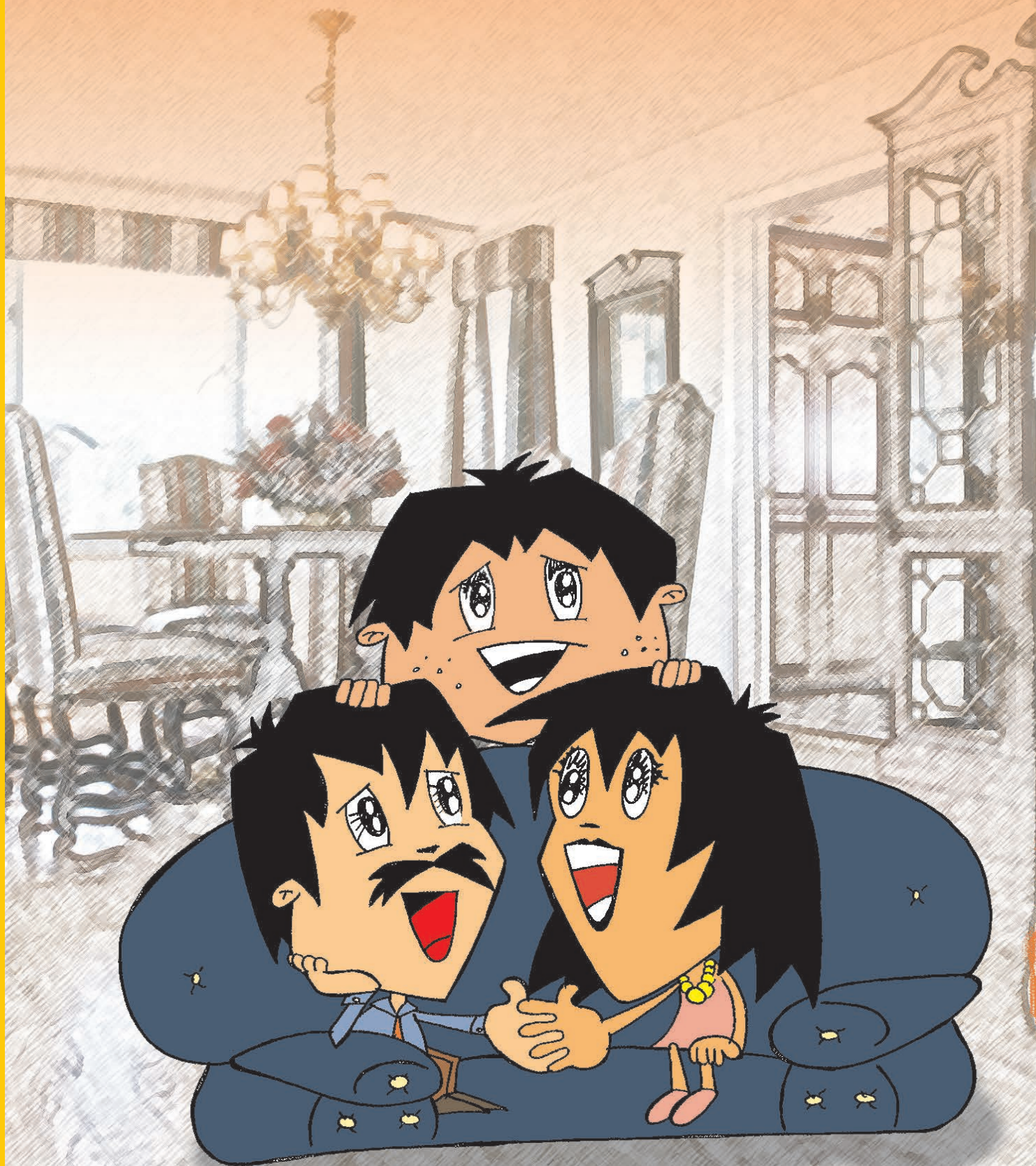


Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids

2006

Coleção DST . aids - Série Manuais 69



Manual de Rotinas para Assistência a
Adolescentes Vivendo com HIV/Aids

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Manual de Rotinas para Assistência a
Adolescentes Vivendo com HIV/Aids

Série Manuais nº 69

Organizadores:
Maria Letícia Santos Cruz
Lilian Day Hagel
Jorge Andrade Pinto
Cledy Eliana dos Santos

Brasília, DF
2006

© 2006. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.
Tiragem: 30.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

José Agenor Álvares da Silva

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fabiano Geraldo Pimenta Jr.

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

Mariângela Batista Galvão Simão

Diretor-Adjunto

Carlos Passarelli

Assessor Especial

Ruy Burgos

Responsável pela Unidade de Assistência e Tratamento

Orival Silva Silveira

Diretor do Departamento de Atenção Básica

Luiz Fernando Rolim Sampaio

Coordenadora Geral da Política de Alimentação e Nutrição

Maria de Fátima Carvalho

Coordenadora da Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovens

Thereza de Lamare Franco Neto

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C
CEP: 70.750-000, Brasília – DF
E-mail: aids@aims.gov.br / edicao@aims.gov.br
Home page: <http://www.aims.gov.br>
Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do Projeto UNODC AD/BRA/03/H34

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS

Alexandre Magno de Aguiar Amorim

Editor

Dario Noleto

Projeto gráfico e capa

Alexsandro de Brito Almeida

Diagramação

Alexsandro de Brito Almeida e Lúcia Helena Saldanha Gomes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.
Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria
de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

176 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 69)

ISBN 85-334-1290-8

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Terapia Anti-retroviral. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WC 140-185

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1259

Títulos para indexação:

Em inglês: Manual of routines to assistance for teenagers living with Aids

Em espanhol: Manual de procedimientos para asistencia a adolescentes que padecen VIH/SIDA

Apresentação

Adolescentes e jovens estão sendo infectados e afetados pelo HIV mais do que qualquer outro grupo populacional. As características sócio-demográficas e culturais dos adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids mostram a necessidade de se implementar ações de intervenção preventiva e clínica de qualidade que contemple as necessidades desse grupo populacional de forma mais efetiva, integral e participativa.

É evidente a enorme relevância que tem o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção, no manejo dos adolescentes infectados pelo HIV ou sob risco de infecção e no controle da epidemia.

Existem muitas publicações sobre os distintos aspectos do manejo clínico das pessoas que vivem com HIV/aids, as quais estão dirigidas exclusivamente a adultos. Entretanto, há uma grande carência de documentos sobre esse tópico que se dirijam à população adolescente.

Nesse sentido, nasce esta publicação que tem por objetivo proporcionar aos profissionais de saúde que atendem nos serviços da rede SUS orientações para a melhoria da qualidade da assistência prestada a adolescentes e jovens vivendo com HIV, com a esperança de que uma formação mais completa contribua para uma melhor atenção.

Este manual é o produto do trabalho de um grupo de consultores e técnicos, que pensou em compartilhar com os profissionais de saúde da Rede SUS informações e orientações sobre a atenção requerida pelos adolescentes e jovens vivendo com HIV em cada circunstância específica.

Esperamos que este material seja não apenas uma fonte de informação como também um estímulo para que os profissionais de saúde melhorem o manejo e controle da epidemia de aids no Brasil.

Mariângela Galvão Simão
Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

Sumário

Introdução	9
1. Adolescência	11
2. Saúde Mental: Aspectos Normais e Co-morbidades	21
3. Aspectos Epidemiológicos da Infecção em Adolescentes no Brasil	29
4. Avaliação Clínica do Adolescente Vivendo com HIV/aids	33
5. A Abordagem a Familiares/Cuidadores	41
6. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e Revelação do Diagnóstico	45
7. Terapia Anti-retroviral e Adesão	55
8. Cuidados Paliativos	63
9. Avaliação Nutricional	69
10. Adolescente, Corpo e Sexualidade	79
11. Prevenção da Infecção pelo HIV nos Serviços	85
12. Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	93
13. Anti-Concepção, Gravidez e Cuidados Pré-Natais	107
14. Trabalho em Grupo	119
15. O Adolescente e sua Vida Escolar	123
16. Aspectos Jurídicos	129
17. Formação de Equipes e Estruturação de Serviços	139
Glossário de Siglas	169
Organizadores	171
Consultores	171
Participantes da Oficina para Validação do Manual Realizada Durante Congresso Brasileiro de Medicina de Adolescente, em Maio de 2004	173

Introdução

Desde a identificação dos primeiros casos de aids no Brasil, a epidemia da infecção pelo HIV continua desafiando a sociedade, o sistema de saúde e seus profissionais, tanto no âmbito da prevenção como na assistência.

Mais da metade das novas infecções por HIV que ocorrem na atualidade afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. Entretanto, as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias sobre HIV/aids ou se estabelecem políticas.

Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem na atualidade com HIV/aids em todo o mundo. Cada dia, cerca de 6 mil jovens dessa faixa etária se infectam com o HIV. No entanto, somente uma parte deles sabe que está infectada.

Mais de 20% da população brasileira é constituída por crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos de idade. Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de aids correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável desses pacientes contraiu o vírus na adolescência.

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/aids. O número elevado de ocorrências de gravidez na adolescência em jovens entre 10 e 19 anos, somado ao aumento da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e à intensificação do consumo de drogas, ajuda-nos a entender melhor porque os jovens brasileiros são, cada vez em maior número, vulneráveis à infecção pelo HIV/aids.

Outro dado não menos preocupante é a crescente incidência da aids em relação à faixa etária de 13 a 19 anos em adolescentes do sexo feminino, o que pode provocar uma regressão na luta contra a epidemia no Brasil, principalmente pelo perigo de um aumento da transmissão vertical do vírus (de mãe para filho, durante a gestação, parto ou amamentação). Tal fato pode ser explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, normalmente com homens com maior experiência sexual e mais expostos aos riscos de contaminação por DST e pela aids.

A violência sexual praticada contra adolescentes, incluindo o abuso sexual e a exploração sexual comercial, caracteriza-se como fator de vulnerabilidade dos jovens frente ao

HIV. Um grande número de adolescentes exploradas sexualmente foram vítimas de abuso sexual, na maioria das vezes praticados por parente próximo. A Rede Feminista de Saúde identificou que 48% dos atendimentos nos serviços de abortos previstos por lei, são de jovens entre 10 e 19 anos

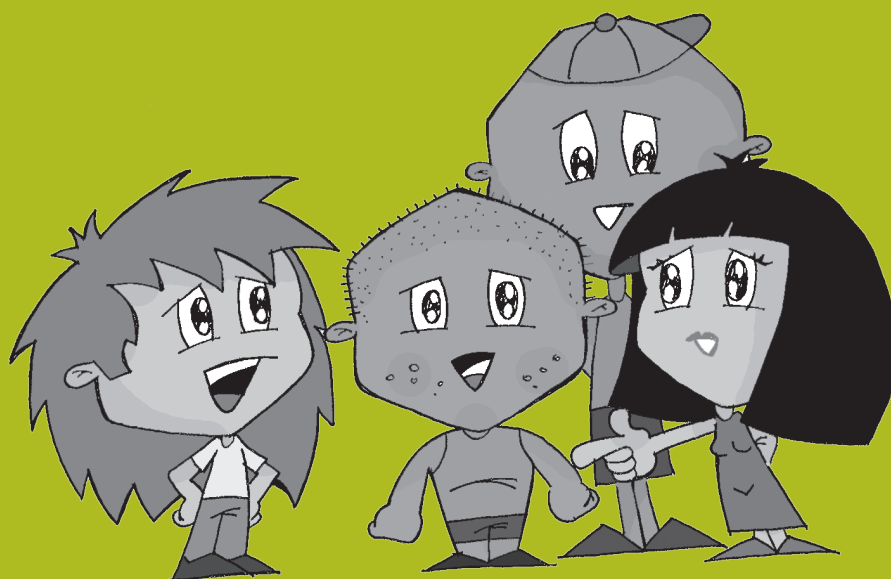
Nos últimos anos, vem se observando um progressivo avanço do diagnóstico e assistência em HIV/aids, aumentando a qualidade de vida e a sobrevida das pessoas. À medida que os tratamentos vão consolidando sua eficácia, manter condutas saudáveis pode ser mais difícil, mostrando que o acesso universal à assistência e tratamento não são sinônimos de qualidade de assistência.

Todas estas incertezas de riscos e benefícios fazem emergir novos problemas, tanto do ponto de vista médico e psicológico quanto social, mostrando que as pessoas infectadas pelo HIV necessitam muito mais do que indicação adequada de regimes terapêuticos e acesso a exames laboratoriais.

Os profissionais de saúde devem realizar esforços para melhorar a acessibilidade e abordagem das necessidades tanto das pessoas que estejam em risco de infectar-se, quanto das que já estão infectadas.

1

Adolescência



Adolescência

A adolescência é definida como o período compreendido entre dez e vinte anos, ou a segunda década da vida (OMS). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define a adolescência dos 12 a 18 anos de idade. Restringir a adolescência como 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.

Conceituar a adolescência, ao contrário do que possa parecer, não é uma tarefa fácil. Existem muitos conceitos, como também vários estereótipos criados pela sociedade, principalmente a ocidental e pela mídia. Pode ser visto como complicado, barulhento e chato, “problema para psicólogos ou psiquiatras”, ou criativo, destemido e alegre conforme lhe interessa. O adolescente realiza uma complexa travessia do mundo infantil para o adulto, a mesma que um dia todos nós realizamos, de forma mais ou menos intensa. Como consequência, familiares, professores, profissionais de saúde e outros que se relacionam com jovens 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, a vivência da adolescência é também produto do momento histórico e do meio sociocultural e cada adolescente a realiza de maneira extremamente singular.

A puberdade, 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.

A dimensão psicossocial da adolescência, entretanto, pode variar consideravelmente de acordo com o momento histórico e o contexto sócio-cultural, ou mesmo inexistir equanto categoria social. Nas últimas décadas, a globalização e a ênfase pelo consumo têm influenciado a mudança de valores, modificando o comportamento das pessoas, principalmente dos jovens, com predominância do individualismo e das leis de mercado.

Definir a adolescência como uma “travessia” pressupõe um trabalho, uma ação, e é muito diferente do conceito, mais estático, de simples “transição”, como alguns consideram.

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. Esse trabalho está muito além das imagens e dos rótulos impostos pela mídia e pela sociedade em geral.

“Ser adolescente”

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

Segundo Arminda Aberastury existem três lutos ou perdas que o jovem deverá elaborar: o da perda do corpo infantil, o da perda dos pais da infância e o da identidade infantil.

Um conjunto de sinais específicos surgirão. A esses, denominou-se Síndrome da Adolescência Normal por um grupo de autores, que compreende:

1 - Busca de si mesmo e de sua identidade

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

2 - 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. Nele, todos estão vivendo o mesmo processo e sentem-se mais seguros, protegidos, amparados. O grupo representa de certa forma sua própria identidade.

3 - Necessidade de intelectualizar e fantasiar

O desenvolvimento do pensamento abstrato torna o adolescente capaz de intelectualizar, possibilitando-lhe 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.

4 - Crises religiosas

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

5 - 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.

6 - 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.

7 - Atitude social reivindicatória

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

8 - 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 pela ação, impulsiva e imprevisível, tanto do seu mundo externo como interno.

9 - 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.

10 - 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.

Essa visão da adolescência pode facilitar a compreensão das particularidades desse momento, o que então alguns autores denominam de semipatológica, pois em 20% dos adolescentes esses sinais podem indicar um processo mais intenso, prolongado e patológico. É, no entanto, importante evitarem-se rótulos. Apenas o acompanhamento cuidadoso do adolescente permitirá identificar o que é esperado nesse período e os sintomas de transtornos mentais que podem surgir nessa mesma época, como a depressão e o desencadeamento de psicoses.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL

Na adolescência, como em nenhum outro momento da vida, 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 freqüente que fique angustiado com estas situações.

O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuro-endócrinos, 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 enorme 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 a puberdade se caracteriza por:

- aceleração e desaceleração do crescimento até a sua parada;
- modificações na composição corporal que compreende 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 neuro-endócrino e o conseqüente desenvolvimento das gônadas e dos caracteres sexuais secundários (amadurecimento sexual).

O nível socioeconômico, doenças crônicas, fatores psicossociais, exercícios físicos, além de fatores geográficos e climáticos influenciam o crescimento. 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.

Crescimento pômdero-estatural

O adolescente cresce em média 8 a 10 cm/ano durante o estirão, sendo que o ganho estatural, em torno de 30 cm, é 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 do adulto. Há também o crescimento de todos os tecidos e órgãos, exceto o tecido linfóide, que apresenta involução. Há expansão do volume plasmático, aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, aumentando a pressão arterial.

Maturação sexual

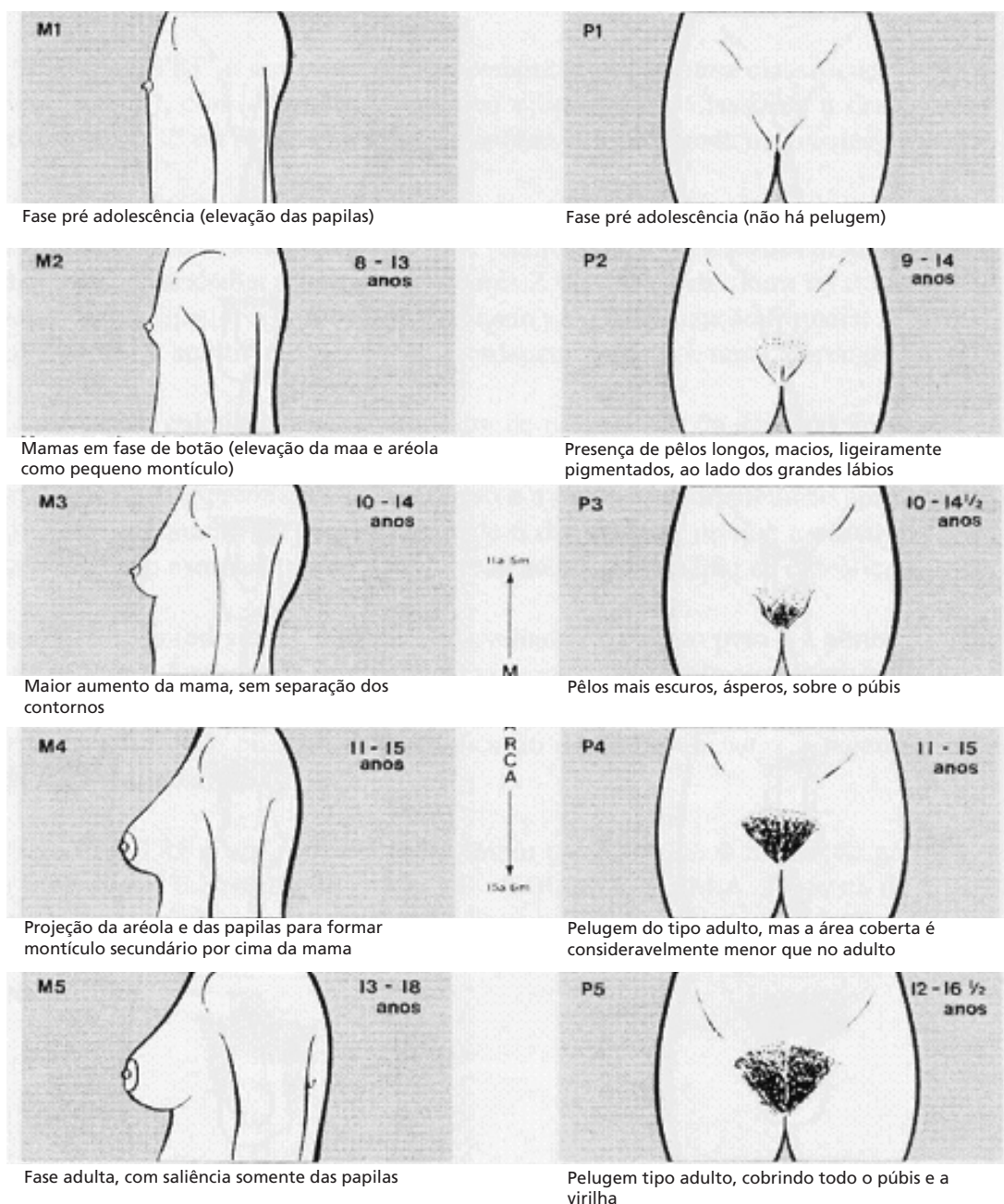
A seqüência das transformações corporais que constituem a maturação sexual abrange o desenvolvimento das gônadas, dos órgãos da reprodução e dos caracteres sexuais secundários. Denomina-se: telarca o aparecimento do broto mamário, ginecomastia ao aumento da glândula mamária em meninos, pubarca o aparecimento dos pêlos pubianos, semenarca a primeira menstruação, semarcara primeira ejaculação e 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 pêlos pubianos em ambos os sexos.

As figuras que seguem mostram o estadiamento proposto por Tanner. (Anexo 1: Tabela Estágios de Tanner).

CLASSIFICAÇÃO DE TANNER - ESTÁGIOS DA PUBERDADE

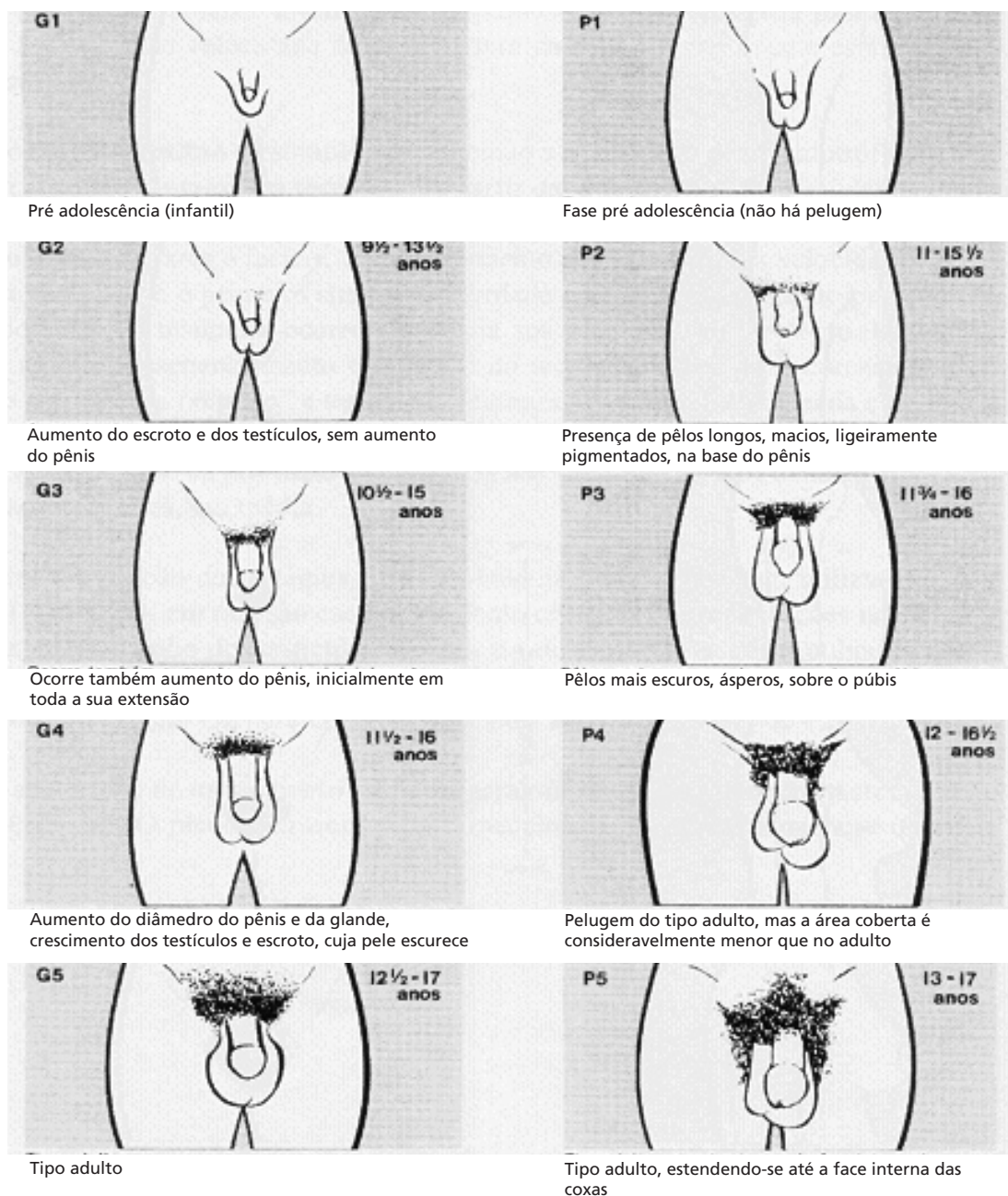
FEMININO



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.

CLASSIFICAÇÃO DE TANNER - ESTÁGIOS DA PUBERDADE

MASCULINO



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

Ser adolescente vivendo com HIV/aids

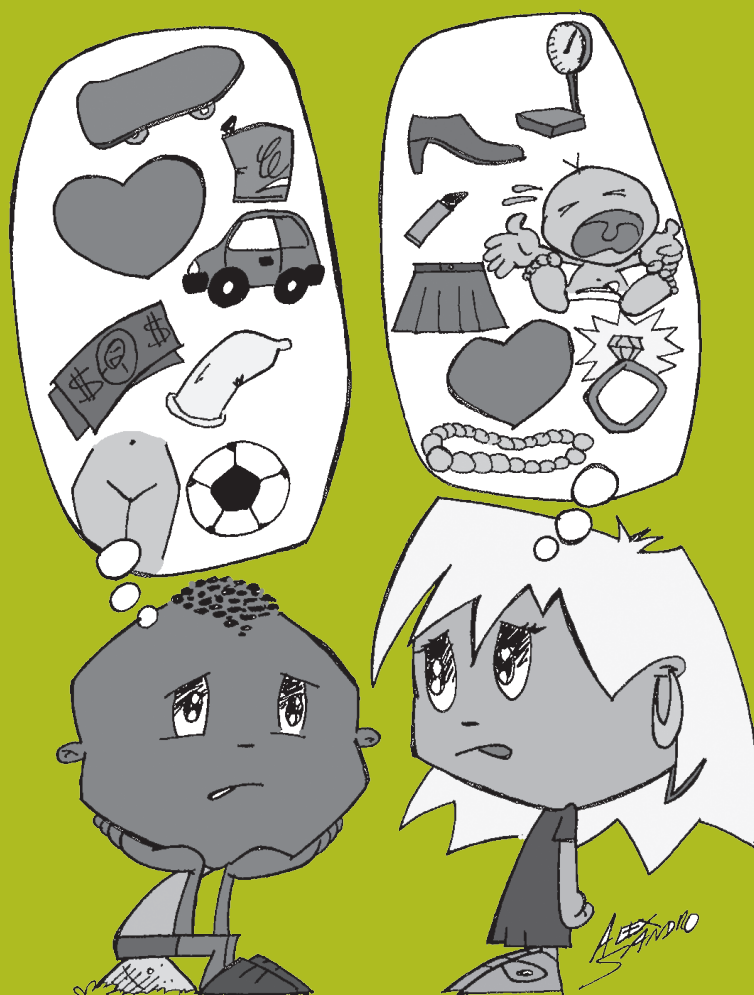
Para prestar uma assistência mais adequada ao adolescente vivendo com HIV/aids é importante considerar:

- Ele também está realizando a sua “travessia” para o mundo adulto. Além disso, tem questões que ultrapassam aquelas citadas para os adolescentes em geral.
- Pode haver atraso no desenvolvimento pondero - estatural e na maturação sexual.
- A fantasia de invulnerabilidade, própria do adolescente, pode dificultar a assimilação do viver com HIV/aids. Seguir um esquema terapêutico, comparecer ao serviço de saúde, realizar exames laboratoriais, principalmente se ainda não houver sintomas marcantes de doença, vai de encontro à sua maneira mágica de se relacionar com o tempo e com a idéia de indestrutibilidade e cura.
- A atitude contestadora e transgressora e a busca de independência podem dificultar ou mesmo impedem uma boa adesão ao tratamento. Dependendo de médicos, medicamentos, controles rigorosos de saúde estão 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
- Uma atitude independente em relação aos pais ou responsáveis pode ser adiada pela situação de saúde e necessidade de cuidados.
- 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;
- 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;
- Não subestimar o uso de drogas, inclusive anabolizantes, relações sexuais sem proteção;
- A auto-estima pode estar fragilizada pela doença, pela imagem corporal, ou pelos efeitos da medicação usada;
- O sentimento de solidão, o preconceito, a discriminação e o sofrimento moral existentes quando se carrega, em segredo, o diagnóstico de uma doença crônica.

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.

2

Saúde Mental: Aspectos Normais e Co-Morbidades



Saúde mental: aspectos normais e co-morbidades

A adolescência é um processo universal que assume peculiaridades de acordo com a cultura vigente, mas influenciado por gênero, sexualidade, auto-estima, relacionamentos, independência dos pais e impacto psicológico das mudanças físicas sobre o jovem.

Observa-se que algumas características do processo são mantidas ao longo dos séculos, reiterando a necessidade que a nova geração tem de contestar o mundo adulto e suas regras, visando à aquisição de uma identidade própria e diferente da geração que a antecede. Tal atitude baseia-se em um sentimento imprescindível de auto-suficiência e grandiosidade.

Na adolescência ocorre a definição de, pelo menos, quatro importantes grupos de tarefas universais ou etapas do desenvolvimento:

- definição do próprio self ou identidade;
- desenvolvimento da capacidade de separação e de elaboração dos sentimentos específicos sobre a família;
- desenvolvimento de relacionamentos amorosos;
- domínio dos próprios impulsos, assim como das funções e das capacidades corporais.

Durante esse longo processo de transição, pode ocorrer que algumas etapas do desenvolvimento não tenham sido ainda completamente adquiridas, favorecendo uma maior exposição a riscos. A falta de percepção da própria vulnerabilidade bem como a possível falta de capacidade cognitiva para lidar com eventos hipotéticos futuros e a necessidade de incorporar a sexualidade como parte integrante de sua identidade podem contribuir para isto.

O grupo tem uma função primordial na vida mental dos adolescentes, passando a influenciar comportamentos, inclusive de risco, para o jovem sentir-se aceito por seus pares.

Um grande número de autores associa comportamentos como o uso de drogas à pressão social do grupo, o que também pode ser um fator desencadeante de sexualidade de risco e potencial exposição ao HIV. Existem fatores de risco no grupo que estão associados ao uso de substâncias psicoativas por um adolescente: seu próprio uso, o uso pelos

companheiros, as atitudes sobre o mesmo, um grande apego entre os membros do grupo e as percepções e atitudes a respeito do uso de drogas pelos iguais.

A adolescência é um momento importante no ciclo de vida da família trazendo a necessidade de reconhecimento e adaptação frente às mudanças físicas e psicológicas que modificam os padrões de relacionamento. Os profissionais de saúde podem ser aliados importantes na melhoria da comunicação e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Em relação à sexualidade dos adolescentes, os pais ou cuidadores enfrentam o desafio de, por um lado deixar que sigam seu próprio curso de amadurecimento, sem pressioná-los em direção a práticas precoces, estimuladas pelo culto à sexualidade de nossa cultura, por outro, com o cuidado de não obstaculizá-la, uma vez que esta é natural e desejada.

O adoecimento de um filho altera o funcionamento familiar. São comuns os sentimentos de impotência e culpa dos pais frente a essa situação, especialmente no caso da aids. O desespero da ameaça de perda leva à utilização de mecanismos de defesa contra a depressão e o desânimo, numa seqüência de sentimentos comuns a todas as pessoas, desde o choque inicial e negação, passando por sentimentos de raiva e fúria, barganha, até depressão, e eventual aceitação ao final do processo.

Os dados da literatura relatam que jovens que apresentam abuso de substância, doença mental grave e/ou vítimas de abuso ou crimes sexuais têm riscos específicos e ampliados para a infecção pelo HIV. A avaliação psiquiátrica dos adolescentes com comportamento de risco pela equipe de saúde se torna privilegiada para detectar comportamentos específicos que possam ser modificados.

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes no Brasil atingiu taxas em torno de 10% em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes, semelhantes à população média dos países desenvolvidos. Em áreas urbanas e carentes (favelas) os índices foram mais elevados (aproximadamente 20%), sugerindo a presença de outros fatores (socioculturais, econômicos) que diferenciam as duas populações. Infere-se que uma grande parcela de adolescentes brasileiros, principalmente de áreas carentes, necessite de cuidados redobrados.

Embora as cifras de prevalência variem consideravelmente nos estudos, cerca de 10 a 20% de crianças e adolescentes parece ter um ou mais problemas mentais. Deve-se considerar que as estimativas elevadas de morbidez entre crianças e adolescentes podem expressar a dificuldade de traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e patológico nesta faixa etária.

