa	1,7	19	1,3	15	2,0	22	1,8	20	1,6	17	1,6	18
Catarina	.,,	13	1,5	13	2,0		1,0		1,0	17	1,0	
Rio Grande	3,2	63	3,6	71	3,4	64	3,4	62	3,1	56	3,1	55
do Sul							1	1				
Centro-oeste	1,0	27	0,6	17	1,0	25	1,4	35	1,3	33	1,3	33
Mato Grosso	1,3	6	1,1	5	1,4	6	1,4	6	1,6	7	0,4	2
do Sul	1	_		-	1	_		_	1	-		
Mato Grosso	1,7	10	0,5	3	0,9	5	1,6	9	2,1	12	1,8	10
Goiás	0,8	9	0,6	7	0,9	10	1,0	11	0,8	9	1,3	14
Distrito	0,4	2	0,4	2	0,9	4	1,9	9	1,0	5	1,5	7
Federal	∪,→	_	∪,→	_	0,5	7	1,5	,	1,0	,	1,5	<u> </u>

Gráfico 8: Taxa de mortalidade por aids (por 100.000 hab.) em jovens de 15 a 24 anos, segundo região de residência e por ano de óbito. Brasil, 2005 a 2010⁷.



REFERÊNCIAS

- ALETHA, Y. et al. Interventions to Improve Parental Communication About Sex: A Systematic Review. Pediatrics 2011, Elk Grove Village, v. 127, p. 494–510, 2011.
- BLAIR T. et al. Interventions to Reduce Sexual Risk for Human Immunodeficiency Virus in Adolescents A Meta-analysis of Trials, 1985-200. Arch Pediatr Adolesc Med, Phoenix, v. 165, n. 1, p. 77-84, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 4. BARBOSA JR. et al. Tendencias da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 727-37, abr. 2009.
- MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 830-7, out. 2008.
- 6. BERTONI, Neilane et al. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil, **Harm Reduction Journal**, Londres, v. 8, n. 5, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST, ano 8, n. 1, 2011.
- SZWARCWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de janeiro, v. 27, Sup 1, S19-S26, 2011.
- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Brasília, 2009. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.



CAPÍTULO 2

A adolescência vivendo com HIV

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência vai dos 12 aos 18 anos¹. Restringir a adolescência a uma faixa etária, embora não permita uma compreensão mais abrangente do processo, torna possível delimitar um grupo populacional para a elaboração de políticas de saúde. O Ministério da Saúde segue a Organização Mundial da Saúde (OMS) que demarca o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude².

A adolescência pode, ainda, ser entendida como um processo de 'desconstrução' e 'reconstrução' da identidade, no qual o jovem terá que 'desmontar' o mundo infantil e reconstruí-lo a seu modo. O adolescente realiza uma complexa travessia do mundo infantil para o mundo adulto, a mesma que um dia todos nós realizamos. Como consequência das mudanças ocorridas nesse período, familiares, professores, profissionais de saúde e outros que se relacionam com adolescentes podem sentir-se inseguros e, até mesmo, resistentes, perdendo, assim, importantes possibilidades de estabelecer com eles um vínculo de confiança.

Um aspecto importante a ser considerado é que, embora exista um processo psíquico em curso, a vivência da adolescência é também produto do momento histórico e do meio sociocultural e cada indivíduo a realiza de maneira singular. Nas últimas décadas, a globalização e a ênfase no consumo têm influenciado mudanças de valores, modificando o comportamento das pessoas, principalmente dos jovens, com predominância do individualismo e das leis de mercado. Por outro lado, por estar vivendo um momento de intensa transformação, o adolescente é também um grande crítico dos valores vigentes e atualmente influencia muito a sociedade que cultua a juventude.

A puberdade, principal componente biológico da adolescência, é universal. Puberdade diz respeito às mudanças morfológicas e fisiológicas (forma, tamanho e função) resultantes da reativação dos mecanismos neurohormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adreno-gonadal.

Nas meninas o "olhar" assume uma posição de destaque na puberdade; isto é, ela assinala o que pode ser visto pelos outros. A imagem da transformação corporal está relacionada com dois aspectos: a busca pelo modelo socialmente aceito e a confirmação da família ou mesmo de seus pares de sua mudança corporal. O corpo antes infantil passa a se transformar, ou então se transforma a partir de identificações que a jovem busca nas revistas, programas de TV, assim como pelo reconhecimento da família e amigos. Do corpo infantil ao corpo desejável3. Nos rapazes a "voz", principalmente na sua mudança de timbre, revela um importante processo de identificação. Essa a razão de os meninos passarem longo tempo falando de suas supostas conquistas e desempenhos amorosos ou sexuais, antes mesmo de os terem realizado3.

A imagem corporal é afetada pela modificação dos seus atributos (pelos, mamas), por seu funcionamento (possibilidade do ato sexual, menarca, mudança de voz), pela semelhança com o corpo adulto, pela importância do reconhecimento do outro, pelo endereçamento ao outro com um corpo que é capaz de despertar o desejo. Um corpo que agora passa a ser desejável e desejante3.

2.1 SER ADOLESCENTE

A adolescência constitui um momento de transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas intensas, que progridem inexoravelmente, podendo gerar ao jovem e aos familiares muitas dúvidas e receios. É importante que os profissionais de saúde sejam facilitadores do processo de interlocução entre o adolescente e suas famílias.

Françoise Dolto (1984 apud Rassial, 1999)³, considera a adolescência, a transição para a vida adulta, uma anormalidade socialmente aceita. Segundo Arminda Aberastury 4, existem três lutos ou perdas que o jovem deverá elaborar: a perda do corpo infantil, a dos pais da infância e a da identidade infantil. Um conjunto de sinais específicos surgirá. Foram denominados Síndrome da Adolescência Normal e compreendem:

a - Busca de si mesmo e de sua identidade

O adolescente vive certa "estranheza" de já não saber quem e como ele é, e passa por um período de reconhecimento de si mesmo.

b - Tendência grupal

O grupo de pares será o grande apoio do adolescente na sua construção da independência dos pais e do desligamento do núcleo familiar para o âmbito social. Todos estão vivendo o mesmo processo e sentem-se mais seguros, protegidos, amparados. O grupo representa de certa forma sua própria identidade.

c - Necessidade de intelectualizar e fantasiar

O desenvolvimento do pensamento abstrato torna o adolescente capaz de intelectualizar, possibilitando a reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Muitas vezes ele usa esse mecanismo, ou lança mão da fantasia para fugir de uma realidade difícil de enfrentar.

d - Crises religiosas

Os adolescentes podem oscilar do ateísmo radical ao fanatismo religioso. Há uma tendência aos extremos.

e - Deslocação temporal

O adolescente tem uma relação bastante singular com o tempo: pode mostrar urgência em se organizar para situações que só acontecerão em meses, ou sentir que há muito tempo no espaço real de algumas horas.

f - Evolução da sexualidade

A vivência da sexualidade na adolescência passa por uma trajetória que vai do autoerotismo da fase inicial, passando por uma fase exploratória de si mesmo e do outro, até a relação sexual propriamente dita com integração de afeto e erotismo.

g - Atitude social reivindicatória

O adolescente lança seu olhar crítico sobre o mundo que o cerca e quer mudá-lo e transformá-lo em um mundo melhor. Ele, que sofre passivamente as mudanças corporais, quer atuar ativamente na transformação do mundo externo.

h - Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta

A busca da identidade adulta leva o adolescente a experimentar diferentes papéis, muitas vezes contraditórios. Sua conduta é dominada pala ação, impulsiva e imprevisível, tanto do seu mundo externo como interno.

i - Separação progressiva dos pais

O desligamento dos pais faz parte da evolução do ser humano em direção à independência e autonomia. No entanto, esse processo pode levar à angústia e ao sofrimento tanto dos pais como dos adolescentes.

j - Constantes flutuações de humor

O adolescente vive as emoções com grande intensidade, sendo capaz de oscilar com grande rapidez de um extremo a outro. Assim, dependendo das experiências vividas, pode haver grandes variações de humor em um curto intervalo de tempo.

No entanto, devemos lembrar que o adolescer é um processo que traz algumas perdas, como as acima citadas por Arminda Aberastury⁴, mas que é um período de alguns ganhos, ou seja, de novas experimentações.

O adolescente na busca de autonomia tem suas primeiras vivências, como: primeiro beijo, primeira relação sexual, autorização para sair sozinho com os amigos, um novo olhar sobre o mundo e sobre a família, oscilações de sensação de autoconfiança e insegurança, maior liberdade.

Contudo, existem novas experiências e experimentações que o colocam em maior risco, como, por exemplo: o envolvimento com álcool e outras substâncias, tornando-o mais vulnerável a se envolver em acidentes de trânsito, brigas, pequenas infrações, e a dificuldade no discernimento de atitudes de autocuidado (como uso de preservativo, adoção de medidas de redução de danos, uso correto de seus medicamentos).

2.2 SER ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS

Para uma assistência mais adequada ao adolescente vivendo com HIV/ aids, diversos aspectos devem ser considerados.

- O desconhecimento do diagnóstico ou o acordo tácito entre adolescentes e pais de não falar sobre a questão pode prolongar ainda mais a dependência, adiando a autonomia e o autocuidado. Tal situação revela a importância do diálogo entre os membros familiares e o papel das equipes de saúde como facilitadora desse processo. (Ver capítulo 3)
- A busca de equilíbrio entre o estímulo à independência do adolescente e a necessidade de cuidado, especialmente diante de uma situação de adoecimento deve ser constantemente observada, pois a fragilidade do corpo físico pode desencadear a superproteção dos cuidadores, familiares e até da própria equipe de saúde, adiando o amadurecimento do adolescente, a partir de suas próprias experiências.
- A fantasia de invulnerabilidade, própria do adolescente, pode dificultar a compreensão e aceitação do viver com HIV/aids, e muitas vezes comprometer a adesão ao tratamento. A dificuldade em seguir um esquema terapêutico, comparecer ao serviço de saúde, realizar exames laboratoriais, principalmente se ainda não houver sintomas marcantes de doença, está relacionada à sua maneira mágica de se relacionar com o tempo e à ideia de indestrutibilidade e cura.
- A atitude contestadora e transgressora e a busca de independência podem dificultar ou mesmo impedir uma boa adesão ao tratamento. A dependência de médicos, de medicamentos, de controles rigorosos de saúde está na contramão de todo o esforço para a conquista da

independência e da autonomia, e esta sempre deve ser proporcionada conforme as capacidades do adolescente. Dependendo da fase da adolescência, os conceitos trabalhados, como HIV, CD4, carga viral, são muito abstratos para serem compreendidos; os jovens estão mais preocupados e envoltos nas questões do corpo em transformação, suas perdas e aquisições⁵.

- A identificação com o grupo de pares, tão importante nesse período de vida, pode ser prejudicada se o adolescente sente-se ou é visto como diferente; acentuando o sentimento de solidão e despertencimento do grupo social. O ativismo e o protagonismo social dos adolescentes devem ser estimulados pelas equipes de saúde, não dissociados de uma postura de autocuidado e de uma boa adesão ao tratamento.
- A autoestima pode estar fragilizada pela doença, pela imagem corporal, ou pelos efeitos do medicamento usado. A lipodistrofia, em alguns casos, pode ser acentuada, assim como o atraso do ganho pôndero-estatural, gerando uma imagem infantilizada do adolescente, o que contribui para quadros de depressão, ansiedade e isolamento.;
- Sentimentos de revolta, solidão, quadros de ansiedade e depressão, associados ou não a vivências de preconceito, discriminação e sofrimento moral, assim como pensamentos suicidas podem ocorrer nessa fase. Não subestimar o uso de drogas, anabolizantes e relações sexuais sem proteção. A equipe de saúde deve estar atenta a esses sinais e sintomas e proporcionar oportunidades para se trabalhar, individualmente ou em grupos de jovens, usando recursos lúdicos, dramatizações e debate de vivências.
- Estimular o adolescente a participar ativamente do seu tratamento e acreditar na sua capacidade de autocuidado são passos importantes para o estabelecimento de uma relação de confiança. Compreender o que se passa com ele e acolher as suas dificuldades é extremamente importante para uma atenção mais ampla à sua saúde.
- Abordar o adolescente e fazê-lo falar sobre seus sonhos e projetos de vida, estimulando a busca de sua realização e o engajamento em projetos sociais que trabalhem nessa direção.

2.3 INTERFACE COM A FAMÍLIA OU CUIDADOR

A equipe deve lembrar que tem o papel de mediadora entre o adolescente e sua família, pois muitas vezes podem ser identificadas situações em que os membros familiares apresentam dificuldades de conversar entre si.

É importante considerar que é frequente nas famílias dos adolescentes que vivem com HIV/aids encontrarmos situações complexas, tais como: orfandade, doença dos pais ou dos irmãos, privações, adoções e institucionalização⁶.

Observa-se, também, que o cuidador vivencia um sentimento de solidão, por não ter com quem dividir suas apreensões, medos, conceitos e representações sobre o diagnóstico e seu tratamento. Atendimentos familiares, individuais ou em grupo auxiliam a equipe no conhecimento do cenário familiar de cada adolescente (história de vida, história familiar do HIV, assim como um panorama biopsicossocial). São espaços privilegiados para se trabalhar várias questões comuns às famílias e, assim, favorecer e fortalecer o vínculo com a equipe.

Dessa forma, a família representada por pais biológicos, avós, tias, pais adotivos ou cuidadores sociais deve ser incluída em todo processo de revelação diagnóstica, negociação do tratamento e adesão. Os profissionais de saúde devem acolher e orientar esses cuidadores em suas inseguranças, dúvidas, medos e angústias, que podem estar presentes em todo tratamento.

2.4 Desenvolvimento puberal e maturação sexual

Na adolescência ocorrem intensas mudanças corporais. Durante o seu amadurecimento, o adolescente precisará adaptar-se ao novo corpo e refazer o esquema corporal, o que certamente levará tempo. É frequente que fique angustiado com essa situação. Em alguns casos a falta de conhecimento sobre o corpo e suas mudanças fisiológicas, psicológicas e da imagem corporal geram apreensão e podem ser um obstáculo na abordagem de assuntos, como autocuidado, saúde sexual e reprodutiva, uso de preservativo, DST e HIV/aids e planejamento familiar. Essas questões podem ser trabalhadas por meio de estratégias de grupos, objetivando não apenas fornecer o conhecimento, mas também criar um novo espaço para reflexão e debate.

O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuroendócrinos, que dizem respeito ao eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, cuja maturação culminará com a gametogênese e a aquisição da fertilidade. As transformações corporais características da puberdade são constituídas pelo marcante crescimento físico e pela maturação sexual. Há, normalmente, uma variação muito grande na velocidade com que as modificações progridem e na idade de início da puberdade.

Segundo Marshall e Tanner^{7,8}, a puberdade se caracteriza por:

- Aceleração e desaceleração do crescimento até a sua parada;
- Modificações na composição corporal que compreendem o crescimento do esqueleto, dos músculos, além de mudanças na quantidade e na distribuição de gordura;
- Desenvolvimento do sistema cardiovascular e respiratório, com incremento da força e resistência principalmente no sexo masculino;

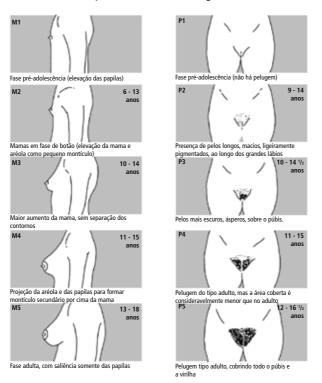
Amadurecimento do controle neuroendócrino e o consequente desenvolvimento das gônadas e dos caracteres sexuais secundários (amadurecimento sexual).

Denomina-se telarca o aparecimento do broto mamário; ginecomastia, o aumento da glândula mamária em meninos; pubarca, o aparecimento dos pelos pubianos; menarca a primeira menstruação; semenarca, a primeira ejaculação; sexarca, a primeira relação sexual.

Em 1962, o médico inglês Tanner propôs um método de estadiamento da maturação sexual, que constitui a referência utilizada pela maioria dos profissionais para acompanhar a evolução da puberdade. Classificou em cinco etapas o desenvolvimento puberal, levando em conta o desenvolvimento das mamas no sexo feminino, dos genitais no sexo masculino e dos pelos pubianos em ambos os sexos.

As figuras que seguem mostram o estadiamento proposto por Tanner.

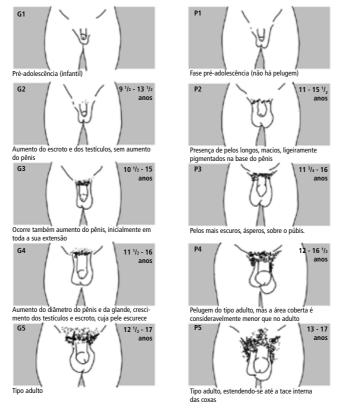
Figura 1 - Classificação de Tanner - Estágios da Puberdade - Feminino⁷



Fonte: Marshaw WA, Tanner M. 1969. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child, 44(235):291-31.

Nas meninas, o estirão inicia-se geralmente, no estágio 2 de desenvolvimento mamário, atinge a velocidade máxima em M3 e a menarca geralmente ocorre entre M3 e M4, quando o crescimento já está desacelerando.

Figura 2 - Classificação de Tanner - Estágios da Puberdade - Masculino⁸



Fonte: Marshaw WA, Tanner M. 1970. Variations in pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child, 45(239):13-23.

Nos meninos, o estirão inicia-se geralmente em G3 e atinge o pico de velocidade máxima em G4, desacelerando em G5.

Além do aspecto genético, o nível socioeconômico, doenças crônicas, fatores psicossociais, exercícios físicos, fatores geográficos e climáticos influenciam a puberdade. Carências nutricionais, condições habitacionais inadequadas, ausência de saneamento básico, assistência médica precária, distúrbios da dinâmica familiar, uso de álcool e outras drogas e maus tratos são alguns dos fatores que podem levar ao retardo do crescimento e da maturação puberal.

Assim como ocorre em outras doenças crônicas, a infecção pelo HIV-1 adquirida no período perinatal interfere na maturação sexual por ação direta do vírus, presença de infecções secundárias, alterações nutricionais e também por ação de citocinas. É interessante notar que o atraso da maturação sexual nesses grupos de pacientes parece ser mais acentuado nos estágios mais tardios da puberdade9, 10.

2.5 CRESCIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL

De forma geral, o adolescente cresce em média 8 a 10 cm/ano durante o estirão, sendo o ganho estatural em torno de 30 cm, responsável por cerca de 20% da estatura final. O peso, também, sofre um grande acréscimo na puberdade, quando o adolescente ganha cerca de 50% do peso da idade adulta. Há, também, o crescimento de todos os tecidos e órgãos, exceto o tecido linfoide, que apresenta involução. Há expansão do volume plasmático, aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, aumentando a pressão arterial¹¹.