No Brasil são poucos os estudos na área de Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na infância e adolescência, principalmente devido a questões metodológicas que permanecem indefinidas. Os estudos relatados por Fleitlich e Goodman evidenciam que os problemas de saúde mental na infância e adolescência são comuns e prejudicam o rendimento escolar e relacionamento social dos jovens. São problemas que tendem a persistir ao longo dos anos; a maioria dos jovens não recebe tratamento adequado ficando assim favorecida a ocorrência de eventos graves na vida adulta, como problemas de saúde mental, criminalidade, abuso de álcool e outras drogas, desemprego e dificuldades na educação dos filhos.

Foi constatado por diferentes autores que depressão, dependência de drogas ou personalidade anti-social, aumentam a chance de comportamento sexual de risco, doenças sexualmente transmissíveis e início precoce da vida sexual.

As práticas de risco nos adolescentes servem a diversos propósitos psicológicos. Podem ser uma forma de lidar com a ansiedade, frustração ou sentimento de inadequação. Tais comportamentos podem facilitar a participação em um grupo de iguais e melhorar a auto-estima. Níveis mais elevados de auto-estima foram relatados em adolescentes que praticavam comportamentos sexuais de risco e tinham maior número de parceiros sexuais. Esta situação também foi encontrada em adolescentes do sexo feminino com início precoce de vida sexual. Por outro lado, outro estudo demonstrou que as jovens que não tinham doenças sexualmente transmissíveis e praticavam sexo seguro apresentaram auto-estima maior.

Sabe-se também que a infecção pelo HIV está associada a uma mudança na vida dos indivíduos, acarretando custos emocionais, financeiros e perdas de perspectivas de futuro. Assim, o estresse na vida dos indivíduos infectados pode precipitar o aparecimento de transtornos mentais, como quadros de ansiedade e de depressão. Além disso, o vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (HIV-1), pode levar a infecção do sistema nervoso central (SNC), com complicações neuropsiquiátricas que podem ser os primeiros sinais da doença em cerca de 10% dos pacientes.

A avaliação da saúde mental dos adolescentes infectados pelo HIV em atendimento psiquiátrico em serviços de Saúde Mental americanos mostra alta frequência de depressão, ansiedade, transtorno de humor bipolar e seqüela de abuso sexual em jovens soropositivos, assim como uso de substância e práticas sexuais de risco. Muitas dessas condições precederam a infecção pelo HIV e foram exacerbadas pelo resultado positivo do teste anti-HIV.

A avaliação da saúde mental do adolescente vivendo com HIV associada à avaliação clínica é fundamental, uma vez que esta condição está relacionada a fatores estressantes, como as exigências do tratamento, estigma, medo, dentre outras. Algumas síndromes psiquiátricas clássicas (por ex: transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos psicóticos) estão frequentemente associadas ao HIV, podendo ser o único sinal inicial de infecção pelo vírus. Esta avaliação é complexa e requer múltiplas fontes de informação: o paciente, seus pais, a escola, o médico clínico, avaliações prévias, assim como a interação familiar.

O conhecimento do contexto e objetivos do encaminhamento para avaliação de saúde mental é de importância fundamental, assim como a coleta cuidadosa da história do paciente. O desconhecimento destes aspectos, pode levar o profissional a não identificar o patológico, especialmente em relação ao comportamento do adolescente. O encaminhamento precoce para avaliação por especialista possibilita um atendimento mais adequado.

Um pré-requisito para este profissional é o conhecimento aprofundado do desenvolvimento normal e sua variabilidade, bem como das reações psicológicas comuns frente às vicissitudes do mesmo. A coleta da história e o exame do estado mental ocorrem no contexto de entrevistas clínicas, sendo fundamental o treinamento e experiência prévia do psiquiatra, possibilitando uma avaliação ampla e global das dificuldades do paciente, bem como de seus potenciais. A avaliação de adolescentes requer uma aproximação diferenciada e adequada ao paciente, sendo de crucial

importância o desenvolvimento de uma relação de confiança que permita o acesso a assuntos mais delicados, como uso de drogas, pensamentos suicidas, relações sexuais e outros.

As entrevistas estruturadas, questionários e escalas para pacientes, pais e professores foram desenvolvidas para melhorar a confiabilidade e validade das informações e observações diagnósticas, sendo atualmente disponíveis um grande número delas. São mais utilizadas em ambiente de pesquisa e muitas vezes suas conclusões não englobam a complexidade do diagnóstico psiquiátrico nessa fase do desenvolvimento. Exemplos de entrevistas estruturadas são:

- O CBCL (Child Behavior Checklist): é um questionário que avalia competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes entre 4 e 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais ou responsáveis, através do preenchimento de 138 itens que depois são analisados através de escores.
- HEEADSSS (Home, Education, Eat, Actitives, Drugs, Suicid, Sexualite e Safe): é uma forma de abordagem do comportamento dos adolescentes nas áreas de moradia, educação, hábitos alimentares e imagem corporal, atividades, sexualidade, ideação suicida e reação com a segurança. É composto de questões abertas para propiciar uma avaliação mais ampla.

O tratamento dos adolescentes vivendo com HIV/aids deve ser planejado levando em conta as necessidades individuais nesse momento específico do desenvolvimento, bem como os recursos das equipes que os cuidam. O desenvolvimento de um plano terapêutico para os adolescentes vivendo com HIV requer considerações globais e reflexão sobre o contexto bio-psicossocial da doença.

As decisões devem considerar as recomendações padrão para o tratamento psiquiátrico do transtorno identificado, bem como o estágio de evolução da infecção pelo HIV e as intervenções médicas para lidar com a mesma. Ao mesmo tempo, o psiquiatra deve estar consciente que as reações emocionais e os conflitos podem interferir na capacidade do paciente seguir as recomendações médicas, com conseqüente efeito no seu estado físico.

Segundo a APA - American Psychiatry Association deve-se incluir os seguintes fatores no manejo dos pacientes vivendo com HIV/aids:

- a) Estabelecer uma aliança terapêutica;
- b) Colaborar e coordenar o cuidado com outros médicos e equipes, de forma integrada;
- c) Diagnosticar e tratar os transtornos psiquiátricos associados;
- d) Facilitar a adesão ao plano geral de tratamento;
- e) Informar o paciente sobre os transtornos psicológicos, psiquiátricos e neuropsiquiátricos associados à infecção pelo HIV;
- f) Providenciar estratégias de redução de riscos para minimizar a disseminação do HIV;
- g) Maximizar o funcionamento adaptativo, social e psicológico;
- h) Avaliar o papel da religião e espiritualidade como fonte de apoio para o paciente;
- i) Preparar o paciente para enfrentar situação de incapacidade e morte;
- j) Aconselhamento familiar para as figuras de apoio do paciente.

Os transtornos psiquiátricos da criança e do adolescente vivendo com HIV dependem de fatores como a idade e o estágio do desenvolvimento, do estágio de evolução do HIV, da situação psicossocial e da vulnerabilidade para os transtornos psiquiátricos. Esses são comuns em jovens infectados, com taxas aproximadas de 30% para transtornos afetivos e 25% para TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Como os transtornos de ansiedade e afetivos são os mais facilmente negados pelos familiares do que os que envolvem alteração de comportamento, o psiquiatra deve estar mais atento a eles. Os psiquiatras, especialmente os da infância e adolescência, necessitam apoiar a criança em desenvolvimento que chega à adolescência, a enfrentar esse período complexo de forma adequada.

A psicoterapia pode ser de grande auxílio para o jovem enfrentar o desafio maior que representa a sexualidade nesse contexto. Para muitos jovens, a sexualidade está associada à sua doença. Para outros, o comportamento de risco pode representar uma identificação com os pais, uma forma de enfrentar o trauma ou a resposta à raiva de ter sido infectado pelo HIV. As questões de prática de risco e a autonomia nesses jovens infectados têm grandes implicações para a prevenção da disseminação do HIV, adesão ao tratamento e enfrentamento de uma doença crônica como a aids.

3

Aspectos
Epidemiológicos
da Infecção em
Adolescentes no Brasil

Aspectos Epidemiológicos da Infecção em Adolescentes no Brasil

Aproximadamente um terço da população mundial encontra-se na faixa etária entre 10 e 24 anos e, segundo a OMS, é nesta faixa de idade que se concentra metade das infecções por HIV. A maioria dos jovens torna-se sexualmente ativa na adolescência e muitos antes dos 15 anos de idade. No Brasil, estima-se que, anualmente, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos.

Em pesquisa realizada entre jovens do sexo masculino, conscritos do Exército do Brasil, sexualmente ativos e que se apresentaram no ano 2002, 20,3% tiveram iniciação sexual com menos de 14 anos de idade, sendo que na região Norte esse percentual foi de 30,2%. Quanto ao uso de preservativo, 54,5% relataram ter feito uso na primeira relação sexual, variando de 63,7% na região Sul e 36,9% na região Norte. Quanto à parceria, 57,0% declararam uso regular do preservativo com parceiras casuais. Como forma de transmissão da aids, mais de 90% citou o compartilhamento de seringa e prática sexual sem uso do preservativo.

A vigilância epidemiológica da aids utiliza as informações do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação é obrigatória, em formulário padronizado e está prevista em Portaria do Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Programa Nacional de DST e Aids.

A história natural da infecção pelo HIV vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia anti-retroviral (ARV) que retarda sua evolução e o surgimento das manifestações definidoras de aids.

O componente de vigilância epidemiológica tem como propósito acompanhar a tendência temporal e espacial da doença e comportamentos de risco para orientar as ações de prevenção e controle do HIV/aids e conseqüentemente reduzir a morbi-mortalidade.

As principais estratégias desse componente estão fundamentadas na notificação dos casos confirmados de aids pelos serviços de saúde, notificação de gestantes HIV+ e crianças expostas, estudos comportamentais, estudos sorológicos com base populacional e utilização de outras fontes de informação (Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM, Sistema de Informações Hospitalares – SIH etc).

O primeiro caso de aids no Brasil foi diagnosticado em 1980, no estado de São Paulo. Até junho de 2005, 371.827 casos de aids foram notificados, sendo 85,2% em indivíduos de 20 a 49 anos de idade e 2,4 % em indivíduos de 10 a 19 anos de idade (adolescentes), representando 8.912 casos. Os casos em adolescentes concentram-se principalmente nas regiões Sudeste e Sul. No início da década de 90 a maior taxa de incidência foi

observada na região Sudeste, a partir de 1996 tem sido observada maior taxa na região Sul. Entre os estados da região Sul, o estado do Rio Grande do Sul vem apresentando as maiores taxas, seguido de Santa Catarina.

É importante observarmos o significativo aumento de casos nos grupos de 10 a 14 e de 15 a 19 anos; principalmente se considerarmos que as infecções que motivaram os casos notificados no início da vida adulta, ou seja, em pessoas com idade entre 20 e 24 anos, muito provavelmente ocorreram durante a adolescência. A tabela 1 mostra o número de casos notificados, por faixas etárias, em diferentes períodos.

Tabela 1 – Distribuição de casos de aids segundo período de diagnóstico, idade e sexo. Brasil, 1980 a junho de 2005.

Idade e sexo	10 a 14 anos		Razão sexo	15 a 19 anos		Razão sexo
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
Período de notificação						
1980 - 1989	119	13	9:1	537	107	5:1
1990 - 1999	336	164	2:1	2.618	1.706	1,5:1
2000 - 2005*	365	400	0,9:1	1.068	1.485	0,7:1
Total	820	577	1,4:1	4.223	3.297	1,5:1

* Dados até 30 de junho de 2005

A evolução da epidemia nos adolescentes homens e nas adolescentes mulheres seguiu características distintas. Até 1997, o número de adolescentes homens infectados foi maior se comparada com adolescentes mulheres. No início da década de 90, foi observada uma incidência de 3,4 casos em adolescentes homens para cada caso em adolescente mulher. A partir de 1998, tem-se observado uma inversão na razão de casos por sexo. Essa inversão ocorreu em todas as regiões do Brasil, ficando mais evidenciada na região Sul.

No que diz respeito à categoria de exposição do HIV, o diagnóstico da situação da aids entre os jovens brasileiros de 10 a 19 anos é dificultado pelo expressivo percentual de casos sem essa informação. A tabela 2 mostra os casos de aids em adolescentes, de acordo com a categoria de exposição.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de aids em adolescentes segundo categoria de exposição. Brasil, 1980 - junho de 2005

Idade e sexo	10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Categoria de exposição				
Homo/bissexual	32 (3,9%)	-	1.032 (24,4%)	-
Heterossexual	32 (3,9%)	192 (33,3%)	659 (15,6%)	2.518 (76,51%)
UDI	85 (10,4%)	24 (4%)	1.591 (37,7%)	485 (14,7%)
Hemofílico	149 (18,2%)	-	197 (4,7%)	-
Transfusão	44 (5,4%)	27 (4,7%)	26 (0,6%)	9 (0,3%)
Perinatal	145 (17,7%)	145 (25%)	14 (0,3%)	22 (0,7%)
IGN	333 (40,6%)	189 (33%)	704 (16,7%)	258 (7,8%)
Total	820	577	4.223	3.292

Os 18% de meninos e 37% de meninas com idade entre 10 e 14 anos infectados por contato sexual e uso de drogas endovenosas revelam a urgência de ações preventivas durante a infância.



**Avaliação Clínica do
Adolescente Vivendo
com HIV/Aids**

Avaliação Clínica do Adolescente Vivendo com HIV/ Aids

Considerando a evolução clínica, dois grupos de adolescentes são acometidos com características distintas:

- 1) Grupo de aquisição vertical do HIV: Podem ter diagnóstico na infância ou na adolescência. Constituem grupo que apresenta comprometimento imunológico e exposição a ARV variáveis. São mais novos e usualmente, encontram-se nos estágios iniciais da puberdade, podendo ocorrer retardo puberal e alterações de desenvolvimento neuro-cognitivo. Os que tiveram diagnóstico durante a infância caracterizam-se por apresentar vínculos sólidos com o serviço de saúde e cuidadores, uma vez que geralmente estão em tratamento há muitos anos.

Os principais problemas encontrados na assistência a este grupo são: revelação do diagnóstico, orfandade, desestruturação familiar e início da atividade sexual. Parte desse grupo atinge a adolescência expostos a múltiplos regimes ARV, apresentando vários efeitos adversos, com reduzidas opções terapêuticas, necessitando acesso a novas drogas, por vezes ainda não aprovadas para sua faixa etária. Em alguns casos, cuidados paliativos para a manutenção da qualidade de vida são prioritários.

- 2) Grupo de aquisição horizontal do HIV: mais velhos, usualmente estão nos estágios finais da puberdade, recentemente infectados, com pouca ou nenhuma exposição a ARV; apresentam vínculos frágeis com o serviço de saúde e cuidadores. Indivíduos neste grupo, freqüentemente, apresentam agravos sociais diversos, dificuldade em buscar os serviços de saúde, problemas escolares e de inserção profissional.

Muitos são identificados a partir de exames anti-HIV realizados no pré-natal, agravando a situação da maternidade/paternidade na adolescência. Grupos marginalizados como população de rua, profissionais do sexo e usuários de drogas têm ainda maiores dificuldades de acesso aos serviços e freqüentemente chegam em estados mais avançados da infecção. É comum a ocorrência de distúrbios psiquiátricos, requerendo atenção especializada e demanda por suporte jurídico e social.

Para muitos adolescentes vivendo com HIV/aids, o acompanhamento clínico por profissionais capacitados, pode ser uma oportunidade única de obter informações importantes à sua saúde e de desenvolver ou resgatar valores pessoais. Os capítulos sobre “Aconselhamento e revelação”, “Tratamento e adesão” e “Formação de equipes e estruturação de serviços” discutem aspectos complementares à avaliação clínica e que acontecem simultaneamente.

A consulta pode ocorrer com a presença de acompanhantes/cuidadores. Porém, é importante que seja propiciado momento exclusivo com o adolescente que permita a abordagem de assuntos pessoais como condições sociais, uso de drogas, vida sexual e outros.

Nesta faixa etária, é particularmente importante assegurar condições onde profissional e paciente estejam seguros em relação aos procedimentos necessários ao exame físico, que inclui a avaliação da maturação sexual; por isso, não é recomendável que o profissional conduza essa parte da consulta sem a presença de outra pessoa no consultório (profissional ou acompanhante).

Características da adolescência podem propiciar o surgimento de situações constrangedoras e falsas interpretações geradas durante a entrevista e o exame físico.

Uma vez que a infecção pelo HIV/aids pode acometer qualquer órgão, o exame físico deve ser minucioso, com revisão de todos os sistemas e deve incluir:

- 1) avaliação de estado nutricional;
- 2) exame de pele e anexos, buscando dermatite seborréica, molusco contagioso, verrugas, piodermites, lesões herpéticas ativas ou cicatriciais, psoríase e lesões pápulo-pruriginosas;
- 3) exame de cadeias ganglionares, caracterizando volume, número, sensibilidade e mobilidade, considerando a possibilidade de tuberculose ganglionar e neoplasias;
- 4) exame de cavidade oral e orofaringe, avaliando as condições das gengivas e lesões sugestivas de candidose e leucoplasia pilosa;
- 5) exame de genitália e região perianal, com atenção para lesões ulceradas, vegetações, vesículas e presença de secreções;
- 6) exame de sistema nervoso, incluindo sinais de neuropatia periférica, de irritação meníngea e de lesões expansivas do SNC;
- 7) exame de fundo de olho, especialmente em pacientes com contagens de CD4 inferiores a 100 células/mm³, pelo maior risco de retinite por citomegalovírus.

Os adolescentes devem ser reavaliados a cada dois ou três meses, dependendo de suas condições clínicas e rotina dos serviços. A cada consulta, as condições de vida devem ser reavaliadas, pois nessa fase podem mudar rapidamente. Sugerimos a utilização de ficha padronizada para a entrevista de admissão no programa e outra para as consultas de seguimento. A seguir, incluímos relação de itens sugeridos para avaliação e acompanhamento clínico-laboratorial de adolescentes vivendo com HIV/aids, que podem ser utilizadas na elaboração das fichas adaptadas a cada serviço.

Avaliação clínica e laboratorial inicial de adolescentes vivendo com HIV

Identificação e dados sociais:

Nome

Data de nasc.:	Idade:	Sexo:	Procedência:
----------------	--------	-------	--------------

Endereço:

Profissão, escolaridade, horário do colégio ou do trabalho, atividades extra-classe

Pessoas com quem reside, quem é a pessoa mais próxima ao adolescente, o responsável legal, endereço e telefone para contato (devemos perguntar se podemos contactá-lo por telefone; freqüentemente adolescentes perdem consultas agendadas, mas costumam responder bem a um telefonema por parte da equipe).

Possíveis fontes de suporte social, pessoas que sabem do diagnóstico

História de violência (física, emocional ou sexual)

Situação legal (se é dependente dos pais ou emancipado)

Problemas com a lei

Dados referentes à infecção pelo HIV e outros problemas de saúde:

Razão para fazer o anti-HIV (se pertinente)

Forma de aquisição do HIV

Idade ao diagnóstico, classificação CDC na época do diagnóstico (se disponível)

Histórico de infecções oportunistas, uso de profilaxias primárias e secundárias

História do uso prévio de antiretrovirais

Classificação CDC atual

Sintomas presentes no momento da primeira consulta

Tabela com resultados de exames de avaliação de imunidade (CD4/CD8) e carga viral

História de internações, doenças comuns da infância, alergias, problemas psiquiátricos (inclusive tentativas ou pensamentos em suicídio), contato ou história de tuberculose, vacinas (trazer cartão da infância, se não tiver encaminhar para vacina contra tétano e Hepatite B, dependendo da sorologia)

Os pacientes provenientes de serviços de aids pediátrica devem ser encaminhados com resumo de seu acompanhamento.

História de maturação e desenvolvimento sexual

Data da pubarca, semearca e menarca, periodicidade dos ciclos menstruais, data da última menstruação

Idade do início da vida sexual, padrão de relacionamentos sexuais, número e gênero de parceiros, se o(s) parceiro(s) conhecem seu status HIV, uso de anticoncepcionais, uso e freqüência de preservativos, conhecimento sobre práticas de sexo seguro, e formas de transmissão do HIV, história gestacional, número de filhos, estado sorológico dos filhos em relação ao HIV, DST e abuso sexual.

História de uso de substâncias psicoativas

Uso e abuso de álcool, tabaco, maconha, *ecstasy*, cocaína, *crack*, opiáceos, esteróides anabolizantes ou outras drogas inalantes ou injetáveis. Especificar o tipo de droga, avaliar existência de dependência perguntando se têm ocorrido problemas relacionados ao uso da droga (escola, trabalho, família ou Lei), a via de uso, a quantidade, freqüência e história de tratamento.

História familiar

Heredopatias, uso de drogas, infecção pelo HIV entre familiares

História alimentar

(vide cap. 9—Avaliação nutricional)

Exame físico

Exame físico completo

Cálculo Índice de Massa Corporal (IMC) e superfície corporal

Estadiamento de Tanner

Exames laboratoriais

Teste anti-HIV com confirmatório

Hemograma completo com contagem de plaquetas

Contagem de linfócitos CD4 e CD8

Quantificação de carga viral plasmática

Dosagem de uréia, creatinina, ALT, AST, fosfatase alcalina, proteína total e frações, glicemia, amilase, lipase, colesterol, triglicerídeos

Sorologia para sífilis, hepatites A, B e C, Toxoplasmose, CMV

Parasitológico de fezes

Exame de urina

RX tórax

Reação de Mantoux (PPD)

Para adolescentes com vida sexual ativa: exame Papanicolau, colposcopia, pesquisa para clamídia, gonorréia e tricomonas

Acompanhamento Clínico e Laboratorial de Adolescentes vivendo com HIV/aids**A cada 3 ou 4 meses**

História clínica: atualização das condições sociais, história sexual, saúde mental e história alimentar, intercorrências clínicas, verificação de adesão aos ARVs e medicações profiláticas.

Exame clínico: peso, altura, IMC, estadiamento de Tanner, pesquisa de sinais de lipodistrofia

Exames laboratoriais: Hemograma completo com contagem de plaquetas, contagem de linfócitos CD4 e CD8, quantificação de carga viral plasmática, dosagem de uréia, creatinina, ALT, AST, glicemia, amilase e lipase (se em uso de ddl), colesterol e triglicerídeos (se em uso de anti-retrovirais)

Avaliações adicionais conforme indicação clínica:

Estudo de hemoglobina

Exame de urina e urinocultura

Teste de gravidez, quando indicado

Sorologia para Epstein-Barr, rubéola, varicela e herpes

Genotipagem do HIV

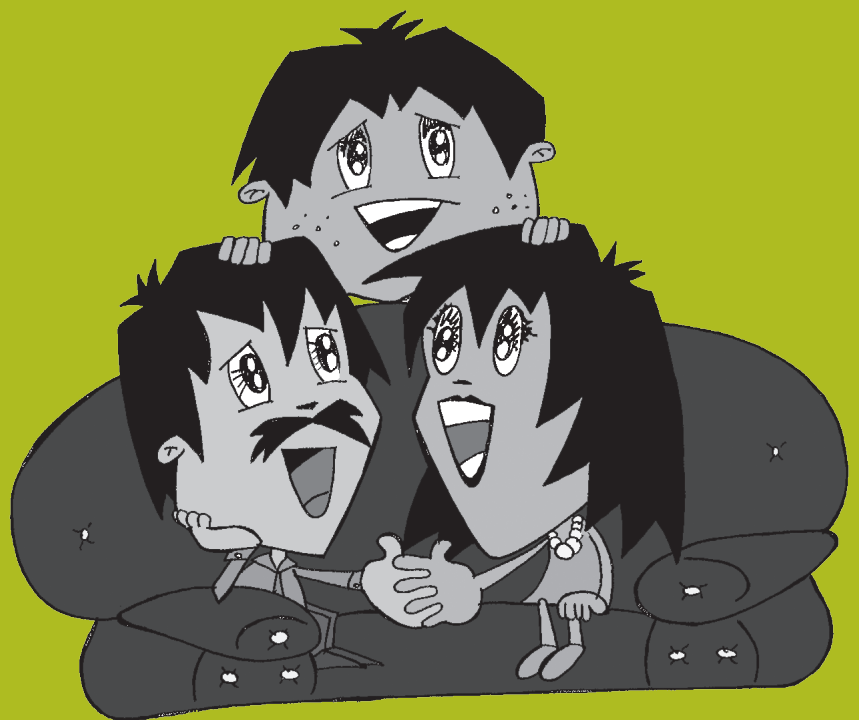
Imunização para adolescentes vivendo com HIV/aids

Vacina	Quando está indicada
Tríplice ou dupla viral	Todos que não tiverem comprovação de ter recebido duas doses
Hepatite B	Todos os que não tiverem imunidade*
Dupla bacteriana (dT) (reforço)	Todos
Anti-pneumocócica	Todos, a cada 5 anos
Influenza	Todos, anualmente
Hepatite A	Os que não tiverem anticorpos
Varicela	Adolescentes não imunes, CD4 > 500/mm ³

*Anti-HBc negativo e anti-HBs < 10,0 UI/

5

A Abordagem a Familiares/Cuidadores



A Abordagem a Familiares / Cuidadores

O modelo tradicional de atendimento para adolescente muitas vezes deixa a família na sala de espera. A participação da família quando presente na consulta limita-se a dar informações a respeito do quadro do adolescente ou sobre o andamento de seu tratamento. Existe, porém, uma outra forma de trabalho onde o adolescente é atendido em família com uma participação mais ativa e atuante desta, denominada Terapia Familiar com abordagem sistêmica.

A participação da família é sempre importante, principalmente em situações especiais como uso de drogas, vivências de violência sexual e física, obesidade, tentativas de suicídio, depressão, anorexia, e ocorrência de outras doenças crônicas. Essas são situações que exigem melhor comunicação entre família e profissionais de saúde para minimizar esses riscos.

As dificuldades da família em dar suporte ao adolescente vivendo com HIV/aids variam em função da forma de aquisição da infecção pelo HIV. Nas famílias em que ocorreu transmissão vertical, freqüentemente existem dificuldades relacionadas a perdas de familiares, doença e sentimentos ambivalentes como culpa e castigo. Quando a infecção é adquirida por via sexual ou pelo uso de droga, vem revelar comportamentos nem sempre conhecidos e/ou aceitos pela família e comunidade.

É importante compreender o adolescente dentro do seu "sistema familiar". Cada família tem suas próprias maneiras de resolver conflitos, e sempre o faz de acordo com sua historicidade. Se um componente da família muda, o sistema muda, só que nem sempre da maneira como o profissional entende como mais adequada, mas como a própria família opera mudanças.

Um sistema familiar é formado pelo conjunto de todas as pessoas que participam daquela configuração familiar; sendo chamados de subsistemas os componentes como pais, filhos, irmãos etc; mais a soma de todas as inter-relações entre seus componentes. Estas inter-relações fazem surgir características nas partes que talvez não surgissem por si só, ou em outro sistema. O esforço da equipe deve ser no sentido de incluir os familiares no acompanhamento e isso constitui o que denominamos de trabalho em rede.

Culturalmente temos um modelo do que seja uma família: a tradicional ou nuclear com pai, mãe e filhos. Freqüentemente, em vez desse modelo, nos deparamos com outras configurações familiares: mono parental, com um só dos pais, reconstituída através dos recasamentos, trigeracionais com a participação dos avós, entre outras. Nas famílias dos adolescentes que vivem com HIV/aids encontramos freqüentemente

situações que aumentam sua vulnerabilidade, tais como: orfandade, doença dos pais ou irmãos, privações, adoção e institucionalização.

Construir uma parceria com a família é a melhor estratégia em termos de ação e prevenção em saúde ou educação. É eficiente, positivo, produtivo e incluyente, ampliando as possibilidades de se promover mudanças.

A equipe deve acreditar que a família é a princípio competente para ajudar o adolescente quando ele apresenta dificuldades. Por vezes a família não sabe que é competente. Não sabe como utilizar os instrumentos que tem, pois diante de suas dificuldades e tentativas frustradas, acredita que um profissional, um especialista é sua única saída. Por outro lado, o profissional equivocadamente toma para si a responsabilidade de solucionar o problema, às vezes extremamente complexo.

O que se coloca em discussão é a maneira como o profissional acolhe esse pedido de ajuda. Familiares e cuidadores chegam, em geral, se sentindo impotentes e culpados pelas dificuldades dos adolescentes. Em função desses sentimentos podem delegar esses cuidados integralmente para o profissional. A confiança depositada é preciosa e importante. O profissional ao aceitar “tratar” o adolescente, pode aparecer como salvador e acaba muitas vezes por confirmar aos familiares e/ou cuidadores seus sentimentos de impotência e fracasso. Estes partem aliviados, por terem em quem depositar suas angústias e esperanças, porém permanecem fora do processo.

A família, contudo, pode ser acolhida de outra forma quando a equipe compartilha com ela suas dificuldades e deixa bem claro que ela é quem mais conhece aquele adolescente.

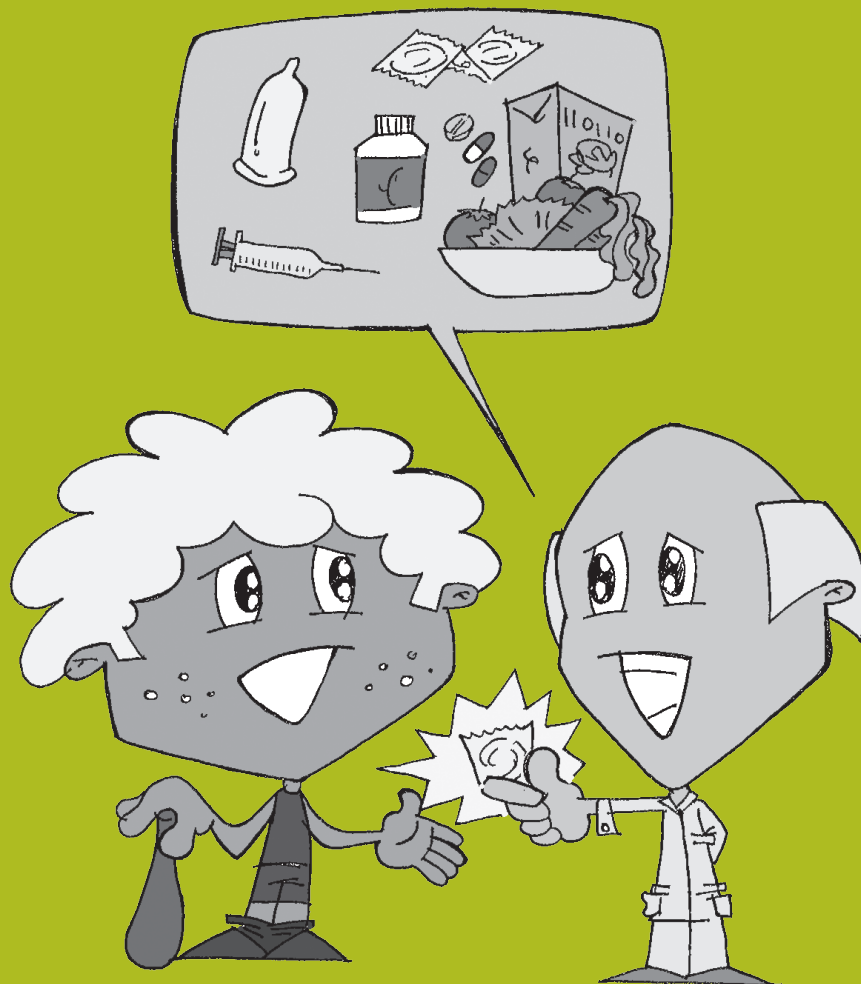
A equipe deve facilitar à família a percepção de seus instrumentos e possibilidades, valorizando seus aspectos positivos, para que ela se sinta confiante e cada vez mais segura e competente.

Estimular a troca de experiências entre familiares e cuidadores em atividades de grupo pode facilitar este processo. É importante que familiares e cuidadores percebam que os vínculos afetivos são instrumentos poderosos para ajudar os adolescentes nas dificuldades. O trabalho com familiares propicia o fortalecimento de vínculos e o aproveitamento de redes sociais de apoio.

É função dos serviços/equipes de saúde respeitar, valorizar e estimular esses vínculos.

6

Aconselhamento pré e pós Teste Anti- HIV e Revelação do Diagnóstico ao Adolescente



Aconselhamento Pré e Pós-Teste Anti-HIV e Revelação do Diagnóstico ao Adolescente

Aconselhamento é uma abordagem onde se busca estabelecer uma relação de confiança visando a proporcionar condições para que a pessoa avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids.

No contexto da epidemia do HIV/aids, a prática de aconselhamento tem se configurado como uma estratégia de prevenção de suma importância, sendo parte essencial do processo de diagnóstico do HIV, contribuindo na redução do impacto da revelação do diagnóstico e na melhoria do autocuidado. Para orientar a realização dessa prática, foram sistematizados procedimentos pré e pós-teste com conteúdos bem definidos, que auxiliam o profissional/serviço a incorporar uma concepção de trabalho e a lógica da promoção de saúde e prevenção do HIV, hepatites e outras DST.

Quem faz o aconselhamento

Todos os profissionais da equipe de saúde, após capacitação específica, poderão realizar o aconselhamento, respeitando as atribuições estabelecidas por sua categoria profissional. Para isso, é fundamental que os profissionais:

- tenham informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre DST, HIV e aids;
- reconheçam suas próprias limitações e potencialidades;
- percebam as necessidades da pessoa em atendimento considerando a singularidade de cada adolescente;
- adotem uma postura de acolhimento, valorizando o que a pessoa sabe, pensa e sente a respeito de si mesma.

Cabe à equipe de saúde funcionar de maneira integrada e organizar-se para que o aconselhamento seja incorporado na rotina e desenvolvido durante o processo de atendimento dos usuários. Para que o aconselhamento seja viável, os profissionais devem reconhecer os próprios limites, rever seus conceitos e preconceitos e saber que nem sempre terão respostas para tudo.

Processo de aconselhamento

O processo de aconselhamento inclui componentes educativos, de avaliação de risco e de apoio emocional.

No momento educativo, há a troca de informações sobre DST/HIV/aids, o esclarecimento de dúvidas, verificação de informações equivocadas, orientação e demonstração do

uso correto de preservativo, esclarecimento sobre o teste anti-HIV e informação sobre a disponibilização de insumos de prevenção.

A *avaliação de risco* consiste num diálogo objetivo sobre estilo de vida, exposições a situações de risco relacionadas a práticas sexuais, uso de drogas e histórico de DST, levando o usuário a perceber suas práticas de risco e suas possibilidades de proteção.

O *apoio emocional* deve permear o atendimento do início ao fim. Requer sensibilidade e acolhimento de sentimentos difíceis que geralmente se manifestam no momento do diagnóstico e um período posterior. Dependendo do usuário, estes sentimentos são mais facilmente explicitados; em alguns casos, necessitam de ajuda para serem expressados e minimamente trabalhados, contribuindo para superação de crises, adaptação à condição sorológica positiva e adoção de novos hábitos, que provavelmente serão necessários. Uma condição fundamental neste processo é o estabelecimento de uma relação de confiança com o usuário para o atendimento de suas necessidades específicas.

Para a realização do processo de aconselhamento é necessário:

No momento do pré-teste:

- reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações;
- identificar com clareza as necessidades do usuário ou do grupo;
- facilitar a expressão de sentimentos e prestar apoio emocional;
- explorar as situações de risco do usuário ou grupo (práticas sexuais de risco, uso de drogas, histórico de DST) e medidas de prevenção específicas;
- trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário;
- considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção nesse período;
- enfatizar a relação entre DST e HIV;
- reforçar a necessidade do atendimento do(s) parceiro(s) sexual(is) e/ou daquele(s) que compartilha(m) os materiais para uso de drogas;
- identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros, amigos, trabalho, outros);
- ajudar a pessoa a reconhecer suas responsabilidades e identificar dificuldades para a adoção de práticas mais seguras, reforçando sua auto-estima e autoconfiança;
- oferecer o teste anti-HIV e solicitá-lo, com o consentimento do usuário;
- informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais;
- encaminhar o paciente para outros serviços, quando necessário, incluindo atendimento psicoterápico e/ou grupos comunitários de apoio.

Para gestantes, além das informações referidas acima, explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da infecção materna, quanto para a prevenção da transmissão vertical.

Aconselhamento pós-teste anti-HIV

Diante de resultado negativo

- informar que um resultado negativo pode significar duas situações: a pessoa não está infectada, ou foi infectada tão recentemente que seu organismo não produziu anticorpos numa quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (“janela imunológica”);
- na hipótese de “janela imunológica”, orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar a necessidade de não-exposição ao risco de infecção para o HIV e outras DST;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- lembrar que a realização regular/freqüente do teste não é uma medida preventiva;
- discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas;
- com os usuários de drogas, reforçar os benefícios do uso exclusivo de materiais para o consumo de drogas injetáveis e disponibilizar o kit de redução de danos;
- lembrar que o uso de algumas drogas, mesmo lícitas, podem alterar a percepção de risco, prejudicando a adoção de práticas seguras.

Diante de resultado positivo

- reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem anti-HIV;
- garantir à pessoa o tempo necessário para que ela assimile o impacto do diagnóstico e expresse dúvidas, sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc);
- lembrar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é tratável e a importância de acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção;
- encaminhar o paciente para o serviço especializado, com atendimento multidisciplinar e grupos comunitários de apoio;
- discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas;
- reforçar a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas, no caso de usuários de drogas injetáveis, lembrando a necessidade de redução de riscos de reinfecção e transmissão para outros.

Para a jovem gestante soropositiva, além das informações acima:

- reafirmar a importância do tratamento para redução da transmissão vertical,
- em caso de carga viral alta no momento do parto, recomenda-se a cesariana eletiva (realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras)* para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, o que reforça a importância da adesão a TARV;
- para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT solução oral logo após seu nascimento, e mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias);

- esclarecer sobre a transmissão pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher (amamentação pela ama de leite), sendo indicado apenas o uso de leite artificial (fórmula infantil) ou proveniente de bancos de leite;
- toda criança exposta ao HIV terá, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o acompanhamento em serviço especializado de pediatria;
- é necessário que o(s) parceiro(s) realize(m) o teste anti-HIV;
- é importante o uso correto do preservativo (masculino ou feminino) durante todas as relações sexuais, com vistas na prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo HIV e de outras DST;
- é necessário realizar o teste de todos os filhos;
- é importante estar disponível para conversar com a jovem gestante e com o parceiro, e minimizar conflitos sobre o HIV/aids, para que ela possa vivenciar melhor o projeto do filho e a possibilidade de uma relação soro-discordante;

O profissional de saúde deve garantir o tempo necessário para que o jovem, e somente ele, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte emocional necessário nesse processo.

O profissional de saúde deverá apoiar a portadora de HIV quanto à recomendação de não- amamentar, colaborando para o fortalecimento do vínculo afetivo com seu filho. Deverá orientar quanto ao preparo e administração da fórmula infantil e sobre a introdução gradativa de outros alimentos (consultar o “Guia de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas”). O profissional de saúde deverá, ainda, subsidiar a jovem com argumentos lógicos que lhe possibilitem explicar para familiares e outras pessoas, o fato de não estar amamentando, possibilitando-lhe, assim, atender a sua vontade de manter em sigilo seu estado sorológico de portadora do HIV.

Diante de resultado indeterminado

- explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos não estão em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes diagnósticos (janela imunológica).
- orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período de 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra, para verificar se houve soroconversão;
- discutir as possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste, referindo-se a sua disponibilidade para o atendimento sem agendamento prévio; se necessário, encaminhar o usuário para atendimento psicoterápico;
- reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV, hepatites e outras DST.

Revelação do diagnóstico

No Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças, recomenda-se que: “Os adolescentes precisam conhecer sua condição de infectados pelo HIV e ser totalmente informados sobre os diferentes aspectos e implicações da infecção, a

fim de cumprir adequadamente as orientações médicas. Além disso, necessitam ser orientados acerca dos aspectos de sua sexualidade e os riscos de transmissão sexual aos seus parceiros. Finalmente, devem ser encorajados a envolver seus pais ou responsáveis em seu atendimento”.

A revelação do diagnóstico é um aspecto fundamental da assistência, devendo ser tratado como processo gradual, progressivo e contínuo. Considerando-se que a abordagem deve ser individualizada, o momento apropriado, o nível de informação e a priorização dos assuntos dependerão do contexto psicossocial e familiar em que o jovem esteja inserido. É importante que a equipe entenda que a revelação é um processo.

Todos os adolescentes infectados pelo HIV devem ter ciência de seu diagnóstico, independente da forma de transmissão. Isso facilita em muito o cuidado continuado. Todavia muitos dos adolescentes de transmissão vertical podem estar sendo privados de um atendimento mais adequado às suas necessidades devido à relutância e/ou despreparo da família e/ou da equipe para a revelação diagnóstica. Assim como o de transmissão horizontal pode ter a revelação diagnóstica inadequada se não forem consideradas as características próprias das fases da adolescência.

Transmissão horizontal:

Na prática clínica de diagnóstico do HIV se instituiu a realização do aconselhamento pré e pós- teste como estratégia fundamental de prevenção e qualificação do atendimento. Recomenda-se que os dois momentos do aconselhamento sejam realizados pelo mesmo profissional. Na rotina dos serviços, são vivenciadas as seguintes situações de revelação do diagnóstico:

- Adolescentes que tiveram exame solicitado por profissional de saúde frente à suspeita de infecção;
- Adolescente grávida, o teste anti-HIV realizado durante o pré-natal aumenta necessidade de um aconselhamento cuidadoso, aliado ao apoio psicossocial e a oferta de testagem ao parceiro;
- Adolescentes que se percebem em risco, buscam espontaneamente os serviços para conhecer seu estado sorológico.

A revelação diagnóstica é um momento importante na clínica desses jovens, pois envolve a compreensão de uma nova realidade e o impacto emocional a ela relacionado. Nesta etapa o apoio da equipe de saúde é de suma importância, pois o vínculo do adolescente com os profissionais de saúde, contribuirá para que o jovem compreenda sua condição, fortalecendo-se frente à nova realidade. É importante que a equipe identifique com o adolescente outros vínculos (familiares, parceiros, amigos etc) para que participem deste processo.

Transmissão vertical:

O adolescente proveniente do ambulatório pediátrico, apesar de já fazer uso de medicações anti-retrovirais e freqüentar serviços de saúde, na maioria das vezes, ainda não tem clareza sobre seu diagnóstico, o que pode dificultar a adesão ao tratamento.

O processo deve ser iniciado dentro da observação da maturidade emocional de entendimento do adolescente, e o mais precoce possível com o cuidador. É por meio do suporte emocional dado à criança e à pessoa de sua referência, que observamos mudanças significativas que favorecem ou proporcionam maior facilidade na aceitação

do diagnóstico, na adesão e na relação da criança/adolescente com a família e com a equipe de saúde.

Freqüentemente, a criança infectada por transmissão vertical é tratada por seus cuidadores, familiares e pela própria equipe de saúde com superproteção chegando à adolescência, sem ter o diagnóstico revelado e podendo enfrentar dificuldades em associar a realidade do HIV com a realidade da adolescência. Esses jovens podem apresentar ainda atraso no desenvolvimento físico, podendo repercutir no desenvolvimento emocional e no comportamento infantilizado.

A partir da admissão do adolescente no programa, devemos direcionar o atendimento para observar alguns aspectos, como:

Transmissão vertical:

- a revelação diagnóstica foi nomeada ou não nomeada;
- o que o adolescente compreende sobre estar inserido em um programa de saúde;
- Circunstâncias em que ocorreu a revelação diagnóstica e repercussões para o adolescente;
- qual é o grau de comunicação da família e/ou cuidador das informações sobre o diagnóstico

Transmissão horizontal:

- O que o adolescente sabe e pensa sobre o que o leva a estar inserido em um programa de saúde;
- Quais são seus sentimentos e/ou fantasias neste contexto.

Essas questões ora poderão ser formuladas, ora servirão de instrumento para a escuta do profissional de saúde a respeito do que o adolescente expressa. Estar atento à linguagem do jovem, é fundamental para o bom entendimento de suas necessidades e para contextualizar melhor as mensagens do profissional, tornando-as mais eficazes. Amplia-se desta forma o estabelecimento de uma relação de confiança.

Notamos que os jovens, na maioria das vezes, tem percepção da sua condição, mas não a expressam verbalmente. Essa dificuldade é consequência de seus recursos internos, da informação disponível e da forma com que a família trata o assunto, muitas vezes de forma velada, como um segredo. Ocorre ainda situações em que há “acordo” entre o adolescente, família e equipe de não explicitar o diagnóstico, fato que gera angústia a todos os envolvidos. Neste ponto, não podemos negligenciar a atenção à família que muitas vezes precisa ser escutada para receber apoio e esclarecimentos quanto ao tratamento.

Devemos propiciar um espaço onde a família ou responsável possa expressar o que sente e pensa, favorecendo uma atenção aos aspectos emocionais dos mesmos. É comum que o sentimento de culpa assim como medo da reação do adolescente, levem a negação do diagnóstico pela família. Fantasias de que o filho não será capaz de lidar com o diagnóstico e iniciar o tratamento, são também comuns por parte da família e requer atenção da equipe.

Uma situação complexa ocorre quando o adolescente foi adotado e desconhece este fato. Nos casos em que o adolescente foi infectado verticalmente, mas não sabe sua condição de adotado, encontramos duas questões que precisam ser trabalhadas: a revelação de sua origem e a revelação do diagnóstico propriamente dito. A equipe de saúde deve encorajar e auxiliar a família a revelar ao adolescente sua origem, para que o jovem possa melhor compreender e elaborar o modo como adquiriu a infecção pelo HIV. Neste momento da vida em que é comum o jovem questionar sua origem e filiação, a compreensão da revelação do diagnóstico está associada ao conhecimento de sua adoção. Equipe e família definirão se as revelações serão feitas simultaneamente ou em momentos distintos.

No processo de revelação do diagnóstico consideram-se duas situações centrais: apoio ao adolescente e à família.

Apoio ao adolescente:

- Pesquisar o que o adolescente sabe sobre o motivo que o leva a um serviço de saúde;
- Saber o que é dito ao adolescente pela família;
- Avaliar a capacidade de compreensão do adolescente ao que lhe é comunicado nas consultas;
- Considerar as condições emocionais do adolescente
- Esclarecer de forma sincera e acolhedora às dúvidas relacionadas ao HIV/aids;
- Estimular uma relação de confiança entre o adolescente e a equipe.
- Garantir o sigilo e a confidencialidade do diagnóstico.

Apoio à família:

- Estimular uma relação de confiança entre a família e a equipe;
- Conhecer a história familiar em relação à infecção pelo HIV;
- Saber quais são os sentimentos da família em relação ao diagnóstico do adolescente;
- Avaliar o conhecimento e crenças da família sobre HIV/aids;
- Abordar o relacionamento entre a família e o adolescente;
- Oferecer ajuda psicológica e psiquiátrica, quando necessário;
- Esclarecer questões quanto ao tratamento;
- Garantir o sigilo e a confidencialidade do diagnóstico.

Revelação à terceiros:

Outro aspecto da revelação diz respeito à atitude do adolescente em compartilhar o conhecimento de seu diagnóstico, quando e com quem. Confiar nos adultos (família e equipe) pode entrar em conflito com a necessidade de estabelecer independência e identidade com os seus pares.

Para se preservar da discriminação e do preconceito, a criança aprende ao longo do tempo, com a família e com a equipe de saúde, a omitir ou esconder o seu diagnóstico e o tratamento.

Jovens que adquiriram a infecção por meio de práticas de risco podem temer que a revelação gere rejeição, hostilidade ou até mesmo, violência. Essa situação é mais freqüente para jovens gays e homens que fazem sexo com outros homens ou usuários de drogas, pois a revelação aos pais envolve questões acerca de sua intimidade.

A equipe deve estar preparada para acompanhar o amadurecimento dos adolescentes em relação a esses aspectos delicados da revelação.

7

Terapia Anti-retroviral e Adesão



Terapia Anti-Retroviral e Adesão

O enfoque da terapia anti-retroviral para adolescentes depende do momento em que ocorreu a infecção e da sua evolução. Crianças que foram infectadas no período neonatal ou nos primeiros meses ou anos de vida geralmente chegam à adolescência tendo feito uso de, no mínimo, um esquema anti-retroviral. Se o esquema em uso estiver conseguindo levar à supressão viral e preservação imune, deve ser mantido durante a adolescência. Nessa situação, há necessidade de monitoração periódica da ganho pondero-estatural e maturação puberal para assegurar adequação de doses.

São escassos dados sobre farmacocinética de anti-retrovirais durante puberdade e adolescência. Utiliza-se o estadiamento de Tanner para orientar ajustes de doses. Jovens com estadiamento I e II devem ser tratados com doses pediátricas enquanto aqueles em estágio V devem receber doses preconizadas para adultos. Segundo as Recomendações para Tratamento Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes 2006 (MS), pacientes em estadiamento III e IV devem receber tratamento individualizado. Aqui já fica evidente a dificuldade que o médico pode encontrar para determinar a dose de cada anti-retroviral do esquema prescrito. São pacientes que estão não apenas crescendo mas mudando sua composição corporal e metabolismo rapidamente, e requerendo acompanhamento clínico a intervalos menores com ajustes frequentes da posologia. Durante as fases intermediárias, na impossibilidade de adequar as doses com base no processo de maturação, recomenda-se o ajuste à massa corpórea, desde que a dose não ultrapasse a preconizada para adultos. Para os adolescentes virgens de tratamento, os critérios para indicação de início de terapia anti-retroviral são os mesmos definidos para adultos, ou seja:

- Tratar todos os sintomáticos.
- Tratar os assintomáticos com $CD4 < 200$ céls/mm³;
- Considerar terapia em pacientes assintomáticos com contagem de CD4 entre 200 e 350 céls/mm³;

O momento do início do tratamento e a combinação de drogas a serem utilizadas merecem especial atenção quando tratamos adolescentes. Deve-se buscar o equilíbrio entre potência anti-retroviral, baixa toxicidade e facilidade de administração.

O adolescente assintomático com $CD4$ entre 200 e 350 células/mm³ deve ser informado das opções de início imediato ou posterior dos anti-retrovirais. O adolescente deve estar comprometido nessa decisão.

Outro aspecto importante deve ser o estímulo a hábitos e atitudes que a médio e longo prazo vão contribuir para diminuir os efeitos colaterais das drogas como os hábitos alimentares e atividade física regular.

O esquema anti-retroviral deve ser escolhido em parceria, levando em consideração as adaptações dos horários diários, as apresentações das drogas (número e tamanho dos comprimidos, palatabilidade das soluções orais) e os efeitos colaterais.

Para esquemas terapêuticos, doses, monitoramento clínico e laboratorial de eficácia e efeitos adversos, ver os documentos do Ministério da Saúde “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças” e “Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV”

Profilaxia em situações de violência sexual

Alguns serviços que acompanham adolescentes vivendo com HIV/aids podem ser procurados e até se tornar referência para a assistência a vítimas de violência sexual. Os casos precisam ser notificados e as seguintes medidas devem ser instituídas:

- Coleta do material para identificação do agressor – colher swab, colocar em papel de filtro estéril, secar e guardar em envelope de papel. Não acondicionar em sacos plásticos.
- Anticoncepção de emergência (até 72 horas após o estupro) – levonorgestrel 0,75 mg, 2 cp. em dose única ou 1 cp. 12/12 hs ou anticoncepcional oral combinado na dose total de 200mcg de etinilestradiol + 1000mcg de levonorgestrel em duas doses com intervalo de 12 horas. Quando o agressor for desconhecido ou não souber o status sorológico em relação ao HIV, haverá necessidade de quimioprofilaxia com anti-retrovirais. Neste caso, a anti-concepção de emergência deve utilizar exclusivamente o levonorgestrel.
- Quimioprofilaxia para infecção pelo HIV (até 72 horas após o contato sexual de risco). Recomenda-se o uso de três drogas, preferencialmente AZT + 3TC + Indinavir ou Lopinavir com Ritonavir por quatro semanas. Em crianças seria recomendado AZT + 3TC + Ritonavir ou Nelfinavir por quatro semanas.
- Hepatite B: indivíduos não imunizados, ou com esquema vacinal incompleto, devem receber uma dose da vacina via IM e completar o esquema posteriormente (0,1 e 6 meses). Estes indivíduos também devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B na dose única de 0,06 ml/kg via IM, em extremidade diferente da vacina.
- Vacina anti-tetânica: Checar necessidade de reforço vacinal dada a grande frequência de lesões corporais associadas.

QUADRO
PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45 KG NÃO GESTANTES

PENICILINA G BENZATINA profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	dose única
OFLOXACINA profilaxia da gonorréia	400mg	VO	dose única
AZITROMICINA profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1g	VO	dose única
METRONIDAZOL profilaxia da tricomoníase	2g	VO	dose única

QUADRO PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E GESTANTES COM MENOS DE 45 KG

PENICILINA G BENZATINA Crianças e adolescentes Gestantes	(dose máxima: 2,4 milhões UI) 50 mil UI/kg 2,4 milhões UI (1,2 milhões em cada nádega)	IM	dose única
CEFTRIAXONA Crianças e adolescentes Gestantes	250 mg 500mg	IM	dose única
AZITROMICINA Crianças e adolescentes Gestantes	20mg/kg 1g	VO	dose única
METRONIDAZOL Crianças e adolescentes Gestantes	15mg/kg/dia 2g	VO	818, por 7 dias (máximo: 2g) dose única

QUADRO - ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS			
PROFILAXIA	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
Penicilina benzatina (sífilis)	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de eritromicina 50mg/kg/dia VO a cada 6 horas por 15 dias	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 15 dias
Ofloxacina (gonorréia)	Ceftriaxona 500mg IM dose única	Ceftriaxona 250mg IM dose única	Ceftriaxona 250mg IM dose única Tianfenicol 2,5g VO dose única
Azitromicina (clamidíase)	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 7 dias	Estearato de eritromicina 50mg/kg/dia VO a cada 6 horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500mg VO a cada 8 horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250mg IM dose única, ou Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 7 dias	Ceftriaxona 125mg IM dose única	Ceftriaxona 250mg IM dose única
Metronidazol (tricomoníase)	Secnidazol ou tinidazol 2,0g VO dose única		Secnidazol ou tinidazol 2,0g VO dose única

Adesão

É um processo dinâmico, multifatorial, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, com abordagem de modo a atender a singularidades socio-culturais e subjetivas, visando uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

Adesão significa o grau de importância que as pessoas dão aos cuidados com sua própria saúde, indo além do cumprimento da prescrição o mais próximo possível do ideal. Os relatos das pessoas vivendo com HIV/aids sobre o assunto revelam que adesão significa “luta pela vida”. A adesão é um processo multideterminado que necessita de abordagem interdisciplinar. A equipe deve considerar os aspectos clínicos, sociais e psicológicos para o fortalecimento da abordagem integral do adolescente. A dificuldade de adesão aos anti-retrovirais deve ser esperada e essa discussão deve começar antes da sua prescrição ser formalizada. É importante discutir com o adolescente o significado do tratamento, projetos de vida e as conseqüências da não-adesão.

Um dos objetivos do tratamento da infecção pelo HIV é a supressão da replicação viral que, segundo dados de literatura, ocorre em 78% dos pacientes que conseguem tomar pelo menos 95% das doses de medicamentos anti-retrovirais.

Devemos considerar ainda a adequação das atividades diárias que favoreçam o tratamento como hábitos alimentares e atividades físicas regulares que podem reduzir os efeitos adversos da terapia anti-retroviral a longo prazo. O comparecimento às

consultas e realização de exames também complementam à adesão à terapia anti-retroviral.

As características da adolescência tornam a adesão ao tratamento um objetivo difícil de ser atingido. As barreiras à adesão dos adolescentes são múltiplas e variáveis ao longo dos anos.

No início da adolescência (até 13 anos) o pensamento ainda concreto dificulta a compreensão de conceitos abstratos referentes à saúde e necessidade de tratamento. A atenção está voltada para as modificações corporais próprias da puberdade. A equipe deve trabalhar sabendo que dificilmente se consegue desviar a atenção de forma produtiva para outros assuntos de saúde.

Na fase intermediária ou média (de 14 a 17 anos) a preocupação principal é referente à aceitação pelo grupo a que pertence e qualquer coisa que o identifique como diferente dos demais adolescentes pode ser mal recebida. Nesse período alguns adolescentes já apresentam certa autonomia mas as atividades diárias acontecem em função do grupo e são muitas vezes desorganizadas. As chances de se conseguir adequar horários de medicamentos à rotina, aumentam se tivermos prescrições simplificadas.

No final da adolescência (acima de 17 anos) é grande a necessidade de se sentir independente. Pode surgir um conflito entre o desejo de se cuidar e de agir de forma responsável e a necessidade de desafiar autoridades. O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser questionado ou subestimado.

Cabe à equipe identificar em cada adolescente potenciais obstáculos à adesão. Esse trabalho só é possível por meio da aproximação e com o desenvolvimento de confiança entre a equipe, paciente e família.

O primeiro passo neste sentido é informar. É fundamental que o adolescente compreenda algumas noções básicas como: o que significa carga viral, CD4; como o vírus age no organismo; qual é o papel das medicações na multiplicação do vírus; qual é a diferença entre ser portador de HIV e ter aids, o que é sucesso e falha terapêutica, resistência viral e limitação de esquemas anti-virais. Para que esse entendimento possa se dar é preciso que a equipe, e/ou profissional se empenhe em explicar de forma clara, e esclarecer as dúvidas que forem surgindo ao longo do processo. A compreensão desses conceitos é progressiva, interativa e individualizada. O volume de informação é sempre muito grande e necessita tempo para ser assimilado. Por vezes a angústia da equipe em informar pode comprometer o processo.

As informações específicas que favoreçam a adesão devem estar vinculadas ao contexto de atividades cotidianas e projetos do adolescente. Devemos identificar objetivos concretos como: concluir um curso, aprender uma modalidade esportiva, comemorar uma data especial. Desta forma evitaremos as associações apenas negativas como adoecimento, hospitalização e morte. Atividades de orientação em grupo são favoráveis, pois há o compartilhamento de experiências e o depoimento de dificuldades já superadas entre jovens que vivenciam o mesmo problema. (ver capítulo 14).

A linguagem utilizada pelo profissional deve ser de fácil compreensão, para que a mensagem possa ser entendida por uma pessoa leiga. Assim podemos dizer que antes de pedirmos para que o adolescente tome tantas medicações, precisamos oferecer informações que lhe mostrem o motivo da prescrição. É importante elaborar em conjunto as estratégias de adesão levando em consideração hábitos alimentares,

horários de trabalho e estudo e formas de lazer. Esses planos podem ser ajustados segundo as experiências do adolescente e necessidades do tratamento.

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, família e rede de apoio na perspectiva de coresponsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e garantia de qualidade de vida.

Existem várias formas de se avaliar adesão aos anti-retrovirais. Devemos ter especial cuidado ao formular perguntas. Uma das formas seria perguntar ao paciente que medicamentos está tomando e como os toma. Isto estimula o adolescente a saber o nome das drogas que usa e faz com que ele descreva como as toma. Podemos já inicialmente perceber o esquecimento de uma das drogas que por algum motivo não está sendo tomada regularmente. É importante que o adolescente relacione as doses às suas atividades diárias. Se ele não o fizer espontaneamente devemos estimulá-lo neste sentido. Por exemplo ele pode dizer que toma zidovudina+lamivudina às oito da manhã e oito da noite e efavirenz antes de dormir. Devemos então perguntar onde o paciente costuma estar e em que atividade está envolvida nesses horários e a que hora costuma dormir. As possibilidades de respostas a essas perguntas são múltiplas e não raramente nos mostram que um esquema simples que parecia ser tomado de forma muito regular, na verdade interfere com as atividades diárias e raramente é tomado adequadamente.

No início do tratamento essa avaliação deve ser repetida a cada consulta do paciente. À medida que o paciente parecer mais adaptado ao esquema terapêutico, as perguntas podem ser repetidas em consultas alternadas. Frequentemente, pacientes que iniciam o tratamento com muita determinação e cumprindo à risca as prescrições mudam de atitude ao longo do tempo. Da mesma forma, o fato do adolescente estar freqüentando o serviço regularmente não quer dizer que use as medicações de forma adequada.

Principais barreiras encontradas pelos adolescentes à sua adesão ao tratamento anti-retroviral e possíveis estratégias para contorná-las:

Barreiras à adesão	Estratégias
Regimes terapêuticos complexos	Esquemas ARV simplificados (1 ou 2 doses diárias e sem interferência com alimentos)
Falta de suporte social	Identificar e auxiliar o adolescente a buscar suporte de familiares e/ou instituições e programas de Saúde Comunitário. Oferecer acompanhamento a familiares.
Efeitos adversos do tratamento	Informar da possibilidade dos efeitos adversos, minimizá-los com uso de medidas gerais e medicamentos. Informar que muitos desconfortos costumam melhorar com o uso continuado dos remédios.
Falta de confiança nos profissionais de saúde	Investir tempo na construção de uma relação de confiança. Ter sempre um membro da equipe disponível para contatos pessoais ou telefônicos.
Falta de compreensão sobre o tratamento	Informar sobre os objetivos do tratamento, e sobre a importância dos exames complementares utilizados.
Dificuldade de lidar com a natureza crônica da doença	Informação e suporte emocional. Formar grupos de adolescentes para abordagem destas questões.



Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos compreendem o conjunto de medidas tomadas pela equipe de saúde frente a seu paciente com sintomas de difícil controle e seus familiares, que visem melhorar sua qualidade de vida. Esses cuidados abrangem o alívio de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

No caso específico de adolescentes vivendo com HIV/aids os principais objetivos dos cuidados paliativos são:

Apoiar o adolescente e família na ocasião do diagnóstico e/ou revelação

O momento do diagnóstico é muito delicado para jovens com a infecção adquirida de forma vertical ou horizontal.

No primeiro caso, as famílias muitas vezes não estão preparadas para a revelação que freqüentemente envolve culpa e insegurança. Pais ou cuidadores necessitam apoio e informações que podem ser transmitidos pela equipe de forma individual ou em grupo.

O adolescente precisa de informações sobre a natureza da infecção e perspectivas de tratamento. Neste momento a equipe deve avaliar a capacidade do adolescente de compreender e elaborar essas informações (maturidade emocional e cognitiva).

Muitas vezes o adolescente já iniciou sua vida sexual e a família não sabe (tenha sido ele infectado por via vertical ou horizontal). As informações devem ser transmitidas com a maior clareza possível e toda e qualquer pergunta deve ser respondida de forma franca e objetiva.

A revelação (e aceitação) do diagnóstico é um processo que leva um tempo variável e que por vezes pode necessitar ser retomado ao longo do acompanhamento. Alguns pacientes já ligados ao serviço, e teoricamente bem informados, podem voltar a questionar o diagnóstico e apresentar dificuldades em aceitá-lo.

Diminuir a resistência na adesão ao tratamento apresentada por essa população

Os adolescentes são especialmente vulneráveis e podem apresentar maior dificuldade em aderir adequadamente ao tratamento proposto.

O trabalho da equipe deve ser auxiliar o paciente e sua família a adequar seu estilo de vida e rotina à necessidade de cumprir o tratamento da melhor forma possível. O

adolescente normalmente chega ao serviço acompanhado por um familiar ou amigo que deve ser recebido pela equipe. As primeiras entrevistas devem ser feitas com o adolescente acompanhado por esta pessoa até que a equipe compreenda seu vínculo e sua capacidade de dar suporte ao adolescente. A falta de suporte familiar e social é uma importante causa de baixa adesão.

Devem ser oferecidas consultas individuais ou em dupla para que possam ser dadas informações e suporte emocional necessários.

Auxiliar na identificação e manejo de outros problemas físicos e emocionais existentes concomitantemente à infecção pelo HIV

Na adolescência é comum a ocorrência de problemas odontológicos, oculares, cutâneos, gástricos, ortopédicos, endocrinológicos ou ginecológicos / urológicos que trazem impacto no bem estar. A identificação e a resolução completa ou parcial dessas intercorrências melhoram a saúde geral do adolescente e favorecem o estreitamento do vínculo com a equipe.

Minimizar os efeitos adversos dos esquemas antirretrovirais e de outros tratamentos necessários.

Os profissionais devem estar familiarizados com o manejo dos efeitos adversos dos antirretrovirais. A aparência é especialmente importante na adolescência e paraefeitos como a lipodistrofia devem ser vigorosamente evitados. Os jovens que já estejam em uso ou que em breve iniciarão antirretrovirais devem ser estimulados a procurar, desde o início, melhorar seus hábitos alimentares e sempre que possível iniciar a prática de atividade física. A orientação de praticar regularmente algum tipo de exercício deve fazer parte do plano terapêutico do adolescente portador de infecção pelo HIV. A fonoaudiologia estética facial é um recurso disponível para minimizar a lipodistrofia em face.