O crescimento pôndero-estatural é frequentemente prejudicado no curso da infecção pelo HIV. Esse fenômeno é bem documentado em estudos que acompanham pacientes infectados na infância, seja por via vertical ou por transfusão de hemoderivados, principalmente naqueles com atraso puberal^{12,13,14}. As prováveis explicações para o baixo crescimento são as deficiências nutricionais e hormonais.

2.6 METABOLISMO ÓSSEO DURANTE A **ADOLESCÊNCIA**

A puberdade é uma época de grande importância para a aquisição de massa óssea adequada. Fatores que afetam a mineralização óssea normal são a ingestão de cálcio, os níveis de vitamina D, atividade física, hormônios, fatores genéticos e estado nutricional14. O "estirão" de crescimento é uma fase de grande acúmulo de massa óssea. A alta incidência de fraturas ósseas em adolescentes na população geral pode estar relacionada à relativa fragilidade óssea, resultante da dissociação entre expansão e mineralização óssea15. O pico de mineralização óssea corresponde ao acúmulo de cálcio nesse tecido. A densidade óssea diminui antes do estirão de crescimento para depois aumentar durante os próximos quatro anos. A idade mediana em que ocorre o pico da deposição de cálcio no esqueleto é 12,5 anos para as meninas e 14 anos para os meninos¹⁶. Diminuição da densidade óssea é reconhecida como uma complicação metabólica durante o curso da infecção pelo HIV-1 em adultos e crianças. A diminuição da densidade óssea em portadores de HIV é multifatorial, relacionada ao próprio HIV-1, ao seu tratamento, a comorbidades e a outros fatores não relacionados à infecção pelo HIV. A realização de densitometria óssea está indicada para adolescentes com infecção pelo HIV, principalmente para os que apresentem baixo índice de massa corpórea, história de perda de peso, uso prévio de esteroides, presença de lipodistrofia ou uso de tenofovir. Aqueles que apresentarem resultados baixos para a idade devem ser aconselhados a fazer exercícios de impacto e receber suplementação de cálcio e vitamina D17.

2.7 OUTRAS ALTERAÇÕES METABÓLICAS

A Síndrome Lipodistrófica do HIV é especialmente preocupante durante a adolescência, pois a alteração da distribuição da gordura corporal, com perda de gordura nos braços, pernas e face e acúmulo de gordura cervical dorsal, no pescoço e no tronco, pode ter repercussão profunda nessa fase da vida em que se adquire um corpo adulto. As alterações corporais podem desencadear consequências como baixa autoestima, isolamento social e depressão, interferindo no bem-estar psicológico, assim como em outras esferas da vida (afetiva, sexual, social, profissional). A equipe de saúde deve estar atenta para intervir o mais precocemente possível e impedir prejuízos, inclusive em relação à adesão ao tratamento.

A queixa do paciente não deve ser subestimada. É importante lembrar que o diagnóstico das alterações corporais ainda é subjetivo e depende da percepção e análise conjunta do profissional e do paciente. Existem várias intervenções, dentre elas a mudança do esquema antirretroviral, indicação de exercícios físicos, aeróbicos e de resistência, reeducação alimentar, atendimento psicológico individual ou em grupo, preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA)18.

Além das alterações corporais, a terapia antirretroviral está também associada ao aumento dos níveis de colesterol e triglicerídeos e à resistência à insulina, tornando o aconselhamento dietético e o incentivo à prática de atividade física pontos indispensáveis ao acompanhamento clínico desses pacientes (Ver capítulo 6).

2.8 DESENVOLVIMENTO DO CÉREBRO E COGNIÇÃO

Estudos de neuroimagem têm contribuído para o conhecimento sobre o desenvolvimento cerebral durante a infância e adolescência19. O volume cerebral atinge o máximo aos 10,5 anos em meninas e aos 14,5 anos em meninos, passando por um processo de diminuição da substância cinzenta durante a adolescência, que é acompanhada de aumento do volume de substância branca. O menor volume de substância cinzenta reflete diminuição do número de sinapses. Essa fase do desenvolvimento também é conhecida como "poda sináptica". O aumento da substância branca reflete maior mielinização de axônios, com aumento na velocidade de transmissão entre neurônios e aumento da anisotropia, ou seja, os estímulos deixam de se propagar aleatoriamente e ocorre ganho na qualidade da conectividade cerebral.

Há evidências de que essas modificações estruturais e funcionais, observadas nas diferentes regiões do cérebro, estão relacionadas com maior

capacidade de planejamento racional e emocional (córtex pré-frontal), maior capacidade de memória (lobo temporal), habilidade de linguagem (lobo frontal), maior coeficiente de inteligência (lobos frontal e occipital) e maior capacidade de leitura (lobos temporais e parietais).

A perda de sinapses tem sido relacionada a alterações no padrão do sono observadas durante a adolescência²⁰. Durante a puberdade ocorre tendência ao atraso do ritmo circadiano do sono que costuma ficar prejudicado por conflitos com horários de escola e outros compromissos. O resultado seria a alta frequência de privação de sono observada nessa faixa etária, com sonolência diurna, que pode dificultar o comparecimento às consultas agendadas e o cumprimento de horários de medicamento previamente estabelecidos. É importante que a equipe de saúde compreenda e se mostre apta e solícita a buscar e negociar com o adolescente novas estratégias que facilitem a adesão.

Investiga-se, ainda, a relação entre a diminuição do sono noturno e modificações no sistema de recompensa cerebral, que é fundamental nos processos de tomada de decisões. Vários comportamentos observados durante a adolescência estão associados a maior exposição a riscos e podem estar relacionados a mudanças fisiológicas que parecem levar à menor reatividade, necessitando de maior excitação para obter a sensação de recompensa²⁰.

Por outro lado, entre adultos já estão bem documentadas alterações em determinadas áreas cerebrais causadas pelo HIV-1, principalmente em estruturas subcorticais, tais como perda neural em todo o córtex frontal, atrofia cerebral e desmielinização da substância branca, fundamentalmente nas zonas periventriculares, no corpo caloso, na cápsula interna, na comissura anterior e no trato óptico. Os domínios cognitivos mais prejudicados nos pacientes portadores de infecção pelo HIV-1 são habilidades motoras, linguagem expressiva, memória episódica (codificação e resgate) e função executiva (velocidade de processamento, atenção e memória operacional), sendo que esta última parece contribuir sensivelmente para o aprendizado, especialmente durante a infância^{21,22,23}. A memória prospectiva também é afetada e ela está relacionada com o ato de "lembrar de se lembrar", tem relação estreita com a ação de tomar remédio na hora certa e, consequentemente, com adesão ao medicamento. Assim sendo, o desenvolvimento cerebral e cognitivo do adolescente vivendo com HIV pode estar prejudicado de diferentes maneiras e acarretar menor inteligência e desempenho acadêmico, déficits executivos (abstração, resolução de problemas, flexibilidade cognitiva, déficits cognitivos nas habilidades sociais e no planejamento), limitações da capacidade de memória, déficits de linguagem (nos casos de encefalopatia), redução da velocidade de processamento de informação, déficits de atenção e prejuízo da coordenação motora^{24,25}.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069. htm>. Acesso em: 11 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010, p.
- RASSIAL, Jean-Jacques. O adolescente e o psicanalista. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- DOLTO, Françoise. L' Image incosnciente du corps, 1984. Citado por Rassial.
- 5. ABERASTURY, A. Adolescência Normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- 6. ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Adolescência normal e patológica. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behavior. American Pychiatry, Rhode Island, v. 47, n. 1102 - 1114, 1992.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Manual de Boas Práticas de Adesão -HIV/AIDS, São Paulo: Bristol Myers Squibb.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa acional de DST e Aids. A Abordagem a Familiares/Cuidadores. In: ___ _. Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS, 2006. Série Manuais, n. 69. Capítulo
- MARSHAW, W. A.; TANNER, M. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Archives Diseases in Childhood, London, v. 44, n.235, p. 291-31, 1969.
- MARSHAW, W. A. Tanner M. Variations in pattern of pubertal changes in boys. Archives Diseases in Childhood, London, v. 45, n.239, p.13-23, 1970.
- 12. MAHONEY E. M. et al. Hemophilia Growth Development Study. HIV-Associated Immune Dysfunction and Delayed Puberal Development in a Cohort of Young Hemophiliacs. Journal of acquired immune deficiency syndromes & human retrovirology, v. 21, n. 4, p. 333-337,1999.
- 13. DE MARTINO, M. et al. Register for HIV Infection in Children. Puberty in perinatal HIV-1 infection: a multicentre longitudinal study of 212 children. AIDS, London, v. 15, p. 1527-
- NEINSTEIN, L. S.; KAUFMAN, F. R. Normal Physical Growth and Development. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care - a practical guide. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- 15. GERTNER, J. M. et al. Delayed somatic growth and puberal development in human immunofedifiency virus-infected hemophiliac boys: Hemophilia Growth and Development Study. The Journal of Pediatrics, New York, v. 124, n. 6, p.896-902, 1994.

- KAUFMAN; F. R. et al. Hemophilia Growth and Development Study. Growth Hormone Secretion in HIV-Positive Versus HIV-Negative Hemophilic Males With Abnormal Growth and Puberal Development. Journal of acquired immune deficiency syndromes & human retrovirology, v. 15, n. 2, p.137-144, 1997.
- 17. LOUD KJ, Gordon CM. Adolescent bone health. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Chicago, v. 160, n. 10, p. 1026-1032, 2006.
- 18. FAULKNER, R. A. et al. Size-corrected BMD decreases during peak linear growth: implications for fracture incidence during adolescence. Journal of Bone and Mineral Research, Washington, v. 21, n. 12, p. 1864-1870, 2006.
- BAILEY, D. A. Calcium accretion in girls and boys during puberty: a longitudinal analysis. Journal of Bone and Mineral Research, Washington, v. 15, v.11, p. 2245-2250, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV, 2009, Suplemento I: Imunizações; Diagnóstico da Infecção pelo HIV; Manejo da toxidade à terapia antirretroviral; Diretrizes para o tratamento da tuberculose2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_ pediatrico_suplemento1.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012.
- 21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Tratamento da Lipoatrofia Facial. 2009. Disponível em: http:// www.aids.gov.br/sites/default/files/man_lipoatrofia03-web.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012.
- GIEDD, J. The Teen Brain: Insights from Neuroimaging. Journal of Adolescent Health, Kidlington, UK, v. 42, p. 335-343, 2008.
- 23. HOLM, S. M. Reward-Related Brain Function and Sleep in Pre/Early Pubertal and Mid/ Late Pubertal Adolescents. Journal of Adolescent Health, Kidlington, UK, v. 45, p. 326-334, 2009.
- 24. MALLOY-DINIZ, et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 76 à 85.
- BLANCHETTE, N. Cognitive Development in School-Age Children With Vertically Transmitted HIV Infection Developmental. Neuropsychology. New York, v. 21, n. 3, p.223-241, 2002.
- NICOLAU, Nelsa Carol. Avaliação neuropsicológica em crianças e adolescentes com infecção por HIV e AIDS. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de Minas Gerais, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Belo Horizonte, 2009.
- 27. BURGESS, P. W.; QUAYLE, A.; FRITH, C. D. Brain regions involved in prospective memory determined by positron emission tomography. Neuropsychologia, Dallas, v. 39, p. 545-555, 2001.
- 28. OKUDA, J. et al. Participation of the prefrontal cortices in prospective memory: Evidence from a PET study in humans. Neurosciences Letters, [S.l.], v. 253, p. 127-130, 1998.



CAPÍTULO 3

Revelação Diagnóstica

3.1 Revelação Diagnóstica - Diagnóstico do HIV/aids por transmissão vertical na adolescência

Segundo o documento "Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV", a comunicação do diagnóstico à população pediátrica deve ser tratada de forma individualizada, processual e com a participação dos pais e/ou responsáveis.

Da mesma forma, a relevância da temática também foi destacada nos achados do Enhancing Care Initiative/Brazil2, um projeto que integra pesquisadores de instituições brasileiras em cooperação com órgãos internacionais para a melhoria do cuidado às pessoas que vivem com o HIV/ aids. Nesse sentido, a revelação diagnóstica foi referida como um dos pontos centrais, quando se pretende um cuidado abrangente e de qualidade aos jovens vivendo com HIV/aids. Nas considerações encontra-se:

[...] que a tarefa da revelação do diagnóstico seja encarada como um processo a ser desenvolvido por cuidadores e profissionais, levando em conta cada adolescente, as particularidades de seu contexto social, doméstico, seu sexo e faixa etária ².

Ressalta-se que tais recomendações não se estendem apenas para crianças ou adolescentes soropositivos que são seguidos em serviços especializados desde idade muito precoce e que, em sua imensa maioria, foram infectados por meio da transmissão vertical (TV). Cuidados especiais também devem ser direcionados aos adolescentes diagnosticados tardiamente, seja por relações sexuais, uso de drogas, transfusão sanguínea, abuso sexual ou mesmo nos diagnósticos tardios do HIV/aids na TV.

- A revelação diagnóstica deve ser considerada como um processo.
- abordagem deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada criança e adolescente, assim como seu contexto social e familiar.

3.1.1 Panorama atual

Apesar das recomendações mundiais sobre a importância da revelação diagnóstica na clínica da aids pediátrica, é sabido que comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave e incurável produz inúmeras inquietações, especialmente quando se trata de uma enfermidade tão temida e associada à morte, preconceito e discriminação. Assim, por ser uma doença imbuída de significados estigmatizantes, familiares e cuidadores, incluindo profissionais da área da saúde, relutam em revelar às crianças e aos adolescentes a sua condição de infectado pelo HIV3. Um cenário preocupante nos serviços especializados é a alta prevalência de pacientes que adquiriram o HIV por TV, que chegam à adolescência sem o acesso a informações completas sobre seu estado sorológico 4.

3.1.2 Os danos do segredo

Ainda nos dias atuais, adiar o confronto com a verdade é tido como proteção às crianças e aos adolescentes e a interdição da comunicação apresenta-se como a única possibilidade encontrada, na maior parte das famílias, para lidar com essa situação.

Em se tratando de crianças, o segredo dos adultos ou a mentira podem tomar proporções bastante assustadoras e enigmáticas no psiquismo infantil⁵ e há descrições na literatura que vinculam o silêncio prolongado sobre o HIV/ aids com desordens e aflições emocionais, sentimentos de raiva e prejuízo no desenvolvimento psicossocial 6.

No caso dos adolescentes que desconhecem sua condição sorológica, a ausência de um diálogo honesto e aberto, com exclusão dos processos que envolvem acontecimentos importantes sobre suas vidas, gera estados de depressão, retraimento e desconfiança que podem assumir um papel patogênico na construção de sua identidade de adulto.

De maneira geral, esses pacientes sofrem psiquicamente, pedem ajuda, criam sintomas, mas, sobretudo, isolam-se em um mundo imaginário e ficam marcados por um profundo sentimento de solidão. Nesse contexto, o segredo poderá seguir diferentes direções e será determinado por um complexo de fatores que se ligam às particularidades da criança e do adolescente e por características do ambiente social e familiar. Não obstante, sem intercâmbio verbal ou acesso ao conhecimento sobre a verdade de suas vidas, esses pacientes sofrem, sentem-se estranhos e potencializam angústias que fazem

parte da condição humana, mas que seriam menos aflitivas e prejudiciais se fossem compreendidas e traduzidas pelos adultos.

- Diferentemente do que os cuidadores supõem, o silêncio, a mentira ou a desconversa sobre o diagnóstico possuem desdobramentos bastante desorganizadores e podem interferir negativamente no processo do desenvolvimento da criança e do adolescente.
- A interdição desse saber expõe os pacientes soropositivos a inibições afetivas, sofrimento psíquico e estados de intensa solidão.

3.1.3 Consequências do silêncio na adesão ao tratamento

Em adolescentes e jovens que vivem com o HIV/aids, além do confronto com as mudanças e conflitos esperados nessa fase da vida, como o despertar da sexualidade, a busca de identidade e da independência, eles também são obrigados a conviver com uma doença crônica, que exige um tratamento complexo e cujos efeitos secundários não podem ser negligenciados. Esses numerosos agentes estressantes, que definem a vivência do adolescente soropositivo, serão intensificados diante da falta de comunicação sobre a doença e, inevitavelmente, terão repercussões na adesão adequada ao tratamento em todas as suas dimensões 6,7.

Muitas estratégias para melhoria da adesão apoiam-se na hipótese de que é fundamental a participação da pessoa durante as consultas médicas. Nesse contexto, o termo "adesão ao tratamento" deve ser visto como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece à orientação do profissional, mas entende, reconhece e concorda com as prescrições estabelecidas8. Com efeito, não há como esperar que esses adolescentes, jovens ou mesmo crianças colaborem com as intervenções às quais são submetidos rotineiramente, reconheçam sua responsabilidade no processo e comprometam-se com algo desconhecido. (ver capítulo 4)

Tais constatações enfatizam a importância em compartilhar as informações necessárias sobre a doença, os benefícios dos medicamentos, assim como os riscos de seu uso incorreto, tornando a abordagem do tema revelação diagnóstica uma prioridade nesse grupo populacional.

Em contrapartida, a comunicação da infecção ao adolescente conduzida de forma abrupta, ou mesmo descuidada, comprometerá suas possibilidades de elaboração do processo saúde/doença, podendo resultar em sentimentos de revolta, desconfiança, rejeição aos medicamentos, à doença ou até mesmo o abandono do tratamento.

- A revelação diagnóstica é um fator decisivo para uma adequada adesão ao tratamento antirretroviral.
- O conhecimento sobre a doença possibilita uma maior conscientização quanto aos cuidados com a saúde em geral.

3.1.4 Principais barreiras para a revelação diagnóstica

a. Dificuldades dos familiares:

Como panorama geral, os fatores que definem a decisão pelo sigilo sobre a infecção podem enfatizar preocupações com o estado psicológico do paciente ou, então, podem associar-se às inquietações dos próprios cuidadores, que mostram um alto nível de angústia com o preconceito e estigma, advindo da incapacidade dos filhos em manter segredo9. Nessa perspectiva, frequentemente os responsáveis evitam revelar a doença porque temem que os filhos sejam rejeitados e sujeitos a preconceitos e isolamento social¹⁰. Angustiam-se, sobretudo, diante da possibilidade de que eles, ao tomarem conhecimento da enfermidade, os culpem e lhes dirijam sentimentos de revolta e intolerância 11.