A equipe deve procurar contato com grupos ou instituições que ofereçam orientação e espaço para a prática desportiva de adolescentes. O ideal é que o adolescente vivendo com HIV/aids se integre a outros jovens da comunidade, soropositivos ou não. As equipes de programas para adolescentes podem dar suporte aos profissionais de outras áreas no que se refere a noções de biossegurança e outros aspectos técnicos. Os programas para adolescentes vivendo com HIV/aids devem procurar se integrar a projetos suplementares nas áreas de cultura, esporte e lazer e trabalhar em sistema de referência e contra referência.

Coordenar a necessidade de diferentes formas de assistência dentro do programa de aids (SAE, Hospital-Dia, internação e atendimento domiciliar)

A equipe responsável pela assistência de adolescentes normalmente estará integrada a outras atividades dentro de um programa de HIV/aids. É interessante que os mesmos profissionais possam acompanhar o tratamento do adolescente no ambulatório (SAE), no Hospital-Dia, durante uma internação ou em atendimento domiciliar. Essa continuidade favorece a sensação de segurança e familiaridade.

Atendimento domiciliar

O atendimento domiciliar a adolescentes vivendo com HIV/aids pode ser indicado em situações de diferentes complexidades. É também uma excelente oportunidade para estreitamento dos laços entre equipe e família. Conhecer o ambiente domiciliar possibilita a identificação de barreiras concretas à adesão e permite que a equipe adeque o plano terapêutico à realidade do paciente.

A hospitalização de um adolescente para administração de drogas parenterais pode ser evitada se o tratamento puder ser administrado no contexto domiciliar. Esta forma de atendimento é muito bem aceita pelo adolescente e seus familiares desde que todos estejam seguros em relação ao tratamento feito em casa.

Em casos de extrema dificuldade de adesão, principalmente quando o tratamento prescrito envolve esquemas anti-retrovirais e drogas para tratar infecções oportunistas mesmo quando todos os medicamentos são administradas por via oral. Nessa situação as visitas terão como objetivo monitorar e minimizar/tratar os efeitos tóxicos das medicações, orientar quanto a melhores horários para os medicamentos e dar suporte emocional.

Suporte na fase terminal

Estabelecer o prognóstico para um paciente com HIV/Aids não é tarefa fácil, principalmente em se tratando de adolescentes. Alguns profissionais de saúde tendem a fazer prognósticos muito otimistas, particularmente, quando já estabeleceram um longo vínculo com o paciente.

Após o aumento do uso da HAART, a previsão da expectativa de vida de um paciente, ficou ainda mais complexa. Porém, mesmo na era pós HAART, pacientes e cuidadores não podem perder a noção de que o HIV/Aids ainda é uma doença fatal e que as variações no estado de saúde do paciente não são pré-fixadas.

Quando enfrentamos uma situação onde o prognóstico é muito ruim, é importante colocarmos as limitações do tratamento curativo, apresentando alternativas paliativas, com a perspectiva da melhora da qualidade de vida.

A família e o paciente devem ter a opção de viver a fase terminal em seu domicílio ou hospitalizado, havendo possibilidade de suporte pela equipe nas diferentes situações.

Neste momento, é necessário auxiliar o paciente e sua família a redefinir esperança e objetivos. Quando o paciente e as pessoas à sua volta sabem que ele está em fase terminal, os objetivos podem e devem ser ajustados para um tempo realista. Por exemplo: Um novo objetivo poderia ser, viver até uma data importante, dentro das próximas semanas ou dias. A poesia, a natureza e a música podem ganhar novo significado e podem servir como apoio importante nesse momento, contando que os sintomas desagradáveis estejam controlados de forma adequada. Dessa forma, à medida em que a morte se aproxima, a pessoa pode vivenciar um conjunto de sentimentos positivos em relação aos outros e a si próprio.

É importante preparar o paciente e sua família para a morte iminente conversando sobre suas preocupações e angústias. Uma boa forma de iniciar essa conversa é fazendo perguntas objetivas, porém abertas, tal como “Qual é sua maior preocupação neste momento?”

As principais questões que devem ser observadas pela equipe de cuidados paliativos, se tratando de pacientes terminais e seus familiares são:

- melhorar ou manter o conforto físico;
- manter ou resgatar os relacionamentos com pessoas importantes;
- ajudar o paciente a encontrar o significado da sua vida e de sua morte;
- alcançar ou conservar seu senso de controle;
- confortar e preparar para a morte.

Cuidando do cuidador

Cuidar de pacientes com HIV/aids, especialmente com adolescentes, é difícil e estressante. Frequentemente nos deparamos com pacientes jovens, com problemas sociais complexos que resultam em uma baixa adesão ao tratamento ou até o abandono deste, gerando, muitas vezes, um forte sentimento de frustração em toda a equipe envolvida. Os profissionais de saúde precisam se preocupar com os diferentes aspectos que envolvem o tratamento dos pacientes, tais como: os complicados esquemas terapêuticos, com a falta de recursos disponíveis, com os estigmas sociais que rondam o diagnóstico do HIV/Aids, dentre outros. Essa constante exposição à frustração, ao sofrimento do outro e até à morte e, podem afetar a habilidade do profissional em lidar com suas próprias fontes de stress, causando depressão, diminuindo sua qualidade de vida e afetando sua capacidade profissional.

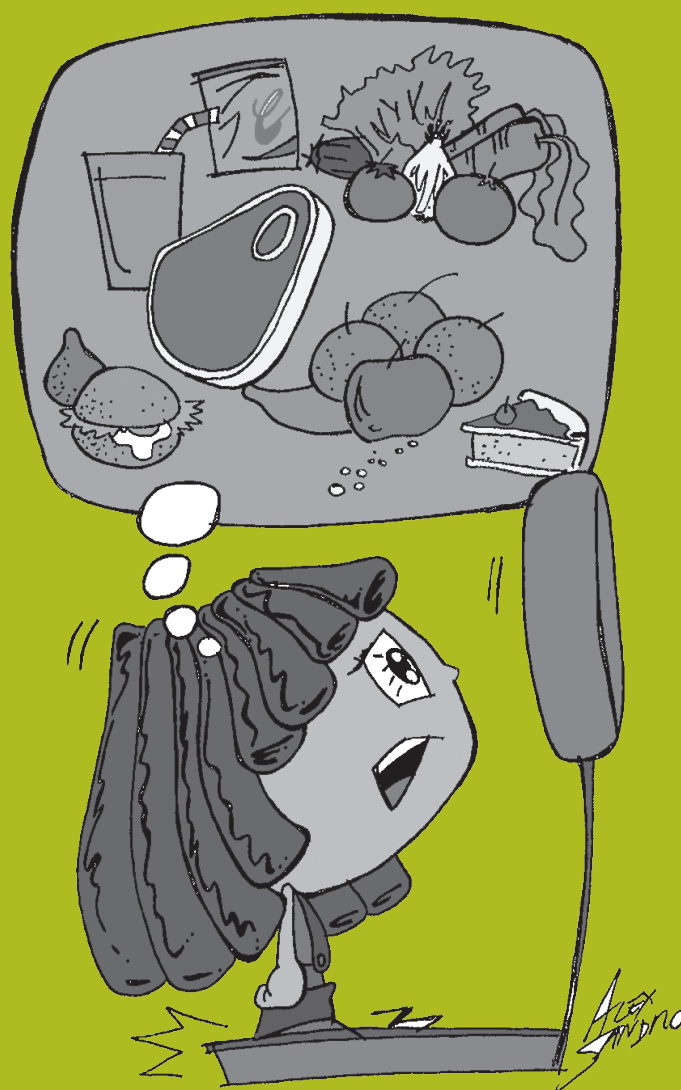
A estrutura interdisciplinar dos cuidados paliativos é elemento fundamental na sustentação da saúde dos profissionais. Quando se trabalha em equipe as perdas e angústias são compartilhadas com todo o grupo, promovendo maior suporte emocional entre os colegas. É importante que as instituições, principalmente aquelas que adotam a prática dos cuidados paliativos, ofereçam cuidados especiais a saúde física e psicológica de seus funcionários e se preocupem em estruturar o ambiente de trabalho de modo a permitir o repouso, assim como espaço para reflexão e relaxamento dos profissionais.

Orientar quanto a direitos humanos e civis.

Adolescentes têm especial dificuldade de acesso a informação sobre seus direitos como pessoa e como cidadão. Muitos ainda não conhecem os trâmites burocráticos necessários à emissão de documentos essenciais como carteira de identidade, título de eleitor ou CPF. Os adolescentes matriculados em programas de HIV/aids devem ser orientados sobre seus direitos e deveres em relação ao Programa Nacional. Deve haver um compromisso da equipe com a discussão de aspectos relacionados a direitos humanos e civis dos adolescentes portadores de HIV/aids.

9

Avaliação Nutricional do Adolescente Vivendo com HIV/Aids



Avaliação Nutricional do Adolescente Vivendo com HIV/Aids

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. A meta na assistência é a promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis do jovem e de sua família.

O cuidado nutricional em crianças e adolescentes infectados com o HIV tem como objetivos: preservar a massa corporal magra, mantendo a velocidade de crescimento do peso e da altura; 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.

Vários fatores estão direta ou indiretamente relacionados ao estado nutricional dos adolescentes vivendo com HIV e aids, desta 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, psico-sociais e clínicos, podem modificar o quadro de expectativa da evolução clínica do adolescente vivendo com HIV/aids. No anexo de nutrição estão listados os fatores de risco que influenciam nas condições de alimentação/nutrição do adolescente.

Fatores que devem ser considerados como determinantes dos hábitos alimentares dos adolescentes:

1) Fatores externos:

- **FAMÍLIA** – é a primeira referência na transmissão dos conhecimentos sobre alimentação, valores e tabus alimentares que acontece na infância. A modificação de interesses característica desta 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 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 o grupo 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. As substituições de algumas das principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos é comum e pode comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nesta fase.

2) Fatores internos:

- **CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES FISIOLÓGICAS** – requer oferta de energia e nutrientes adequados, principalmente na fase de estirão (crescimento acelerado). Tendo em vista que é variável o momento em que ocorre o estirão puberal, recomenda-se que as necessidades médias se baseiem no peso, mais que na idade, considerando que o peso esteja dentro dos padrões aceitáveis de peso 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.

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-se com os valores de referência do NCHS (*National Center for Health Statistics*), 1978.
2. Índice de Massa Corporal (IMC) adequado à idade.
3. Medidas de pregas cutâneas, especialmente tríceps e subescapular.

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 TARV.

A altura pode avaliar a desnutrição crônica e deve ser medida o mais perfeitamente possível.

As alterações no peso corporal representam a adequação da ingestão calórica. Uma das maneiras 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 a compleição física e o IMC.

IMC

O índice de massa corporal ($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$) 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. Permite detectar com rapidez as possíveis situações de desnutrição, e em particular de sobrepeso / obesidade, possibilitando assim, intervenções ao nível individual e coletivo. A Vigilância Alimentar e Nutricional do Brasil adotou a classificação do IMC, segundo uma curva de distribuição em percentis por sexo e idade, recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Para a tabela de IMC para adolescentes consultar anexo de nutrição.

Avaliação dietética

A avaliação nutricional dietética tem como objetivo monitorar a ingestão de alimentos e de nutrientes e verificar se a quantidade de nutrientes habitualmente consumida está suprimindo 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% num período de 4 a 6 meses - emagrecimento acentuado;
- Perda de peso > 5% num período de 4 semanas ou associada a 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);
- Diarréia 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 combinada 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.

Recomendação de ingestão de energia, proteínas, minerais e vitaminas

Existem poucos estudos sobre necessidade energéticas e proteicas de adolescentes vivendo com HIV/aids. Com base nas informações existentes, a Organização Mundial de Saúde indicou que a recomendação de ingestão energética para crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids deve ter como base inicial a estimativa para indivíduos saudáveis. De acordo com o estágio da doença (assintomática, sintomática) ou perda de peso, são acrescentados adicionais de energia à recomendação inicialmente obtida (ver tabelas de recomendação de energia no anexo nutrição).

Existem poucas evidências que justifiquem aumentar a ingestão de proteínas para indivíduos com HIV/aids. 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: Para adolescentes com idade entre 9 a 13 anos recomenda-se a ingestão de 0,95g de proteína/kg/dia; entre 14 e 18 anos a recomendação é de 0,85 g/kg/dia.

Ingestão de minerais e de vitaminas

A alimentação de indivíduos vivendo com HIV/aids deve suprir, no mínimo, 100% das quantidades recomendadas de ingestão de minerais e de vitaminas. Não existe consenso na literatura sobre o uso de suplementados nutricionais. Contudo, existem evidências de que indivíduos HIV+ com níveis séricos diminuídos de minerais e vitaminas com propriedades imunomoduladoras (vit. 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.

Aconselhamento alimentar e nutricional

O hábito alimentar é algo muito complexo, podendo sofrer influências de valores de ordem pessoal, psicológica, cultural, social, familiar e religiosa. Deve-se, portanto, estar atento a isso e ser o mais amplo e democrático possível no aconselhamento, ouvindo a pessoa com sensibilidade e direcionando, com clareza, as orientações dietéticas prestadas.

O aconselhador deverá respeitar o adolescente como é, considerando seus sentimentos, dúvidas, potencialidades e limitações, antes de propor alterações em seu comportamento alimentar. Esta etapa inicial é preponderante para o sucesso do aconselhamento, pois fortalece a confiança e favorece a conscientização quando houver necessidade de mudanças de hábitos. Há que se concentrar em um pequeno número de informações para possibilitar melhor compreensão e adesão ao tratamento dietético.

No aconselhamento nutricional é importante estabelecer metas conjuntas a serem seguidas, sejam elas pontuais ou de longo prazo, começando por uma entrevista planejada e com o foco bem definido. Observar, perguntar, ouvir as preocupações do adolescente, propor questões que facilitem a reflexão e a superação das dificuldades, prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas na busca de uma melhor qualidade de vida são aspectos fundamentais deste diálogo.

Idéias pré-concebidas e a falta de empatia, constituem obstáculos na progressão da relação de ajuda. 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 para ilustrar e facilitar sua compreensão. Cartazes, fotos, gravuras dos grupo de alimentos e sua composição em nutrientes podem ser usados para ilustrar e facilitar a compreensão.

Na pessoa vivendo com HIV/aids, um episódio de toxinfecção alimentar pode comprometer ainda mais a sua imunidade, portanto orientar sobre os cuidados de escolha, higiene, preparo e conservação adequada dos alimentos auxilia na obtenção de um cardápio equilibrado e, também, na prevenção de doenças infecciosas veiculadas por agentes transmissíveis presentes no alimento ou meio ambiente. É importante orientar a família ou cuidadores a manterem um nível de segurança alimentar adequado, possibilitando assim ao adolescente vivendo com HIV/aids reduzir os riscos de toxinfecções alimentares vinculadas aos alimentos.

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

Finalmente, para obter sucesso no Aconselhamento Nutricional, a estratégia adotada pelo profissional de saúde deve enfatizar a motivação constante, encorajando o adolescente e elogiando cada pequeno progresso feito, visto que o cliente já carrega consigo o ônus emocional próprio da sua doença.

Orientações nutricionais para atenuar sintomas clínicos em indivíduos vivendo com HIV e aids

O uso da TARV pode provocar efeitos colaterais que penalizam o adolescente que vive com HIV/aids, pois são sintomas constantes, diários, que podem muitas vezes causar o abandono ao 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 instantâneas;
- 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 tranqüilo 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.

Diarréia

- 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 (7-8 vezes/dia).
- Privilegiar alimentos na forma líquida ou pastosa.
- Evitar alimentos muito temperados, picantes, salgados e alimentos com sabor ácido.

Cuidados para prevenir toxinfecções alimentares

Os adolescentes e seus cuidadores devem ser orientados sobre os cuidados necessários durante a compra, o armazenamento e o manuseio de alimentos para prevenir toxinfecções alimentares.

- **Carnes:** não consumir cruas ou mal passadas (quibe cru, peixe cru ou sashimi, carpaccio, carne de sol). As carnes devem ser descongeladas dentro da geladeira, direto no microondas ou em forno convencional;
- **Ovos:** não consumir ovos crus, gemadas, maioneses caseiras, claras em neve ou ovos quentes;
- **Leite e derivados:** utilizar o leite pasteurizado, de preferência, em embalagem longa vida. Os derivados do leite (iogurte, queijo tipo ricota e frescal) devem ser provenientes de indústrias com controle higiênico sanitário e de qualidade reconhecidos, o que implica no uso de leite pasteurizado/esterilizado durante o processo de produção desses alimentos;
- **Hortaliças e frutas:** devem ser higienizadas antes do armazenamento em geladeira. Na hora do uso devem ser lavadas novamente e colocados em imersão para desinfecção com 2 colheres de sopa de vinagre para 1 litro de água ou 1 colher de sopa de água sanitária para 1 litro de água (é necessário enxaguar com água fervida e filtrada). Evitar frutas com casca fina (morangos, figo, uva, amora);

- **Cereais e leguminosas:** verificar se estão novos, sem carunchos e sem sinais de bolor;
- **Farináceos:** só devem ser consumidos após cozimento (tutu, virado, farofa, pirão, cuscuz, milanesa);
- **Água** (beber, preparo de sucos, chás e gelo): se não tratada, deve ser fervida por, no mínimo, 5 minutos, e filtrada, guardada em recipientes de vidro com tampa, na geladeira.

Cuidados gerais:

- Não consumir amendoins crus ou subprodutos (paçoca e pé-de-moleque);
- Não consumir alimentos de locais com higiene duvidosa (bares, lanchonetes, pastelarias, açougues, carrinhos de lanche, restaurantes);
- Procurar sempre utilizar água filtrada e fervida e dar preferência ao consumo de alimentos cozidos;
- Todas as embalagens (latas, garrafas, pacotes), devem ser lavadas com sabão e água corrente, antes de serem abertas;
- Verificar sempre a data de validade e o estado do produto, recusando latas amassadas, enferrujadas, estufadas e embalagens violadas;
- Não consumir alimentos requentados;
- Com alimentos refrigerados e congelados: observar o tempo de consumo após descongelamento e não voltar a congelar. Observar também o tempo de consumo de alimentos refrigerados, após abertos, seguir sempre as orientações do fabricante.

Promoção da alimentação saudável: princípios, características e considerações

As políticas públicas devem fomentar mudanças sócio-ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis em nível individual ou familiar. Assim, é pressuposto da promoção da alimentação saudável, ampliar e fomentar a autonomia decisória, através do acesso à informação para a escolha e adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis.

A alimentação saudável deve favorecer o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades. As proibições ou limitações impostas devem ser evitadas, a não ser que façam parte de orientações individualizadas e particularizadas do aconselhamento nutricional de pessoas portadoras de doenças ou distúrbios nutricionais específicos, devidamente fundamentadas e esclarecidas.

Por outro lado, super-valorizar ou mistificar dado alimento ou grupo de alimentos, em função de suas características nutricionais ou funcionais, também não deve ser prática da promoção da alimentação saudável. Alimentos nutricionalmente ricos ou funcionais devem ser valorizados e entrarão naturalmente na alimentação adotada, sem que se precise mistificar uma ou mais de suas características, tendência esta muito explorada pela propaganda e publicidade de alimentos funcionais e complementos nutricionais.

Promover alimentação adequada e modos de vida saudáveis ao adolescente, é considerar suas características biopsicossociais e individuais, conciliando o prazer e a aceitação grupal com uma alimentação saudável e atividade física regular.

A alimentação saudável do adolescente deve conter nutrientes adequados ao crescimento, e às modificações corporais que ocorrem neste período. Existem diferenças marcantes entre os sexos, que afetam as necessidades de nutrientes e energia. Alguns nutrientes merecem atenção especial como os lipídeos, em que a recomendação deve ser moderada, principalmente no consumo de gorduras saturadas, mas deve fornecer os nutrientes essenciais para não prejudicar a puberdade. Em função do aumento da massa óssea, as necessidades de cálcio estão elevadas. Além disso, o rápido crescimento muscular e a expansão do volume sanguíneo aumentam as necessidades de ferro, assim como as perdas sanguíneas na menstruação tornaram o sexo feminino vulnerável à anemia.

Na adolescência, as necessidades nutricionais são maiores durante o estirão puberal e deficiências nutricionais ocorridas em indivíduos pré-púberes podem repercutir no início da puberdade retardando-a. Quando agentes adversos tais como falta de nutrientes, deficiência hormonal, patologias crônicas ou carência psicossocial, são suprimidos, pode-se observar uma aceleração da velocidade de crescimento. Caso o período de privação seja muito prolongado, poderá ocorrer um comprometimento irreversível, levando à redução da altura final.

Em adolescentes, a deficiência de nutrientes causa retardo de crescimento e da maturação sexual. Fome e desnutrição, constituem-se nos principais fatores responsáveis pela baixa estatura e retardo puberal de populações de países em desenvolvimento.

São importantes para o crescimento e desenvolvimento normal: a oferta energética, o conteúdo protéico, lipídico e outros nutrientes (vitaminas e minerais).

Convém atribuir importância, na adolescência, a toda alteração recente da imagem corporal idealizada, com perda de peso, com ou sem amenorréia; e considerar os hábitos alimentares, as obsessões com o peso e os sinais de depressão. A busca de uma imagem corporal extremamente magra, o medo de engordar, particularmente pelas garotas, influencia no modo de vida e conseqüentemente, podendo ser a origem da realização de dietas restritas com objetivo de perda de peso. O papel da equipe multidisciplinar é mais uma vez fundamental nos casos onde os adolescentes apresentam problemas de distorção da imagem corporal.

Importância da alimentação saudável para a pessoa vivendo com HIV/aids

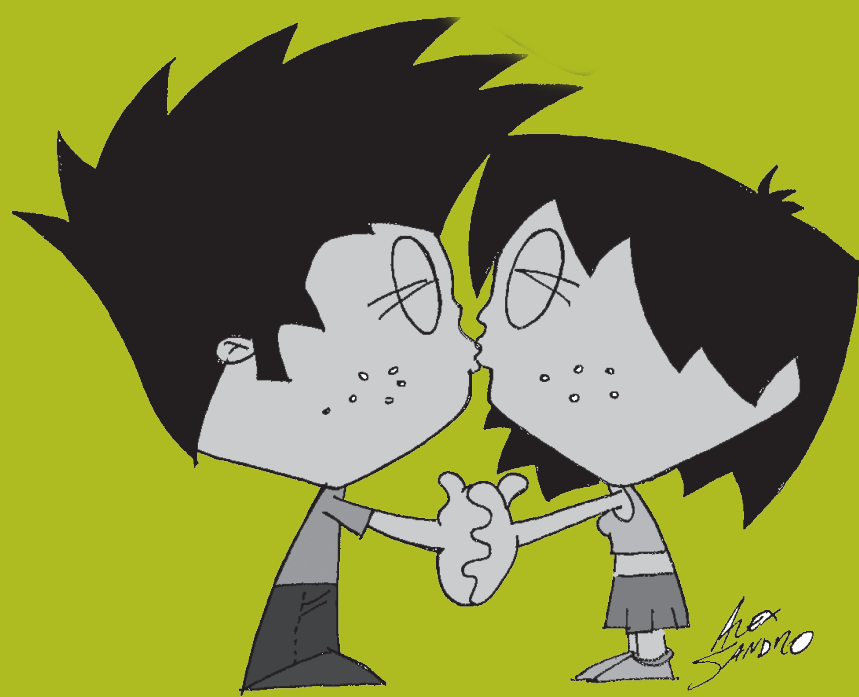
Uma alimentação saudável adequada às necessidades individuais, melhora os níveis dos linfócitos T CD4, melhora a absorção intestinal, diminui os agravos provocados pela diarreia, perda de massa muscular, Síndrome da Lipodistrofia e todos os outros sintomas que, de uma maneira ou de outra, podem ser minimizados 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 e Aids.

Os sintomas gastrointestinais ainda são comuns. As diarreias, em seus diferentes graus de comprometimento, muitas vezes estão associadas a parasitas entéricos. A má absorção intestinal decorrente das patologias gastrointestinais deve ter terapia nutricional adequada, para minimizar os agravos à saúde dela decorrentes.

Para obter uma alimentação saudável, é ideal ingerir todos os grupos de alimentos diariamente. A alimentação saudável deve fornecer carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais, que são nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico – ou grupo deles - é suficiente para atender a todos os nutrientes requeridos a uma boa nutrição e manutenção da saúde. As características de uma alimentação saudável devem ser consideradas no contexto da saúde e da doença.

10

Adolescente, Corpo e Sexualidade



Adolescente, Corpo e Sexualidade

Na adolescência, o corpo passa por profundas transformações que conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e a novas formas de expressão do desejo sexual. Nessa fase, o desejo passa a ser dirigido a objetos e situações que até então não lhe chamavam a atenção (por exemplo, contato físico com o outro e priorização de eventos sociais sem os familiares). O jovem desperta para novas sensações e para a busca de situações de prazer que venham ao encontro da intensidade dos seus desejos. Nessa busca, descobre o prazer do encontro com o outro, muitas vezes com ansiedade, temor e vergonha. Descobre, também, que o mundo agora percebe sua sexualidade de forma diferente, confere-lhe novas regras, novas formas de relacionamentos entre os sexos, incentiva alguns comportamentos e proíbe outros, reluta em aceitar esse despertar do corpo adolescente. O jovem descobre tabus e preconceitos até então despercebidos.

Diante da complexidade da discussão sobre a sexualidade, diversos são os campos de estudo que, historicamente, se propuseram a discutí-lo e até explicá-lo. A sexualidade é freqüentemente abordada pelas ciências que se ocupam da necessidade de entender a dinâmica de disseminação de doenças transmitidas pelas relações sexuais. Pela sociologia e a antropologia, a sexualidade pode ser abordada como “fonte perturbadora da ordem social”, a medida que questionam a função meramente reprodutora da sexualidade e colocam em cheque as regras morais que sustentam este tipo de concepção; pela psicanálise e pelas ciências sociais, como constitutiva da subjetividade ou da identidade individual ou social, respectivamente. Pode ainda ser entendida como representação (antropologia) ou como desejo (psicanálise); como uma questão biológica e genética (medicina); ou como uma questão moral, ou ainda política (sociologia e a filosofia).

Todas essas abordagens da sexualidade evidenciam a importância do tema. A diversidade de discussões que provoca não é sem razão: cada vez mais constatamos o lugar central que o exercício da sexualidade ocupa na vida de homens e mulheres de todas as idades; paradoxalmente, as mais diversas tradições culturais preservam tabus e preconceitos que limitam as possibilidades deste exercício, reduzindo-a somente a ideais de reprodução da espécie, com foco restrito na relação sexual e na heterossexualidade.

É claro que estes tabus e preconceitos também influenciam, em maior ou menor grau, a prática dos profissionais de saúde. Especialmente no trabalho com adolescentes que vivem com HIV/aids, é comum observar por parte dos profissionais, assim como das famílias ou cuidadores, a negação do desejo sexual nos adolescentes e o incentivo ao prolongamento de sua infância, fazendo com que esse tema não seja levado em conta nas suas ações e, conseqüentemente, aspectos importantes e determinantes de sua saúde sexual sejam postos de lado.

Buscando contribuir para a superação dessas dificuldades, propomos neste capítulo a reflexão sobre alguns tópicos fundamentais:

- **Sexualidade e atividade sexual:** a sexualidade está associada ao prazer e à satisfação de desejos, incluindo a relação sexual em si, mas não se restringindo a ela. Ela se expressa também por meio da percepção do próprio corpo, das sensações, dos sentimentos, dos sonhos, das fantasias, das diversas formas de contato com o outro.
- **Sexo e Gênero:** é importante destacar que mulheres e homens, nas diversas culturas e sociedades, expressam de formas diferentes sua sexualidade. Isso não acontece somente em função do sexo, mas também em função das questões de gênero. É comum haver confusão em relação a esses conceitos, mas compreender a diferença entre eles pode ser simples.

Sexo se refere basicamente aos caracteres **biológicos** que diferenciam homens e mulheres: definimos quem é homem e quem é mulher, antes de tudo, a partir de seus genitais; a partir da adolescência, outras diferenças aparecem, por meio das características sexuais secundárias.

Já o gênero diz respeito à **construção social** sobre a diferença sexual: em cada contexto cultural, tanto meninos quanto meninas são estimulados a desempenhar ações que revelem traços considerados masculinos ou femininos, respectivamente, por meio de brincadeiras ou brinquedos que lhes são oferecidos, do tipo de disciplina que lhes é dada, das profissões e carreiras que devem seguir e do modo como homens e mulheres são representados no senso comum. As distinções entre gênero masculino e feminino são apreendidas desde o momento do nascimento. É apreendida a forma como homens e mulheres devem se comportar de modo a serem percebidos pela sociedade como tal. Ao longo de suas vidas, isto é reforçado pelos pais, por professores e professoras, por amigos e amigas, pela cultura e pela sociedade. Cada sociedade utiliza o sexo biológico como um critério para definir o gênero. Conseqüentemente, há uma variação considerável com relação aos papéis masculino e feminino em diferentes culturas.

- **Diversidade Sexual:** outra diferença importante de ser discutida em termos de expressão da sexualidade diz respeito à orientação sexual. Em termos gerais, existe a compreensão comum, reforçada por algumas ciências, de que deve haver uma relação harmoniosa entre sexo biológico e desejo sexual, a favor da reprodução, que se traduz na compreensão de que homens devem sentir-se atraídos por mulheres e vice-versa. Porém, há outras formas de expressar a sexualidade, seja pelo desejo sexual por pessoas do mesmo sexo, pelo desejo de mudança do corpo e da identidade sexual – como ocorre com travestis e mais intensamente com transexuais (pessoas que desejam mudar de sexo) –, pelo desejo por pessoas de ambos os sexos, entre outros. A construção desta orientação afetivo-sexual independe de uma escolha consciente ou de um aprendizado. Existem várias teorias sobre a formação da orientação do desejo sexual, acreditando-se que ocorra uma combinação de vários fatores biológicos, psicológicos, genéticos, sociais e culturais.
- **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos:** esta é uma discussão ainda bastante incipiente na prática da maioria dos serviços de saúde, embora deva ser norteadora de muitas delas. Os direitos sexuais e reprodutivos são parte dos direitos humanos e visam a proporcionar a vivência plena e consciente da sexualidade,

considerando as especificidades dos diversos grupos populacionais. Eles incluem o direito de cada pessoa decidir sobre sua vida reprodutiva, direito de ter acesso à informação e aos meios para um exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade, direito de ter controle sobre o próprio corpo, direito de exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, entre outros.

Na rotina de atendimento aos adolescentes que vivem com HIV/aids, estão presentes todas essas questões. Respeitar o exercício da sexualidade implica, por exemplo, romper com os estereótipos de gênero – como que estabelece que cuidar dos filhos é responsabilidade das meninas mais do que dos meninos –, em não discriminar meninos ou meninas em função de sua orientação sexual e acolher suas necessidades específicas, em não reprimir o exercício dessa sexualidade, em função de sua condição sorológica.

O papel dos serviços de saúde não é o de controlar o exercício da sexualidade dos jovens que vivem com HIV/aids ao contrário, é o de fornecer subsídios para sua vivência plena e segura, por meio do oferecimento de insumos, de informações, da promoção de espaços de discussão, de atendimentos norteados pela escuta e acolhimento das diferenças, de forma a promover o autocuidado e a autonomia destes sujeitos em relação à sua vida sexual e reprodutiva. É ainda, o de estender este trabalho às famílias e cuidadores, de forma a promover seu acesso e aproximação do serviço de saúde e garantir o sucesso de suas ações junto aos adolescentes vivendo com HIV/aids.



Prevenção da Infecção pelo HIV nos Serviços



Prevenção da Infecção pelo HIV nos Serviços

As medidas preventivas em HIV/aids têm como prioridade reduzir a transmissão do vírus e a vulnerabilidade dos indivíduos aos fatores de risco associados. Para isso, devem ser promovidas políticas e estratégias dirigidas tanto para a população geral como para as especificidades de segmentos populacionais, considerando seu grau de maior ou menor vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV.

No entanto, as medidas preventivas não podem ser vistas como um conjunto de regras. A epidemia de aids potencializou a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde e a definição de ações de prevenção nos diferentes níveis de gestão do SUS, considerando o contexto de desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde.

As ações de prevenção às DST/HIV/aids têm sido norteadas por alguns princípios:

- Respeito à diversidade de orientação sexual e estilos de vida;
- Diálogo sobre sexualidade e uso de drogas;
- Concepção sobre redução de danos na abordagem/atendimento aos usuários de drogas;
- Consideração à singularidade de cada usuário;
- Articulação com a sociedade civil organizada;
- Atitudes de solidariedade e antidiscriminatórias e garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas vivendo com HIV/aids;
- Acolhimento;
- Estímulo à testagem para o HIV.
- Acesso a insumos

Este capítulo pretende contribuir para que os profissionais de saúde, de uma forma geral, estejam sensibilizados para introduzir intervenções preventivas concretas na prática assistencial cotidiana, superando o ceticismo e o desconhecimento que muitas vezes os impedem de efetivar este tipo de abordagem na sua prática diária

Neste sentido, o trabalho de equipe tem sido proposto com base na realidade da comunidade e orientado a partir dos conceitos-chaves de risco e vulnerabilidade.