Além disso, muitos familiares não querem expor suas intimidades e temem a condenação e rejeição, atitudes que incrementariam a culpa pela transmissão da doença4. Alguns responsáveis sentem-se despreparados para iniciarem a conversa sobre a infecção 10 enquanto outros supõem que não conseguiriam responder possíveis questionamentos relacionados a expectativas de vida e planos futuros. Há, ainda, aqueles que se julgam frágeis para lidar com as próprias emoções enquanto compartilham informações dolorosas12 ·

Em muitas situações, observa-se que os pais, ao se defrontarem com o problema da revelação diagnóstica de seus filhos, acabam revivendo experiências passadas, que os remete à ocasião em que receberam o diagnóstico do HIV, possivelmente de forma inadequada e sem preparo prévio. Supondo semelhanças entre as histórias, eles tendem a imaginar que as crianças ou adolescentes sofrerão o mesmo impacto emocional e, portanto, não suportarão a dor e o sofrimento desencadeados por saberem-se portadores dessa enfermidade⁵.

b. Diluindo resistências:

Atentar para possíveis oposições dos familiares, ajudando-os a identificar essa gama de sentimentos são intervenções que contribuem para a conscientização e a aceitação dos benefícios advindos da comunicação clara e franca sobre a infecção às crianças e adolescentes infectados pelo HIV. A reflexão ampla sobre os aspectos negativos e positivos envolvidos na comunicação do diagnóstico do HIV poderá servir como suporte que consolidará a disposição dos cuidadores em submeter os pacientes ao processo dessa revelação.

Os serviços devem avaliar a rede de apoio familiar e a estrutura psicológica dos cuidadores, tendo em vista a importância do acolhimento de angústias e demais necessidades apresentadas pelo paciente após a abertura diagnóstica. Assim, torna-se imprescindível que os responsáveis também verbalizem seus dramas pessoais ou vivências traumatizantes relacionadas ao HIV, como experiências de isolamento, discriminação e solidão em decorrência do viver com HIV/aids. Isso quer dizer que os cuidadores também precisam ser acompanhados em seus medos, ansiedades e preocupações, lembrando que o adolescer de suas crianças pode remetê-los à sua própria adolescência, origem de muitos de seus tormentos ou de sua própria contaminação.

- Compreender os motivos pelos quais os cuidadores relutam em revelar o diagnóstico aos adolescentes e legitimar suas preocupações são condutas que promovem uma parceria entre os familiares e a equipe.
- Os familiares devem participar ativamente do planejamento e construção de estratégias para a revelação diagnóstica dos filhos.

c. O melhor momento

Uma outra razão que dificulta o processo da revelação diagnóstica diz respeito ao momento oportuno para iniciar a conversa com o paciente. De maneira geral, diferentes autores preconizam que a idade cronológica não pode ser a única referência para a prontidão do paciente em compreender as informações relacionadas à doença, no entanto há um consenso quanto à revelação diagnóstica ser iniciada, antes do período da adolescência 13.

Se, por um lado, a privação do conhecimento sobre a infecção compromete o processo do desenvolvimento emocional como um todo, por outro,,a ruptura brusca do silêncio realizada sem um entendimento mais detalhado da criança ou do adolescente pode resultar em danos emocionais, por vezes dificeis de serem superados.

Por diferentes razões, há ocasiões na vida de qualquer adolescente, nas quais eles se apresentam mais fragilizados e com recursos diminuídos para o enfrentamento de situações novas. Em tais circunstâncias, as informações sobre a doença e o tratamento podem provocar uma sobrecarga emocional e intensificar conflitos preexistentes. É aconselhável atentar para essas ocorrências e ajudá-los na elaboração de suas dificuldades antes de submetê-los ao processo de revelação diagnóstica. Por outro lado, se esses componentes estiverem relacionados com o segredo do HIV, a conversa sobre sua condição sorológica deverá ter prioridade e não poderá ser adiada, pois o clima de ocultamento, aliado às falas ambíguas e distorcidas sobre a doença, tendem a confundi-los e gerar conflitos difíceis de serem superados.

De qualquer forma, a decisão sobre o melhor momento para a revelação deve ser compartilhada com os familiares e baseada no conhecimento dos profissionais em teorias do desenvolvimento da infância e adolescência. Isso quer dizer que é fundamental considerar a capacidade cognitiva para a compreensão de conceitos abstratos, os recursos emocionais disponíveis para o enfrentamento de situações adversas e estressantes e o contexto familiar no qual esses jovens pacientes encontram-se inseridos.

Muitas dúvidas podem sobrepor-se nesse momento da nomeação do diagnóstico do HIV, entretanto, em presença de casos mais complexos, a avaliação psicológica tem-se mostrado um recurso valioso, na medida em que possibilita um conhecimento mais detalhado sobre a dinâmica e estrutura de personalidade do indivíduo14, o que poderá auxiliar a uma melhor definição do modo como os profissionais devem proceder.

Assegurar que o paciente não apresenta distúrbios psicopatológicos importantes e, em caso de dúvidas, encaminhálo para avaliação psicológica ou psiquiátrica, com a finalidade de identificar com maior precisão suas condições emocionais e os mecanismos disponíveis para lidar com suas dificuldades e conflitos.

3.1.5 Particularidades da revelação diagnóstica

a. Crianças:

Diante das primeiras manifestações de curiosidade em relação às consultas médicas, coletas de exames, medicamentos de uso constante, vindas frequentes ao hospital, entre outros procedimentos, a criança deve ser esclarecida, considerando sua capacidade de compreensão e as inquietações apresentadas. Cada pergunta deve ser respondida de forma simples e objetiva. É fundamental que o adulto converse e contextualize a criança, não só sobre a doença e o tratamento, mas sobre os acontecimentos de sua vida, procurando observar e apreender seus modos de comunicação e suas formas prediletas de expressão. Observar os sentidos particulares dos movimentos da criança e valorizar suas percepções e pensamentos são atitudes indispensáveis, tendo em vista que a maioria delas não consegue verbalizar explicitamente suas dúvidas e, naturalmente, tende a manifestar seus sentimentos por meio de jogos, desenhos e brincadeiras.

Modalidades de Revelação:

Revelação Diagnóstica Completa

Por revelação diagnóstica completa compreende-se a comunicação de informações precisas e verdadeiras sobre a infecção, incluindo a nomeação do HIV/aids. O foco dessa estratégia deve auxiliar a criança a

compreender os mecanismos de ação do vírus, contemplando discussões sobre as formas de transmissão e eventuais questionamentos sobre o estigma, preconceitos e morte. Obviamente, as considerações devem estar de acordo com a capacidade de compreensão, necessidades e particularidades do paciente.

Revelação Diagnóstica Parcial

Esta modalidade de intervenção contempla quase todos os aspectos que foram referidos anteriormente, exceto quando algumas crianças apresentam imaturidade no critério associado à capacidade em manter segredo sobre determinadas situações. Esclarecimentos sobre a enfermidade, coletas de exames e tratamento também são fornecidos, porém a nomeação da doença HIV/aids não é mencionada. Nesse sentido, as explicações parciais também são benéficas, especialmente às crianças, desde que os adultos deem explicações não distorcidas e que se aproximem da realidade.

b. Adolescentes:

Os adolescentes diagnosticados na primeira infância possuem uma longa trajetória de idas e vindas aos serviços, por vezes seguidos de descompensações graves, com histórico de internações e tratamentos medicamentosos complexos.

Alguns desses jovens fazem suas descobertas solitárias, ou seja, eles conhecem sua condição sorológica para o HIV, embora a doença não tenha sido explicitada por algum adulto. Em determinadas situações, os adolescentes ignoram de fato o nome da enfermidade pela qual eles são seguidos e tratados, já em outras, pode existir uma recusa em reconhecer uma realidade traumatizante e insuportável. Mecanismos de negação são comumente encontrados nos adolescentes que foram privados do conhecimento sobre a verdade de suas histórias e podem assumir formas patológicas, respondendo à fantasia de que aquilo que não pode ser visto não existe. Nesses casos, o processo da revelação diagnóstica é conduzido de forma a focalizar aproximações graduais, com temáticas relacionadas à enfermidade e o contexto das consultas deve alcançar níveis de muita confiabilidade, segurança no relacionamento com o profissional e fortalecimento emocional do paciente.

Oferecer suporte emocional, com o intuito de auxiliar o paciente na descontrução das fantasias e atribuição de novos significados sobre a doença e tratamento, é estratégia imprescindível na revelação diagnóstica do HIV/aids durante a adolescência. Por outro lado, o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico não pode ser dispensado em situações que demandam intervenções interpretativas mais aprofundadas.

c. Crianças e adolescentes que convivem com familiares soropositivos:

O segredo sobre a doença também pode ter efeitos deletérios sobre o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes que, mesmo não sendo portadores do vírus, convivem com famílias em que um ou mais membros são infectados pelo HIV. Normalmente, essas crianças e jovens recebem poucas explicações sobre eventuais internações, visitas frequentes ao hospital e tratamentos aos quais os pais e/ou irmãos são submetidos. Apesar da preocupação com a saúde dos familiares, muitos se sentem sozinhos e não entendem por que são excluídos de privilégios e cuidados, sendo necessário prepará-los para uma melhor compreensão e enfrentamento da aids em todas as suas dimensões.

Da mesma forma, as intervenções relacionadas à revelação diagnóstica devem ser estendidas à geração de crianças não infectadas, mas que foram expostas ao vírus por serem nascidas de mães soropositivas para o HIV e que fazem acompanhamento anual em unidades especializadas até o período da adolescência. O interesse sobre essa população, ainda pouco conhecida, não deve ser limitado apenas às possíveis repercussões clínicas pelo fato de terem sido expostas ao HIV ou às drogas antirretrovirais. Torna-se necessário compreender como elas vivem, como se processou seu desenvolvimento psicoafetivo e se as informações sobre seus primeiros anos de vida também foram mantidas em segredo. Nesses casos, é preciso considerar que o acesso a registros pessoais vivenciados em fases precoces do desenvolvimento integrará conteúdos do presente com o tempo passado, podendo ser uma razão estruturante e organizadora da personalidade, quando bem orientado.

A equipe deve ampliar o cuidado às crianças e/ou adolescentes que não são infectados pelo HIV, mas que são afetados pela convivência com pais e irmãos soropositivos.

3.1.6 O processo de elaboração do diagnóstico - A importância do acompanhamento pós-revelação diagnóstica dos adolescentes que vivem com o HIV/aids

Entender a prática da revelação diagnóstica como um processo, significa dizer que ela não se encerra no momento em que é nomeado o diagnóstico do HIV à criança ou ao adolescente. Além de acompanhar como o paciente foi assimilando e apreendendo as informações que lhe foram transmitidas, é imprescindível analisar os desdobramentos suscitados pelo impacto emocional de se saberem portadores de uma doença seguida por valores sociais negativos e preconceituosos. Nesse contexto, "acompanhar" significa "fazer companhia" e seguir com atenção e na mesma direção os pensamentos e sentimentos desencadeados pelo conhecimento da doença. Assim como os adultos, esses jovens necessitam de espaços para expressarem suas inquietações e tempo para aceitação e elaboração dessa nova realidade.

Ressalta-se que as intervenções não devem orientar-se somente para a temática da doença, especialmente porque a revelação diagnóstica do HIV/ aids é o início de outras grandes descobertas para as crianças e jovens. O segredo do diagnóstico possui diferentes dimensões e está a serviço de encobrir outros segredos, como, por exemplo, adoção, vida sexual e reprodutiva, morte dos pais em decorrência da aids ou, então, outros segredos familiares que envolvem o HIV, que são intransmissíveis e podem perdurar por diversas gerações. Nesse sentido, muitos jovens conhecerão a forma como adquiriram a infecção, mas não necessariamente terão acesso à origem da infecção dos pais.

Para as crianças menores, ao explicar sobre as formas de transmissão do HIV, é necessário saber se elas possuem noções sobre sexualidade e se os responsáveis autorizam a abordagem desses assuntos. Em relação aos pacientes adotados e que desconhecem essa condição, os pais devem compreender que a atmosfera do segredo em torno da adoção também possui repercussões complexas, podendo influenciar no processo do desenvolvimento saudável da criança. Essa é outra temática que se coloca e, portanto, discussões prévias com os familiares são recomendadas, tendo em vista que o conhecimento da infecção está associado e remete à origem e à filiação.

Desse modo, todos os membros que compõem a equipe devem estar devidamente capacitados para a promoção de um diálogo saudável e aberto, com a inclusão de temas que envolvam questionamentos sobre morte, origem, filiação, preconceitos, futuro frágil ou incerto, assim como o desejo de viver a sexualidade de forma saudável, que se inscreve em um desejo de vida e de projetos futuros. Da mesma maneira, aspectos objetivos e concretos em torno da enfermidade, como tratamento, prevenção e riscos de transmissão são conteúdos que devem ser trabalhos e integrados em todos os âmbitos do cuidado dos adolescentes e jovens que vivem com o HIV/aids.

Por outro lado, os serviços de saúde devem estruturar-se para o atendimento dessa população, incentivando a criação de espaços grupais, que favoreçam o processo de identificação entre os pares e possibilitem o confronto com outros percursos dolorosos. Histórias pessoais que são compartilhadas em mbiente de respeito contribuem para o redimensionamento dos significados implicados na vivência de ser adolescente em um contexto de uma doença crônica. Cabe, ainda, pensar que, independentemente da capacitação ou da área de atuação do profissional, quer seja psicólogo, enfermeiro, médico, auxiliares, entre outros, alguns se sentem desconfortáveis para conduzir o momento da nomeação do diagnóstico do HIV à criança ou ao adolescente. É importante respeitar as características individuais de cada membro da equipe e identificar as pessoas com maior proximidade e afinidade com o manejo do processo da revelação.

Em princípio, todos os profissionais que assistem às crianças e jovens que vivem com o HIV/aids deveriam estar aptos para a condução do processo de revelação diagnóstica. Entretanto, essa nova realidade delineia situações muito específicas e a inclusão desse tema nas discussões de casos clínicos, associados à troca de experiências entre profissionais de diversos serviços, tem-se mostrado um meio eficiente e produtivo para que esse trabalho ocorra de maneira humanizada e menos desgastante.

- Os adolescentes precisam ser capazes de falar sobre o não dito, sobre os segredos que envolvem os outros segredos e que permanecem bloqueados nas primeiras gerações.
- Os profissionais devem estar capacitados para ajudar o adolescente no processo de elaboração da enfermidade.

3.2 Revelação Diagnóstica - Diagnóstico do HIV/ aids por transmissão sexual ou uso de drogas endovenosas

Os adolescentes que adquiriram o HIV por transmissão horizontal apresentam particularidades que precisam ser reconhecidas pelos profissionais e contempladas na abordagem da revelação diagnóstica. Frequentemente são jovens que possuem vínculos frágeis com os serviços de saúde e apresentam situações de alta vulnerabilidade social, como, por exemplo, uso de drogas endovenosas, problemas escolares e de inserção profissional, situação de pobreza extrema e falta de perspectiva 1.

A questão da adolescência no Brasil não poderá ser pensada e nem propostas serem discutidas sem que algumas condições sejam levadas em consideração, tal como a gravidez precoce das adolescentes. Esse é um dos aspectos fundamentais a ser considerado quando se aborda essa população nos serviços de saúde. O sentido e efeitos da gravidez nas adolescentes esquadrinham, muitas vezes, a relação estabelecida por elas com seu corpo, seus horizontes e com sua identidade social. Se a adolescente não encontra formas de resignificar o sentido dado pela gravidez e seus "benefícios", poderá ter dificuldades na prevenção da transmissão do HIV.

Questões também relevantes e que devem ser avaliadas com cuidado e especial acolhimento pelo profissional da saúde são o início da vida sexual do adolescente e a descoberta de sua homossexualidade, momento em que ainda não tem suficiente independência financeira e, tampouco, afetiva da família. É nesse contexto que, ao procurar o serviço, o adolescente precisa encontrar apoio e compreensão para que sua sexualidade não seja remetida a julgamento e para que sua vida sexual não deixe de se desenvolver de maneira saudável. O não julgamento e o cuidado na abordagem da sexualidade desse adolescente assegurará que ele possa tomar para si o cuidado do seu corpo e lidar de maneira adequada e segura com os seus desejos, isento de culpa e medos que muitas vezes atrapalham sua capacidade de perceber o risco.

Outra questão que deveria ser prioritária é a redução do diagnóstico tardio de HIV/aids, por meio de estratégias de ampliação da testagem anti-HIV, sobretudo com a utilização do teste rápido, inclusive para os adolescentes. No entanto, o processo de abordagem a adolescentes muito jovens necessita ser criterioso, especialmente diante de um resultado positivo. Nem sempre a sexualidade do adolescente e seus diversos aspectos é do conhecimento de sua família, por isso, algumas vezes, o jovem pode vir a um serviço de saúde apenas para realizar sua testagem, como lhe é de direito¹⁵.

Embora os adolescentes sejam considerados sujeitos de direitos pelo ECA¹⁵, a revelação de um resultado positivo para o HIV não deixa de ser complexa, principalmente quando esse adolescente estiver só nesse processo, sem uma rede social de apoio formada por adultos, havendo um risco acrescido de não haver vinculação aos serviços de saúde. O acesso à testagem anti-HIV deverá ocorrer por meio do aconselhamento pré e pós-teste, conforme recomendações do MS.

Sendo assim, as principais recomendações para adolescentes devem considerar:

- O processo de aconselhamento, tanto no pré como no pós-teste, para os adolescentes e jovens que desejam realizar o teste de HIV deve ser feito de forma cuidadosa, valorizando a construção do vínculo com a equipe multiprofissional que irá atendê-lo.
- Caso o adolescente decida realizar o teste de HIV sozinho, o profissional de saúde deve avaliar se ele é capaz de entender o seu ato, qual a sua motivação para a testagem e se seria capaz de conduzir-se por seus próprios meios após o resultado do teste¹⁶. O adolescente deve ser estimulado a compartilhar o que acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa servir-lhe de suporte. É importante considerar que muitos vivenciam situações diversas e que não encontram apoio naqueles que deveriam ser seus responsáveis legais.
- Os profissionais devem incluir no aconselhamento do adolescente temas como conhecimento do corpo, orientação sexual, identidade de gênero, práticas sexuais e seus riscos, orientações sobre prevenção e gerenciamento de risco.
- Os profissionais da equipe devem evitar aplicar juízo de valores, bem como impor seus valores ao adolescente.
- Se possível envolver a rede social de jovens vivendo com HIV e aids, que pode ser um importante aliado no processo de compreensão do diagnóstico e adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que também para os adolescentes e jovens infectados por via sexual ou por uso de drogas podem existir "danos" em relação ao segredo da sua condição sorológica. Dessa forma, é preciso avaliar se há o compartilhamento da condição sorológica com alguém em quem confie, pois o adolescente/jovem pode não compartilhar a informação com ninguém, por medo do preconceito, da discriminação, ou falta de apoio, mas também por negação do problema. Essa situação pode desencadear sofrimento psíquico, comportamento de isolamento, dificuldade em relação à adesão ao tratamento ou mesmo abandono do mesmo.

3.3 Revelação diagnóstica a terceiros

A principal inquietação do jovem soropositivo é conseguir discernir em quem pode confiar ou para quem deve contar sobre sua condição sorológica, decisão que envolve o medo da discriminação e da rejeição, especialmente pelos seus pares. A maioria desses adolescentes declara que viver o silêncio sobre seu estado sorológico e a intensidade da vivência de solidão ativam sentimentos de inferioridade e exclusão, podendo interferir negativamente em suas possibilidades de integração social. Muitos se sentem obrigados a preservar esse segredo dos amigos próximos, dos parceiros sexuais ou outros membros da família. Por vezes, esquivam-se dos envolvimentos afetivos porque temem que uma maior aproximação possa conduzir inevitavelmente à revelação. Entretanto, não existem parâmetros claros e definidos que orientem a decisão sobre revelar ou não o HIV. A alternativa entre assumir ou não a soropositividade é, normalmente, cercada de ambivalências, com experiências que podem ser negativas ou positivas.