O que é risco?

É a exposição de indivíduos ou grupo de pessoas a situações que os tornam suscetíveis às infecções e ao adoecimento.

O conceito de risco, historicamente centrado no indivíduo, tornou-se insuficiente para explicar os determinantes da epidemia de HIV/aids. Considerando a natureza dinâmica dos comportamentos individuais e sua interação com dimensões socioeconômicas e culturais, incorporou-se o conceito de vulnerabilidade, favorecendo estratégias mais efetivas de prevenção a esse agravo.

O que é vulnerabilidade?

É o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia o risco ou reduz a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano.

A transmissão do HIV não se dá aleatoriamente. Ela está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Além dos fatores individuais, locais e pessoais, a vulnerabilidade ao HIV/aids é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais, o acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação, assim como suas circunstâncias.

Três dimensões principais de vulnerabilidade devem ser consideradas:

- **a individual**, que está relacionada, principalmente, com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer sua infecção. Por exemplo, a falta de informação e medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV, a pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos de infecção e o baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, como o uso sistemático de preservativos nas relações sexuais.
- **a social**, que diz respeito à incidência de fatores sociais e econômicos na exposição ao risco de infecção pelo HIV de determinados segmentos populacionais. As situações de pobreza, o desemprego, a falta de moradia, a baixa escolaridade, a violência, o preconceito e a discriminação expõem alguns grupos a situações de risco muito mais frequentemente do que outros.
- **a programática**, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em grupos populacionais e/ou localidades, envolvendo instituições governamentais, não-governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo. Exemplos de vulnerabilidade programática são serviços de saúde que não disponibilizam preservativo e a descentralização insuficiente da testagem anti-HIV para os serviços de atenção básica.

O contexto atual da epidemia do HIV/aids aponta para a maior vulnerabilidade de segmentos populacionais que acumulam múltiplas formas de exclusão e que mais necessitam de cuidado e proteção social, como mulheres e jovens. As condições de vulnerabilidade social a que estão expostos os jovens, somadas a seu momento de desenvolvimento psicossocial faz com que seja prioritário o desenvolvimento de ações de prevenção junto a este grupo.

Prevenção e jovens vivendo com HIV/aids

Quando os jovens chegam ao serviço, trazem muito mais do que a questão do HIV. Os conflitos relacionados à afetividade, ao início da atividade sexual, à experimentação das drogas e ao exercício de sua singularidade são comuns a todos os adolescentes. O jovem vivendo com HIV/aids enfrenta dificuldades ainda maiores, pois esses conflitos estão

potencializados pelo medo do estigma, da discriminação e do preconceito associados ao HIV/aids. Trabalhar prevenção junto a esses jovens, considerando suas especificidades e tornando-os ativos no processo, é fundamental para potencializar seus cuidados consigo e com o outro, promovendo, assim, a prevenção de sua reinfecção pelo HIV e infecção por outras DST e da transmissão do vírus a seus parceiros sexuais ou de uso de drogas injetáveis.

Para que o profissional de saúde possa construir uma abordagem mais eficaz para a prevenção das DST/HIV/aids, é preciso compreender algumas situações de vulnerabilidade:

Práticas sexuais sem preservativo

A negociação do uso do preservativo torna-se complexa quando há uma desigualdade de poder marcante entre os parceiros, sejam elas em funções das questões de gênero (dominação masculina), geracionais (relações entre adultos e adolescentes), ou outras. Para os jovens que vivem com HIV/aids, essa desigualdade se faz presente, principalmente, em função do medo da rejeição (dificuldade em revelar sua condição sorológica ao parceiro) e da pouca experiência. Além disso, é comum os adolescentes dispensarem o uso do preservativo quando consideram uma relação como estável e esta noção entre eles pode ser, muitas vezes, a de uma relação que continua após o segundo encontro ou depois de uma semana, ou seja, que se desenvolve em um curto espaço de tempo. Destacamos ainda que, nas relações estáveis entre pessoas soropositivas (adolescentes ou não), o não-uso do preservativo é ocasionado, muitas vezes, pelo desconhecimento sobre a grande possibilidade de reinfecção entre os parceiros, reiterando que o acesso à informação é um requisito importante para a adoção de medidas preventivas.

Uso de drogas

A possibilidade de experimentar e intensificar sensações e de viver experiências coletivas que as drogas representam, vão ao encontro da necessidade grupal e da busca dos limites e prazeres do corpo que estão potencializadas durante a adolescência. Nesse contexto, a preocupação com possíveis danos à saúde pode tornar-se secundária e, ao profissional de saúde, cabe avaliar de forma crítica, amoral e compartilhada o que este uso representa no contexto de vida de cada adolescente. Isto implica romper com conceitos comuns de “escalada” do uso de drogas (drogas “leves”, como a maconha, que evolui para o uso de drogas mais “pesadas”, como a cocaína) e outros preconceitos. Ao mesmo tempo, deve-se fugir da consideração simplista de que qualquer uso – mesmo que potencialmente danoso – é algo característico da adolescência e, como tal, inquestionável.

As vulnerabilidades ao HIV/aids associadas ao o uso de drogas devem ser observadas, principalmente, sob dois aspectos:

1. Efeito do uso de substâncias psicoativas - lícitas ou ilícitas - altera a capacidade de discernimento, dificultando o uso consistente do preservativo. Cabe destacar aqui o uso de álcool que, por ser uma droga lícita chega a ser socialmente estimulado, dificilmente recebe a atenção necessária por parte da família ou do profissional de saúde, diante do alto potencial de alteração da percepção de risco e do conseqüente aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV que representa.
2. O uso compartilhado de seringas e agulhas entre pessoas que fazem o uso de drogas pela via injetável representa um risco de transmissão do HIV pela via sanguínea, que é uma forma de transmissão importante por ser direta. O compartilhamento pode ocorrer por dificuldade de acesso à informação ou a

material estéril, dificuldade econômica e também pelas razões ritualísticas que caracterizam o uso.

Visando a diminuir o risco a que estão expostos os usuários de drogas, são desenvolvidas, junto a este grupo populacional, as chamadas ações de **Redução de Danos (RD)**, que são ações que objetivam diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso ou abuso de drogas, sem necessariamente implicar o abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem parar de usar drogas.

No início da epidemia da aids, esse conceito esteve vinculado aos usuários de drogas injetáveis; depois ele se estendeu a qualquer forma de consumo de substâncias psicoativas, mesmo as legalmente permitidas, como o álcool, tabaco e medicamentos.

As ações de redução de danos incluem a oferta de informação a usuários de drogas e à sua rede social e a disponibilização de material estéril - os chamados kits de redução de danos, compostos por seringas, agulhas, potes para dissolução, lenço de desinfecção para o local da aplicação, preservativo e material educativo, além do oferecimento de apoio e assistência para o tratamento da dependência química. São desenvolvidas tanto por organizações governamentais quanto não governamentais, principalmente por meio de ações no campo (acesso aos usuários nos locais de socialização e uso de drogas). Nos serviços de saúde, as ações de RD vêm sendo incorporadas gradualmente e são fundamentais para favorecer aproximação dos usuários de drogas dos serviços. No trabalho junto a pessoas vivendo com HIV/aids, é importante destacar que, ao contrário do que freqüentemente se acredita, nem todas as drogas interferem negativamente no tratamento com TARV. As interações mais importantes foram encontradas em relação ao uso concomitante de *ecstasy* e ritonavir. Para maiores esclarecimentos, ver anexo III (interações significativas entre TARV e drogas recreativas).

Acesso a insumos

Não ter acesso aos serviços de saúde e/ou organizações da sociedade civil que disponibilizem insumos de prevenção gratuitamente ou não ter renda para a compra desse insumo são fatores que dificultam a adoção de práticas sexuais mais seguras. Valores morais ou crenças errôneas, como a dificuldade em reconhecer que muitos adolescentes têm uma prática sexual ou a idéia de que a disponibilização incentiva esta prática, devem ser superados. Especialmente para os adolescentes vivendo com HIV/aids, o acesso aos insumos é fundamental, dados os riscos de reinfecção e transmissão do vírus. Há que se considerar, ainda, a proporção de adolescentes vivendo em situação de rua, para quem a dificuldade de acesso torna-se ainda maior, em função da situação de marginalização e exclusão dos serviços.

Doenças sexualmente transmissíveis

A ocorrência de outra Doença Sexualmente Transmissível (DST) é facilitadora para infecção pelo HIV. Ter tido uma DST significa, na maioria dos casos, que a pessoa não usou o preservativo. No caso de pessoas soropositivas para HIV, a presença de uma DST aumenta o grau de transmissibilidade do vírus para outra pessoa, além de deprimir o sistema imunológico já potencialmente fragilizado.

É importante destacar que para a hepatite B há vacinação disponível na rede pública de saúde e que pessoas vivendo com HIV/aids e pessoas menores de 19 anos estão entre os segmentos populacionais prioritários para vacinação.

Transmissão vertical

É a transmissão do HIV de mãe para filho e pode acontecer durante a gestação, o trabalho de parto, o parto ou a amamentação. No atendimento da mulher gestante vivendo com HIV/aids, jovem ou adulta, o profissional precisa incluir na sua abordagem questões de gênero, pois é bastante presente o aspecto de dominação masculina, que muitas vezes impossibilita a comunicação sobre práticas sexuais, a reflexão e mudanças de hábitos. A inclusão do parceiro no atendimento também é uma estratégia que favorece o sucesso da orientação preventiva.

Para as mulheres que vivem com HIV/aids, a gestação traz conflitos ainda mais intensos do que os possivelmente experimentados por outras mulheres neste período, impedindo-as de vivenciar de maneira mais positiva o projeto do filho. Os prazeres comumente associados à gestação podem ser minimizados, estando mais presentes o temor de transmissão do vírus para o bebê, o sentimento de pressão e culpabilização, seja nas situações que engravida quando já sabia do diagnóstico, quando se descobre portadora durante a gestação ou quando planejou a gravidez.

Para os homens, a gestação de uma parceira que vive com HIV/aids os coloca numa situação de conflito, observando-se comportamentos que oscilam entre o julgamento moral e o dever de se manter solidário. Eles preocupam-se, assim como as mulheres, com a saúde do filho.

O diagnóstico do HIV provoca a instabilidade nas relações conjugais, pois implica mudanças importantes, principalmente no que concerne ao exercício da sexualidade. Reações diversas podem ocorrer, variando desde situações em que se trazem à tona divergências do casal e instauram-se conflitos até situações em que a cumplicidade aumenta, contribuindo para a reflexão e reorganização, individual ou conjugal. Entre os casais sorodiscordantes, é comum observar na mulher o medo do abandono e no homem, o conflito entre a culpabilização e a solidariedade à companheira. Esses sentimentos conflitantes norteiam a negociação do uso do preservativo. Na maioria dos casos, opta-se pelo não-uso, preponderando sentimentos de confiabilidade, exigências de provas de amor e aceitação e pelo fato da doença ser tratável.

Destaca-se que esses conflitos existem tanto para casais adultos, quanto para jovens, e que o que se observa é que a estabilidade das relações conjugais favorece a resolução dos problemas. Como a consideração de estabilidade das relações entre os jovens costuma ser mais frágil, é importante que o profissional esteja atento para este aspecto e para as possibilidades de rede de apoio disponíveis em cada caso.

As ações de prevenção na rotina dos serviços

O desenvolvimento das ações de prevenção junto aos adolescentes vivendo com HIV, como todas as outras, deve privilegiar a construção coletiva das estratégias, valorizando a participação dos adolescentes nesse processo, de forma que eles se reconheçam como responsáveis pela promoção de sua saúde. A discussão de temas como cidadania, relação de gênero, sexualidade, uso de drogas, etnia e direitos humanos favorecem a construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

As ações realizadas pelos profissionais de saúde impactam na prevenção e no controle das doenças ao promoverem maior acesso e adesão aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, além de possibilitarem o acompanhamento adequado dos casos.

Sala de espera

Este espaço pode ser valorizado com a inclusão de ações para educação em saúde e favorecer, por meio da troca de informações e do esclarecimentos de dúvidas, a percepção dos riscos de reinfecção, de infecção por outras DST e de transmissão a seus parceiros, além de uma percepção mais ampla sobre questões associadas ao viver com HIV/aids. Aconselhamento coletivo, atividades de demonstração, manuseio e discussão do uso do preservativo, oficinas de produção de materiais informativos, oficinas de sexo seguro e exibição de vídeos informativos seguidos de debates são estratégias eficientes para abordagem de temas associados à prevenção, ao viver com HIV/aids, ao uso de drogas, à sexualidade, às questões de gênero, à vulnerabilidade, à cidadania, entre outros.

Atividades de grupo

Embora a sala de espera seja um espaço importante de interação e sensibilização, as atividades nela desenvolvidas podem precisar de outros espaços para serem aprofundadas. Criar possibilidades de interação grupal entre os adolescentes que vivem com HIV significa criar a possibilidade de troca de informações, sentimentos e vivências que permitem a resignificação das experiências individuais do viver com HIV, a construção de estratégias singulares de prevenção e o fortalecimento da rede de apoio destes adolescentes.

Consulta

Neste contato individualizado entre profissional de saúde e usuário, é importante que possa se estabelecer uma relação de confiança que permita o estabelecimento do diálogo aberto, que estimule a expressão de situações de vulnerabilidade, de sentimentos em relação ao viver com HIV/aids, de dúvidas, de discussão sobre práticas sexuais e uso de drogas. O estabelecimento dessa relação depende, em grande medida, do usuário sentir-se acolhido nas suas especificidades, sem sofrer julgamentos morais, e do profissional sentir-se à vontade para lidar com as questões necessárias. Considerar a singularidade de cada usuário possibilitará que as orientações preventivas sejam mais efetivas.

Aconselhamento

É um processo que deve ser compreendido por toda a equipe de saúde, desenvolvido em vários momentos, não se reduzindo a um único encontro realizado individual ou em grupos. Tanto a dinâmica grupal como a individual devem incluir troca de informações, avaliação de risco e apoio emocional, de forma a favorecer a percepção pela pessoa de sua vulnerabilidade, a partir do reconhecimento do que sabe e sente e do estímulo à sua participação nos atendimentos subseqüentes.

Cabe destacar que a comunicação do resultado do teste anti-HIV é um momento que exige bastante do profissional de saúde e do usuário, quando a equipe deve estar preparada para lidar com o impacto do diagnóstico positivo e habilidade para discutir práticas preventivas, considerando as possibilidades de cada usuário. Porém, o aconselhamento é uma atividade que não se restringe ao momento do diagnóstico. Cada adolescente traz necessidades de cuidado diferenciadas e específicas, e o processo de aconselhamento oferece uma oportunidade de diálogo e reflexão, que pode levar à transformação de práticas, autocuidado e maior autonomia.

Junto aos adolescentes vivendo com HIV/aids, o aconselhamento deve primar pela atenção mais imediata para a promoção da qualidade de vida. É importante abordar e propor estratégias de enfrentamento de possíveis mudanças nos relacionamentos familiares, sociais e afetivos, de redução do estresse, de adesão ao tratamento, de revisão de hábitos alimentares, atividades de lazer, adaptando a abordagem à história de cada adolescente.

12

Outras Doenças Sexualmente Transmitidas



Outras Doenças Sexualmente Transmitidas

Segundo a OMS, um em cada 20 adolescentes adquire uma DST curável anualmente, excluindo HIV e outras infecções virais.

As doenças sexualmente transmissíveis não estão igualmente distribuídas entre o grande número de adolescentes que iniciam atividade sexual.

Muitos fatores influenciam no risco da (o) adolescente adquirir uma DST:

- Freqüência e tipo de relação sexual;
- Freqüência no uso de preservativo;
- Risco de violência;
- Distribuição epidemiológica das DST;
- Aspectos sócio-cultural e econômico;
- Freqüentar, ou não, a escola.

Geralmente, as DST são mais comuns entre os adolescentes masculinos que fazem sexo com homens, em situação de rua e que estão privados de liberdade. No Brasil, entre jovens que se apresentam para seleção do serviço militar (conscritos), 15,8% relataram já ter tido algum problema relacionado as DST (como corrimento no canal uretral, bolha, feridas ou verrugas no pênis), sendo as taxas mais altas nas regiões Norte e Nordeste.

Em regiões de alta prevalência para DST, a maioria dos adolescentes, incluindo os que vivem em área rural e os que freqüentam a escola, estão sob risco de contrair DST

Em locais onde os meninos se tornam sexualmente ativos mais cedo do que as meninas, associado ao fato de a sintomatologia das DST ser mais evidente na população masculina, os usuários de serviços de DST são na sua maioria homens.

As adolescentes e mulheres jovens são freqüentemente mais vulneráveis para as DST, principalmente se elas têm pouco controle nas decisões sobre saúde sexual e reprodutiva. Entre a população de adolescentes assintomáticas atendidas pelo Programa de Saúde da Família de Vitória, por exemplo, encontrou-se 12,2% de clamídia e 1,9% de infecção gonocócica. No Estudo Sentinela em Parturientes, de abrangência nacional, promovido pelo PN-DST/AIDS, observou-se que a prevalência de soropositividade para sífilis nas parturientes é 1,6%, correspondendo a cerca de 48.000 gestantes/ano, e 0,41% de HIV. Importante observar, ainda, que cerca de 23% dos partos na rede SUS ocorrem em meninas de até 19 anos.

Por outro lado, como muitas DST são assintomática e, também, porque muitas adolescentes não procuram tratamento para certas infecções sintomáticas, as adolescentes têm maior risco de portar infecção persistente.

Embora as DST sejam freqüentes em certos grupos de adolescentes, muitos dos que estão em situação de risco não têm acesso fácil aos serviços de saúde, mostrando a necessidade de ampliar não somente a rede de assistência para facilitar o acesso, quanto estabelecer uma melhor interface entre serviços de DST e programas de saúde do adolescente.

Os profissionais de saúde que provêem cuidado para adolescentes devem estar atentos a assuntos relacionados às DST. Freqüentemente não inquirim sobre o comportamento sexual, apesar da prevalência das DST entre adolescentes, não avaliam risco para as DST, não aconselham sobre redução de risco, e pouco se busca a infecção em assintomáticos durante as consultas clínicas.

Assistência ao adolescente portador de DST

O PN-DST/AIDS implantou a abordagem sindrômica das DST como a estratégia principal para a atenção aos portadores de DST. O tratamento deve ser instituído no momento da consulta, preferencialmente com medicação em dose única, ou com o menor número possível de doses. A utilização de fluxogramas facilita a abordagem das **síndromes clínicas**, propiciando tratamento e a ruptura imediata da cadeia de transmissão. Nessa abordagem, são pesquisados os sintomas e/ou sinais que, agrupados, fornecem o diagnóstico de uma síndrome. O tratamento visará, então, os agentes etiológicos mais comuns na síndrome em questão. Deve-se estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, igualmente transmissores e também suscetíveis às complicações.

Síndrome de corrimento uretral

O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento, disúria com estrangúria e prurido uretral. Como não se pode descartar a possibilidade de co-infecção gonorréia-clamídia, já que o diagnóstico laboratorial desta última exige técnicas raramente disponíveis, recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções (a co-infecção está presente em 10-30%).

	1ª opção	2ª opção	Observações
Clamídia	Em maiores de 45kg: Azitromicina 1 g, VO, em dose única; ou Se menor de 45 kg: Eritromicina (estearato) 50 mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante 14 dias.		O uso de ciprofloxacina e ofloxacina está contra-indicado em gestantes e nutrizes e em menores de 18 anos, até o momento. Em menores de 8 anos, gestantes e nutrizes também está contra-indicado o uso de tetraciclina e doxiciclina.
		+	
Gonorréia	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou se < 45kg: 125 mg IM, dose única.	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou	Contra-indicado em gestantes e nutrizes e em menores de 18 anos, até o momento, o uso de ciprofloxacina e ofloxacina.

Síndrome de úlcera genital

Caracteriza-se por lesões erosadas ou ulceradas, precedidas ou não por vesículas, com um número variável de lesões e sintomas algícos mais ou menos presentes. As principais causas são o herpes genital, a sífilis primária e o cancro mole. A infecção herpética caracteristicamente inicia-se com a formação de vesículas e, semelhante ao cancro mole, são dolorosas. As lesões do cancro mole são auto-inoculáveis e múltiplas, diferentes da sífilis primária (cancro duro) que se manifesta com lesão única e indolor. Como o diagnóstico laboratorial imediato raramente está disponível, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital bacteriana, a sífilis primária e o cancro mole, após, inicialmente, se afastar a hipótese de herpes.

Portadores do HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Para esses pacientes é sempre indicada a punção lombar. Quando comparados aos HIV negativos, podem estar sob maior risco para complicações neurológicas e podem apresentar maior falha no tratamento com os esquemas recomendados. A magnitude desse risco, embora não definida precisamente, é provavelmente pequena. É importante observar que após o tratamento, é essencial fazer-se um seguimento cuidadoso nesses pacientes. Os indivíduos HIV + com cancro mole, por sua vez, também devem ser monitorados com maior atenção em razão do maior risco de falência terapêutica ou de cicatrização mais lenta. Alguns autores recomendam os regimes terapêuticos de maior duração, mas não há definição entre o mais eficaz. Deve-se, pois, avaliar caso a caso.

	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)		Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias; Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias (contra-indicado para gestantes e nutrízes);
Cancro mole	<p>Azitromicina 1 g, VO, em dose única; ou</p> <p>Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.</p>	<p>+</p> <p>Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou</p>	Gestantes – contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona

Tratamento das outras fases da sífilis

Sífilis recente secundária e latente

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões UI.

Sífilis tardia (latente e terciária)

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

O seguimento sorológico quantitativo é de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses. Se título baixo e estável em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta. Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Estabilização, sem queda, pode ser sinal de neurosífilis assintomática.

Outras lesões ulceradas

Herpes

No caso de suspeita clínica de 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 200mg, 4/4 h, 5x/dia, por 7 dias ou 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias ou
- **Valaciclovir** 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; ou
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Se muito freqüentes as recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); ou
- **Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias; ou
- **Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.

Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

Herpes e HIV: Manifestações graves e/ou de duração prolongada são comuns, mais sintomáticas do que o usual e atípicas. A terapia supressiva pode beneficiar o paciente, com as drogas referidas acima, por tempo indeterminado. Para casos mais graves recomenda-se tratamento parenteral e antibioticoterapia associada, se necessário:

- **Aciclovir:** 5 a 10 mg por Kg de peso, EV, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

Obs: se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose.

Donovanose

Os portadores de HIV podem apresentar episódios da infecção mais prolongados e mais graves. As drogas utilizadas são similares aos não portadores do HIV, embora experiências isoladas sugiram benefício com doses maiores. O tratamento deve ser mantido até que haja resolução clínica do quadro. Em lesões extensas, ou que não respondem ao tratamento usual em alguns dias, o tratamento endovenoso, sob internação, é recomendado por alguns especialistas, em geral associado a uma das drogas abaixo.

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica (avaliar contra-indicações); ou
- **Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou
- **Azitromicina** 1 g, VO, em dose única, seguido por 500mg VO/dia, por 3 semanas ou até as lesões cicatrizarem.

Uso Parenteral:

- **Gentamicina:** 80 mg, IV, 8/8 h ou 240 mg, IV, dose única diária (média 14 dias).

Linfogranuloma venéreo

Pacientes com LGV e infecção pelo HIV devem receber o mesmo tratamento que os não-infectados. Um curso mais prolongado de antibioticoterapia pode ser necessário e a demora na resolução do quadro pode ocorrer.

- **Doxiciclina** 100 mg, 12/12 h, VO por 21 dias; ou
- **Eritromicina** 500 mg, 6/6 h, VO, por 21 dias.

Síndrome de Corrimento vaginal e cervicite

Em adolescentes com queixa espontânea de corrimento vaginal, realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação daquelas com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante, como descrito adiante. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento.

Critérios de risco para infecção cervical (WHO.RTI 2004)•

- Parceiro com sintomas; ou
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção; ou
- Paciente acredita ter se exposto a DST; ou
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo (>10%) e clamídia (> 20%).

Se houver muco ou pus endocervical (teste do cotonete positivo), colo friável, dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorréia e clamídia).

	1ª opção	2ª opção	Observações
Clamídia	Em maiores de 45kg: Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Se menor de 45 kg: Eritromicina (estearato) 50 mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante 14 dias.		O uso de ciprofloxacina e ofloxacina está contra-indicado em gestantes e nutrizes e em menores de 18 anos, até o momento. Em menores de 8 anos, gestantes e nutrizes também está contra-indicado o uso de tetraciclina e doxiciclina.
		+	
Gonorréia	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou se < 45kg: 125 mg IM, dose única.	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou 10 mg/kg	Contra-indicado o uso de ciprofloxacina e ofloxacina em gestantes e nutrizes e em menores de 18 anos.

Citologia oncológica: aproveitar para colher se houver indicação, conforme preconizado.

Se houver disponibilidade de insumos, no momento da consulta, utilizar os critérios de Amsel, que exigem disponibilidade de fita de pH e KOH 10%, sendo 3 de 4 critérios suficientes para diagnóstico:

- Corrimento branco acinzentado;
- pH > 4.7;
- Teste aminas positivo;
- *Clue cells* > 20% (exige microscopia).

Valores acima de 4,5 de pH sugerem tricomoníase e/ou vaginose bacteriana. Se o teste de pH for normal (entre 4 e 4,5) e o teste das aminas for negativo, é preciso investigar uma possível causa fisiológica e/ou não-infecciosa.

Se a microscopia é disponível, o conteúdo vaginal pode ser visualizado a fresco, com KOH a 10%, ou corado em esfregaço pelo método de Gram.

- presença de *clue-cells* (células chaves) e/ou a ausência de lactobacilos: vaginose bacteriana;
- microorganismos flagelados móveis: tricomoníase;
- hifas ou micélios birrefringentes semelhantes a um “caniço” e esporos de leveduras: candidíase.

Não estando disponíveis a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal durante o exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis enfermidades que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase. Os esquemas preconizados geralmente são similares aos das jovens não-portadoras do HIV, porém alguns autores recomendam os esquemas prolongados.

	1ª opção	2ª opção	Outras opções (gestantes após o 1º trimestre)
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO dose única; ou Metronidazol 500mg 12/12hs VO 7 dias	Secnidazol 2 g, VO, dose única; ou Tinidazol, 2g VO dose única	Metronidazol 2 g VO dose única
Vaginose bacteriana	Metronidazol 500mg 12/12hs VO 7 dias	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.	Metronidazol 250 mg, 3 vezes ao dia durante 7 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias
Candidíase	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	Fluconazol - 150 mg, VO, em dose única.	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias;ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

Lembrar que apenas a tricomoníase é uma DST. A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas.

* Observações:

- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”).
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais. Reforçar a importância do uso regular de preservativos.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.

Candidíase – Observações

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Tratar com:

- **Fluconazol** 150 mg, VO, dose única; ou
- **Itraconazol** 200 mg, VO, de 12/12h, só duas doses; ou
- **Cetoconazol** 400 mg, VO, por dia, por 5 dias.

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- gravidez;
- diabetes mellitus (descompensado);
- obesidade;
- uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes);
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a provocada pela infecção por HIV.

Casos de candidíase recorrente podem ser abordados, segundo alguns autores, com 200 mg semanais de fluconazol. Porém, essa conduta não está indicada em casos de profilaxia primária da candidíase vaginal.

Síndrome de dor ou desconforto pélvico/doença inflamatória pélvica (DIP)

No quadro em que se apresenta dor pélvica, deve-se avaliar os critérios de risco a fim de se identificar as mulheres que podem ser portadoras de uma endocervicite assintomática. Se algum critério de risco for positivo, a paciente é considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante para gonorréia e clamídia.

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência.

Se a paciente apresenta sinais de peritonite ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5° C, deverá ser encaminhada para serviço de referência, a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Não está bem definido na literatura especializada se a portadora do HIV pode ser mais propensa a apresentar quadros mais graves, assim como de maior tendência à necessidade de tratamento cirúrgico. A avaliação cuidadosa do caso poderá definir pela administração ou não de medicação parenteral e adoção de procedimentos cirúrgicos.

Tratamento de DIP leve, sem sinais de gravidade:

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	+	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12. horas, por 14 dias.
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias; ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12horas por 14 dias, se maior de 18 anos	+	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias, se maior de 8 anos, e não gestante/nutriz	+	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias.

Medidas gerais: Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico), tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais).

Não havendo melhora do quadro em 3 dias, ou se houver piora clínica, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Infecção pelo papilomavirus humano (HPV)

É uma doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, causada por um vírus, o Papilomavírus humano (HPV). Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal.

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas. Pode também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob aplicação de lentes de aumento e após aplicação de reagentes, como o ácido acético (áreas acetobranças). Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares.

Não é conhecido o tempo que o vírus pode permanecer silencioso e que fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. Pode permanecer por muitos anos no estado latente e, posteriormente, originar novas lesões. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de “reservatórios” de vírus do que à reinfeção pelo parceiro sexual. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões (incubação), variando de semanas a décadas. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) de alto grau (neoplasia intra-epitelial moderada, grave ou carcinoma *in situ*) são os tipos virais presentes e co-fatores como o estado imunológico e tabagismo.

Há maior prevalência de NIC em portadoras do HIV, com tempos muito curtos (meses) de progressão para lesões pré-invasivas graves e recidivas frequentes. Quando houver atipias na colpocitologia, encaminhar para serviço especializado, para investigação colposcopia e biópsia dirigida, quando indicado, e tratadas como recomendado. Indica-se fazer a colpocitologia após o diagnóstico inicial do HIV e, caso negativa, deve-se repeti-la seis meses depois. Mantida a ausência de evidências de NIC, repetir a colpocitologia anualmente. Somente as portadoras de atipias à colpocitologia devem ser referidas para colposcopia e biópsia dirigida.

Considerando a elevada prevalência de NIC em portadoras do HIV (até 10 vezes maior), algumas mulheres portadoras de NIC podem ser portadoras do HIV ainda sem diagnóstico. Dado o benefício que essas mulheres terão pelo diagnóstico sorológico da presença do HIV, esse teste deve ser oferecido após aconselhamento a todas as portadoras de HSIL (displasias moderada, acentuada e carcinoma *in situ*, NIC II ou III).

Infecção clínica pelo HPV na genitália (com lesão macroscópica)

Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, no homem, mais freqüentemente na glande, sulco bálano-prepucial, bolsa escrotal e região perianal, e na mulher, na

vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecerem inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: Ácido Tricloroacético (ATA), crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, e exérese cirúrgica. Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada. Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde. Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões.

Mais recentemente foram publicados os primeiros resultados que demonstram a eficácia da vacina contra HPV 16.

Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia intra-epitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento.

Seguimento

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que freqüentemente ocorre nos três primeiros meses. As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino.

Portadores do HIV podem não responder ao tratamento para o HPV como as imunocompetentes e podem acontecer recidivas mais freqüentes. Como o carcinoma escamoso pode surgir mais freqüentemente em imunossuprimidos, valoriza-se a biópsia de lesões suspeitas nesse grupo. O tratamento deve basear-se nos mesmos princípios referidos para demais pacientes, não portadores de infecção pelo HIV.

Rastreio de câncer cérvico-uterino em mulheres que têm ou tiveram DST

Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam esse risco, como a infecção pelo HPV. Estudos de prevalência mostram que as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são cinco vezes mais freqüentes em mulheres portadoras de DST do que naquelas que procuram outros serviços médicos como, por exemplo, para planejamento familiar.

O consenso brasileiro recomenda a realização da colpocitologia a cada três anos, após duas colpocitologias consecutivas negativas, com intervalo de um ano em mulheres sexualmente ativas. É razoável que mulheres portadoras de DST sejam submetidas

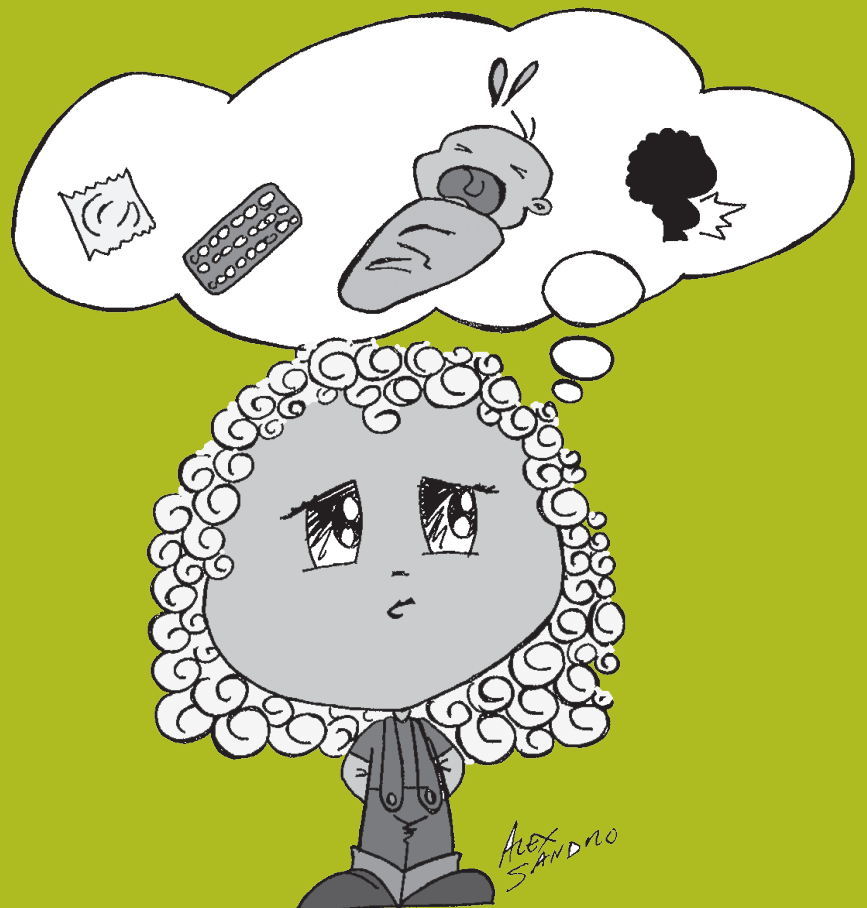
à colpocitologia mais freqüentemente pelo seu maior risco de serem portadoras de câncer cérvico-uterino ou de seus precursores.

Ao atender a jovem portadora de DST, o profissional de saúde deve perguntar sobre o resultado de sua última colpocitologia e a época em que foi realizada. Se a paciente portadora de DST não se submeteu a uma colpocitologia nos últimos 12 meses:

- a coleta deverá ser realizada tão logo a DST seja controlada;
- se a DST é uma infecção pelo HPV, a coleta deve fazer parte do exame ginecológico;
- a coleta deve ser feita quando a paciente não souber informar quanto ao resultado do teste, seja por desinformação ou por não ter buscado seu resultado. Se possível, fornecer cópia ou transcrição do resultado deste teste à própria paciente para que faça parte de seus documentos médicos.

13

Anticoncepção,
Gravidez
e Pré-Natal



Anticoncepção, Gravidez e Pré-Natal

I – Introdução

Sempre que se fala em fazer algum trabalho voltado para adolescentes imediatamente surge o tema gravidez. Embora a gestação na adolescência não seja um fenômeno de nossos dias torna-se polêmica na atualidade pela mudança do papel da mulher na sociedade e, que por via de regra, se dar, diferentemente do passado, fora de uma relação conjugal estabelecida e, muitas vezes, sem o suporte psicossocial adequado.

Apesar de todos os trabalhos feitos no intuito de lidar com esta questão, os números de partos de gestantes adolescentes vêm aumentando ano a ano. A principal causa de internação de adolescentes de 12 a 19 anos são as questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Esse quadro torna-se mais polêmico quando falamos da adolescente com HIV/Aids.

Contudo, cabe ao profissional de saúde discutir com a adolescente as formas de evitar a gravidez e as possíveis repercussões de sua ocorrência para sua vida. Caso ocorra a gestação, acompanhar dentro do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Sabe-se que os fenômenos ligados à saúde são complexos, dinâmicos e com múltiplos fatores intervenientes e assim o é a gravidez na adolescência. É cercada de vários mitos que muitas vezes são incorporados por profissionais em sua abordagem. Dessa forma, cabe ao profissional que vai lidar com o tema conhecê-lo em profundidade para poder fazer uma reflexão crítica sobre essas questões.

Muitas vezes o profissional diante do adolescente imagina-se falando com seu filho ou irmão mais novo, o que pode enviesar sua prática para tentativas de moralizar ou normatizar a vida dos adolescentes, partindo de valores e princípios próprios do profissional. De fato, o papel do profissional de saúde junto ao adolescente é, a partir de seu conhecimento técnico, poder trocar com os jovens as diversas possibilidades de caminhos a serem percorridos, suas implicações, para que o adolescente possa fazer sua escolha agora mais instrumentalizado para tal. Cabe ao profissional saber respeitar e apoiar esta escolha. É muito comum ser tomado como um fracasso de nossa prática educativa a ocorrência de casos de gravidez “apesar de nossa atuação”. É importante ter em mente que nossa ação não é contraceptiva e que vários fatores, além da informação e de nossa atuação, influenciam os desejos e atitudes desses adolescentes vivendo com HIV.

No passado, falava-se sobre o risco biológico que envolvia a gravidez na adolescência, mencionando-se principalmente a prematuridade e o baixo peso do recém-nascido.

Posteriormente viu-se que, caso esta adolescente seja acompanhada adequadamente durante o pré-natal, este risco é equivalente ao da mulher adulta, lembrando que alguns riscos, como o da doença hipertensiva gestacional, estão mais ligados à primiparidade, entre outros fatores, como raça e classe socioeconômica e não necessariamente à adolescência.

Posteriormente, passou-se a separar o risco biológico dos riscos chamados psicossociais e dizer-se que a gravidez na adolescência tinha especial risco psicossocial, o que também não é uma regra.

Muitas vezes o profissional de saúde parte do princípio que a gravidez na adolescência é sempre indesejada, o que não é verdade. Frequentemente há o desejo de gestar, com representações próprias dessa adolescente em relação à gravidez. Ela pode desejar engravidar, para ver se seu corpo recém-modificado realmente “funciona”. Outra possibilidade, já que essa adolescente já cuida de irmãos menores, é que agora ela “vai cuidar de seu próprio filho”. A gravidez pode ser vista como estratégia de sair de uma situação que lhe é adversa como pais que brigam muito ou que a maltratam. Pode também ser uma forma de agora ter uma relação mais estável com o parceiro ou ter sua própria casa. Enfim inúmeras razões fazem com que, muitas vezes, essa adolescente deseje gestar. Além do que a gravidez por si só traz prazer, além de um *status* social, ela agora vai ser objeto de atenções e cuidados, às vezes não existentes antes. Na adolescente vivendo com HIV/aids, muitas vezes mais do que tudo, a gravidez vem associada à representação de vida e saúde.

II – Pré-natal da adolescente vivendo com HIV

Com relação aos cuidados pré-natais e no parto, o documento “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral (TARV) em Gestantes” preconiza, baseado no conhecimento científico disponível, ações que reduzam para níveis entre zero e 2% as taxas de transmissão vertical do HIV e que proporcionem o controle da doença materna. Essas ações, entre outras, são: o uso de TARV para todas as gestantes HIV+; a cesariana eletiva, quando indicada; e uso de fórmula infantil com inibição de lactação. Ou seja, a promoção de intervenções que reduzem a carga viral materna e que propiciem a realização rápida do parto com adequada assistência ao binômio mãe-filho (para maiores informações, consultar o documento de consenso de TARV em gestantes e profilaxia da transmissão vertical do HIV, do ano em vigência).

1 – Acolhimento

O primeiro contato com a adolescente gestante vivendo com HIV é de fundamental importância para sua adesão ao pré-natal. Muitas vezes essa adolescente teve o conhecimento de seu estado sorológico em outro serviço de pré-natal, sem o adequado aconselhamento pré e pós-teste e chega sem as devidas orientações. Outras vezes, pode estar extremamente preocupada com o advento da gravidez, por ser HIV positiva.

Esses e outros fatores fazem do primeiro atendimento, um importante momento de acolhimento não só dessa adolescente como de seu parceiro, que deve ser estimulado a participar ativamente da gestação.

Se for necessário deve ser realizado, nesse momento, o aconselhamento pós-teste, utilizando-se linguagem simples e clara. Durante esse processo, o profissional

avalia as condições emocionais e nível de informação da adolescente (vide capítulo de aconselhamento e testagem).

2 – Que pré-natal é este?

De preferência, o serviço de pré-natal que acompanhará a gestante adolescente vivendo com HIV deve contar com equipe multidisciplinar capacitada. Será necessário o acompanhamento por obstetra e clínico com experiência em manejo de anti-retrovirais.

É de fundamental importância que o fluxo de laboratório, maternidade e outros serviços de referência que se façam necessários estejam bem estabelecidos.

A rotina obstétrica recomendada pelo Ministério da Saúde deve ser seguida, com o acompanhamento clínico individualizado baseado no estágio da infecção pelo HIV, com envolvimento de toda a equipe.

É importante que esteja sempre garantido pelos profissionais que acompanham a adolescente um espaço de escuta onde ela possa trocar informações, trazendo suas dúvidas e anseios.

III – Concepção e anticoncepção

É direito do adolescente ter assegurado o acesso a informações e aos meios, métodos e técnicas para concepção e anticoncepção.

Deve-se ter em mente que ao longo de sua vida esse adolescente vai desejar lançar mão de diferentes opções contraceptivas, conforme sua situação de vida naquele momento. Dessa forma influenciam nessa decisão a frequência e possibilidade de planejamento das relações sexuais, a existência ou não de parceria fixa, questões relacionadas à própria saúde, entre outras. Logo, todos os métodos contraceptivos devem ser discutidos em atividades educativas individuais e em grupo, bem como as implicações do uso de cada um deles, sua eficácia, reversibilidade e possibilidade de proteção contra DST/HIV.

O desejo de ter filhos por casal HIV+, seja esse sorodiscordante ou não, deve suscitar por parte daqueles que os assistem atenção especial, a fim de lhes proporcionar condições favoráveis para a concepção, buscando-se diminuir o risco de reinfeção/transmissão, agravamento da doença materna e transmissão vertical. Portanto, a efetivação desse direito deve ser assegurada pelo SUS em serviço devidamente qualificado.

A anticoncepção voltada para o adolescente vivendo com HIV deve ser sempre pensada tendo como fator norteador a dupla proteção, qual seja, evitar a gravidez não desejada e simultaneamente proteger-se e à/ao sua(s)/seu(s) parceiro(a) contra a transmissão do HIV e outras DST.

O preservativo, masculino ou feminino, é o único método que propicia ao mesmo tempo a prevenção da gravidez e da transmissão do HIV e de outras DST, devendo, portanto, seu uso ser estimulado em todas as relações sexuais. Para aumentar a eficácia do método, na prevenção da gravidez, seu uso pode ser combinado com outro método anticoncepcional.

Nas atividades educativas em grupo, é fundamental a participação de adolescentes de ambos os sexos para que cada um possa perceber seu papel na concepção e anticoncepção,

esclarecendo suas dúvidas e podendo passar a agir como agentes multiplicadores junto a seus pares.

É importante, também, incentivar no processo de escolha do método o envolvimento de ambos os parceiros, para que um possa auxiliar o outro em sua utilização. É essencial o enfoque de gênero nas ações educativas, de modo a promover relações mais igualitárias e mutuamente respeitadas entre os parceiros.

Mais uma vez a utilização de técnicas lúdicas que propiciem um espaço agradável de discussão é importante, bem como a disponibilização dos métodos propriamente ditos, para que sejam conhecidos e manipulados, juntamente com figuras e modelos de pênis e pênis onde possam ser testados, fazendo uma ligação com a discussão sobre anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores masculino e feminino.

Todos os métodos apresentam uma taxa de falha, ou seja, não há nenhum método completamente garantido. A taxa de falha é calculada segundo o número de gestações “não desejadas” entre os usuários do referido método nos primeiros 12 meses. A eficácia do método é apenas uma das características a serem consideradas na eleição do mesmo para o adolescente vivendo com HIV.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Esses métodos baseiam-se na identificação do período fértil feminino a partir de mudanças tais como temperatura corporal e muco-cervical (Billings) ou pelo cálculo desse período a partir dos ciclos menstruais, a chamada tabelinha (Ogino Knaus). Não protegem contra a transmissão de DST/HIV, portanto sua utilização como método anticoncepcional está contra-indicada em adolescentes vivendo com HIV/aids.

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira impedem o contato do espermatozóide com o óvulo; não têm efeitos sistêmicos; os únicos indicados para adolescentes vivendo com HIV/aids são os preservativos masculino e feminino. O diafragma não é indicado por não proteger da transmissão/reinfecção pelo HIV, já que não recobre a mucosa vaginal completamente.

PRESERVATIVO MASCULINO

1 – O que é?

- Envoltório fino de látex, descartável, que recobre o pênis durante a relação sexual.

2 – Antes de usar:

- Verificar as condições adequadas do preservativo.
- Armazenar longe de luz ou calor.
- Armazenar em locais que não afetem sua embalagem, que deve estar íntegra; assim, locais como bolso de traz da calça ou carteira, não são os ideais.
- Verificar o prazo de validade (três anos a partir da data de fabricação).
- Verificar a chancela das instituições de controle de qualidade (INMETRO) ou do Ministério da Saúde.
- Preferir os preservativos que já são lubrificados.

- Não utilizar dois preservativos simultaneamente, nem em associação com o preservativo feminino pelo risco de ruptura.

3 – Para usar

- Deve ser colocado com o pênis ereto.
- Colocar antes de qualquer penetração para que não haja contato com secreções e, por conseguinte, risco de DST e gravidez.
- Apertar a ponta do preservativo para retirar o ar.
- Desenrolar até a base do pênis.
- Não deve ser usado associado a lubrificantes oleosos que podem danificar o látex.

4 – Para retirar

- Retirar o preservativo com o pênis ainda ereto.
- Retirar o preservativo sem desenrolá-lo completamente, fazendo pressão em sua base e puxando suavemente para que não haja extravasamento do esperma.
- Após a retirada jogar no lixo.

A utilização do preservativo masculino protege ambos os parceiros da transmissão/reinfecção de DST/HIV, diminui também a incidência de câncer do colo uterino, por isso deve ser sempre recomendado seu uso isolado ou associado aos outros métodos para aumentar a eficácia contraceptiva. Há muito mais um preconceito contra seu uso, vindo inclusive dos profissionais de saúde, fato que pode ser superado pela conscientização de sua importância e efetiva adoção desse método. Sabe-se que seu uso regular diminui as falhas e dificuldades em sua utilização. A interferência na espontaneidade da relação sexual também pode ser superada tornando sua colocação parte das preliminares sexuais.

PRESERVATIVO FEMININO

1 – O que é?

- É um tubo de poliuretano, com uma extremidade fechada e outra aberta, contendo um anel móvel interno e um anel fixo externo.
- O anel interno promoverá uma fixação semelhante à do diafragma próximo ao colo do útero e o anel externo cobrirá parcialmente a vulva.
- Sua composição permite o uso de qualquer tipo de lubrificante, embora o preservativo feminino já venha lubrificado.
- É descartável; deve-se usar um preservativo a cada relação sexual.
- Não pode ser utilizado em associação com o preservativo masculino, pois o atrito de materiais diferentes pode facilitar a ruptura.
- Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma.

2 – Antes de usar:

- Verificar as condições adequadas do preservativo.
- Armazenar longe de luz ou calor.
- Verificar o prazo de validade de cinco anos a partir da data de fabricação.

3 – Para usar:

- Pode ser colocado qualquer momento antes da penetração.
- Apertar o anel móvel interno e introduzi-lo até o fundo da vagina.
- Com o dedo indicador ajustar a posição do anel interno para que fique posicionado entre o fundo de saco posterior e a parte posterior do osso púbico.
- O anel externo cobre a vulva e durante a penetração o pênis deve ser guiado por dentro do mesmo.
- Retirar o anel interno e colocar o preservativo feminino no pênis e em seguida introduzir o pênis (recoberto pelo preservativo) na vagina ou ânus.

4 – Para retirar:

- Segurar as bordas do anel externo torcendo para que o esperma não extravase.
- Puxar delicadamente para fora da vagina.
- Jogar no lixo.

A utilização do preservativo feminino protege ambos contra a transmissão/reinfecção de DST/HIV, diminui também a incidência de câncer do colo uterino. Deve ser usado em todas as relações sexuais mesmo durante a menstruação. Não tem contra-indicações. Há muito mais um estranhamento a seu uso, por ser um dos métodos contraceptivos mais novos, fato que pode ser superado com as práticas educativas, que devem sempre contar com a exibição do método e de sua correta colocação. Existem modelos de pelve e figuras que facilitam sua demonstração.

MÉTODOS HORMONAIS

Anticoncepcionais hormonais orais combinados

1 – O que é?

- São comprimidos compostos de hormônios semelhantes àqueles produzidos pelos ovários femininos (estrógeno e progesterona).
- Podem ser monofásicas, bifásicas ou trifásicas. Nas monofásicas, a dose dos esteróides é constante em todos os comprimidos. As bifásicas contêm dois tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções diferentes e as trifásicas três proporções diferentes dos mesmos hormônios.
- Agem impedindo a ovulação e alterando o muco cervical e o endométrio.
- Não protegem contra a transmissão/reinfecção de DST/HIV, devendo ser sempre utilizados em associação com o preservativo.

2 – Antes de usar:

- É importante que a adolescente entenda o mecanismo de ação do anticoncepcional e o use corretamente.
- Tem validade de dois a três anos dependendo do fabricante.

3 – Para usar:

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia da menstruação.
- A seguir, um comprimido por dia até o fim da cartela, preferencialmente no mesmo horário

- Ao final da cartela fazer pausa de 7 dias e reiniciar nova cartela
- Caso não haja sangramento durante estes sete dias, manter a utilização habitual do medicamento e procurar o serviço de saúde.
- No caso de esquecimento de uma pílula a mesma deve ser ingerida imediatamente quando da lembrança e a pílula regular no horário habitual.
- No caso de esquecimento de duas ou mais pílulas o uso deve ser interrompido para após sete dias de intervalo reiniciar-se nova cartela. Nesses casos, o efeito contraceptivo está prejudicado e deve reforçar-se a importância do uso de método de barreira associado.

Não existe necessidade de interrupções periódicas do uso do método para “descanso”. O aparecimento de sangramento vaginal durante o período de ingestão dos comprimidos não significa falha da eficácia contraceptiva, desde que o uso esteja sendo feito de forma correta e não deve levar à sua interrupção. Deve ser informado ao médico que avaliará a necessidade de alteração da dose do anticoncepcional.

Por si só a adolescência não contra-indica o uso do anticoncepcional oral, sua utilização é vista com restrições em mulheres fumantes, com hipertensão, com cardiopatias, com diabetes, portadoras de doenças hepáticas, com sangramento vaginal inexplicado, usuárias dos medicamentos que têm interação com os anticoncepcionais orais, história e/ou risco de doença tromboembólica.

Os anti-retrovirais não nucleosídeos e os inibidores de protease interagem diminuindo os níveis séricos do etinilestradiol, e portando diminuindo sua eficácia contraceptiva, principalmente nas apresentações com doses baixas (30-35mcg). A necessidade de uso diário, além do ARV, é um fator adicional de dificuldade de adesão ao método. Também deve ser considerada a interação dos anticoncepcionais combinados com a Rifampicina, Griseofulvina e anticonvulsivantes.

Ver interações medicamentosas nas recomendações de tratamento de adultos e adolescentes com infecção pelo HIV.

Minipílula

1 – O que é?

- São pílulas que contêm apenas uma dose baixa de progesterona.
- Age inibindo a ovulação (em aproximadamente metade dos ciclos) e espessando o muco cervical.
- As cartelas possuem 35 comprimidos.

2 – Antes de usar:

- É importante que a adolescente entenda o mecanismo de ação do anticoncepcional e o use corretamente.
- Tem validade de dois a cinco anos dependendo do fabricante.

3 – Para usar:

- Deve ser tomada diariamente em horário habitual.
- Não deve haver interrupção entre as cartelas.
- Se houver atraso de mais de três horas na ingestão da pílula ou esquecimento deve-se tomar a pílula esquecida e continuar o uso habitual. Nesses casos reforçar a importância da associação com o preservativo.

- Sangramentos intermenstruais e amenorréia ocorrem com frequência durante o uso de minipílulas.

Não protege contra a transmissão/reinfecção de DST/HIV, devendo ser sempre utilizada em associação com o preservativo.

Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os antiretrovirais (ARV) disponíveis para o controle da infecção pelo HIV.

Pode haver interação com Rifampicina, Griseofulvina e anticonvulsivantes que são medicamentos indutores de enzimas hepáticas e reduzem sua eficácia.

Anticoncepcionais hormonais injetáveis

1 – O que é?

- Podem ser compostos de estrogênio e progesterona, também conhecidos com injeção mensal ou apenas de progesterona, injeção trimestral.
- Inibem a ovulação e espessam o muco cervical. Levam a sangramento irregular e amenorréia. Não protegem contra a transmissão/reinfecção de DST/HIV devendo ser sempre utilizados em associação com o preservativo.

2 – Antes de usar:

- É importante que a adolescente entenda o mecanismo de ação do anticoncepcional e o use corretamente.
- Tem validade de três a cinco anos dependendo do fabricante.

3 – Para usar:

Só de progesterona:

- Antes da aplicação agitar bem a ampola.
- Aplicar no glúteo, sem massagear o local.
- Aplicar nos primeiros 5 a 7 dias do ciclo.
- Repetir a injeção a cada três meses, com atraso máximo de 15 dias.

Combinados:

- A primeira injeção deve ser feita até o quinto dia do ciclo.
- As aplicações subseqüentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos três dias, independente de sangramento.
- Agitar bem ampola antes da aplicação e aspirar todo seu conteúdo.
- Aplicar via intramuscular profunda, sem massagear o local.

A injeção trimestral não é recomendada em adolescentes menores de 16 anos. Nessas formulações o retorno à fertilidade pode levar 4 meses após o término do efeito (7 meses após a última injeção).

Os antiretrovirais não nucleosídeos e os inibidores de protease interagem diminuindo os níveis séricos do etinilestradiol e, portanto, diminuindo a eficácia contraceptiva dos injetáveis mensais. Em relação à injeção trimestral não tem sido demonstrada interação clínica significativa em relação aos ARV disponíveis, constituindo-se por esse motivo a melhor associação, em se tratando de anticoncepcional hormonal injetável, para a dupla proteção.

Anticoncepção de emergência:

A anticoncepção de emergência deve ser utilizada nas seguintes situações: violência sexual, esquecimento de anticoncepcional oral e injetável, ruptura de preservativo. Evita a gravidez em cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos que ocorreriam, sua eficácia é maior conforme a precocidade de sua utilização que deve ser feita até 72 após a relação sexual desprotegida.

Atua inibindo ou adiando a ovulação e alterando a motilidade dos espermatozoides. Não tem efeito abortivo uma vez que, estabelecida a implantação do ovo, não interrompe gravidez em andamento nem provoca efeitos adversos para o feto.

A anticoncepção de emergência pode ser realizada com as seguintes pílulas:

- Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio: Levonorgestrel 0,75, conhecida como pílula do dia seguinte – 1 comprimido de 12/12hs no total de 2 comprimidos.
- Método de Yuzpe: é a utilização da pílula combinada para anticoncepção de emergência:
 - (a) Anticoncepcionais combinados com 0,25mg de levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol – 2 comprimidos de 12/12hs no total de 4 comprimidos;
 - (b) Anticoncepcionais combinados com 0,15 mg de levonorgestrel e 0,03 de etinilestradiol – 4 comprimidos de 12/12hs no total de 8 comprimidos.

Os antiretrovirais não-nucleosídeos e os inibidores de protease interagem diminuindo os níveis séricos do etinilestradiol, e portando diminuindo a eficácia contraceptiva do método Yuzpe.

Recomenda-se avaliar criteriosamente a possibilidade de gravidez em curso; discutir o método, sua eficácia e seus efeitos adversos, enfatizando que o método não protege contra DST/aids nem previne possíveis gravidezes advindas de relações sexuais desprotegidas.

Comentários finais:

A utilização do preservativo, masculino ou feminino, associada a outro método anticoncepcional, preferencialmente o método hormonal (dupla proteção) deve ser sempre indicada para prevenção da transmissão/reinfecção de DST/HIV. Essa recomendação se aplica a casais soro-concordantes ou discordantes.

Na discussão de métodos contraceptivos devem ser incluídos os temas de revelação diagnóstica, testagem do(s) parceiro(s) sexual(ais), bem como as questões relacionadas a concepção e anticoncepção, assegurando-lhes os direitos sexuais e reprodutivos.



Trabalho em Grupo

Trabalho em Grupo

Considerando a importância do grupo como uma característica presente na adolescência, na qual os jovens gostam e procuram estar junto a outros jovens, o trabalho em grupo como espaço de vínculo social no contexto institucional favorece e propicia a adesão ao tratamento.

Esta estratégia mostra-se interessante e eficaz no tratamento dos jovens que vivem com HIV/aids. O grupo surge como uma proposta complementar de trabalho em que o adolescente, além das consultas individuais, pode construir e utilizar um espaço voltado para a convivência social, assim como para a expressão e elaboração de conflitos e emoções.

A atividade em grupo permite aos adolescentes obter informações, trocar experiências, esclarecer dúvidas, refletir sobre suas questões e ficar mais à vontade para expressar medos e angústias, a partir da compreensão de que os seus sentimentos são comuns a vários outros membros do grupo.

É importante considerar, porém, que para o trabalho em grupo não basta que os adolescentes estejam juntos. Outros aspectos devem ser considerados além da simples convivência. Por definição, “grupo é um conjunto de pessoas com objetivos comuns”, ou seja, essas pessoas estão ligadas por alguma razão especial. Para os adolescentes vivendo com HIV/aids, além de questões ligadas ao processo de adolescência, existem outras, relacionadas ao fato de conviver com uma infecção potencialmente grave e construir um projeto de vida, apesar dos limites impostos pela mesma. Formar um conhecimento acerca dessas questões, refletir sobre elas e buscar formas de elaborá-las constituem objetivos do trabalho em grupo.

Visando à adesão, podem ser propostas discussões e esclarecimentos sobre HIV/aids. Pode-se também abordar assuntos afins como comportamentos de risco, vulnerabilidade, outras DST, importância da medicação, efeitos de drogas lícitas e ilícitas, anticoncepção e gravidez.

É essencial que haja autonomia para que os adolescentes possam escolher os assuntos de maior interesse e o momento adequado para discutí-los.

Deve-se também considerar as dúvidas e angústias dos pais ou responsáveis. É preciso acolhê-los, sendo um bom instrumento para isso, a realização de reuniões específicas com os familiares/cuidadores. Assim, poderão entender melhor o processo da adolescência e os problemas decorrentes da infecção pelo HIV, nesse momento da vida. Poderão ainda refletir sobre os seus próprios sentimentos relacionados a essas questões.

Várias metodologias de trabalho em grupo podem ser utilizadas. O detalhamento dessas metodologias foge ao objetivo deste manual. As propostas deverão ser construídas de acordo com a realidade, cultura, tradições da comunidade e do serviço. Poderão ser utilizadas técnicas, tais como colagens, modelagens, jogos, brincadeiras, dramatizações, textos, pinturas ou desenhos e outras expressões criativas e artísticas para facilitar a expressão e tornar os encontros mais atraentes e prazerosos. A arte funciona como fator de resiliência para esses adolescentes.

A formação do grupo de adolescentes vivendo com HIV/aids será decorrente da população atendida no serviço. Alguns critérios de inclusão nos grupos devem ser observados:

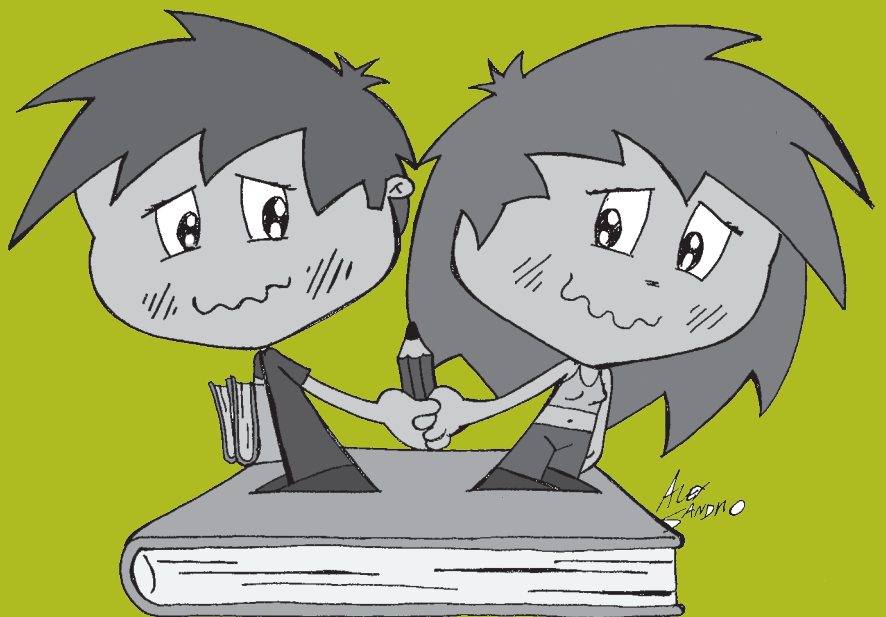
- todos os adolescentes devem ter ciência e compreensão do seu diagnóstico;
- procurar agrupar os jovens pela idade e/ou nível de desenvolvimento emocional, conforme os interesses, capacidade de abstração e de elaboração;
- estimular a inserção dos adolescentes vivendo com HIV/aids em outros grupos de adolescentes;
- a constituição dos grupos poderá ser:
 - Homogênea – aquisição da infecção de forma vertical ou horizontal
 - Heterogênea – ambas as formas de transmissão;

A periodicidade dos encontros deverá obedecer às possibilidades de cada serviço, porém recomenda-se que seja no mínimo mensal. Encontros freqüentes permitem uma evolução maior no processo do grupo e a construção de um vínculo entre os adolescentes.

O trabalho em grupo, dependendo do manejo da equipe, das técnicas utilizadas, e da relação estabelecida possibilita o desenvolvimento da autonomia, auto-estima, capacidade reflexiva, capacidade de elaboração, comunicação, responsabilidade frente a outras pessoas, experiências de confiança e responsabilidade pessoal. Uma das funções prioritárias do grupo é de alívio da solidão (sensação de pertencer a algo e o reconhecimento de iguais) e fonte para valorização pessoal.

15

O Adolescente e
sua Vida Escolar



O Adolescente e sua Vida Escolar

O crescimento e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids, depende de medidas e ações de competência da família, escolas, comunidade e políticas públicas. A escola assegura ao indivíduo um conjunto de conhecimentos necessários para obter qualificação profissional, contempla o desenvolvimento da inteligência, com a função social de fazer parte do processo de formação de personalidade e do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

Saúde escolar é definida como o conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, envolvendo o professor, que visa a promover, proteger e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar, que está dentro ou fora da escola. Essas medidas devem ser iniciadas o mais precocemente possível, por meio de ações educativas e assistenciais realistas interagindo com recursos institucionais disponíveis na comunidade, com a família e buscando influir, de maneira decisiva, no ambiente físico e emocional da escola, no processo de ensino e na assistência integral à saúde pessoal do adolescente.

É função da escola promover qualidade de vida, conceituada como a percepção do indivíduo de seu desempenho em quatro domínios básicos: atividade física e ocupacional; interação social; estado psicológico e bem-estar somático. Portanto, a qualidade de vida entre crianças e adolescentes deve ser avaliada em domínios como: o desempenho escolar, o desenvolvimento da auto-estima e a socialização com irmãos e amigos. A escola tem a função social de agregar forças e competências na construção de novos saberes, importantes para a formação de um cidadão. Seus professores devem ter, portanto, formação e educação continuada em saúde, possibilitando conhecimentos, numa visão que ultrapasse a relação saúde/doença. Isso significa refletir e contribuir com:

- Alimentação saudável;
- Exercícios físicos;
- Educar para a saúde reprodutiva;
- Favorecer atitudes solidárias;
- Promover uma cultura de paz;
- Estimular medidas preventivas
- Favorecer e motivar o processo de ensino/aprendizagem, entre outros.

Sigilo versus revelação do diagnóstico

As crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids fazem parte da comunidade escolar. No entanto ainda existe resistência e preconceito por parte de alguns professores e diretores, que não se sentem à vontade para lidar com a situação, admitindo falta de embasamento teórico ou por temor.

Não há obrigatoriedade da comunidade escolar tomar conhecimento da sorologia de seus alunos. A Portaria Interministerial nº 796, de 29.05.1992, em seu Art. 1º, estabelece o direito de proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus. Entretanto, a revelação do diagnóstico pode ser compartilhada com alguns membros da comunidade escolar se isso beneficiar a saúde e o rendimento escolar do adolescente.