Mais uma vez, os profissionais devem atentar para os sentimentos de isolamento e solidão desencadeados pela condição do segredo e auxiliar esses jovens e adolescentes a enfrentar seus medos e inseguranças advindos dessa situação. Além do trabalho da equipe multiprofissional, destaca-se a importância do acompanhamento psicológico que possibilitará a avaliação cuidadosa do significado e das funções do segredo para cada sujeito e o quanto sua manutenção ou sua revelação poderá ser acompanhada de resultados que trarão maior ou menor angústia e sofrimento. Compreender os sentidos da revelação que incluem o porquê, o que contar e para quem revelar ou não a infecção do HIV, assim como as dimensões entre o direito ao sigilo e a responsabilidade diante da exposição de terceiros, devem ser amplamente discutidos e refletidos com esses jovens, em todos os âmbitos.

3.4 Considerações finais

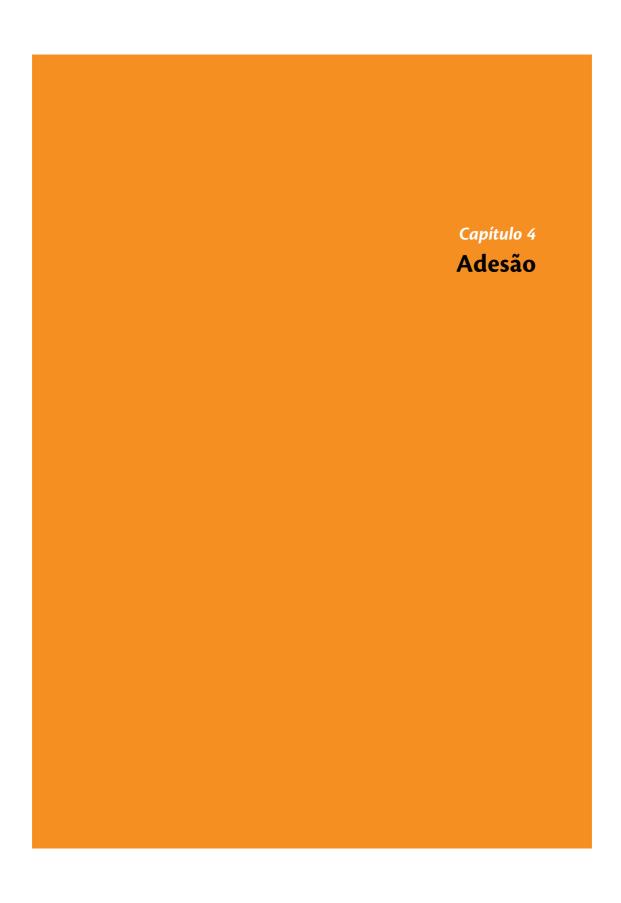
A revelação diagnóstica apresenta-se como um momento de especial importância na atenção aos adolescentes e jovens infectados pelo do HIV/ aids, demandando preparo dos familiares e disponibilidade dos profissionais envolvidos. Nessa perspectiva, todas as crianças, adolescentes e jovens, independentemente da forma como adquiriram a infecção, devem ter assegurado o acesso ao conhecimento do seu diagnóstico e, também, à verdade de suas histórias, com todas suas nuances e singularidades, elementos essenciais para constituírem-se enquanto sujeitos e para a superação de suas vivências dolorosas. Isso quer dizer que o entendimento do paciente, dentro de uma perspectiva abrangente de cuidado, torna-se cada vez mais indispensável para a melhoria do tratamento em todas as suas dimensões.

A prática da revelação diagnóstica não requer apenas conhecimentos atualizados, mas o envolvimento e disponibilidade de todos os cuidadores implicados, com propostas de intervenções que contemplem a complexidade dos fatores, quando se comunica ao adolescente e ao jovem a sua condição sorológica. Um caminho árduo, permeado por recuos e avanços e que requer considerações aprofundadas quando se planeja um cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV. 3 ed. Brasília,
- ENHANCING CARE INITIATIVE. Vulnerabilidade e cuidado: a atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/aids. 2003. Disponível em: <www.eci. harvard.edu>. Acesso em: ? abr. 2011.
- GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42. 2009.
- MARQUES, H. H. S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 619-29, 2006.
- Galano, E. O Processo da revelação Diagnóstica em Crianças e Adolescentes que vivem com o HIV/aids. 2008. Dissertação (Mestrado) – UNIFESP -Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.
- ABADÍA-BARRERO, C. E.; LA RUSSO, M. D. The disclosure model versus a developmental illness experience model for children and adolescents living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. AIDS Patient Care and STDs, New York, v. 20, n. 1, p. 36-43, 2006.
- WILLIAMS, P. et al. Predictors of adherence to antiretroviral medications children and adolescents with HIV infection. Pediatrics, Elk Grove Village, v. 118, n. 6, p. 1745-1757,
- VITÓRIA, M. A. A. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral. Programa Nacional de DST/Aids, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde . Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistência/ Adesaoarv.html>. Acesso em: ? jan. 2009.
- WAUGH, S. Parental views on disclosure of diagnosis to their HIV-positive children. AIDS Care, Amsterdam, v. 15, n. 2, p. 169-76, 2003.
- 10. SEIDL, E. M. F. et alt Crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamentos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 21, n. 3, p. 279-88, 2005.
- American Academy of Pediatrics. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection, Pediatrics, Elk Grove Village, v. 103, p. 164-66, 1999.
- 12. LIPSON, M. Disclosure of diagnosis to children with human immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Philadelphia, v. 15, n. 3,p. 61-65, 1994.
- 13. LESTER, P. et al. Diagnostic disclosure to HIV-infected children: how parents decide when and what to tell. Clinical Child Psychology and Psychiatry, Thousand Oaks, v. 7, n. 1, p. 85-99, 2002.
- ARZENO, M. E. G. Psicodiagnóstico clínico novas contribuições. Porto Alegre: Artmed, 1995, p. 5-12; 178-202. Traduzido por B. A. Neves.

- 15. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei $n^{\rm o}$ 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069. htm>. Acesso em: 21 set. 2012.
- 16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CFM. Novo Código de Ética Médica. Resolução 1.931/2009 em 17 de setembro de 2009. Diário oficial da União (DOU), Brasília, 24 set. content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em: 17 set. 2012.



CAPÍTULO 4

Adesão

A terapia antirretroviral combinada (TARV) é efetiva na supressão da replicação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), na prevenção de doenças oportunistas, na redução da mortalidade e na melhora do bem-estar de crianças e adultos infectados pelo HIV. Entretanto, níveis altos de adesão são necessários para a obtenção da resposta virológica e/ou imunológica e atraso na progressão da doença em longo prazo. Sem adequada adesão, os antirretrovirais (ARV) não são mantidos em concentrações suficientes para suprimir a replicação do HIV nas células infectadas e reduzir a viremia plasmática. Além de estar associada com resposta imunológica abreviada, a má adesão à medicação ARV propicia o desenvolvimento de resistência às drogas. Embora o nível ideal de adesão à TARV não esteja completamente definido, valores abaixo de 95% têm sido associados com pior resposta virológica e imunológica1.

Baixa adesão é comum, mas difícil de predizer. Os estudos não mostram que características socioeconômicas, como sexo, raça, idade, categoria de exposição e escolaridade, são preditores de adesão². A adesão varia não somente entre indivíduos, mas também no mesmo indivíduo, ao longo do tempo.

A adesão em doença crônica na adolescência é um desafio para a equipe de saúde, familiares e para o próprio paciente. Estudos demonstraram que aproximadamente 50% dos adolescentes com condições crônicas não aderem às recomendações médicas3. Estudo longitudinal de coorte de adolescentes infectados pelo HIV via sexual ou por drogas injetáveis encontrou 41% de adesão completa e mostrou que pacientes que tomam mais que 80% das medicações prescritas são apenas 46%4. É interessante notar que essa taxa é consistente com estimativas de adesão em outras doenças crônicas e apoia a ideia de que má adesão é um comportamento comum, mesmo em uma doença grave como a infecção pelo HIV.

4.1 Adesão na adolescência

As características da adolescência tornam a adesão ao tratamento um objetivo difícil de ser atingido. A fantasia da invulnerabilidade e o pensamento mágico, características próprias da adolescência, vão de encontro à conscientização sobre a própria doença, ainda sem cura; a maneira peculiar do adolescente se relacionar com o tempo (deslocalização temporal), a busca pela independência e autonomia, a impulsividade, a atitude contestadora, o desejo de experimentar o novo e desafiar o perigo dificultam a realização de controles clínicos e laboratoriais frequentes, a tomada de medicamentos diariamente, muitas vezes acompanhadas dos seus efeitos colaterais, e o planejamento de ações que visem a prevenir eventos futuros; a pressão exercida pelo grupo de pares, o desejo de se sentir igual aos outros adolescentes e ser aceito podem contrapor-se às necessidades dos cuidados de saúde 5 (ver capítulo 2).

RAO et al⁶ realizaram grupo focal com jovens entre 17 e 25 anos, explorando suas atitudes e experiências em relação à adesão ao medicamento, revelando o desafio para manejar o estigma e os esforços dos pacientes para ocultar o status sorológico de amigos, familiares, médicos e até deles mesmos. Os resultados sugerem impactos do estigma do HIV no tratamento de jovens em vários níveis, desde a exatidão da comunicação com a equipe médica, adesão, até a consequentes efeitos sobre a saúde.

O estudo das percepções dos adolescentes que vivem com HIV/aids e suas experiências com o tratamento antirretroviral apontou falhas nos conhecimentos dos jovens sobre o tratamento, sensação de falta de escolha e despreparo para decisões de tratamento, dificuldades para tomar os medicamentos por interferirem na rotina social, sentirem-se diferentes e pelos efeitos colaterais. Adesão inconsistente e interrupções no tratamento foram frequentes entre os adolescentes desse estudo e confirma que a percepção da própria saúde pelos adolescentes é mais forte preditor de adesão que os marcadores biológicos7.

O esquecimento também é frequentemente atribuído pelos pacientes como motivo para a não adesão. A medicação é uma das representações mais fortes da doença. E esquecer-se dos remédios pode significar querer esquecer que se tem a doença, como poderá ser percebido em algumas falas de jovens que vivem com HIV/aids apresentadas abaixo:

"Tomar remédio é se lembrar da doença."

"Não tomar remédio após a revelação diagnóstica, está associado à dificuldade de enfrentar o problema, à vontade de esquecer, de negar a doença."

"O sentido de tomar o remédio é lembrar todos os dias que você está doente. É concreto. Por isso falta adesão. Abandonar é esquecer. Esquecer que se tem a doença".

A literatura tem documentado associação direta entre má adesão e a complexidade do esquema posológico⁸. O número de diferentes medicamentos no mesmo regime, as inúmeras pílulas que devem ser tomadas diariamente, limitações dietéticas, interferência com a rotina do paciente e os potenciais efeitos adversos que muitos pacientes experimentam estão associados com a falência ao tratamento ARV. Outro importante aspecto da adesão é a percepção do adolescente sobre os benefícios diretos do tratamento que está recebendo. A presença de efeitos colaterais leva à descontinuação da terapia e à aquisição de sentimentos ruins relacionados ao tratamento.

4.2 Aspectos psicossociais relacionados à adesão dos adolescentes

Os adolescentes devem participar de qualquer decisão referente à troca de medicamento, independentemente do motivo dessa troca. Materiais educativos que explicam sobre o HIV, medicamentos, resistência viral e a manutenção de um diário de tratamento são ferramentas úteis na adesão dos adolescentes4.

Fatores psicossociais e o não acreditar na importância da medicação têm um fator importante na não adesão aos antirretrovirais. Muitos jovens acreditam que têm poucas escolhas em relação aos medicamentos. A percepção da escolha e controle do tratamento é particularmente importante nessa faixa etária, pois o desenvolvimento da autonomia é fator essencial para o desenvolvimento psicossocial na adolescência. Sem a sensação da escolha, muitos jovens se rebelam contra os medicamentos. Os profissionais da área de saúde que lidam diretamente com os adolescentes devem prestar especial atenção ao conhecimento que o jovem tem sobre a doença, sobre o HIV e seu tratamento.

Além das peculiaridades da adolescência e os dados já apontados na literatura⁸, a adesão sofre a influência de outros fatores individuais, relacionados à história de vida de cada um, suas vivências com a própria doença e a de familiares, forma de contágio, dinâmica familiar, experiências de revelação a terceiros e preconceito social, laços afetivos, vínculo construído com a equipe e com o serviço de saúde, entre outros.

Outras falas de jovens que vivem com HIV/aids ilustram suas vivências com a medicação e os apontamentos feitos no texto:

"A falta de autonomia e autoestima interferem na adesão."

"Geralmente o adolescente para de tomar o remédio por conta própria quando surgem os primeiros eventos adversos."

"É preciso ter cuidado na troca do tratamento, em função do julgamento dos profissionais diante da falha e da não discussão sobre o esquema, que podem interferir na adesão. Geralmente o adolescente para de tomar os remédios depois de falar com os médicos."

"Os médicos e a equipe não sabem lidar com redução de danos - fazem julgamento e têm preconceito."

Também as diferentes formas de transmissão do HIV podem interferir na condução clínica e indicação dos antirretrovirais, podendo haver consequências na adesão ao tratamento.

Nas palavras do jovem:

"É importante significar os aspectos subjetivos e projetos de vida na adesão ao tratamento. O percurso para adesão é muito diferente na TV (transmissão vertical) e TH (transmissão horizontal). O significado do remédio é outro".

4.3 Participação da família ou rede social significativa

A família ou a rede social significativa têm um papel fundamental na adesão de quem vive com HIV/aids, particularmente na adolescência. A tendência à superproteção dos cuidadores, frequente na transmissão vertical, e a fragilidade das referências familiares, muitas vezes presente nas histórias de vida de adolescentes que se infectaram por uso de drogas injetáveis ou transmissão sexual, devem dar lugar à participação dos adolescentes como sujeitos de sua saúde, em um processo de responsabilização gradual, tendo no núcleo familiar uma referência de segurança e apoio. A orientação dada pelo guia de tratamento - Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV 2009 9 – é clara:

"(...) o envolvimento da criança e do adolescente em seu próprio tratamento, mesmo em faixas etárias precoces, é fundamental para a participação efetiva na adesão. Inserir o adolescente ativamente no seu tratamento e confiar na sua capacidade de autocuidado é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança. Compreender o que se passa com ele e acolher as suas dificuldades é extremamente importante para uma atenção mais ampla à sua saúde" (p. 61) 9.

Nesse momento da adolescência, que é de travessia do núcleo familiar para o âmbito social, os laços afetivos e amorosos-sexuais são importantes, principalmente no contexto de uma doença que carrega o estigma e a discriminação. Deve ser construída rede de apoio em torno do jovem que vive com HIV/aids, para que ele disponha de todos os recursos possíveis e de forma individualizada. Para o atendimento global à saúde do adolescente que vive com HIV/aids, é necessária equipe multiprofissional, que permita a contribuição de várias áreas do conhecimento no atendimento de cada caso, construindo juntos a melhor estratégia para cada indivíduo, reconhecendo suas especificidades e incluindo-o nessa construção.

4.4 Importância do vínculo do adolescente e jovem com a equipe de saúde na promoção da adesão

A relação equipe de saúde-paciente é o ponto central para o estabelecimento de qualquer ação. Sem o vínculo entre o adolescente e o profissional que o assiste não se cria o espaço necessário para que o adolescente fale sobre suas dúvidas, medos, e mesmo o não uso da medicação, e não há a confiança necessária para os pactos de saúde essenciais ao sucesso terapêutico.

As estratégias desenvolvidas para melhorar a adesão de adolescentes e jovens ao seguimento clínico e à terapia antirretroviral variam de acordo com os recursos locais disponíveis e interesses do próprio adolescente. E a criatividade da equipe e sensibilidade para perceber os recursos potenciais, tanto da comunidade como dentro da própria equipe são fundamentais.

O atendimento do adolescente em horário específico é uma prática que demanda, na maioria das vezes, apenas a disposição dos integrantes da equipe de saúde e organização do serviço, e facilita a execução de estratégias para melhorar a adesão do adolescente ao serviço e ao tratamento de forma geral.

4.5 Estratégias para trabalhar a adesão dos adolescentes e jovens

Algumas práticas já usadas e tantas outras poderão ser desenvolvidas no intuito de agregar, possibilitar o vínculo dos jovens com os profissionais e serviço de saúde, permitir espaços para discussões de temas de interesse para adolescentes que vivem com HIV/aids e seus cuidadores e criar momentos de discussões interdisciplinares entre os profissionais de saúde das diversas áreas sobre os casos clínicos em acompanhamento no serviço. Algumas ações úteis:

1. Grupos – o atendimento em grupo mostra-se como um recurso diferenciado para a abordagem de adolescentes, que apresentam natural tendência grupal nessa fase. São várias as formas de se organizar para trabalhar com grupos. A metodologia dependerá dos objetivos a serem alcançados, recursos disponíveis e dos próprios adolescentes envolvidos no trabalho. Os tipos de grupos mais usados na área da saúde são os focais, socioeducativos, psicoeducativos, operativos, de terapia, oficinas, que podem receber nomeações variadas que dizem respeito mais à sua função que à estrutura. Trata-se de prática complementar à consulta individual que permite, junto ao grupo de pares, que o adolescente apreenda informações importantes e as ressignifique, segundo a sua realidade, elabore suas questões do viver com HIV/aids, além de ser uma oportunidade de socialização e construção de vínculo com o serviço. É uma oportunidade para falar abertamente sobre sua vivência com outros adolescentes, também soropositivos, sem o medo da discriminação.