A revelação na escola tem acarretado problemas de preconceito, desde negação da matrícula, não permissão para exercícios físicos, rejeição ou atitudes de isolamento.

É fundamental a aproximação do serviço de saúde com as escolas, contribuindo com informações técnicas mais amplas e consistentes preservando a dignidade e os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids.

Participação em atividades físicas e esportivas

A educação física deve ser uma atividade lúdica, de lazer, de socialização e de favorecimento neuropsicomotor sem finalidade competitiva que possa levar ao estresse e causar danos à saúde.

Portanto a pratica desportiva é benéfica para crianças e adolescentes, inclusive as que vivem com HIV/aids. Favorece um condicionamento físico, além do bem-estar, sendo, também, importante para o controle da lipodistrofia. Há indicações de exercícios aeróbicos (caminhadas, andar de bicicleta, pular corda, natação, musculação etc), desde que respeitados os limites individuais.

Biossegurança

A grande preocupação referida pela comunidade escolar é com a transmissão do HIV em situações relacionadas a acidentes

As escolas devem adotar medidas de biossegurança, posturas de higiene , prevenção, e promoção à saúde. O contato direto com sangue e outros fluidos corporais oferece risco potencial de transmissão de doenças e exige precauções. Os cuidados se aplicam a todos acidentes que acontecem em qualquer lugar e com qualquer pessoa. Não existe nenhum caso rigorosamente documentado de contaminação pelo HIV em escola.

Nesse sentido, é importante o conhecimento das normas de precauções universais que se baseiam no princípio de que a prevenção deve ser realizada de modo generalizado e não voltada somente para indivíduo sabidamente infectado.

Os princípios das precauções universais recomendam o emprego de práticas seguras e de métodos de barreira para qualquer contato com sangue e líquidos ou materiais orgânicos.

- Na ausência de outros recursos, cobrir o ferimento com toalha felpuda, até a chegada a local onde possa ser prestado melhor atendimento.

- Em esportes nos quais há contato corporal direto e naqueles com oportunidade para ocorrer sangramento, na ocorrência de em lesões de pele, limpar, fazer antissepsia e cobrir. Existindo sangramento, a participação do atleta deve ser interrompida, a ferida limpa e coberta com toalha, camisa, lenço ou qualquer material que evite contato direto com sangue e secreções sangüíneas.
- Luvas devem ser utilizadas rotineiramente nos cuidados prestados a ferimentos
- As mãos devem ser lavadas antes de calçar as luvas e após retirá-las.
- Pele exposta a sangue ou a outros líquidos orgânicos deve ser limpa o mais rapidamente possível, com água e sabão. Em caso de contato das mucosas com material orgânico, deve ser realizada limpeza com solução fisiológica ou água corrente.
- Luvas impermeáveis à água (látex ou vinil) devem estar disponíveis para a equipe de atendimento, na manipulação de sangue ou outros líquidos orgânicos;
- Limpar as superfícies contaminadas com sangue ou outros líquidos orgânicos utilizando solução de hipoclorito de sódio.
- Não atrasar o atendimento de urgência na falta de luvas ou de outros equipamentos protetores.
- Recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão após o atendimento.

Promoção da saúde sexual e reprodutiva

A escola deve ter, dentro do seu projeto pedagógico, de forma contínua e sistemática, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, devendo ser realizada através de uma metodologia participativa e dialogada. Esta precisa ser discutida de maneira ampla, sendo fundamental a reflexão das idéias, sentimentos e desejos dos adolescentes, respeitando suas individualidades socioculturais, morais e éticas, favorecendo aos mesmos um significado valioso para o exercício de uma sexualidade responsável e desenvolvendo posturas solidárias e includentes.

Desempenho escolar

A criança e adolescente vivendo com HIV/aids, assim como aquelas com outras doenças crônicas, podem apresentar fadiga, irritabilidade, limitação aos exercícios, absenteísmo e efeitos adversos das medicações. Sendo a escola de grande importância na vida das crianças e adolescentes essa dificuldade de ajustamento pode ter efeitos nocivos e gerar conseqüências duradouras ou até permanentes. Os profissionais de saúde e de educação devem estar atentos para minimizar ou evitar essas conseqüências.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/96 propõe aos sistemas públicos e particulares de ensino que efetivem um processo avaliativo contínuo e qualitativo, mediador e que tenham o compromisso de fazer o aluno aprender e assim reduzir os índices de evasão e repetência do ensino.

As dificuldades escolares, seja de aprendizado ou no comportamento, são um dos principais motivos de consultas médicas nos pacientes adolescentes, incluindo os adolescentes vivendo com HIV/aids. As queixas mais freqüentes são: agressividade, desatenção, irritabilidade, depressão, impulsividade, não realizar tarefas e apatia. Todas as queixas devem ser levadas em conta e muitas vezes o professor é a pessoa que mais tempo vai passar no dia com o jovem e que vai observar melhor este aluno. A depressão ou dificuldade de aprendizado pode ser um indicador para situações de violência familiar ou abuso sexual, morte ou doença grave na família entre outros.

A partir da fala dos adolescentes vivendo com HIV/aids, podemos destacar três causas para o abandono escolar: falta de motivação familiar, medo da revelação diagnóstica e gestação. Sobre o primeiro aspecto, observamos que a maioria dos adolescentes não são incentivados pela família no que se refere ao cumprimento escolar. Muitos vêm de famílias que também não tiveram acesso à educação e/ou quando tiveram não prosseguiram os estudos. Nesses casos não há uma valorização por parte da família, o que contribui para o jovem evadir-se ao colégio diante de qualquer dificuldade. Outros fatores como a superproteção e a dúvida quanto à expectativa de vida também podem favorecer o mau desempenho e a evasão.

A gestação no período escolar pode contribuir para as meninas abandonarem os estudos, não apenas porque revela uma vida sexualmente ativa mas, também, gera perguntas referentes à paternidade e ao futuro da relação.

Chama a atenção ainda a facilidade e permissão silenciosa por parte dessas famílias para que o adolescente deixe a escola. Duas questões permeiam essa atitude: a falta de perspectiva do jovem quanto ao futuro e a ausência de compromissos do jovem frente aos seus deveres sociais.

Os profissionais de saúde devem estar atentos a essas questões para melhor trabalhar junto ao jovem todos os sentimentos e receios que envolvem essa atitude; como também poder trabalhar novas motivações no adolescente frente ao seu futuro.

O domínio do conhecimento possibilita uma maior compreensão dos vários aspectos da realidade e torna possível intervir nela para o aperfeiçoamento das condições de vida. Hoje é muito difícil participar do processo produtivo social qualificado sem possuir um mínimo de escolaridade.

A proposta, portanto, é reavaliar o modelo didático pedagógico, tanto dos serviços de saúde quanto de educação em busca de soluções aos desafios expostos, a fim de obter crianças e adolescentes, inclusive os vivendo com HIV/aids, mais comprometidos, criativos, solidários, autodeterminados e saudáveis.

Ao analisar vida escolar, é imprescindível incluir a família e a sociedade, que são co-participantes e precisam estar informados e comprometidos com a permanência de suas crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids na escola.

16

Aspectos Jurídicos

Aspectos Jurídicos

A compreensão do significado da infância e da adolescência, presente no decorrer do século XX, refletiu-se, como não poderia deixar de ser, na esfera jurídica. No Brasil, a partir de 1988, a criança e o adolescente conquistaram a condição de sujeito de direitos, abrindo-se novas perspectivas de transformação social, com reflexos em todas as esferas de atuação, sejam elas familiares, sociais, políticas, públicas ou privadas, governamentais ou não-governamentais.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas reafirma o direito a cuidados e assistência especiais a essa parcela da sociedade. No mesmo ano, a Declaração de Genebra, por meio de revisão e ampliação, veio a se constituir na base para a Declaração dos Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1959. Dez princípios compõem o documento que passou a incorporar novas diretrizes de proteção dos direitos humanos aplicáveis à infância e à adolescência. Sua importância se deve ao fato de ter contribuído para o chamamento dos pais, dos cidadãos, das organizações não-governamentais, das autoridades e dos governos ao reconhecimento dos direitos da população infanto-juvenil.

Posteriormente, em 1978, proposta dirigida à ONU, por iniciativa da Polônia, impulsionou a criação, no ano seguinte, de um grupo de discussão, de caráter interdisciplinar, incumbido de traçar os princípios comuns à população com idade inferior a dezoito anos. O grupo, formado por representantes de 43 países, organizado pela Comissão de Direitos Humanos da ONU, redigiu o texto que veio dar origem, em 1989, à Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que seria toda pessoa com idade inferior a 18 anos. A Convenção foi o primeiro instrumento internacional a apresentar as obrigações dos Estados para com aqueles que ainda não atingiram os dezoito anos, constituindo-se em um tratado de direito internacional público. Representa o mínimo que cada nação deve garantir às suas crianças e aos seus adolescentes. O governo brasileiro, em 26/01/90, assinou o documento, vindo o texto a ser aprovado pelo Decreto Legislativo 28, de 14/9/90, promulgado pelo Decreto Presidencial 99.710, de 21/11/90.

Entre os princípios estabelecidos pela Convenção, cabe destacar o reconhecimento dos direitos fundamentais à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação; a proteção integral da criança e do adolescente; a prioridade imediata para a infância e adolescência; o princípio do interesse maior da criança e do adolescente e o direito à convivência familiar e comunitária, entre tantos outros que vêm arrolados em seus 54 artigos.

Nessa mesma esteira, outros documentos internacionais foram elaborados, como a Convenção de Haia, relativa à proteção das crianças e à cooperação em matéria de

adoção internacional, concluída em 29 de maio de 1993 (incorporado à legislação brasileira pelo Decreto Legislativo nº 63, de 19.4.95).

É com o avanço do reconhecimento dos direitos humanos que, indiscutivelmente, começa a se verificar o aperfeiçoamento dos instrumentos de proteção à criança e ao adolescente no cenário mundial e, em especial, na América Latina. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança vem reforçar a idéia da não-exclusão da mencionada população, possibilitando a aplicação de seus princípios em países com culturas diferentes, a partir da ratificação quase universal hoje verificada, sinalizando para o fato de que as particularidades culturais devem ficar em segundo plano sempre que entrarem em conflito com os direitos humanos fundamentais.

Para a Convenção de 1989, criança é toda pessoa até 18 anos incompletos, não fazendo distinção especial para a adolescência, como veio a ocorrer, no Brasil, com o art. 227 da Constituição Federal de 1988, seguido, em 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que define criança como a pessoa até doze anos incompletos, e adolescente, a pessoa de doze anos completos a dezoito incompletos.

À família, à sociedade e ao poder público foi atribuída a responsabilidade de assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos relacionados no art. 227 da Constituição Federal a todas as crianças e os adolescentes brasileiros.

Instaurou-se, no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, nova era dos direitos da criança e do adolescente. Vencia-se, na década passada, a primeira etapa de um longo processo de transformação social que perdura até os dias atuais. A nova lei provocou mudanças radicais na política de atendimento à criança e ao adolescente, com a criação dos Conselhos de Direitos, em nível nacional, estadual e municipal. Os Conselhos Tutelares vieram, igualmente, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, contribuir para a mudança da realidade de atendimento àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, em decorrência de ação ou omissão da sociedade ou do Estado; em razão da falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, ou, ainda, em razão de sua conduta (art. 98 do ECA).

Entre as inovações operadas a partir de 1988, de basilar relevância é o chamamento lançado à família, à sociedade e ao poder público, no que diz respeito à garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, elevados ao patamar de prioridade absoluta. Negar à criança e ao adolescente os direitos fundamentais, frente ao disposto na nova Carta, passa a significar negação à própria dignidade humana.

Inúmeros são os dispositivos que foram disponibilizados à família, à sociedade e ao poder público a fim de permitir a garantia dos direitos fundamentais a todas as crianças e adolescentes, valendo lembrar que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais” (art. 5º do ECA). Entre as alternativas, destacam-se as Medidas de Proteção (art. 101 do ECA), as Medidas Aplicadas aos Pais (art. 129 do ECA) e as Medidas Socioeducativas (art. 112 do ECA).

Para viabilizar a garantia dos direitos fundamentais à criança e ao adolescente, duas categorias profissionais foram chamadas de forma especial pelo legislador. Os profissionais da saúde e da educação, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, passam a ser obrigados a comunicar ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou

confirmação de maus-tratos praticados contra seus pacientes ou alunos, como se vê dos artigos 13 e 56 da mencionada legislação, a fim de possibilitar a adoção de Medidas de Proteção àqueles que se encontram em situação de risco ou de vulnerabilidade. A nova obrigatoriedade encontra respaldo no fato de que, muitas vezes, a situação de risco a que a criança e o adolescente estão expostos tem sua origem no próprio ambiente familiar, não se podendo esperar que a família tome a iniciativa de buscar os recursos capazes de proteger seus filhos.

A obrigatoriedade de notificação ao Conselho Tutelar, pelos profissionais da saúde e educação, alterou substancialmente as relações médico/paciente, professor/aluno, na medida em que passou a ser exigida, de forma lógica, uma postura protetora de ambas as categorias profissionais em favor de seus pacientes e alunos. Nesse sentido, o procedimento busca estabelecer uma parceria que é fundamental na proteção daqueles que ainda não atingiram os dezoito anos, bem como no apoio e auxílio à família, “uma vez que o campo de ação dos Conselheiros Tutelares é diferente e mais amplo que o de uma unidade hospitalar, e tem maior grau de resolubilidade nas questões sociais e jurídicas que envolvem a violência contra a criança”.

O Conselho Federal de Medicina, por meio do Parecer nº 13/1999, afirmou que o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa à revelação do sigilo profissional, demonstrando que, somente a partir das disposições contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais da saúde começaram a voltar o olhar, de forma mais explícita, para a preocupante demanda.

A falta de comunicação, por parte dos profissionais da saúde e educação, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, acarreta a infração administrativa prevista no artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, com previsão de pena de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Por motivos éticos, o profissional da saúde, antes de fazer a notificação, deve conversar com a família, colocando-a a par da obrigatoriedade da comunicação, bem como do caráter protetor da medida, e, em especial, com a pessoa que acompanha a vítima, oportunizando ao grupo familiar alternativas de acompanhamento e apoio. Os profissionais da saúde não devem medir esforços para a continuidade de manutenção do vínculo entre os serviços de saúde e a família, o que permitirá maiores chances de êxito na intervenção.

As disposições dos artigos 13 e 56, inciso I, do Estatuto da Criança e do Adolescente, constituem hipóteses legais autorizadas da quebra do sigilo médico, fundamentadas na justa causa, em razão do princípio do melhor interesse da criança, conforme sinalizam a Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e a Constituição Federal de 1988. A doutrina tem apontado que a postura do profissional da saúde, calcada na “falta de consciência social, não aceitando como obrigação profissional sua notificação, escondendo-se atrás dos preceitos éticos do ‘sigilo médico’”, constitui-se em fator de risco para a manutenção da criança e do adolescente em situação de desproteção. De outro lado, em que pese a lei estar em vigor há mais de uma década, o desconhecimento da compulsoriedade legal da notificação, de ordem profissional, cultural ou social, por parte de muitos profissionais da saúde, tem contribuído para o sub-registro junto ao Conselho Tutelar dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra a criança e o adolescente.

A comunicação de suspeita de maus-tratos praticados contra a criança e o adolescente ao Conselho Tutelar causa um forte impacto no grupo familiar, recomendando-se que “a notificação seja efetivada só a partir de suspeitas consistentes, ou quando da confirmação”, reservando-se um tempo à equipe de saúde para melhor avaliar o caso, excetuando-se as situações graves que, desde já, pugnam por providências urgentes.

Além da notificação ao Conselho Tutelar (artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente), uma das providências a ser adotada pelos profissionais de saúde, ao confirmarem uma suspeita de maus-tratos (violência física, sexual, psicológica) consiste na tomada de medidas que permitam a interrupção da violência ou da situação de risco, fazendo-se necessário avaliar a capacidade que a família possui para proteger a criança e/ou o adolescente de novos riscos à sua saúde, assim como verificar a necessidade ou não do afastamento imediato da criança e do adolescente (hospitalização, casa de parente, vizinho ou instituição), hipóteses em que deverá ser acionado o Conselho Tutelar.

Ao receber a notificação, o Conselho Tutelar deve analisar a sua procedência, chamando a família ou o responsável pela criança ou adolescente para uma entrevista e, se necessário, realizar uma visita domiciliar ou mesmo adota qualquer das providências elencadas no artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Conselho Tutelar passa a ser um importante interlocutor entre a família, os profissionais da saúde e educação, recomendando-se o desenvolvimento de contínuas parcerias que, ao certo, beneficiarão as crianças e os adolescentes vítimas de maus-tratos.

Os profissionais da saúde e educação, mesmo após a notificação, compartilham com o Conselho Tutelar a responsabilidade pela proteção da criança e do adolescente, mantendo-se atentos durante o desenrolar do atendimento. Quanto mais proximidade houver entre os diferentes agentes de proteção, melhores serão as possibilidades de a criança, o adolescente e o grupo familiar responderem satisfatoriamente ao atendimento.

A violência sexual, responsável por inúmeros desdobramentos na área da saúde, em especial das crianças e dos adolescentes, como a gravidez precoce, presença de DST, distúrbios no desenvolvimento psíquico e o HIV positivo, é um dos pontos a ser destacado.

Considerando a precária participação ou mesmo a omissão da família na adoção de medidas de cuidado e proteção aos seus filhos, como a prática vem demonstrar, alguns casos específicos merecem ser examinados à luz do ordenamento jurídico brasileiro:

Realização do teste anti-HIV na infância e juventude

Considera-se nessa situação a faixa etária estabelecida pelo ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente que define que a **criança** é a pessoa até 12 anos de idade incompletos e, **adolescente** aquele entre 12 e 18 anos de idade incompletos.

1. Necessidade da presença ou autorização do responsável para realização de teste anti-HIV e realização do resultado.

Para crianças, abaixo de 13 anos, a realização do teste anti-HIV só poderá ser feita com a autorização dos responsáveis legais. No caso de adolescente, este pode decidir

sozinho pela realização do exame, cabendo ao profissional de saúde avaliar se ele é capaz de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios. Ainda assim, nesse caso, o adolescente deverá ser estimulado a compartilhar o que lhe acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que lhe possa servir-lhe de suporte. Na prática cotidiana os profissionais de saúde solicitam para virem acompanhados de um adulto de sua confiança no dia do resultado do exame. Em face das diversidades de condições de vida às quais estão submetidos muitos jovens, importa destacar que nem sempre os apoios partem de seus responsáveis legais.

No mais, cabe distinguir duas situações:

- a) o adolescente que chega ao profissional da saúde acompanhado por um familiar;
- b) o adolescente que chega ao profissional da saúde pelo Conselho Tutelar ou mesmo sozinho.

No primeiro caso, a situação é mais simples, porque se presume que a família está em condições de exercer a proteção que o filho, em razão da idade, está a requerer. Mesmo assim, no momento da revelação (no caso de ser o resultado positivo), a equipe de saúde deve esgotar as possibilidades de envolver um dos pais ou responsável, em face das conseqüências que advêm do diagnóstico.

No segundo caso, isto é, quando o adolescente chega à equipe de saúde encaminhado pelo Conselho Tutelar, sem a presença dos pais ou responsável, caberá ao Conselho Tutelar adotar as diligências necessárias para localizar os pais ou responsável e trazê-los à presença da equipe de saúde. Não sendo possível, caberá à equipe indagar ao Conselho Tutelar:

- a) quem é o responsável pelo adolescente, isto é, com quem está residindo;
- b) quem é o responsável por seus cuidados básicos;
- c) se o adolescente está abrigado. Mesmo que o Conselho Tutelar não apresente os pais ou responsável à equipe de saúde, nada impede que a instituição de saúde adote providências, pelo serviço social, para possibilitar a presença de um dos pais ou responsável ao serviço.

2. Realização do teste Anti-HIV (adolescente que se encontre abrigado ou internado em entidade de atendimento)

Estando o adolescente que chega ao sistema de saúde na condição de abrigado, o seu responsável é o dirigente do abrigo ou da instituição, seja ela governamental ou não, por ser ele equiparado ao guardião, nos termos do art. 92, parágrafo único, e art. 94, parágrafo primeiro, do Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, mesmo que o adolescente se encontre abrigado, poderá a equipe de saúde indagar do dirigente do Abrigo se os pais foram suspensos ou destituídos do poder familiar. Não estando os pais suspensos ou destituídos do poder familiar, esforços podem e devem ser feitos para que os pais ou responsável participem do tratamento, dando preferência ao familiar que apresente um melhor vínculo com o adolescente. Na hipótese de estarem os pais suspensos ou destituídos do poder familiar, os contatos e as informações devem ser feitos com o dirigente do Abrigo. Considerar sempre que o adolescente maior de 13 anos tem respaldo legal para concordar ou não com a realização do teste.

3. Negativa dos pais em oferecer o tratamento indicado pelo médico ou pela equipe ligada à instituição de saúde ao seu filho, na hipótese de se tratar de criança ou adolescente.

Sempre que a omissão dos pais ou responsável acarretar o não-oferecimento do tratamento indicado ao adolescente, pondo em risco a sua saúde, caberá ao profissional da saúde, de imediato, comunicar o fato ao Conselho Tutelar do Município para que possam ser adotadas as medidas necessárias à proteção do adolescente. O mesmo procedimento deverá ser adotado no caso de os pais ou responsável negligenciarem no tratamento, deixando de oferecê-lo na forma indicada pela equipe de saúde.

4. Como proceder nas hipóteses em que há indicação de realização do exame (teste Anti-HIV) e o adolescente não quer fazer, não se fazendo presentes os pais ou responsáveis?

Havendo indicação pela equipe médica de realização do Teste Anti-HIV e negativa do adolescente em realizá-lo, impedindo a coleta do material necessário, caberá à equipe de saúde esgotar os argumentos para convencimento da responsabilidade no auto cuidado e promoção da saúde e se mesmo assim se mantiver a recusa do adolescente, o profissional de saúde deve respeitar a decisão do adolescente.

5. Como proceder na hipótese em que o adolescente não aceita realizar o teste, mesmo havendo a concordância de um ou de ambos os pais ou responsável?

Dois situações devem ser destacadas:

- a) a hipótese em que o adolescente contar com idade inferior a 16 anos (absolutamente incapaz);
- b) contar com idade igual ou superior a 16, não tendo atingido ainda os 18 anos de idade (relativamente capaz). No primeiro caso, a autorização dos pais legitima a equipe a realizar o exame, em face de sua condição de absolutamente incapaz perante o ordenamento jurídico pátrio. No segundo caso, havendo a concordância apenas dos genitores, negando-se o adolescente a realizar o procedimento, respeita-se a decisão do adolescente. Importante mencionar que, havendo discordância entre os pais (apenas um dos genitores concorda com a realização do exame), deverá, igualmente, ser buscado, um consenso para a realização do exame ora em debate. Por fim, cabe mencionar que, em situações que se mostrar impossível obter as autorizações, em face da urgência e do risco de vida do paciente, estará a equipe de saúde autorizada a adotar as medidas que se fizerem necessárias a garantir à criança ou ao adolescente o direito à vida.

Não se pode esquecer que, sempre que possível, deverá a equipe de saúde realizar esforços para obter o consentimento do adolescente, dando-lhe ciência dos motivos da indicação da realização do teste Anti-HIV, bem como dos benefícios que advirão do conhecimento do diagnóstico, em especial, no que diz respeito à adoção de medidas de proteção à sua saúde.

Havendo necessidade premente de realização de exames como, por exemplo, anti-HIV, sem a possibilidade de consentimento do adolescente e/ou de comunicação/autorização dos pais ou responsáveis, a equipe médica poderá realizá-lo, tendo em vista a urgência do caso. A revelação do resultado, nos casos de resultado positivo, por sua vez, fato que ocorrerá em um momento posterior, deverá contar com a presença de um dos pais ou responsável. Não sendo possível a participação de um

familiar, e estando o adolescente privado de liberdade, por ordem da autoridade judiciária, a comunicação deverá ser feita ao adolescente e ao dirigente da entidade de atendimento em que o jovem está internado.

6. Como a equipe de saúde deve proceder nos casos de adolescente soropositiva, portadora de deficiência mental, moradora de rua, que apresenta sucessivas gestações?

Nos casos em que a possibilidade de novas gestações vier a por em grave risco a saúde e a vida da gestante ou mesmo do futuro bebê, havendo a indicação médica de esterilização, em face do insucesso de outros métodos menos invasivos e de fácil reversão, caberá à equipe de saúde, após adoção das providências de que tratam as Leis nº 7.853/89 e nº 9.263/96, acionar a Defensoria Pública ou o Ministério Público para que postule, em Juízo, autorização judicial para realização do procedimento cirúrgico. Segundo dispõe o art. 10, inciso I, parágrafo sexto, da Lei nº 9.263/96, “a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes (com idade inferior a 16 anos) somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei”, oportunidade em que serão analisadas as peculiaridades de cada caso.

Por fim, salienta-se a importância de os profissionais da saúde registrarem as medidas adotadas, em prontuários ou expedientes, a fim de que, sendo necessário prestar esclarecimento em juízo, as informações e os dados se encontrem disponíveis, evitando situações constrangedoras aos profissionais.

A nova ordem constitucional brasileira, ao eleger a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, reconhecendo-as como pessoas em desenvolvimento e como prioridade absoluta, sem dúvida, está a exigir profundas mudanças nas nossas práticas, a fim de que possamos contribuir para a construção do princípio da dignidade humana.

7. Exames anti-HIV e adoção

A adoção do adolescente deve seguir o disposto nos artigos 39 e seguintes da lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 (ECA), onde não há referência à triagem sorológica para o HIV e nem a outros exames clínicos para investigação de outras patologias prévias ao processo de adoção. O PN-DST/AIDS do Ministério da Saúde contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV nesses casos, uma vez que podem ser discriminatórios. A adoção não pode ser vista apenas como forma de preencher as necessidades dos adotantes, uma vez que visa primordialmente à garantia de uma existência mais digna para os adotados.



**Formação de Equipe e
Estruturação do Serviço**

Formação de Equipe e Estruturação do Serviço

A abordagem de saúde do adolescente deve ser feita de forma integral, personalizada, preferencialmente por equipe multiprofissional, reconhecendo as transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais peculiares da idade. O adolescente vivendo com HIV/aids cria um novo desafio para adesão ao tratamento, revelação do diagnóstico, exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção, uso de drogas recreativas e perspectivas de futuro.

As ações a serem desenvolvidas na atenção ao adolescente vivendo com HIV/aids devem proporcionar atenção integral à saúde do indivíduo e sua família ou cuidadores, sendo necessário profissionais capacitados para este suporte. Esse atendimento deve fazer parte dos serviços de DST/HIV/aids podendo também acontecer em serviços de adolescentes já existentes.

A atenção ao adolescente deve considerar as suas características visando ao desenvolvimento de sua autonomia e responsabilidade em relação à própria saúde para adoção de atitudes e práticas saudáveis.

Requisitos Básicos

Para a organização dos serviços de atenção ao adolescente vivendo com o HIV/aids cabe:

1. Considerar adolescentes indivíduos com idade entre 10 e 20 anos incompletos (OMS);
2. Capacitar profissionais dos serviços já existentes para o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas ao adolescente com HIV/aids;
3. Criar prontuário único de uso multiprofissional e assegurar que os profissionais mantenham os registros atualizados;
4. Estabelecer rotinas para acolhimento feito por qualquer profissional da equipe treinado para isto, com a possibilidade de atendimento por livre demanda para o adolescente;
5. Definir horários específicos de atendimento aos adolescentes e suas famílias para consultas individuais e trabalhos em grupos;
6. Realizar reuniões sistemáticas da equipe para discussão de casos;
7. Criar um banco de dados visando à sistematização das informações, à comparabilidade dos dados entre os serviços o monitoramento e avaliação e o estímulo à pesquisa;

8. Estimular mecanismos de integração dinâmica entre o serviço de saúde, o adolescente e a comunidade (intersectorialidade);
9. Desenvolver ações de promoção e prevenção nas instituições (escolares e outras) existentes na comunidade.
10. Favorecer a educação permanente de profissionais da equipe técnica e pessoal administrativo da instituição.

A Equipe

O adolescente deve ser atendido preferencialmente por equipe interdisciplinar sensibilizada e capacitada para o seu atendimento integral, que deverá atuar de forma integrada tendo objetivos comuns.

Deverá ser constituída por profissionais das seguintes áreas: médica, enfermagem, serviço social e psicologia, farmácia e terapeuta ocupacional. A articulação e interface com outros profissionais e serviços é fundamental para a garantia da qualidade do atendimento: nutricionista, odontólogo, infectologista, pediatra, médico de adolescente, neurologista, psiquiatria, ginecologista, obstetra, fisioterapeuta e farmacêutico.

O primeiro contato do adolescente com a equipe pode ser feito por qualquer profissional, que deve estar capacitado para identificar as situações de emergência e vulnerabilidade do adolescente e dar-lhe um encaminhamento adequado dentro do serviço.

É fundamental a disponibilidade e afinidade do profissional de tal modo que esse se sinta à vontade para o atendimento do adolescente. Esse deve ser tratado com objetividade, sem preconceitos, tendo suas idéias e sentimentos respeitados.

Os gestores dos serviços de saúde deverão assegurar a oferta, qualidade, continuidade e atividade dos profissionais da equipe, assegurando-lhes espaço físico e temporal para realização desse tipo de atendimento.

Recursos físicos e equipamentos

Área física:

- Adequação da sala de espera (material educativo, lúdico e outros).
- Consultórios que garantam condições de privacidade (adequar a disponibilidade ao número e horário dos profissionais envolvidos no atendimento).
- Espaço para reuniões de grupo.

Equipamento e material do consultório:

- Escrivaninha com 3 (três) cadeiras
- Mesa para exame clínico tipo adulto
- Biombo
- Estetoscópio
- Tensiômetro
- Foco luminoso
- Orquidômetro
- Balança antropométrica
- Otoscópio e oftalmoscópio

- Material específico para cada especialidade
- Arquivo para prontuário único

Material de registro e estatística:

- Prontuário único de uso multiprofissional, adaptado ao atendimento específico do adolescente
- Gráficos de peso, estatura e velocidade de crescimento e índice de massa corporal (IMC)
- Gráficos de pressão arterial
- Pranchas para avaliação da maturidade sexual
- Impressos para notificação das doenças infecto-contagiosas
- Equipamentos de informática

Material de educação para a saúde:

- Material informativo gráfico e audiovisual (governamental, ONG e comunidade)
- Material didático de orientação para uso de preservativos (kits)
- Material para que o adolescente possa fazer críticas/sugestões (urna, folhetos, murais, entre outros)

Insumos de prevenção:

- Preservativos (masculino e feminino)
- Kit de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (equipamentos descartáveis de injeção, água destilada, copo para diluição, algodão e preservativo)

Ações extra-muros

Fortalecimento da integração do serviço com as redes de apoio tais como escolas, igrejas, universidades, centros comunitários, empresas, ONG, grupos culturais e veículos de comunicação, proporcionando ações conjuntas e complementares.

Rotinas de atendimento

As atividades consideradas necessárias à atenção do adolescente vivendo com o HIV/aids são basicamente:

- 1- Acolhimento
- 2- Aconselhamento e revelação diagnóstica
- 3- Identificação da prioridade do atendimento e encaminhamento adequado
- 4- Assegurar condições que favoreçam a formação de vínculos e estabelecimento de relação de confiança assegurando sigilo, privacidade e confidencialidade
- 5- Atenção aos aspectos psicológicos no desenvolvimento do adolescente a fim de reconhecer sinais de alteração emocional que necessitem alguma intervenção
- 6- Avaliação e monitoramento clínico-laboratorial
- 7- Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento por meio da determinação do peso, da estatura, da maturação sexual e da história das

- relações do adolescente com a família, com a comunidade e com ele mesmo. A periodicidade dessas avaliações deve ser no mínimo trimestral, registradas no prontuário
- 8- Análise dos resultados dos exames, (por exemplo CD4, carga viral), deve ser compartilhada com o adolescente respeitando a individualidade (faixa etária, contexto sócio-cultural, escolaridade, condições emocionais, e conhecimento diagnóstico, etc)
 - 9- Discutir com o adolescente a conduta a ser adotada, adequando-a à sua rotina, prepará-lo para os possíveis efeitos colaterais, motivando-o à adesão ao tratamento
 - 10- Orientar sobre sexualidade e reprodução humana, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e com garantia de acesso ao preservativo e métodos anticoncepcionais
 - 11- Orientar quanto à nutrição
 - 12- Promover a saúde bucal
 - 13- Avaliar e adequar esquema vacinal
 - 14- Programação e agendamento das consultas interdisciplinares
 - 15- Assegurar atendimento apropriado às intercorrências
 - 16- Contribuir para a melhora da qualidade de vida do adolescente cuidadores, parceiros e amigos pela participação em grupos educativos

Grupos educativos

O trabalho em grupo deve ser incentivado e privilegiado uma vez que dinamiza o atendimento, permite a troca de experiência, leva ao aprendizado coletivo e a busca de soluções diferentes frente a problemas comuns, além de promover a inclusão social.