- Grupo de familiares o trabalho de grupo também pode ser desenvolvido como scuidado resdos adolescentes, independentemente da frequência do jovem no grupo de adolescentes. Possibilita espaço importante de trocas de experiências entre os cuidadores, apoio mútuo e oportunidade para esclarecimentos pela equipe de saúde.
- 3. **Atividades de sala de espera** desenvolvidas durante o momento de espera da consulta individual, pode ser realizada com a participação de adolescentes multiplicadores, já engajados em outras atividades do servico. São várias as possibilidades de acões: jogos, vídeos, distribuição de revistas e livros de leitura de interesse dos adolescentes, entre outros. Pode ser um momento para educação em saúde. Caso o serviço não conte com horário específico para atendimento dos adolescentes e/ou haja atendimento de pessoas com outros tipos de acometimentos, deve-se planejar um recanto que permita que o adolescente se sinta mais a vontade para as atividades propostas.
- Consulta ou atendimento individual com foco em adesão "ação direcionada para dificuldades e dúvidas específicas relacionadas ao tratamento por parte da pessoa vivendo com HIV/aids. Essa atividade pressupõe um enfoque centrado na pessoa, contextualizando os aspectos sociais e emocionais do viver com HIV/aids". 10
- **Interconsulta e consulta conjunta** é a atuação conjunta de dois ou mais profissionais de saúde na condução do tratamento do paciente. Permite atenção à saúde de forma integrada.
- 6. **Dispositivos e técnicas para adesão** vários dispositivos são usados para facilitar a adesão: porta-pílulas, diários, alarmes, tabelas e mapas de doses, material educativo como folhetos e vídeos, balanço de vantagens e desvantagens, autorregistro de adesão, envio de lembretes de doses via telefone celular ou correio eletrônico, dentre outras.
- Tratamento Diretamente Observado (TDO) refere-se à observação da ingestão de medicamentos pelo paciente, realizada por profissionais de saúde ou outra pessoa, na residência do usuário ou no serviço de saúde. TDO para terapia antirretroviral necessita ser mais amplamente analisado, com a eleição de populações que podem se beneficiar dessa estratégia, bem como a definição de critérios para seu início e interrupção. Estudo retrospectivo descreveu seu uso em cinco adolescentes não responsivos à TARV, obtendo resposta em quatro deles, que não foi sustentada após a interrupção do TDO11.
- Rodas de conversa Apresenta configuração bastante aberta que pode facilitar a inserção do adolescente nessa e em outras atividades.

"Na metodologia de rodas de conversa, os participantes recebem estímulos e informações para discutirem temas de interesse, a partir de suas experiências"10.

9. Alternativas voltadas para a equipe – as reuniões clínicas entre os profissionais de saúde envolvidos no atendimento dos adolescentes que vivem com HIV/aids são uma oportunidade para troca de impressões, experiências e informações. Podem ser um importante espaço para a capacitação da equipe e o momento para reflexão e direcionamento dos casos em acompanhamento no serviço, de forma interdisciplinar e integrada.

O suporte à adesão é um processo contínuo, dinâmico, que ocorre ao longo do acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids. Cada contato com a equipe de saúde deve ser visto como uma oportunidade para avaliar e estimular a adesão.

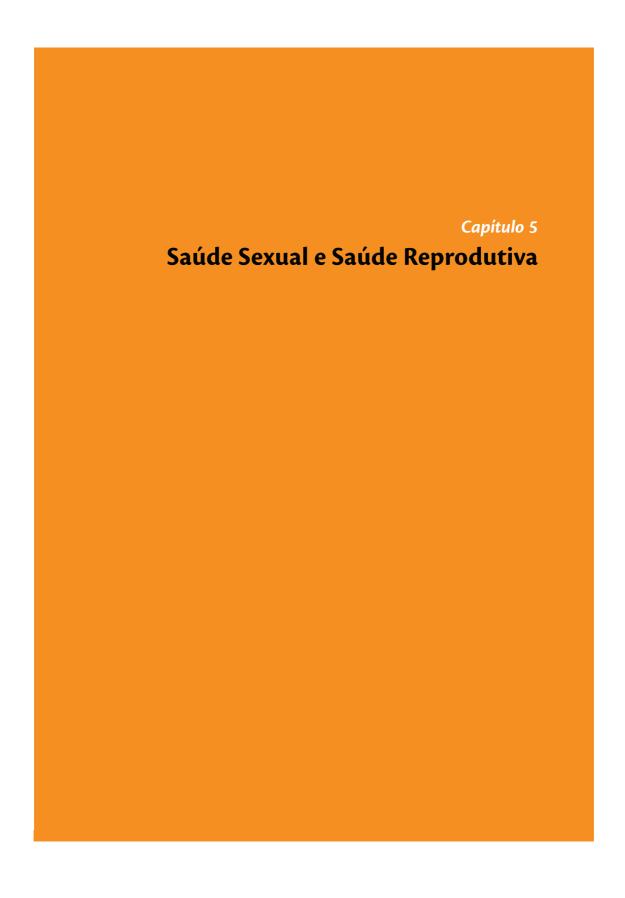
O trabalho em adesão deve ser entendido como uma parceria estabelecida entre a equipe interdisciplinar e o usuário, a família e a rede de apoio, na perspectiva de corresponsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e melhoria de qualidade de vida.

•

REFERÊNCIAS

- WATSON, D. C.; FARLEY, J. J. Efficacy of and Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Children Infected with Human Immunodeficiency Virus Type 1. Pediatric Infectious Disease Journal, Dallas, v. 18, n. 8, p. 682-689. 1999.
- FERREIRA, F. G. F. Determinantes da adesão à terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV. 2004. 120 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)

 – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- KELVIN, A. et al. Compliance in Adolescents with chronic Disease: A Review. Journal of Adolescent Health, Kidlington, UK. v. 26, p. 379-388, 2000.
- MURPHY, D. A. et al. Antiretroviral medication adherence among the REACH HIVinfected adolescents cohort in the USA. AIDS Care, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 27-40, 2001
- GUIMARÃES, P. R. Observação de um grupo operativo com adolescentes que vivem com HIV/AIDS. 2005. 221f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- RAO, D. et al. Stigma and social barriers to medication adherence with urban Routh living with HIV. AIDS Care, Amsterdam, v. 19, n. 1, p. 28-33. jan. 2007.
- VEINOT, T. C. et al. Supposed to make you better but it doesn't really: HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment. Journal of Adolescent Health, Kidlington, UK. v. 38, n. 3, p. 261-6, 2006.
- 8. CHESNEY, M.A. Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. Clinical Infectious Diseases, Oxford, UK, v. 30, p. S171-176, 2000. (Suppl 2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV. 3 ed. Brasília, 2000
- 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais, n. 84).
- 11. PURDY, J. B. et al. Virologic Response Using Directly Observed Therapy in Adolescents With HIV: An Adherence Tool. Journal of the Association of nurses In AIDS Care. [S. l.], v. 19, n. 2, p. 159-65, mar./apr. 2008.



CAPÍTULO 5

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

5.1 Sexo e sexualidade

A discussão sobre sexo e sexualidade é fundamental nos serviços de saúde, escolas, famílias, grupos de amigos, grupos sociais e meios de comunicação social. Como são assuntos ligados à vida, mas também a inúmeros tabus, geram dúvidas, polêmicas, debates, discussões e questionamentos, que precisam ser tratados de maneira franca, simples e sem constrangimentos.

Falar sobre sexualidade é falar da própria história, das emoções, das relações com outras pessoas, dos costumes e dos desejos, por isso, muitas vezes é um tema bastante mobilizador. Parece fácil, mas, para muita gente, incluindo profissionais da área da saúde, ainda é complicado aceitar o exercício da sexualidade dos adolescentes e jovens como um fato natural e isso acaba sendo um dos principais obstáculos à implantação de políticas e programas para esse público. Um exemplo disso seria um adolescente fazer uma pergunta para o profissional de saúde, que não valoriza o questionamento, nem responde à dúvida, mudando de assunto. Ou, então, é uma jovem ir ao posto de saúde buscar camisinhas e escutar que ela é muito nova para pensar em (e fazer) sexo.

Hoje, graças à ciência e à luta dos movimentos sociais, muita coisa mudou, mas, infelizmente, outras tantas continuam complicadas. Uma delas é acreditar que não se deve conversar sobre sexo, pois isso poderia "estimular" adolescentes e jovens a iniciar sua vida sexual "precocemente". É preciso entender que a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual, pois envolve sentimentos e nos motiva a procurar o contato físico e afetivo, a intimidade de um relacionamento, podendo ou não haver reprodução. Nesse sentido, a nossa sexualidade é um processo que se iniciou em nosso nascimento e vai até a nossa morte¹.

Assim, procuramos abordar neste capítulo alguns aspectos relativos ao exercício da sexualidade de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, a fim de que possam servir de subsídio para os profissionais que os assistem.

5.2 Identidade de gênero e orientação sexual

Vários aspectos da sexualidade são social e culturalmente construídos, assim como o comportamento masculino e feminino. Com exceção dos aspectos biológicos, os padrões e as condutas, ligados não apenas à sexualidade, mas também ao lugar que os homens e as mulheres ocupam na sociedade, são aprendidos. Por essa razão, não é possível falar de sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos sem esclarecer o conceito de gênero.

Gênero é o conjunto de normas, valores, costumes e práticas, por meio dos quais a diferença entre homens e mulheres é culturalmente significada e hierarquizada. Envolve todas as formas de construção social das diferenças entre masculinidade e feminilidade 2.

O termo orientação sexual está relacionado com a capacidade de sentir atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos. Significa para onde o desejo de uma pessoa é direcionado, ou seja, com quem ela ou ele tem prazer: por uma pessoa do mesmo sexo (homossexual), por uma do sexo diferente do seu (heterossexual) ou se pelos dois sexos (bissexual). O desejo afetivo-sexual independe da vontade pessoal, sendo inadequado, portanto, o uso do termo "opção sexual"².

Já a identidade de gênero refere-se à experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo biológico e à orientação sexual. Inclui o senso pessoal do corpo - que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal, por meios médicos, cirúrgicos ou outros - e várias expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. Em alguns casos, pessoas que nascem genética e fenotipicamente com as características definidoras de um determinado sexo, podem sentir-se na verdade como um indivíduo do sexo oposto. Entende-se, por exemplo, como transexual o indivíduo que nasce biologicamente masculino, mas psicologicamente convicto de pertencer ao sexo feminino ou a pessoa que vem ao mundo biologicamente como uma menina, mas percebe-se claramente como alguém do sexo masculino.

A décima e atual versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) não inclui a homo ou a bissexualidade como doenças, não sendo então, obviamente, passíveis de tratamento ou objeto de cura³.

Cabe ao profissional exercer a sua profissão sem preconceitos, discriminações ou estigmatizações e aproveitar o momento do atendimento para conhecer mais profundamente o adolescente ou jovem que está a sua

frente, pois só assim poderá ajudá-lo integralmente. É importante que o adolescente sinta-se confortável para poder conversar, com os membros da equipe que o assistem, sobre os diversos aspectos determinantes de seu bem-estar. A experimentação da sexualidade e da afetividade compõem, com outras vivências, pontos importantes a serem abordados.

Assim, o profissional que acompanha esse usuário poderá, oportuna e privadamente, abrir caminhos para que ele manifeste suas dúvidas, anseios e experiências. Abordar temas referentes às relações afetivas, como o namoro e o "ficar", podem ser um ponto de partida. Nesse momento, é importante que o profissional esteja disposto não apenas a ouvir, mas também a dialogar, não externando eventuais preconceitos que possa ter em relação ao tema. Uma vez confortável em falar sobre seus relacionamentos, o adolescente pode se sentir mais à vontade para falar sobre sua sexualidade e experiências vividas ou planejadas.

5.3 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CAIRO, 1994)⁴ foi um marco mundial para a promoção de ações relacionadas à igualdade entre mulheres e homens, ao planejamento reprodutivo e à prevenção das DST, HIV e aids, dentre outras. Em seu relatório foram propostas inúmeras recomendações aos países que assinaram o documento com intuito de garantir o direito dos adolescentes e jovens à educação, à informação e à assistência para a saúde reprodutiva. Procurou-se, também, assegurar a redução significativa do número de gestações entre adolescentes, por meio de programas que envolvam e qualifiquem todas as pessoas, instituições, comunidades, escolas etc. responsáveis pela orientação de adolescentes e jovens, no tocante ao seu comportamento sexual e reprodutivo.

Outro aspecto importante foi a criação dos conceitos de saúde sexual e o de saúde reprodutiva.

Saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e a doenças sexualmente transmissíveis.

A saúde reprodutiva é definida como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos, relacionados ao sistema reprodutivo, às suas funções e processos e não à mera ausência de doenças ou enfermidades. A saúde reprodutiva implica que as pessoas sejam capazes

de desfrutar uma vida sexual segura e satisfatória, com liberdade para decidir se querem ou não ter filhos(as), o número de filhos(as) que desejam e em que momento da vida gostariam de tê-los(as).4

A partir de então, o governo brasileiro reconhece que a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens são direitos que devem ser assegurados para que o exercício da sexualidade seja livre e protegido.

Em 1999, na reunião de revisão e avaliação, Cairo + 5, avançou-se ainda mais nos direitos de adolescentes e jovens, incluindo o direito dos pais jovens em todas as referências aos adolescentes, garantindo o direito de adolescentes à privacidade, sigilo, consentimento informado, educação, inclusive sexual, no currículo escolar, informação e assistência à saúde sexual e reprodutiva⁵.

5.4 **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**

A definição do Ministério da Saúde para os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos é a seguinte^{6,7}:

Os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade.

Os direitos reprodutivos compreendem o direito básico de todo casal e de toda pessoa escolher o número de filhos (as), o espaçamento entre um e outro; a oportunidade de ter filhos (as), de ter informação e meios de assim o fazer, gozando dos mais elevados padrões de saúde sexual e reprodutiva. Incluem os direitos:

- De mulheres e homens poderem decidir, livre e conscientemente, se querem ou não ter filhos (as); se querem, em que momento de suas vidas e quantos (as) filhos (as) desejam ter.
- De tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- De homens e mulheres participarem com responsabilidades iguais na criação dos (as) filhos (as).
- De acesso aos serviços de saúde pública de qualidade, durante todas as etapas da vida.
- De adoção e tratamento da infertilidade.
- De acesso aos meios, informações e tecnologias reprodutivas cientificamente testadas e aceitas.
- Os direitos sexuais, por sua vez, procuram garantir o direito de todas as pessoas a:
- Viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos;

- Viver a sua sexualidade, independentemente do estado civil, idade ou condição física;
- Escolher o (a) parceiro (a) sexual sem discriminações e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual;
- Viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção e com o respeito pleno pela integridade corporal do (a) outro (a);
- Praticar a sexualidade, independentemente de penetração;
- Insistir na prática do sexo seguro para prevenir gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/aids.

Você acha que esses são "direitos" apenas para as pessoas adultas? Não são.

Os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos dos(as) jovens que vivem com o HIV/aids são os mesmos de qualquer jovem. Incluem: a preservação da autonomia, o sigilo e a privacidade e seu acesso aos serviços, independentemente da anuência ou presença dos pais e responsáveis ^{6,7,8}.

Nesse sentido, a Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério de Saúde publicou, em 2005, o documento Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescente⁷, em que estão incluídos as leis e acordos nacionais e internacionais que respaldam o direito que adolescentes têm de receber informação, orientação e assistência na área de anticoncepção e outras áreas da saúde sexual e reprodutiva.

Também consta do código de ética médica, pela Resolução nº 1.931/2009, artigo 74, que é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente9.

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

Artigo 3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade¹⁰.

OBS: Os princípios fixados pelo ECA são o de proteção integral, o da prioridade absoluta e o do interesse da criança e do(a) adolescente. Dessa forma, a presença ou a anuência dos pais, mães e responsáveis para o exercício de algum direito fundamental, como à vida, à liberdade, à saúde, à integridade física e moral não é uma condição indispensável para o acesso a esses direitos, mas somente desejável, considerando as responsabilidades legais atribuídas à família10.

É importante ressaltar que o Código Penal brasileiro prevê como "estupro de vulnerável" ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos¹¹.

A promoção da saúde não se trata apenas de garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade. Envolve o bem-estar individual e coletivo e depende, também, da garantia de outros direitos, além do direito à saúde. E, para promover a saúde e diminuir a incidência das DST e do HIV na população adolescente e jovem, é necessário conhecer os diferentes contextos de risco e vulnerabilidade e avaliar a capacidade do adolescente em se proteger^{6,7,8,12}.

5.5 Sexualidade e vida com HIV

Além de enfrentar os desafios comuns a essa fase da vida, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids têm ainda que conviver com o preconceito. A discriminação pode acontecer na escola, na rua, dentro da própria família, no grupo de amigos, ou mesmo nos serviços de saúde, o que faz com que boa parte deles esconda o fato de viver com HIV¹².

O acesso universal ao tratamento e a estratégias de prevenção, proporcionou às pessoas que vivem com HIV/aids uma melhor qualidade de vida, diminuição da morbimortalidade e da transmissão vertical, trazendo à epidemia a conotação de cronicidade e a perspectiva de um futuro em que se inclua projetos de vida. Para tanto, é fundamental a boa adesão ao tratamento, além de possibilidades concretas de inserção social.

Ao se pensar em sexualidade, observa-se que, como qualquer outra pessoa dessa idade, os adolescentes e jovens necessitam ser aceitos pelos amigos e se sentirem à vontade para namorar. Só que o fato de viver com o HIV potencializa o medo de serem rejeitados pelos seus pares e namorados, especialmente ao perceberem o mundo preconceituoso em que vivem, no qual "ter aids" ainda é um estigma.

Quando começam a se apaixonar, a namorar e a ter interesse pela dimensão sexual e afetiva da vida, surge um grande desafio: como contar para seu parceiro ou parceira, namorado ou namorada, que vive com o HIV?

Essa é uma ótima oportunidade para os profissionais de saúde, que acompanham esses adolescentes e jovens, discutirem o assunto, auxiliandoos a enfrentar os novos desafios. Também é preciso observar se o medo diante das possíveis reações dos outros não reforça o comportamento de isolamento e "autodiscriminação". O capítulo 3 sobre revelação diagnóstica discute, também, a revelação a terceiros e apresentará mais detalhadamente os cuidados para abordar esse assunto.

A Revista Saber Viver Jovem (nº 1 e 2)13,14 ilustra bem situações como essas:

Eu me preparei toda para contar, mas na hora congelei.

Diana, 14 anos - Rio de Janeiro (RJ)

Não conto para minha namorada. Não é por medo dela terminar, é medo dela fazer fofoca.

Moacir, 16 anos - Salvador (BA)

É melhor ir sondando primeiro para ver a reação. Fiz algumas perguntas para o meu namorado do tipo: 'Você namoraria uma garota com HIV?' Quando por fim contei que eu era soropositiva, ele não se importou.

Renata, 16 anos - Rio de Janeiro (RJ)

Além disso, é necessário que os profissionais fiquem atentos para que o adolescente ou jovem vivendo com HIV/aids não esteja se relacionando apenas com adolescentes ou jovens que também vivem com HIV/aids, por pensarem que é mais fácil e por não terem que se preocupar com a revelação diagnóstica. O cuidado nesses casos é que, pelo fato de ambos serem soropositivos, a prevenção pode ser negligenciada ou ficar em segundo plano.

É importante estar bem definido o conceito de reinfecção pelo HIV, em que parcerias sexuais infectadas em relação desprotegida podem trocar vírus que, sendo de diferentes tipos e quantidades, podem implicar em aumento da carga viral e transmissão de vírus resistentes, sem considerar outras DST.

Quando solicitado ou consentido pelo usuário, o profissional pode também esclarecer questões trazidas pelos namorados, namoradas ou parcerias, sempre se apoiando nos pilares da ética e com bom-senso, de modo a contribuir para a harmonização dessa relação com base em informações atualizadas.

5.6 Falando de prevenção

Todo adolescente e jovem vivendo com HIV/aids deve ser lembrado de que, além da infecção pelo HIV, existem outros agravos que podem ser adquiridos por via sexual. Assim, a importância do uso do preservativo justifica-se não apenas pela prevenção da transmissão do HIV de nossos usuários para outras pessoas, mas, em mesma escala de relevância, na transmissão das DST, além da reinfecção do vírus HIV.

Ambos devem ser orientados a ficar atento a sinais ou sintomas sugestivos de DST que porventura tenham surgido após uma relação sexual desprotegida, tais como: feridas, corrimento (uretral ou vaginal), bolhas ou verrugas em região ano-genital, para buscar o mais breve possível a avaliação médica¹⁵.

Sabe-se que alguns agravos curáveis, como a sífilis, por exemplo, podem ter evolução desfavorável em pessoas vivendo com HIV/aids, quando comparados a soronegativos. Os casos de neurossífilis podem ocorrer mais precoce e frequentemente¹⁵. Outros vírus, como o HPV, podem também apresentar exacerbação da sintomatologia em casos de imunodeficiência¹⁴. O caso das hepatites virais B e C, em situação de coinfecção com HIV, merece atenção reforçada, entre outros motivos por estar associada ao aumento de incidência de morte por causas hepáticas16. Esse também é mais um motivo para que seja redobrada a atenção com a situação vacinal contra o vírus da hepatite B.

É importante que o profissional aborde o uso do preservativo de maneira natural e acolhedora, evitando julgamentos morais, como deveria fazer com todos os adolescentes e jovens, independentemente de sua condição sorológica. O adolescente precisa encontrar, na equipe que o assiste, um refúgio confiável para solucionar suas dúvidas e expor seus anseios. Dessa forma, um jovem que confie nos integrantes do seu serviço poderá mais facilmente procurar ajuda para os casos em que houve falha ou não uso do preservativo, para que potenciais medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas sejam adotadas oportunamente.

Quando o profissional identificar que algum adolescente ou jovem tenha sido vítima de violência sexual, além de acolher, encaminhar para um serviço de referência para atendimento a vítimas de violência sexual, e avaliar a indicação do uso das profilaxias pós-exposição sexual e anticoncepção de emergência^{17,18} (geralmente em até 72 horas após a exposição sexual), deverá, de acordo com o ECA, artigo 13, comunicar aos pais ou representante legal, além do conselho tutelar, mesmo que nesse caso seja necessário romper com o sigilo profissional. A comunicação visa à proteção do adolescente.

Uso de antirretroviral como estratégia de 5.7 prevenção da transmissão do HIV

O uso de preservativo continua indicado como a estratégia mais eficaz, pois protege contra o HIV, demais DST e gravidez não desejada. Entretanto, o profissional deve estar atento à adesão ao tratamento e aproveitar para conversar sobre o uso dos antirretrovirais, como uma estratégia para reduzir a transmissão do HIV, especialmente para parcerias sorodiscordantes¹⁹.

Em situações em que ocorrer falha, rompimento ou não uso do preservativo, a profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual) pode ser uma alternativa à prevenção do HIV para a parceria sorodiscordante, há muito tempo indicada para os casos de violência sexual. Deve ser aconselhada após avaliação de risco e iniciada em até 72 horas após a exposição e é considerada uma alternativa para situações excepcionais de exposição sexual ao HIV²⁰.

Nesse caso, se o profissional de saúde avaliar que é necessária a participação dos pais ou adultos responsáveis pelo adolescente, recomenda-se que essa questão seja discutida inicialmente com o usuário, para que o mesmo entenda a importância dessa convocação, estimulando que ele próprio faça o convite para comparecimento do(s) adulto(s). Assim, o vínculo de confiança corre menor risco de ser quebrado^{7,21}.

5.8 Frente ao planejamento reprodutivo...

Como já vimos anteriormente, do ponto de vista da saúde e do direito, o adolescente e o jovem precisam receber atenção adequada e informação atualizada sobre tudo o que está relacionado ao assunto. Essa é uma fase em que a sexualidade costuma estar à flor da pele e, junto dela, tudo o que permeia essa experiência. Ainda é frequente a manifestação por parte dos adolescentes e jovens de que o profissional de saúde não conversa sobre "esse assunto", negando a sexualidade dos mesmos ou conversando de maneira evasiva e superficial. Relatos de alguns adolescentes vivendo com HIV ilustram essa realidade:

"Não há abordagem da sexualidade, nem orientação em relação à menstruação e prevenção de outras DST."

"Os pediatras não abordam nem o uso de preservativo."

"Os profissionais não consideram a sexualidade e a possibilidade da gravidez na adolescência."

"Quando engravidei (com 16 anos), me senti discriminada no serviço, tive que mudar de médico".

Dessa forma, os profissionais de saúde devem ser proativos, abordando não apenas a prevenção das DST/aids e o uso do preservativo, mas também como vivenciar sua sexualidade de maneira segura e saudável, além de verificar a existência de desejo reprodutivo. Para as adolescentes do sexo feminino, é preciso orientar adequadamente sobre qual é o método contraceptivo mais apropriado para cada realidade e faixa etária, associado ao preservativo (dupla proteção), além de avaliar o desenvolvimento puberal, ciclos menstruais, prevenção do câncer de mama e de colo uterino. Vale lembrar, também, que é preciso estar atento a interações medicamentosas que podem existir entre os medicamentos antirretrovirais e os contraceptivos.

Os adolescentes do sexo masculino devem, também, ser abordados quanto ao seu desenvolvimento puberal, relacionando-o, inclusive, com a velocidade de crescimento. É importante, ainda, abrir uma oportunidade para dirimir possíveis dúvidas sobre as modificações corporais dessa fase. Assim, uma ginecomastia transitória e não patológica pode não ter importância significativa do ponto de vista orgânico, mas, sem informações adequadas, pode ser causa de grande desconforto psicossocial para o menino. Pode ser esse um momento ideal para se iniciar um diálogo sobre maturação sexual e reprodutiva e planejamento reprodutivo com o adolescente.

Frequentemente, o profissional se depara com o questionamento do adolescente ou jovem que vive com HIV, independentemente do sexo, relacionado à possibilidade de ter filho. A valorização dessa demanda está associada à qualidade de vida e perspectiva de futuro e o desejo de ter filhos costuma estar relacionado ao desejo de sonhar e de construir família. É fundamental que sejam esclarecidos que existem estratégias de redução de risco para o planejamento da reprodução. Atualmente, sabe-se que uma mulher soropositiva, se fizer o acompanhamento adequado durante o prénatal, parto e não amamentar, pode ter o risco de transmissão vertical reduzido para menos de 1%20. O recém-nascido também precisará fazer acompanhamento médico e usar antirretroviral nas primeiras seis semanas de vida.

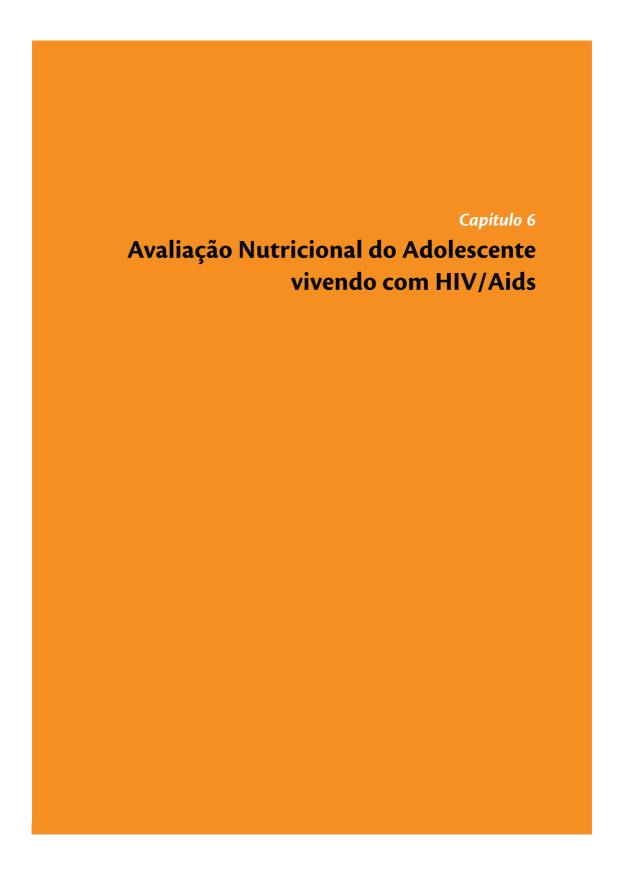
Em relação à redução do risco de transmissão horizontal ou sexual do HIV, alguns cuidados devem ser tomados. O primeiro deles é o planejamento da gravidez junto com o infectologista para escolher o melhor momento clínico da pessoa soropositiva. Condições como estar em uso de antirretrovirais, ter boa adesão ao tratamento, carga viral indetectável, sem doenças no trato genital, ausência de doenças oportunistas ativas podem reduzir significativamente o risco de transmissão sexual do HIV, especialmente para o parceiro sorodiscordante. As orientações detalhadas sobre o planejamento da gravidez para os diferentes cenários, como casais soroconcordantes e casais sorodiscordantes, foram publicadas no Suplemento III das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV – 2010²⁰.

Vale lembrar que a gestação na adolescência é um fenômeno multifatorial e não deve ser interpretada como problema de saúde pública. Deve ser atendida pela equipe multiprofissional com atenção no decorrer do pré-natal, parto e puerpério, que avaliará situações de violência sexual e doméstica, com os encaminhamentos cabíveis aos responsáveis legais, Conselho Tutelar, dentre outros, de acordo com cada caso.

REFERÊNCIAS

- JESUS, Beto de et al. Diversidade Sexual na Escola: uma metodologia de trabalho. São Paulo: ECOS, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Texto base da Conferencia Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 2007. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/co/glbt/texbaglbt.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados - CID-10, 1998. Disponível em: http://www.datasus. gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 28 set. 2012.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, $1994, Cairo. \ \textbf{Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento:}$ Plataforma de Cairo. Disponível em: . Acesso em: 19 set. 2012.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS UNFPA. Cairo, Cairo +5, Cairo + 10: Diez años Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Venezuela, $2004. \ Disponível \ em: \ <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod1/CIPD+5+10.pdf>. \ Acesso$ em: 19 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saude. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2006. Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_ sexuais_2006.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde um direito dos adolescents. Brasília, Acesso em: 15 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV e aids. Brasília, 2006. Disponível em: http:// www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/40224/ man_adolesc04_com_ capa_pdf_24417.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.
- RESOLUÇÃO CFM nº 1931/2009: artigo 74. D.O.U. 24 set. 2009, Seção I, p. 90. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm. Acesso em: 17 set. 2012.
- 10. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069. htm>. Acesso em: 18 set. 2012.
- 11. BRASIL. Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos: Capítulo II dos Crimes contra Vulneráveis. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 20 set 2012.
- 12. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Sexualidades e Saúde Reprodutiva. Adolescentes e Jovens para Educação entre Pares. Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, 2010. Série Manuais n. 69.
- 13. SABER VIVER JOVEM. Rio de Janeiro, n. 1, jan. 2004. Disponível em: http://saberviver. org.br/wp-content/uploads/2012/02/SV-Jovem-1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

- SABER VIVER JOVEM. Rio de Janeiro, n. 2, dez. 2007. Disponível em: http://saberviver. org.br/wp-content/uploads/2012/02/SV-Jovem-2.pdf. Acesso em: 25 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2006. Série Manuais, n. 68. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf. Acesso em 11 set. 2012.
- 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Criançase Adolescentes Infectados pelo HIV em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/ consenso Adulto 005c_2008 montado.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ prevencao_agravo_ violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 17 set. 2012.
- 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 17 set 2012.
- 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: Versão Preliminar, 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52140/consenso_adulto2012_parceiros_sorodiscord_pdf_75735.pdf>. Acesso em: 19 set 2012.
- 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: Suplemento III Tratamento e Prevenção, 2010. Disponível em: < < http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/0000066.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Implicações Éticas do Diagnóstico e Triagem Sorológica do HIV. 2004. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/imp_eticas_0.pdf>. Acesso em 09 set. 2012.



CAPÍTULO 6

Avaliação Nutricional do Adolescente vivendo com HIV/Aids

O cuidado nutricional para adolescentes e jovens infectados com o HIV tem como objetivo preservar a massa corporal magra, mantendo a velocidade de crescimento; corrigir as deficiências nutricionais e o sobrepeso/obesidade; minimizar os efeitos colaterais associados com o uso de medicamentos e trabalhar a valorização da imagem corporal.

6.1 Avaliação Antropométrica

A avaliação nutricional antropométrica de adolescentes vivendo com HIV/aids deve ser sempre realizada em períodos regulares, incluindo os seguintes indicadores:

- 1. Medidas de peso e altura realizadas rotineiramente de acordo com métodos padronizados, comparando com os valores de referência1.
- 2. Índice de Massa Corporal (IMC) adequado à idade.
- 3. Medidas de pregas cutâneas, especialmente tríceps e subescapular.

6.1.1 Medidas de Peso e Altura:

As alterações temporais no peso e na altura permitem a identificação precoce de déficits nutricionais, emagrecimento e comprometimento do crescimento e devem ser utilizadas no acompanhamento do adolescente vivendo com HIV/aids, em uso ou não de terapia antirretroviral (TARV).

A. Peso

As alterações no peso corporal representam a adequação da ingestão calórica. O peso é uma medida antropométrica comumente utilizada com duas finalidades principais: para determinar se ele é apropriado para a altura, e se houve alteração significativa em um determinado período.

O peso corporal e a altura estão estritamente relacionados. Outros fatores que devem ser considerados ao se comparar essas variáveis com tabelas de referência são a idade, o sexo e a compleição física (tamanho da ossatura).

Um dos modos de avaliação é comparar o peso atual ou habitual do paciente com seu peso ideal, de acordo com sua idade e sexo. Existem vários métodos de calcular o peso ideal, sendo que os mais utilizados são a compleição física e o IMC.

B. Altura

A altura pode avaliar a desnutrição crônica e deve ser medida com a maior precisão possível. O peso e a composição corporal de um indivíduo devem estar, na medida do possível, adequados à sua altura.

C. RELAÇÃO PESO/ALTURA

De maneira geral, o parâmetro para avaliação de adolescentes é o IMC adequado à idade.

6.1.2 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA ADOLESCENTES (IMC)

O IMC ou índice de Quetelet relaciona peso com altura ao quadrado, possuindo alta correlação com a gordura corporal. É considerado um indicador antropométrico de avaliação nutricional que vem sofrendo adaptações no decorrer do tempo, de modo a se adequar às diferentes situações fisiológicas, principalmente pela facilidade de sua aplicação e por causa da forte relação que possui com a morbidade.

Permite detectar com rapidez as possíveis situações de desnutrição e, em particular, de sobrepeso/obesidade, possibilitando, assim, intervenções individuais e coletivas.

Cálculo: IMC = Peso (kg) / Altura2 (m)

A Vigilância Alimentar e Nutricional do Brasil² adotou a classificação do IMC, segundo uma curva de distribuição em percentis por sexo e idade, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (Tabela 1)³.

Tabela 1: Distribuição do IMC, em percentis, por idade (10 a 19 anos) e

Percentis					
	5	15	50	85	95
Idade (anos)	Baixo peso	Risco de baixo peso	Eutrófico	Risco de Sobrepeso	Sobrepeso
Sexo masculii	no				
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66
Sexo Feminin	0				
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	17,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

 $\textbf{Fonte:} \ WHO. \ Physical \ status: the \ use \ and \ interpretation \ of \ \ anthropometry. \ Geneva, 1995 ^3.$

6.2 Avaliação Dietética

A avaliação nutricional dietética deve ser realizada preferencialmente por nutricionista, que deve compor a equipe multiprofissional do serviço de atenção especializada em HIV/aids (SAE). Tem como objetivo monitorar a ingestão de alimentos e de nutrientes e verificar se a quantidade habitualmente consumida está suprindo as metas de ingestão estipuladas para o indivíduo. Essa avaliação pode ser feita por meio de diários alimentares ou de recordatórios de 24 horas.

Adolescentes em risco de déficit nutricional podem ser identificados observando se apresentam um ou mais dos problemas listados a seguir:

- IMC abaixo do percentil ²⁵;
- Até a idade de 16 anos: nenhum ganho de peso por 3 meses consecutivos;
- Perda de peso >10% em um período de 4 a 6 meses emagrecimento acentuado:
- Perda de peso >5% em um período de 4 semanas ou associada à problemas odontológicos, aftas, disfagia , náuseas e vômitos, infecções oportunistas;
- Diminuição do apetite, da ingestão de alimentos e líquidos;
- Mudança nas fezes (cor, consistência, frequência, odor);
- Diarreia e/ou vômito durante 3 dias consecutivos;
- Náuseas persistentes;
- Dificuldade para mastigar, deglutir, queixa de cavidade bucal dolorida, presença de aftas;
- Presença de doença crônica (ex: diabetes);
- Aumento nos níveis de lipídeos séricos.

O uso de TARV traz o risco de alterações no metabolismo lipídico e resistência periférica à insulina que, aliados a fatores nutricionais, genéticos e de estilo de vida, podem ocasionar sobrepeso e obesidade. Alterações nos níveis séricos de glicose, colesterol e triglicérides podem requerer, além de intervenção dietética e exercícios físicos, o uso de medicamentos.

6.3 Recomendação de ingestão de energia, proteínas, minerais e vitaminas

Existem poucos estudos sobre as necessidades energéticas e proteicas de adolescentes vivendo com HIV/aids. Com base nas informações publicadas, tanto pelo Institute of Medicine of National Academy4 como a Organização Mundial de Saúde5, a recomendação de ingestão energética para crianças

e adolescentes com HIV/aids deve ter como base inicial a estimativa para indivíduos saudáveis (Tabela 2). De acordo com o estágio da doença (assintomática, sintomática) ou perda de peso, são acrescentados adicionais de energia à recomendação inicialmente obtida (Quadro 1 e Quadro 2).