Poderão ser formados Grupos de Adolescentes, Grupos de Pais e/ou cuidadores e Grupos de Gestantes Adolescentes, entre outros. Cada grupo deve ter encontros periódicos com membros da equipe, para discussão de temas previamente propostos pelo próprio grupo, de acordo com suas necessidades.

Poderão ser desenvolvidos programas de educação para a saúde, lazer, prática de esportes, desenvolvimento de competências e habilidades e para inserção ao mercado de trabalho e exercício de cidadania.

É recomendável a busca de parcerias com outros recursos da comunidade.

Referência e contra-referência

Na atenção primária deverá ser garantida ao paciente a referência formal a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme a exigência de cada caso. Assim, na dependência de seu problema de saúde, o adolescente poderá ser encaminhado para consulta especializada com ortodontista, ortopedista, dermatologista, oftalmologista, endocrinologista, cirurgia plástica ou outro profissional especialista, com cuidado para que a atenção ao adolescente não seja fragmentada.

Para tanto é preciso que haja protocolo para encaminhamento adequado que assegurem uma contra-referência eficaz e sigilosa.

Bibliografia Consultada

- Aberastury A. Adolescência Normal. 1991 Porto Alegre, Artes Médicas.
- Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1983.
- Achenbach, T.M. Manual for Child Behavior Check list 4-18 1991. University of Vermont. Department of Psychiatry , Burlington VT pp1-288
- Afonso, L.. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte, 2000. Edições do Campo Social.
- American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000, 157(11 Suppl): 1-62.
- APA. American Psychiatric Association. Work Group on HIV/AIDS. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. Am J Psychiatr 2000; 157(Suppl):1-62.
- Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico – Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2002.
- Assumpção Jr F. B.. Adolescência normal e patológica. São Paulo, 1998, Lemos Editorial.
- Azambuja MRF. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2004, 181p.
- Bassols, AMS Adolescência e HIV: situações de risco e proteção, autoconceito e sintomatologia psiquiátrica, Dissertação(mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria. Porto Alegre - RS ,2003.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças./Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 56p.il. – (Série Manuais n.º 60).
- Ministério da Saúde. Pesquisa de comportamento entre os conscritos do Exército do Brasil, 2002(mimeo).
- CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR. May 10, 2002/vol.51/nº RR-6. 2002.
- Cole FL. A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. Psychol Bull 1999; 125:90-132.
- Cotton, NS. Normal Adolescence. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1996. P.278-89.
- Cury M; Amaral e Silva AF, Garcia Mendez E, Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais. 1a .ed. São Paulo: Malheiros, 1992, 783p.
- DiClemente RJ, Ponton LE, et al.. "Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30(5): 735-9.

- Donovan C, McEwan R. "A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people." *Addiction* 1995; 90(3): 319-28.
- Donovan JE, Jessor R. "Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood." *J Consult Clin Psychol* 1985; 53(6): 890-904.
- Donovan JE, Jessor R, et al. "Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication." *J Consult Clin Psychol* 1988; 56 (5): 762-5.
- Eizirik CL, Bassols, AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre, 2001, Artmed.
- 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.
- FERRAZ, D. A. S.; ARAÚJO, M. F. Gênero e Saúde Mental: desigualdades e iniquidades. IN: ARAÚJO, M. F. & MATTIOLI, O. C. (orgs). *Gênero e Violência*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.
- Ferreira AL, et. al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4 (1), p. 123-130,.
- Fleitlich BW, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto* 2000;8:44-50.
- Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Br Med J* 2001;323:599-600.
- Food and Nutrition Board, N. R. C. (. *Dietary reference intakes. Application in dietary assessment*. Washington, D.C., 2000; National Academy Press.
- Food and Nutrition Board, N. R. C. *Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoide*. Washington, D.C., 2000 ; National Academy Press.
- Food and Nutrition Board, N. R. C. *Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline*. Washington D.C., National 2000; Academy Press.
- Futterman D, Hein K, et al."Human immunodeficiency virus-infected adolescents: the first 50 patients in a New York City program." *Pediatrics* 1993; 91 (4): 730-5.
- Gardner LH, Frank D, et al. "A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases." *Abnf J* 9 1998; (4): 89-94.
- Goldering, John and Rosen, David :Getting into Adolescents HEADS : na essential update. *Contemporary Pediatrics* jan 2004 21-64
- Grubman S, Gross E, et al. "Older children and adolescents living with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection." *Pediatrics* 1995; 95(5): 657-63.
- Hayes, C., Elliot, E., Krales, E., Downer, G. *Food and water safety for persons infected with human immunodeficiency virus*. CID, v.36, n.2, p.106S-108S, 2003.
- Haynes RB, McKibbin KA, et al. "Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications." *Lancet* 1996; 348(9024): 383-6.
- Hein K, Dell R, et al. "Comparison of HIV+ and HIV- adolescents: risk factors and psychosocial determinants." *Pediatrics* 1995; 95(1): 96-104.
- Henderson R, Colgrove J, Lusk H. A survey of the mental health care needs of HIV positive adolescents and young adults [abstract]. *Int Conf AIDS* 1998;12:485.
- Hoffman ND, Futterman D, et al. "Treatment issues for HIV-positive adolescents." *AIDS Clin Care* 1999; 11 (3): 17-9, 21, 23-4 concl.

- Institute of Medicine. Food and Nutrition Board, National Research Council. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids. Washington, D.C : National Academy Press, 2002.
- Kosel BW, Aweeka FT, Benowitz NL et al . The effects of cannabinoidis on the pharmacokinetics of indinavir and nelfinavir. *AIDS* 2002, 16: 543-50
- Krener, PG Neurobiological and psychological aspects of HIV infection in children and adolescents. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1006-15.
- Kunins H, Hein K, et al. "Guide to adolescent HIV/AIDS program development." *J Adolesc Health* 1993; 14 (5 Suppl): 1S-140S.
- Levy R. O adolescente. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 127-40.
- Lowry R, Holtzman D, et al. "Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related?" *Am J Public Health* 1994; 84(7): 1116-20.
- Loyola, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. IN: HEILBORN, M. L (org). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. Marcondes E. *Pediatria Básica*. São Paulo, 2002Ed. São Paulo.
- Margulies RZ, Kessler RC, Kandel DB. A longitudinal study of onset of drinking among high school students. *J Studies Alcohol* 1977;38:807-912.
- Martin, CA., Kelly TH, et al. "Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(12): 1495-502.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: Office for National Statistics, Government of Statistical Services, The Stationary Office; 2000.
- Mendez EG, Beloff M. *Infância, Lei e Democracia na América Latina*. Blumenau: FURB, 2001, (1):137.
- Ministério da Saúde (2004). *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação Nac.DST/ Aids.
- Ministério da Saúde, (2004). *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em adultos e adolescentes*. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação Nac.DST/ Aids.
- Ministério da Saúde (2004). *Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV*. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids.
- Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST*. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. 3ª edição. 1999.
- Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens* julho de 2005.
- Ministério da Saúde. *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas* 2006.
- Minuchim, S. *Famílias Funcionamento e tratamento*. ED. Artes Medicas 1982.
- Moscicki, AB, Millstein SG, et al. "Risks of human immunodeficiency virus infection among adolescents attending three diverse clinics." *J Pediatr* 1993; 122(5 Pt 1): 813-20.
- Neinstein LS (editor). *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, 4th edition. Williams & Wilkins Publishers, Março 2002.
- Nerad, J., Romeyn, M., Silverman, E. et al. General nutrition management in patients infected with human immunodeficiency virus. *CID*, v. 36, n.2, p. 52S-62S, 2003.

- Offer D, Schonert-Reichl KA, Boxer AM. Normal adolescent development: empirical research findings. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1996. p. 278-89.
- Oleske, JH.-H. A. *Clinical Practice Guidelines*. Bethesda, MD, Nat'l Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) - Ped. Aids Clinical Trual Groups (PACTG) 1994.
- Paterson, DL, Swindells S, et al. "Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection." *Ann Intern Med* 2000; 133(1): 21-30.
- Paul, C, Fitzjohn J, et al. "The determinants of sexual intercourse before age 16." *J Adolesc Health* 2000; 27 (2): 136-47.
- Philippi, ST. Pirâmide alimentar adaptada. Campinas 1999- SP, Rev. Nutr.
- Phillips S. Adolescent sexuality, contraception and abortion. In: Noshpitz JD, editor. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley; 1997.v.3, p.181-91.
- Pinto JA. Tópicos em pediatria. Rio de Janeiro, 2003; Medsi.
- Pinto VM, Onaga ET. DST em crianças e adolescentes. In: Passos MRL. *Dessetologia. DST 5ª edição*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 671-83.
- Planejamento, M. d. S. C. B. d. A. e. (2000). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasil.
- Portaria nº2325/GM de 08 de dezembro de 2003. Publicada no DOU nº 240 de 10/12/2003, página 81, seção 1
- Postman N.O *desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 1999, 190p.
- Ramrakha, S, Caspi A, et al. "Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort." *B M J* 2000; 321(7256): 263-6.
- Rocha, MOC. *Terapêutica Clínica*. Rio de Janeiro, 1998; Guanabara Koogan.
- Rogers AS, Futterman D, et al. "A profile of human immunodeficiency virus-infected adolescents receiving health care services at selected sites in the United States." *J Adolesc Health* 1996; 19 (6): 401-8.
- Rundell J, Brown C, McManis S, Pace J, Ursano R. Psychiatric predisposition and current psychiatric findings in HIV-infected persons [abstract]. *Int Conf AIDS* 1990;6:176.
- Rutter, M. "A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings." *J Child Psychol Psychiatry* 1967; 8 (1): 1-11.
- Sadock's, K. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, 1996; Williams & Wilkins.
- Saito, M I, Silva L. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo, 2001; Atheneu.
- Sarlet IW. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001: 152.
- Schoffel AC. *Avaliação das funções cognitivas e executivas em portadores assintomáticos do vírus da imunodeficiência humana do tipo-1 [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio grande do Sul, 1998.
- Sheeran, P, Abraham C, et al. "Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis." *Psychol Bull* 1999; 125 (1): 90-132.
- Sundfeld, L. C. R. *Avaliação e intervenção nutricional para pacientes com AIDS em unidade leito-dia*. In: Colombrini, M.R.C., Figueiredo, R.M., Paiva, M.C. *Leito-dia em AIDS*. São Paulo:Atheneu, 2001. p. 77-96.
- Tonkin RS. Adolescent risk-taking behavior. *J Adolesc Care* 1987;8:213-220.
- Weinberg C. *Geração delivery: adolescer no mundo atual*. São Paulo, 2001; Sá Editora.

- WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneve, 2003.
- WHO. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation. Geneva, 2003.
- WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
- WHO and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ). Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents – the need for adequate health services. Geneve. 2005
- Work Group on HIV/AIDS. “Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS.. Zavachi MLS et al. Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico. Revista de Psiquiatria, n. 13: 136-145, set./dez. 1991.
- Zavaschi MLS, Bassols AMS, Sanchez PC, Palma RB A reação da criança e do adolescente à doença e à morte – Aspectos éticos. Bioética, 1993; 1;165-72.
- Zimerman, DE. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre, 1997; Artes Médicas.

Anexos

ANEXO I: Adolescência—Escala de Tanner

Tabela Estágios de Tanner genitália masculina

Estágio	Testículo		Idade (percentil 95%)	
	Diâmetro	Volume	Idade cronológica	Idade óssea
I	Prepuberal	<4 ml		
II	> 2,0 cm	4-6 ml	11,2 (9,2-14,2)	11,5 (9,0-13,5)
III	> 3 cm	>6 e <10 ml	12,9 (10,5-15,4)	13,2 (10,5-15,0)
IV	> 4 cm	10-15 ml	13,8 (11,6-16,0)	14,5 (12,5-16,0)
V	> 5 cm	>15 ml	14,7 (12,5-16,9)	
Pico da Velocidade Crescimento				14,5 (12,0-16,0)

Tabela Estágios de Tanner genitália feminina

Estágio	Mamas	Idade (percentil 95%)	
	Descrição	Idade cronológica	Idade óssea
I	Nenhuma	10,9 (8,5-13,3)	10,5 (8,5-13,2)
II	Broto mamário < diâmetro da aréola	12,2 (9,8-14,6)	12,0 (10,2-14,0)
III	Broto mamário > diâmetro da aréola	13,2 (11,4-15,0)	13,5 (11,5-15,0)
IV	Aréola sobressai ao plano da mama	14,0 (11,6-16,4)	15,0 (12,5-16,0)
V	Mama adulta		
Pico da Velocidade Crescimento		12,2 (10,2-14,2)	
Menarca			12,7 (10,5-15,5)

Tabela Estágios de Tanner e Pelos Pubianos em Meninos e Meninas

Pelos Pubianos		Meninos		Meninas	
Estágio	Descrição	Idade cronológica	Idade óssea	Idade cronológica	Idade óssea
I	Nenhum	12,2 (9,2-15,2)	13,5 (11,5-14,5)	10,4 (8,0-12,8)	11,5 (8,5-13,0)
II	Pêlos longos visíveis apenas na base do escroto púbis e grandes lábios	13,5 (11,1-15,0)	14,2 (11,5-15,5)	12,2 (9,8-14,6)	12,2 (10,0-14,5)
III	Pêlos mais escuros cobrindo o púbis	14,2 (12,0-16,4)	14,2 (12,5-16,5)	13,0 (10,0-15,2)	13,2 (11,0-15,0)
IV	Pêlos tipo adulto, área coberta menor	14,9 (12,9-16,9)		14,0 (11,6-16,0)	
V	Pêlos tipo adulto cobrindo todo o púbis e virilha				

Adaptado de OPS "Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes" , Serie OPS FNUAP No.2, 2000.

ANEXO II: NUTRIÇÃO

DEZ PASSOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV E AIDS

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. Preferir as que estejam em seu período de safra, aproveitando estes alimentos de maneira racional, buscando o máximo aproveitamento das vitaminas e minerais.
4. O ideal é que o adolescente procure incluir alimentos fonte de proteínas, animal ou vegetal, pelo menos uma vez por dia, quatro vezes por semana. As proteínas são importantes na manutenção da saúde das pessoas que vivem com HIV e aids.
5. Estimular 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. O ideal é evitar gorduras animais. Fazer uso de azeite ou óleo vegetal na alimentação e para temperar salada.
9. Incentivar o paciente a beber pelo menos 2 litros de água por dia, evitando líquidos nas 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.

Características de uma alimentação saudável:

1. Acessível – física e financeiramente. Ao contrário do que tem sido construído socialmente (principalmente pela mídia), uma alimentação saudável não é cara, pois se baseia em alimentos in natura ou minimamente processados, acessíveis e produzidos regionalmente.
2. Saborosa - A ausência de sabor é outro tabu a ser desmistificado, pois uma alimentação saudável é, e precisa ser, saborosa. O resgate do sabor como um atributo fundamental é um investimento necessário à promoção da alimentação saudável.
3. Variada: implica em estimular e orientar o consumo de vários tipos de alimentos

que forneçam os diferentes nutrientes, evitando a monotonia alimentar que limita o acesso aos nutrientes necessários para atender às necessidades do organismo, de forma a garantir uma alimentação adequada.

4. Colorida: visa garantir a variedade de grupos de alimentos, principalmente em termos de vitaminas e minerais, e também a apresentação atrativa das refeições, que agrade aos sentidos e estimule o consumo de alimentos saudáveis como legumes, verduras e frutas, grãos e tubérculos em geral.
5. Harmoniosa: refere-se especificamente à garantia do equilíbrio, em quantidade e em qualidade, dos alimentos consumidos, para o alcance de uma nutrição adequada considerando que tais fatores variam de acordo com a fase do ciclo de vida e fatores tais como estado nutricional, estado de saúde, idade, sexo, grau de atividade física, estado fisiológico.
6. Segura: os alimentos que compõem a alimentação devem ser seguros, do ponto de vista de contaminação físico-química e biológica, genética e dos possíveis riscos que podem causar à saúde. Neste sentido, práticas adequadas de processamento e manipulação dos alimentos, desde a sua origem até o preparo para consumo, em nível domiciliar ou em restaurantes e comércio de alimentos, devem ser observadas com o objetivo de reduzir os riscos à saúde e ao estado nutricional.

Fatores que influenciam uma alimentação saudável

Categorias de risco	Fatores de risco
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade. • Condições de habitação: • Número de moradores do domicílio • Preparo e local da alimentação
Econômico	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Renda. • Acesso de alimentos
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Religião. • Hábitos / Tabus
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, obesidade • Dislipidemias • Hipertensão
Patologias prevalentes	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • Infecções Oportunistas • Doenças Sexualmente Transmissíveis • Doenças Crônicas não Transmissíveis
Medicamentos em uso	<ul style="list-style-type: none"> • ARV • Anti-tuberculostáticos • Para infecções oportunistas • Suplementos e/ou Vitaminas • Outros medicamentos • Interações drogas x nutrientes • Interação com outros medicamentos • Adesão
Capacidade Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Locomoção. • Visão • Audição • Necessidade e disponibilidade de cuidador
Uso de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Fumo • Não lícitas
Condição emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, compulsão, anorexia) • Aceitação da soropositividade • Abertura do diagnóstico no ambiente social e familiar
Condições do aparelho digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Boca • Mastigação • Deglutição • Náuseas / vômitos • Diarréia • Obstipação
Atividade física e prática de esporte	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação • Tipo de exercício físico • Frequência e quantidade
Medidas antropométricas	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e composição corpórea (variações)

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA ADOLESCENTES (IMC)

Distribuição do IMC em percentis, por idade (10 a 19 anos) e sexo

Idade (anos)	Percentis				
	5	15	50	85	95
	Baixo peso	Risco de baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade
Sexo masculino					
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 Feminino					
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

Fonte: WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

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%

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

Idade	Peso (Kg)	Altura (m)	Sedentário	Kcal/dia		
				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).

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).

Orientações para a escolha de alimentos

Um plano alimentar saudável para adolescentes vivendo com HIV/aids pode ser elaborado a partir da pirâmide de alimentos. Na pirâmide, adaptada para a população brasileira, os alimentos são distribuídos em quatro níveis e em oito grupos, de acordo com o teor de nutrientes.

Grupo dos cereais, pães, tubérculos e raízes: Os alimentos desse grupo são boas fontes de carboidratos complexos. Deve-se evitar pães e biscoitos amanteigados (contém um alto teor de lipídeos) e cereais integrais (alto teor de fibras insolúveis), com exceção da aveia ou da cevada.

Grupo das hortaliças e frutas: Esses alimentos fornecem vitaminas, minerais e fibras. Os adolescentes devem ser orientados sobre a importância de diminuir/evitar a ingestão de alimentos contendo fibras insolúveis que podem desencadear diarreia por ação mecânica ou pela fermentação no tubo digestivo. Essas fibras são encontradas, principalmente, em vegetais verdes folhosos, nas cascas de frutas (maçã, pera) e no bagaço da laranja. Frutas com ação potencialmente laxante como ameixa preta e mamão também devem ser evitadas.

Grupo do leite e produtos lácteos: Os alimentos desse grupo fornecem cálcio, vitaminas A e D e proteínas. Com a industrialização dos laticínios, tornou-se fácil a aquisição de leites e queijos microbiologicamente seguros para alimentação. Deve-se dar preferência para alimentos desnatados.

Grupo das carnes e ovos: Fornecem proteínas, ferro, vitaminas do complexo B. Os adolescentes devem ser orientados para escolher carnes magras (peixes, carne de frango sem pele, carne bovina magra) cozidas, assadas ou grelhadas, preparadas sem adição de óleo/gorduras. Também devem ser orientados para evitar consumir miúdos (fígado, rim, etc) e controlar a ingestão de ovos uma vez que esses alimentos contêm alto teor de colesterol e de gorduras saturadas. Todos os alimentos desse grupo devem ser bem cozidos e os adolescentes devem ser orientados para nunca ingerir preparações que contenham ovos crus (gemada, chantilly de bolos e de sobremesas artesanais, sobremesas, maionese), de modo a diminuir o risco de toxi-infecção alimentar.

Grupo das leguminosas: Os alimentos desse grupo contêm carboidratos complexos e fibras insolúveis. Os alimentos desse grupo não precisam ser excluídos da alimentação, a não ser em casos de diarreia ou de flatulência.

Grupo dos óleos e gorduras e grupo dos açúcares e doces: Os alimentos desse grupo devem ter a sua ingestão controlada. Os adolescentes devem ser orientados para consumir sobremesas e doces preparados com adoçantes e evitar todo e qualquer tipo de alimento frito ou contendo alto teor de lipídios (ex: pães e massas amanteigados). Também devem ser orientados para evitar ingerir alimentos contendo carboidratos simples (doces, açúcar, refrigerantes) uma vez que esses carboidratos apresentam atividade osmótica e facilitam o crescimento microbiano intra-luminal, o que pode desencadear crises de diarreia.

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

NUTRIENTES	CARACTERÍSTICAS/FUNÇÕES	ALIMENTOS QUE OS CONTÉM
PROTEÍNAS	<ul style="list-style-type: none"> • Molécula complexa compostas por aminoácidos, unidos por ligações peptídicas; • Envolvidas na formação e manutenção das células e dos tecidos do corpo e órgãos 	<ul style="list-style-type: none"> • Leite, queijos, iogurtes, carnes (aves, peixes, suína, bovina), miúdos, frutos do mar, ovos, leguminosas (feijões, soja, grão-de-bico, ervilha, lentilha). • Castanhas (Castanha-do-Pará, avelã, Castanha-de-Cajú, nozes)
GORDURAS	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de compostos químicos orgânicos que compreendem os triglicerídios, fosfolipídios e esteróides; • São fontes alternativas de energia; • Influem na manutenção da temperatura corporal; • Transportam vitaminas lipossolúveis; • Dão sabor às preparações e sensação de saciedade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Azeite, óleos, margarina (insaturadas) • Manteiga, banha de porco, creme de leite, maionese, toucinho. (saturadas) • Sorvetes industrializados, gordura vegetal hidrogenada
CARBOIDRATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de compostos formados por carbono, hidrogênio e oxigênio; • Uma das fontes de energia mais econômicas; • Asseguram a utilização eficiente de proteínas e lipídios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cereais (arroz, milho, trigo, aveia), farinhas, massas, pães, tubérculos (batata, batata-doce, cará, mandioca, inhame). • Açúcares simples
VITAMINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Substâncias orgânicas necessárias em pequenas quantidades para crescimento e manutenção da vida; • Segundo sua 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • verduras, legumes e frutas (como espinafre, vinagreira, acelga, rúcula, alface, capeba, almeirão, gueroba, tomate, beterraba, cenoura, jerimum ou abóbora, jatobá, caju, cajá, maçã, mamão, laranja...)
MINERAIS	<ul style="list-style-type: none"> • 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; 	<ul style="list-style-type: none"> • 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, 2002.

Outros nutrientes importantes para uma alimentação saudável são:

Água - é a fonte de manutenção da vida, necessária para a regulação das funções vitais do organismo, tais como na digestão, na eliminação de metabólitos, no funcionamento dos rins e intestinos, controla a temperatura corporal, entre outras funções. 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.

ANTIRETROVIRAIS E INGESTÃO DE ALIMENTOS

Medicamento	Orientação nutricional
Zidovudina, Efavirenz	Não necessita de jejum, deve ser ingerido com refeição/alimento com baixo teor de lipídios
Lamivudina, Abacavir, Estavudina, Zalcitabina	Pode ser ingerido com alimentos
Lopinavir/ritonavir, Amprenavir, Atazanavir, Tenofovir	Ingerir com alimentos
Didanosina-DDI	Ingerir com o estômago vazio: jejum de 30 minutos antes ou 2 h após a refeição. Ingerir com água.
Indinavir	Ingerir 1h antes ou 2h depois de uma refeição ou com alimento pobre em lipídios (sucos de frutas)
Saquinavir	Ingerir 2h após uma grande refeição e ingerir com suco de frutas
Ritonavir	Ingerir com alimento, de preferência solução oral contendo chocolate para melhorar o sabor
Nelfinavir	Ingerir com alimento/refeição com teor alto de proteínas de modo a aumentar a sua absorção e diminuir efeitos gastrointestinais

Fonte: Nerad et al, 2003.

Exemplos de planos alimentares baseados na pirâmide de alimentos

Grupos de alimentos	Valor calórico	
	1700kcal	2200kcal
7:00h		
Cereais	1 porção	2 porções
Leite	1 ½ porção	1 ½ porção
Açúcar	½ porção	1 porção
Frutas		1 porção
09:00h		
Frutas	1 porção	1 porção
12:00h		
Hortaliças	2 porções	3 porções
Cereais	2 porção	2 porções
Leguminosa	1 porção	1 porção
Carnes	½ porção	1 porção
Óleos e gorduras	½ porção	
Frutas		1 porção
15:30 h		
Frutas	1 porção	1 porção
Cereais	1 porção	1 porções
Leite	1 ½ porção	1 ½ porção
Açúcar	½ porção	1 porção
18:30 h		
Hortaliças	2 porção	2 porções
cereais	1 porção	1 ½ porção
Carnes	½ porção	85 gr
Óleos e gorduras	½ porção	
21:00 h		
frutas	1 porção	1 porção

Exemplos de alimentos e preparações por grupos de alimentos

Grupos	Valor Calórico	Observações
Pães, cereais, raízes e tubérculos	1 porção=150Kcal	
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa	Colher rasa
Aveia instantânea	40g	
Batata cozida	1 ½ unidade	
Batata doce cozida	1 ½ colher de servir	Colher grande rasa
Batata sauté	2 ½ colher de servir	
Biscoito tipo "cream cracker"	5 unidades	
Biscoito de leite	5 unidades	
Biscoito tipo "maizena"	7 unidades	
Biscoito tipo "maria"	7 unidades	
Biscoito tipo "maçã e canela"	6 unidades	
Biscoito recheado	2 unidades	
Bolo de chocolate industrializado	1 fatia (50g)	
Cará/inhame cozido amassado	3 ½ colheres de sopa	
Cereal matinal tipo "sucrilhos"	1 xícara de chá	
Farinha láctea	4 colheres de sopa	
Farinha de mandioca	3 colheres de sopa	
Farinha de milho	4 colheres de sopa	
Farofa de farinha de mandioca	½ colher de servir	
Flocos de milho cozidos tipo "polentina/milharina"	2 ½ colheres de sopa	
Macarrão cozido	3 ½ colheres de sopa	
Mandioca cozida	3 colheres de sopa	
Milho verde em conserva	7 colheres de sopa	
Panqueca	2 unidades	
Pão de forma tradicional	2 fatias	
Pão de queijo	1 unidade média	
Pão francês	1 unidade	
Pão hot dog	1 ½ unidade	
Pipoca com sal	2 ½ xícaras de chá	
Purê de batata	2 colheres de servir	
Torrada salgada tipo "bi tost"	4 unidades	
Torrada (pão francês)	6 fatias	
Hortaliças	1 porção= 15 Kcal	
Abóbora cozida	1 ½ colher de sopa	
Abobrinha cozida	3 colheres de sopa	
Acelga cozida	2 ½ colheres de sopa	
Berinjela cozida	2 colheres de sopa	
Beterraba cozida	3 fatias finas	1 colher de sopa cheia
Broto de feijão cozido	1 ½ colher de servir	
Cenoura cozida (picada)	1 1/2 colher de sopa	
Chuchu cozido	2 ½ colheres de sopa	
Couve manteiga cozida	1 colher de servir	
Jiló cozido	1 ½ colher de sopa	

Pepino picado	4 colheres de sopa	
Pimentão cru picado	3 colheres de sopa	
Rabanete	3 unidades	
Repolho cozido	5 colheres de sopa	
Tomate caqui	2 ½ fatias	
Tomate cereja	7 unidades	
Frutas	1 porção= 35 kcal	
Abacate	¾ colher de sopa	
Ameixa vermelha	2 unidades	
Banana prata	½ unidade	
Cajú	1 unidade	
Caqui	½ unidade	
Carambola	1 unidade	
Cereja	12 unidades	
Damasco seco	9 unidades	
Fruta do conde	¼ unidade	
Goiaba	¼ unidade	
Jabuticaba	17 unidades	
Jaca	2 bagos	
Kiwi	¾ unidade	
Laranja baía/seleta	4 gomos	Suco
Laranja pera/lima	1 unidade	Suco
Maçã	½ unidade (60g)	
Mamão formosa	1 fatia	
Mamão papaya	1/3 unidade	
Manga bordon	½ unidade	
Manga haden	¼ unidade	
Melancia	1 fatia (115 g)	
Melão	1 fatia (108 g)	
Nectarina	¾ unidade	
Tangerina	6 gomos	
Uva comum	11 bagos	
Uva Itália	4 bagos	
Uva rubi	4 bagos	
Vitamina (maçã, banana, leite)	½ copo plástico	Copo plástico descartável para água
Leguminosas	1 porção=55 Kcal	
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha	
Feijão cozido (somente grãos)	2 colheres de sopa	
Lentilha, ervilha cozidas	2 colheres de sopa	
Carne bovina, suína, peixe, frango	1 porção=190 kcal	
Atum enlatado	2 colheres de sopa	
Bacalhoda	2 colheres de sopa	
Bife enrolado	1 unidade (110g)	
Bife grelhado	1 unidade	
Carne cozida	1 fatia (80g)	

Carne moída refogada	5 colheres de sopa
Espetinho de carne	2 unidades
Frango assado	1 coxa ou 1 sobrecoxa ou 1 pedaço de peito
Frango filé grelhado	1 unidade
Frango sobrecoxa cozida com molho	1 unidade
Hambúrguer	1 unidade
Linguiça de porco cozida	1 gomo
Merluza cozida	2 filés
Nugget de frango	4 unidades
Omelete simples	1 unidade
Salsicha	1 ½ unidade
Sardinha escabeche	1 unidade
Leite e Produtos lácteos	1 porção=120 Kcal
Cream cheese	2 ½ colheres de sopa
logurte polpa de frutas	1 pote
Leite em pó integral	2 colheres de sopa
Leite semidesnatado "molico"	2 colheres de sopa
Leite tipo B	2 copos de requeijão
Leite desnatado	4 copos de requeijão
Queijo de minas	1 ½ fatia
Queijo pasteurizado tipo "sandwich"	2 fatias
Queijo pasteurizado tipo "polenguinho"	2 unidades
Queijo prato	2 fatias
Ricota	2 fatias grandes (100g)
Óleos e gorduras	1 porção=73kcal
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Margarina	½ colher de sopa
Óleo vegetal (soja, milho, girassol)	1 colher de sopa
Açucars	1 porção=110Kcal
Glicose de milho (Karo)	2 colheres de sopa
Nidex	6 medidas
Dextrosol	2 ½ colheres de sopa

Fonte: Philippi et all, 1999.

Anexo III- Interações Significativas entre TARV e Drogas Recreativas

Droga	Principais Interações	Comentários
Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de 41% da meia-vida do abacavir • Aumento do risco de hepatotoxicidade, em pacientes co-infectados com hepatite C • Aumento do nível sérico quando há prejuízo na síntese hepática (ex. Cirrose) • Interferência negativa na adesão do usuário ao tratamento com ARV 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto principal na adesão • Em caso de pacientes com cirrose ou outras doenças do fígado, optar por ARV com menor toxicidade hepática (evitar os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos)
Maconha	<ul style="list-style-type: none"> • Pequena redução dos níveis séricos de indinavir e nelfinavir, sem acarretar oscilação da carga viral • Possível aumento moderado nos níveis de THC, que é parcialmente metabolizado pelo sistema citocromo P-450 (CYP – 3A4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há significância clínica
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • O metabolismo desta droga usa a via CYP3A4, mas interação significativa é improvável • Não existem descrições de toxicidade relacionada ao uso concomitante de cocaína e TARV 	<ul style="list-style-type: none"> • Significância clínica improvável
Ecstasy (Metanfetaminas)	<ul style="list-style-type: none"> • MDMA é metabolizado pela via CYP2D6 • Uso concomitante com ritonavir aumenta os níveis de ecstasy, com risco de toxicidade • Descrição de 2 casos de toxicidade letal 	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de ecstasy deve ser evitado • Em casos de uso ou suspeita de uso, não prescrever ritonavir <p>Evitar outros IP e delavirdine</p>
Heroína	<ul style="list-style-type: none"> • Possível redução da concentração