Tabela 2: Recomendação de Energia para Meninas e Meninos de 9 a 18 anos (IDR/2002)

Idade	Peso	Altura	Kcal/dia			
	(Kg)	(m)	Sedentário	Pouco Ativo	Ativo	Muito Ativo
Meninas						
9	29,0	1,33	1.415	1.660	1.890	2.273
10	32,9	1,38	1.470	1.729	1.972	2.376
11	37,2	1,44	1.538	1.813	2.071	2.500
12	41,6	1,51	1.617	1.909	2.183	2.640
13	45,8	1,57	1.684	1.992	2.281	2.762
14	49,4	1,6	1.718	2.036	2.334	2.831
15	52,0	1,62	1.731	2.057	2.362	2.870
16	53,9	1,63	1.729	2.059	2.368	2.883
17	55,1	1,63	1.710	2.042	2.353	2.871
18	56,2	1,63	1.690	2.024	2.336	2.858
Meninos						
9	28,6	1,34	1.530	1.787	2.043	2.359
10	31,9	1,39	1.601	1.875	2.149	2.486
11	35,9	1,44	1.691	1.985	2.279	2.640
12	40,5	1,49	1.798	2.113	2.428	2.817
13	45,6	1,56	1.935	2.276	2.618	3.038
14	51,0	1,64	2.090	2.459	2.829	3.283
15	56,3	1,7	2.223	2.618	3.013	3.499
16	60,9	1,74	2.320	2.736	3.152	3.663
17	64,6	1,75	2.366	2.796	3.226	3.754
18	67,2	1,76	2.383	2.823	3.263	3.804

Fonte: Institute of Medicine, 2002 (adaptada)⁴.

Quadro 1: Recomendação de Energia - HIV/aids

Fase assintomática = Recomendação de energia + 10% Fase sintomática = Recomendação de energia + 20-30% Perda de peso = Recomendação de energia + 50-100%

Fonte: Institute of Medicine, 2002 (adaptada) 4.

Quadro 2: Faixas de Distribuição Adequadas de Macronutrientes para Adolescentes (IDR/2002)

	Adolescentes de 9 - 18 anos
Carboidratos	45%-65%
Proteínas	10%-30%
Lipídeos	25%-35%

Fonte: Institute of Medicine, 2002 (adaptada)4.

Existem poucas evidências que justifiquem aumentar a ingestão de proteínas para indivíduos com HIV/aids4. Para calcular a quantidade de proteínas a ser ingerida por adolescentes, deve-se multiplicar o peso do indivíduo pela quantidade recomendada de proteínas em g/kg/dia (Quadro 3).

Quadro 3: Recomendação de ingestão de proteínas para adolescentes de ambos os sexos

Idade (anos)	Ingestão Protéica (g/Kg/dia)
9 – 13	0,95
14 – 18	0,85

Fonte: Institute of Medicine, 20024.

6.3.1 Ingestão de minerais e de vitaminas

A alimentação de indivíduos com HIV/aids deve suprir, no mínimo, 100% das quantidades recomendadas de ingestão de minerais e de vitaminas4. Não existe consenso na literatura sobre o uso de suplementados nutricionais. Contudo, existem evidências de que pessoas que vivem com HIV e que têm níveis séricos diminuídos de minerais e vitaminas, com propriedades imunomoduladoras (vitamina C, complexo B, A, selênio, zinco, magnésio etc), apresentam progressão mais rápida da doença e risco maior de mortalidade. O profissional que decidir fazer uso de suplementos nutricionais não deve ultrapassar os valores do nível máximo de ingestão tolerável.

6.4 Principais aspectos da avaliação e diagnóstico nutricional

A adolescência deve ser vista como uma etapa importante para a aprendizagem da nutrição adequada, como processo fundamental para a preservação e manutenção da saúde. Cabe à equipe de saúde auxiliá-lo na promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, sem imposições ou cobranças.

A avaliação nutricional, quando bem realizada, fornece elementos para a elaboração do diagnóstico nutricional, que poderá ser mais ou menos preciso, dependendo dos recursos disponíveis.

O conhecimento do estado nutricional permite ao profissional de saúde compreender algumas condições físicas do organismo para o enfrentamento da doença e possibilita uma intervenção nutricional mais apropriada, visando à recuperação e à manutenção da saúde. A equipe multiprofissional deve ter disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para atender integralmente às necessidades dos adolescentes.

6.5 Fatores determinantes dos hábitos alimentares⁶

6.5.1 Fatores sociais:

- FAMÍLIA na infância, é a primeira referência na transmissão dos conhecimentos sobre alimentação, valores e tabus alimentares. A modificação de interesses característica dessa fase pode resultar na quebra dos padrões alimentares da família.
- ESCOLA tem papel importante na transmissão de conhecimentos relacionados à nutrição e, também, por meio da merenda escolar, na criação e/ou incentivo de hábitos alimentares saudáveis.
- TRABALHO estabelece novos horários de refeições, principalmente na situação escola-trabalho, podendo ocasionar a omissão de refeições ou a possibilidade de fazê-las fora de casa.
- GRUPO é o fator mais forte na fase da adolescência, pois está ligado à formação da personalidade, socialização, identificação com outras pessoas e novos hábitos alimentares.
- MÍDIA tem grande capacidade de persuasão, influenciando a compra de produtos alimentícios, introdução de modismos alimentares e supervalorização da imagem corporal com padrões de beleza idealizados, o que na maioria das vezes ocasiona uma percepção inadequada do corpo, podendo se associar a distúrbios alimentares.

LAZER/ESPORTE - o envolvimento com essas atividades pode alterar o padrão alimentar do adolescente, aumentando as necessidades nutricionais e alterando as práticas alimentares. A substituição de algumas das principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos é comum e pode comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nessa fase.

6.5.2 Fatores individuais:

- CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES FISIOLÓGICAS requer oferta de energia e nutrientes adequados, principalmente na fase de estirão puberal (crescimento acelerado). Tendo em vista que é variável o momento em que ocorre o estirão, recomenda-se que as necessidades médias se baseiem no peso, mais que na idade, considerando que o peso esteja dentro dos padrões aceitáveis em relação à altura.
- IMAGEM CORPORAL conflito entre a perda da identidade infantil e aceitação da mudança corporal. Conflitos relacionados à sexualidade podem ser transferidos para a alimentação.
- VALORES E CRENÇAS PESSOAIS experiências pessoais podem influenciar suas preferências, escolhas, aversões e modismos alimentares.

Vários fatores estão direta ou indiretamente relacionados ao estado nutricional dos adolescentes vivendo com HIV e aids. Dessa forma, o atendimento deve ser efetuado preferencialmente por abordagem interdisciplinar. Anemia, desnutrição, diarreia, estados emocionais alterados, hipovitaminoses, isolamento social, bem como aspectos da vida pessoal e familiar, econômicos e psicossociais, podem modificar a evolução clínica do HIV/aids.

6.6 Aconselhamento Nutricional

No aconselhamento nutricional é importante que o profissional conheça o adolescente ou jovem em sua subjetividade, para estabelecer metas conjuntas a serem seguidas, sejam elas pontuais ou de longo prazo, começando por uma entrevista planejada e com o foco bem definido. É fundamental que o profissional estabeleça uma relação de empatia, sem julgamentos ou imposição de ideias pré-concebidas. Observar, perguntar, ouvir as preocupações do adolescente, propor questões que facilitem a reflexão e a superação das dificuldades, prover informação, realizar apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas na busca de uma melhor qualidade de vida são aspectos fundamentais desse diálogo.

A inclusão da família ou de outros cuidadores durante o processo de aconselhamento nutricional é fundamental, pois será um importante facilitador da adesão ao tratamento, uma vez que raramente o adolescente é responsável por preparar o próprio alimento.

O alimento, além de ser um fator de recuperação do bem estar físico, é antes de tudo uma fonte de prazer, primordial na manutenção da qualidade de vida. Sempre que possível deve-se utilizar material educativo e demonstrações, citando exemplos relacionados às práticas habituais do adolescente, como cartazes, fotos, gravuras, os grupos de alimentos e sua composição em nutrientes para ilustrar e facilitar a compreensão, adequando individualmente a necessidade de cada cliente.

Deve-se observar a possibilidade de surgirem efeitos adversos decorrentes do uso da TARV, como mudanças morfológicas (depleção da massa corpórea, lipodistrofia, obesidade) que podem aumentar o grau de ansiedade, baixa autoestima ou depressão, prejudicando ainda mais a adesão ao tratamento.

6.7 Dez passos para melhorar a qualidade de vida

- 1. Estimular que o adolescente faça da alimentação uma atividade prazerosa, em companhia da família ou amigos, evitando fazer refeições sozinho. O ideal é que a pessoa procure evitar ao máximo o estresse, depressão, solidão e isolamento. Estimular a participação em atividades sociais, buscando grupos de apoio.
- 2. Estimular que a pessoa se alimente em períodos regulares, várias vezes ao dia, mesmo que se encontre sem apetite. O ideal é fazer 3 refeições principais e 3 pequenos lanches nos intervalos, ao dia. Deve optar por fazer uma alimentação saudável, variada e saborosa.
- 3. Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras todos os dias. A pessoa deve preferir as que estejam em seu período de safra, aproveitando esses alimentos de maneira racional, buscando o máximo aproveitamento das vitaminas e minerais.
- 4. O ideal é que o adolescente procure incluir alimentos com fonte de proteínas, animal e vegetal, diariamente (Exemplos: leite e derivados, carnes, ovos, feijão, soja etc.). As proteínas são importantes na manutenção da saúde das pessoas que vivem com HIV/aids.
- 5. Estudar o consumo de fibras e alimentos integrais, pois são ricos em vitaminas do complexo B e minerais. O ideal é substituir as farinhas refinadas e arroz polido por produtos integrais, pois preservam melhor os nutrientes. Assim como arroz e pães integrais, os grãos como feijões, grão-de-bico, frutas, verduras e legumes são ótimas fontes de fibras.

- 6. Incentivar a redução de açúcar refinado na alimentação, assim como refrigerantes e guloseimas em geral.
- 7. Indicar a redução do sal. O ideal é usar ervas e temperos para realçar o sabor dos alimentos.
- 8. Evitar gorduras animais. Fazer uso de azeite ou óleo vegetal na alimentação e para temperar a salada.
- 9. Incentivar o adolescente a beber pelo menos 2 litros de água por dia, evitando líquido durante as refeições principais.
- 10. Incentivar o adolescente a não fazer uso de bebidas alcoólicas, fumo ou drogas de qualquer tipo, pois podem prejudicar a saúde como um todo e dificultar a ação da TARV.

6.8 Recomendações nutricionais para atenuar sintomas clínicos

O uso da TARV pode provocar efeitos colaterais que podem muitas vezes causar o abandono do tratamento. Além disso, infecções oportunistas na cavidade oral dificultam a alimentação regular, provocando dor e dificuldades na deglutição. Estratégias nutricionais podem ser usadas para minimizar tais desconfortos.

Anorexia/Inapetência

- Incentivar o adolescente a consumir os alimentos saudáveis de sua preferência.
- As refeições devem ser fracionadas e realizadas em intervalos menores de tempo (2-3 horas).
- Dar preferência para alimentos com alta densidade de nutrientes.
- Quando possível, ingerir os medicamentos com sucos ou bebidas
- Ingerir sopas, caldos, mingaus e vitaminas (frutas batidas com leite), engrossados com suplementos de energia e proteínas.
- Evitar ingerir líquidos durante as refeições.
- Comer em ambiente tranquilo e agradável.
- Mastigar bem os alimentos.

Náuseas e vômitos

- Fracionar as refeições (7-8 vezes ao dia).
- Manter a pessoa hidratada. A ingestão de líquidos deve ser feita no intervalo entre as refeições.

- Consumir, principalmente, alimentos mais secos e em temperatura fria. Alimentos em temperatura morna ou quente devem ser evitados. Gelo e sorvetes em palito (picolés) aliviam as náuseas.
- Utilizar alimentos de mais fácil digestão: arroz, batatas cozidas, frango cozido, iogurte.

Diarreia

- Evitar alimentos ricos em fibras insolúveis (folhas, frutas com bagaço e casca, cereais integrais, feijão, lentilha, ervilha) e alimentos ricos em lipídios (frituras, gorduras, castanhas, nozes, amendoim).
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras solúveis (maçã sem casca, aveia, banana-maçã, legumes cozidos).
- Diminuir ou evitar alimentos que contenham lactose (leite em pó ou líquido, bebidas lácteas, sorvetes cremosos, queijos). Os iogurtes e os queijos tipo ricota e frescal geralmente são mais bem tolerados.
- Dar preferência para alimentos cozidos, grelhados e assados. Esses alimentos devem ser preparados com pouca quantidade de óleo vegetal.
- Fracionar as refeições (7-8 vezes ao dia).
- Manter a pessoa hidratada. Os sucos de frutas devem ser diluídos.
- Evitar ingerir alimentos contendo cafeína e álcool.
- Evitar alimentos e doces contendo sacarose (açúcar de mesa ou comercial).
- Se o indivíduo estiver com cólicas, evitar alimentos que causem flatulência: bebidas carbonatadas (ex: refrigerantes), feijões, repolho, brócolis, couve-flor, cebola, pimentas, chicletes com sorbitol, nabo, rabanete, alho e pimentão.

Disfagia e odinofagia

- Escolher alimentos em temperatura morna ou fria. Evitar alimentos com temperaturas extremas (muito quente ou gelado).
- Aumentar o número de refeições (7-8vezes/dia).
- Privilegiar alimentos na forma líquida ou pastosa.
- Evitar alimentos muito temperados, picantes, salgados e alimentos com sabor ácido.

6.9 Antirretrovirais e ingestão de alimentos⁷

Quadro 4: Tipo de antirretroviral e orientação nutricional

Droga	Orientação nutricional		
Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo/nucleotídeo (ITRN/ITRNt):			
Abacavir (ABC)	Pode ser administrado com alimentos.		
AZT + 3TC	Pode ser administrado com alimentos.		
Didanosina (ddl)	Administrar 1 hora antes ou 2 horas após alimentação.		
	Considerar redução de 20-40% se associado ao TDF.		
Estavudina (d4T)	Não pode ser associado à zidovudina. Pode ser administrado com alimentos.		
Lamivudina (3TC)	Pode ser administrado com alimentos.		
Tenofovir (TDF)	Pode ser administrado com alimentos.		
	Requer ajuste de dose em caso de insuficiência renal.		
Zidovudina (AZT)	Não pode ser associado à estavudina.		
Zidovudilia (AZI)	Pode ser administrado com alimentos.		
Inibidores da transcriptas	e reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN)		
Nevirapina (NVP)	Pode ser administrado com alimentos.		
Efavirenz (EFV)	Administrar de estômago vazio, preferencialmente à noite. Evitar alimentos gordurosos.		
	Administrar após refeição leve que contenha gordura. Pode ser dissolvido na água.		
Etravirina (ETR)	Não deve ser coadministrado com: tipranavir/r, fosamprenavir/r, ritonavir na sua dose plena (1.200mg ao dia), IP sem ritonavir, além de outros ITRNN. Coadministrar com lopinavir/r com cautela.		
Inibidores da protease (IP)			
	Administrar com alimento.		
Atazanavir (ATV)	Contraindicado o uso de omeprazol e outros inibidores de bomba de prótons.		
Darunavir (DRV)	Administrar com alimento ou após as refeições.		
Fosamprenavir (FPV)	Comprimidos: administrar com ou sem alimentos.		
In dia assis (ID) ()	Pode ser administrado com alimentos.		
Indinavir (IDV)	Hidratação abundante para minimizar risco renal.		
Lopinavir/r (LPV/r)	Administrar com alimento ou após as refeições.		

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Droga	Orientação nutricional		
Inibidores da protease (IP)			
Ritonavir (RTV)	Administrar com alimento ou após as refeições. <u>A solução oral tem validade de apenas 6 meses.</u>		
Saquinavir (SQV)	Administrar com alimento.		
Tipranavir (TPV)	Administrar com ou sem alimentos, mas preferencialmente com alimento, por causa do ritonavir.		
	A cápsula não pode ser partida ou mastigada.		
Inibidores de Fusão			
Enfuvirtida (T-20)	Sítios de injeção subcutânea: braços, face anterior da coxa, abdome (alternados).		
Inibidores da Integrase			
Raltegravir (RAL)	Administrar com ou sem alimento.		

Notas importantes:

- 1. Para assegurar dosagens precisas de formulações líquidas, sempre utilizar seringas orais.
- 2. Sempre verificar interações medicamentosas. Ver www.hiv-druginteractions.org

Fórmulas para cálculo da superfície corporal em m2 (SC):

 $SC = \sqrt{\text{[peso (kg) x est. (cm)]}}/3600 (\sqrt{\text{= raiz quadrada}})$

 $SC = \{[peso (kg) x 4] + 7\}/[peso (kg) + 90]$

Fonte: Suplemento II (2011) das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV, 20097.

6. 10 Importância da alimentação saudável

Uma alimentação saudável adequada às necessidades individuais melhora os níveis dos linfócitos T CD4, melhora a absorção intestinal, diminui os agravos provocados pela diarreia e a perda de massa muscular, pela síndrome da lipodistrofia e todos os outros sintomas que, de uma maneira ou de outra, podem ser minimizados ou revertidos por meio de uma alimentação balanceada. Orientar uma alimentação saudável é colaborar para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes que vivem com HIV/aids.

Para obter uma alimentação saudável, é ideal ingerir todos os grupos de alimentos diariamente (Quadro 5).

Quadro 5: Tipos de nutrientes, características/funções e alimentos que os contém

NUTRIENTES	CARACTERÍSTICAS/FUNÇÕES	ALIMENTOS QUE OS CONTÉM
PROTEÍNAS	 Molécula complexa composta por aminoácidos, unidos por ligações peptídicas; Envolvidas na formação e manutenção das células e dos tecidos do corpo e órgãos. 	 Leite, queijos, iogurtes, carnes (aves, peixes, suína, bovina), miúdos, frutos do mar, ovos, leguminosas (feijões, soja, grão-de-bico, ervilha, lentilha); Castanhas (castanhado-pará, avelã, castanha-de-caju, nozes).
GORDURAS	 Grupo de compostos químicos orgânicos que compreendem os triglicerídios, fosfolipídios e esteroides; São fontes alternativas de energia; Influem na manutenção da temperatura corporal; Transportam vitaminas lipossolúveis; Dão sabor às preparações e sensação de saciedade. 	 Azeite, óleos, margarina (insaturadas); Manteiga, banha de porco, creme de leite, maionese, toucinho. (saturadas); Sorvetes industrializados, gordura vegetal hidrogenada.
CARBOIDRATOS	 Grupo de compostos formados por carbono, hidrogênio e oxigênio; Uma das fontes de energia mais econômicas; Asseguram a utilização eficiente de proteínas e lipídios. 	 Cereais (arroz, milho, trigo, aveia), farinhas, massas, pães, tubérculos (batata, batata-doce, cará, mandioca, inhame); Açúcares simples.

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

NUTRIENTES	CARACTERÍSTICAS/FUNÇÕES	ALIMENTOS QUE OS CONTÉM
VITAMINAS	 Substâncias orgânicas necessárias em pequenas quantidades para crescimento e manutenção da vida; Segundo a solubilidade, classificam-se em hidrossolúveis: vitaminas do complexo B (B1,B2,B6,B12), ácido fólico e vitamina C; lipossolúveis: vitaminas A,D,E, e K; Essenciais na transformação de energia, ainda que não sejam fontes; Intervêm na regulação do metabolismo; Favorecem respostas imunológicas, dando proteção ao organismo. 	• Verduras, legumes e frutas (como espinafre, vinagreira, acelga, rúcula, alface, capeba, almeirão, guariroba, tomate, beterraba, cenoura, jerimum ou abóbora, jatobá, caju, cajá, maça, mamão, laranja).
MINERAIS	 Compostos químicos inorgânicos necessários em pequenas quantidades para crescimento, conservação e reprodução do ser humano, sendo os mais conhecidos: cálcio, ferro, magnésio, zinco, iodo; Contribuem na formação dos tecidos; Intervêm na regulação dos processos corporais; Favorecem a transmissão dos impulsos nervosos e a contração muscular; Participam da manutenção do equilíbrio ácido-básico; 	• Frutas, verduras, legumes, castanhas e alguns alimentos de origem animal (leite, carnes, frutos do mar como fontes principalmente de cálcio, fósforo, ferro e zinco).

Adaptação de: Nutrição Clínica no Adulto, Lilian Cuppari, 2002⁶.

Fonte: Manual de Rotinas para a Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids, 2006.

Outros nutrientes importantes para uma alimentação saudável são6:

Água - é a fonte de manutenção da vida, necessária para a regulação das funções vitais do organismo, tais como a digestão, a eliminação de metabólitos, o funcionamento dos rins e intestinos, controla a temperatura corporal, entre outras. A ingestão de água deve estar entre 2 a 3 litros por dia.

Fibras alimentares - são geralmente compostas de carboidratos não digeríveis pelo organismo humano, tendo, no entanto, uma função reguladora por aumentar o volume das fezes, reduzir o tempo de trânsito intestinal e atuar favoravelmente sobre a microflora intestinal. São distinguidas pela sua capacidade de solubilização em água, sendo classificadas em insolúveis e solúveis. O consumo adequado de fibras na alimentação diária tem sido associado à prevenção e/ou tratamento de doenças como câncer de cólon, diverticulite, obesidade, diabetes e dislipidemias.

REFERÊNCIAS

- 1. ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescente. Bulletin of the World Health Organization 2007, v. 85, p.660-667. 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref_growthref_who_bull/en/index.html>. Acesso em: 21 set. 2012.
- Fagundes, A. A. et al. Vigilância alimentar e nutricional SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/ orientacoes_basicas_sisvan.pdf. Acesso em: 20 set. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854). Disponível em: https://apps.who.int/nut/ publications.htm>. Acesso em: 18 set. 2012.
- INSTITUTE OF MEDICINE. FOOD AND NUTRITION BOARD. National Research Council. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, faty, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids. Washington, D.C: National Academy Press, 2002. Disponível em: http://www.nal.usda.gov/fnic/DRI/DRI_Energy/energy_full_report.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation. Geneva, 2003. Disponível em: http:// www.who.int/nutrition/publications/Content_nutrient_requirements.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Rotinas para a Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids, 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/ publicacao/2007/40224/man_adolesc04_com_capa_pdf_24417.pdf. Acesso em: 21 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: Suplemento II: Objetivos da terapia antirretroviral Recomendações de manejo da falha terapêutica Critérios de indicação de Inibidores da Protease para crianças e adolescentes (2011), 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/ sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40033/suplemento_2_28651.pdf. Acesso em: 22



CAPÍTULO 7

Transição

7.1 Contextualizando o tema "Transição"

Com o decorrer dos anos da epidemia de HIV/aids, as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde que cuidam de adolescentes soropositivos têm se modificado. Se, inicialmente, a atenção era voltada à melhoria diagnóstica, profilática e terapêutica, atualmente, questões como a revelação diagnóstica, vivência da sexualidade de forma segura, entre outras, estão vindo à tona e tornando-se relevantes. Diante da característica de cronicidade adquirida pela infecção, um novo tema de discussão tem surgido entre os adolescentes, familiares e profissionais envolvidos no cuidado desse grupo: a transição desses jovens, em sua maioria atendida por pediatras, para serviços de atendimento de adultos.

Tal momento tem sido acompanhado de dificuldades entre as diversas partes envolvidas no processo. Ter "crescido com uma equipe de saúde" faz com que muitos jovens tenham uma atitude de relutância frente à transição, assim como seus familiares e profissionais envolvidos^{1,2}.

Alguns jovens não apresentam recusa explícita, mas evidenciam a dificuldade pelo não comparecimento às consultas no local a que foram encaminhados, interrompendo seu acompanhamento ou tratamento.

O vínculo desses jovens com a equipe pediátrica assume características de laços de família, e a mudança de serviço pode trazer consigo a ameaça de possível ruptura de ligações afetivas importantes^{1,2}.

"aqui é como uma família, eu sinto que gostam de mim e se importam comigo... não é só médica... é um pouco professora... mãe, sei lá". (J, sexo masculino, 19 anos)

Por causa das características da doença, muitos dos adolescentes já tiveram perdas de familiares (mãe, pai, irmãos) e os profissionais que os acompanharam desde a infância seriam o elo mantido (e que não querem perder) com aquela memória afetiva.

Muitos referem não se sentirem bem preparados para esse momento e manifestam suas preocupações. Por não terem ainda desenvolvido completamente um papel ativo no próprio cuidado, sentem-se sobrecarregados pela perspectiva de serem os responsáveis pela marcação de suas consultas, entendimento dos resultados de exames, de receitas médicas e manuseio de medicamentos complexos.

"...vou ter que ter mais responsabilidade, não estou pronta, sou adolescente ainda". (M, sexo feminino, 18 anos)

Além disso, o pouco contato com a equipe que vai recebê-los no serviço de adultos gera sentimentos de ansiedade e temor frente ao desconhecido.

"O apego que eu tenho com vocês... eu não sabia como ela (a nova médica) seria... Se eu ia conseguir conquistá-la, se eu ia conseguir ter uma relação legal com ela..." (C, sexo feminino, 19 anos)

Essa ameaça pode ser vivenciada pelas diversas figuras envolvidas, sendo perceptível não apenas no discurso dos jovens, como também nas atitudes da equipe pediátrica, que muitas vezes reluta em "deixá-los partir".

O mesmo ocorre com os familiares desses jovens, habituados não apenas a participarem da consulta pediátrica, mas, frequentemente serem os seus principais atores. Por isso, temem serem excluídos do acompanhamento e perderem o controle do estado de saúde de seus filhos, agora crescidos.

Assim, a mudança do acompanhamento de um serviço de saúde para outro envolve grande capacidade de adaptação às novas situações, de forma que o desenvolvimento de uma clínica de transição constitui-se um dos atuais desafios no cuidado desse grupo.

7.2 Como entender a transição em saúde

A transição pode ser entendida como um processo intencional e planejado que aborda as necessidades médicas, psicossociais, vocacionais e educacionais dos adolescentes e adultos jovens com doenças ou condições crônicas, ao se mudarem de um serviço pediátrico para um serviço que atende adultos3. É importante reconhecer que essa transição é apenas uma parte do conjunto mais amplo de transições educacionais, pessoais, familiares e sociais pelas quais passam os adolescentes.

7.2.1 Transferência ou transição?

Deve-se destacar a importância da diferenciação dos termos "transferência" e "transição" 4. Transferência seria a remoção de uma pessoa de um lugar para outro, sendo, portanto, considerada um simples evento. Em contrapartida, a transição é entendida como um processo de mudança de vida a ser vivenciado pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde, com elaboração de estratégias que aumentem a possibilidade de sucesso. Assim, a palavra transição tem, no contexto da saúde, a conotação de um processo psicológico de adaptação a uma situação de mudança ou ruptura⁵.

Uma transição mal planejada pode associar-se ao aumento do risco de não aderência ao tratamento e seguimento nos serviços de saúde. Esse fato pode trazer consequências desastrosas, tais como, aumento das intercorrências clínicas, progressão da doença e consequente aumento da mortalidade, assim como repercussões sociais e educacionais6.

7.3 Eles cresceram... Qual seria o momento para a transição dos adolescentes?

É de extrema importância que haja um programa de transição nos serviços que atendem adolescentes com HIV/aids, com uma pessoa responsável por seu andamento e que responda às necessidades de cada integrante de forma individualizada⁷. O momento da transição difere para cada família e depende de fatores como a "prontidão" ou preparo dos adolescentes, da dinâmica familiar, e pode ser mais complexo naqueles com condições de saúde menos favoráveis8,9. Apesar de alguns serviços basearem-se na idade cronológica para a realização da transição (18 a 20 anos) ou em marcos sociais paralelos, como a saída do ensino médio, estes não devem ser considerados como parâmetros definitivos^{6,10}.

A transição de adolescentes para os serviços de adultos deve ser um processo gradual, não determinado apenas pela idade, mas pelas particularidades de cada adolescente.

É preciso um planejamento que envolva adolescentes, familiares e equipe dos serviços pediátricos e de adultos.

7.4 O que deve ser considerado ao se avaliar o preparo dos adolescentes para essa mudança?

Alguns aspectos devem ser avaliados para uma transição adequada, destacando-se a capacidade de o jovem assumir a responsabilidade sobre seu próprio tratamento, o envolvimento prévio no manejo de sua doença, demonstração de responsabilidade e independência¹¹. É importante avaliar e discutir com o jovem se ele está vivenciando sua sexualidade de maneira segura, se tem planos de estudo e trabalho futuros, se é capaz de comparecer às consultas sem acompanhantes, se tem autonomia para contactar o serviço de saúde para marcação de consultas e exames, se tem apoio financeiro familiar9.

Torna-se importante avaliar se o adolescente:

- Consegue identificar sinais ou sintomas e descrevê-los à equipe de saúde:
- Sabe quando procurar o serviço médico de rotina ou emergencial;
- É capaz de marcar suas próprias consultas e reagendá-las quando necessário;
- · Comparece sozinho às consultas no horário marcado;
- · Solicita prescrições corretamente e antes do término dos medicamentos:
- Compreende o significado de seus exames para acompanhamento;
- · Compreende a importância de uma boa adesão em todas as suas dimensões;
- Estabelece contato com a equipe que vai recebê-lo com antecedência.

7.5 Como deve ser feita a transição?

Não há modelo único para o estabelecimento de um programa de transição, aliás, esse tema tem sido bastante discutido por diversas especialidades que cuidam de doenças crônicas^{12,13}. Respeitando-se as características de cada serviço, tal programa deve ser estruturado segundo algumas recomendações básicas:

- Os serviços devem ter flexibilidade e foco voltado para as necessidades dos jovens;
- As equipes envolvidas devem discutir políticas específicas para a transição, com avaliações sistemáticas sobre as condutas e flexibilidade para mudanças;
- Os jovens não devem mudar de serviço a menos que tenham condições de frequentarem o serviço de adultos e tenham passado da fase de crescimento e puberdade;
- Um profissional da equipe pediátrica e da equipe que atende adultos deve ser responsável pelo manejo da transição;
- É necessária boa comunicação e integração entre os serviços;
- É recomendável ao serviço pediátrico manter uma ficha de avaliação da prontidão para a transição de cada adolescente, levando em consideração aspectos como: vivência da sexualidade, situação escolar, situação empregatícia, capacidade de autocuidado, adesão ao

tratamento e acompanhamento, suporte familiar, inclusão em redes de apoio social, como a Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV/ Aids. Essa ficha deve ser encaminhada ao servico de adultos, assim como o resumo dos dados clínicos e laboratoriais desde o início do seguimento;

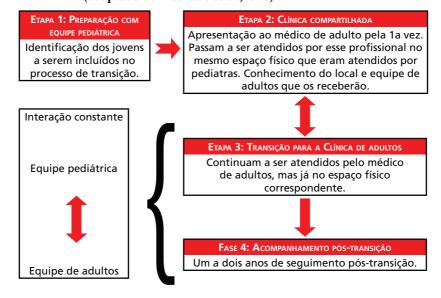
É importante ressaltar que o planejamento da transição deve ser visto como um componente essencial para a qualidade dos serviços de saúde na adolescência.

7.5.1 Etapas do processo de transição

O modelo sugerido a seguir pode ser adaptado às condições de cada local, equipes e serviços envolvidos no processo de transição desses jovens^{2,12}. A estratégia que o modelo utiliza é a de introduzir ao adolescente, gradativamente, a ideia de que será cuidado por uma nova equipe, em um novo ambiente, e durante esse período será avaliado seu amadurecimento para assumir responsabilidades e visualizar a importância de um novo papel em seu próprio cuidado.

O modelo consta de 4 etapas, havendo uma flexibilidade entre elas, ou seja, no momento em que se detecta alguma dificuldade em determinada etapa, nada impede que sejam retomadas questões não resolvidas na etapa anterior (Figura 1).

Fluxograma do processo de transição de adolescentes com Figura 1: HIV/aids da clínica pediátrica para a clínica de adultos (adaptado de Machado et al.,2010)2.



Não há idade cronológica fixa para a participação em cada uma das etapas. No entanto, levando-se em conta as variações individuais, podem ser consideradas algumas idades apenas com finalidade de estabelecimento de rotinas dentro dos serviços. Por exemplo, para o início das discussões sobre a futura transição com os adolescentes e seus familiares (Etapa 1), pode-se utilizar como marco aproximado a idade de 16 anos, considerando-se também as variações institucionais. Assim, um programa de transição começa com a identificação de jovens ao redor de 16 anos e com o início da abordagem do tema com os mesmos durante as consultas pediátricas, assim como com seus familiares (Etapa 1). Sugere-se que a partir desse período, a ficha de transição passe a fazer parte dos registros do paciente.

A etapa 2 corresponde ao período de uma clínica compartilhada, ou seja, os adolescentes conhecem o médico de adultos que os receberão, passando a ser atendidos por ele ainda no espaço físico a que estavam habituados, em uma interação entre equipes pediátrica e de adultos. Nessa fase, recomendase que algum membro da equipe pediátrica acompanhe os jovens no reconhecimento do novo local que passarão a frequentar em breve, assim como, na apresentação dos demais membros da equipe de adultos. A duração dessa fase de clínica compartilhada deve ser considerada de forma individual, mas levando em conta relatos de experiências de alguns serviços, essa fase pode variar de 6 a 36 meses.

A partir do momento em que as equipes envolvidas consideram o adolescente preparado para responsabilizar-se pelo próprio cuidado, o mesmo passa a ser atendido no serviço de adultos (Etapa 3). É importante que, antes dessa mudança, haja poucas questões pendentes em relação à adesão ao tratamento, compreensão dos parâmetros usados para o acompanhamento (valores de CD4, carga viral do HIV etc.), vivência da sexualidade de forma segura, condições de locomoção ao serviço de saúde, e os demais aspectos importantes das histórias de vida já referidos anteriormente (ficha de transição).

O período pós-transição (Etapa 4) deve ser considerado como parte importante desse processo, uma vez que é o período de maior vulnerabilidade, com risco de perda de seguimento, caso não haja uma atenção redobrada. A manutenção da interação entre as equipes é de grande importância e, conforme as possibilidades, solicita-se que esses jovens mantenham contato com os responsáveis pela transição no serviço pediátrico, como forma de acompanhamento do sucesso ou de possíveis dificuldades nessa nova etapa de suas vidas (visitas ou contato telefônico a cada 4-6 meses, durante os primeiro 24 meses pós-transição). Esse cuidado pode ser menos necessário caso haja contato regular entre as equipes, com discussões entre as mesmas durante o período pós-transição de cada caso seguido, garantindo intervenções particularizadas junto aos pacientes que apresentaram dificuldades no processo.

7.6 Possíveis barreiras no processo de transição

Algumas situações foram identificadas como possíveis entraves a uma transição bem sucedida1:

- Transferência abrupta, com pouco ou nenhum preparo;
- Falta de planejamento da transição;
- Resistência dos adolescentes, familiares ou da própria equipe pediátrica;
- Demora na marcação de consultas nos serviços de adultos, após a mudança do serviço pediátrico;
- Serviços de adultos com pouco preparo para receber jovens com condições crônicas que tiveram início na infância;
- Diferenças de abordagens no atendimento entre os serviços pediátricos (que geralmente oferecem maior suporte e inclusão da família no cuidado) e os serviços de adultos (maior expectativa de independência do indivíduo);
- Falta de comunicação entre os serviços pediátricos e de adultos;
- Falta de apoio institucional.

7.7 Comentários finais

A transição de adolescentes dos cuidados pediátricos para os serviços de adultos é um processo que requer flexibilidade e interação entre os serviços. É importante que o planejamento prévio seja realizado entre as equipes, em conjunto com o jovem e seus familiares. A transição não deve ser determinada apenas pela faixa etária, mas pelo preparo e amadurecimento do adolescente, preparo que deve ser avaliado pela equipe por meio dos parâmetros descritos anteriormente. Assim, esse momento deve ser tratado de forma cuidadosa, visando àa adaptação do adolescente à nova etapa do seu cuidado, promovendo sua adesão ao tratamento com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- MACHADO, D. M.; SUCCI, R. C. M.; TURATO, E. R. Transitioning adolescents living with HIV/ AIDS to adult-oriented health care: an emerging challenge. Jornal de Pediatria (Rio J), Porto Alegre, v. 86, n. 6, p. 465-72, nov./dec. 2010.
- MACHADO, D. M. et al. Adolescentes que cresceram com o HIV: a experiência da transição da Pediatria para a Clínica de Adultos. Florianópolis: 16° Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, 2010. Pôster apresentado 16° Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica
- ROSEN, D. S. Society for Adolescent Medicine. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health, [S.l], v. 33, p. 309-311, 2003.
- 4. SAWYER S. M.; BLAIR; S. BOWES, G. Chronic illness in adolescents: transfer or transition to adult services? **Journal of Adolescent Health.** [S.l], v. 33, p. 88-90. 1997.
- KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: a literature review. Journal of Advanced Nursing, [S.l.], v. 55, p. 320-329, 2006.
- VINER R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? Archives of Disease in Childhood, [S.l], v. 81, p. 271-275, 1999.
- MACHADO, D. M. et al. E experiência de implantação de um programa de transição de adolescentes vivendo com HIV/aids para a clínica de adultos. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, ago. 2011.
- BLUM, R. W. et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health. [S.l], v. 14, p. 570-576, 1993.
- NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH AIDS INSTITUTE. Transitioning HIVinfected adolescents into adult care. HIV Clinical Resouce. New York, 2011. Disponível em: http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adolescents/transitioning-hiv-infected-adolescents-into-adult-care/. Acesso em: 18 dez. 2012.
- 10. 10. ROYAL COLLEGE OF NURSING. Lost in Transition: moving young people between child and adult health services. London: RCN, 2007.
- 11. Betz C. L. Adolescent transitions: a nursing concern. **Pediatric Nursing Journal,** [S.l], v. 24, p.23-28, 1998.
- 12. MATURO, D. Development of a Protocol for transitioning Adolescents with HIV Infection to Adult Care. Journal of Pediatric Health Care, [S.l], v. 25, n. 1, p. 16-23.
- Gilliam PP, Ellen JM, Leonard L, Kinsman S, Jevitt CM, Straub DM. Transition of Adolescents With HIV to Adult Care: Characteristics and Current Practices of the Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. [S.l], v. 22, n. 4, p. 283-294, 2011.





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs





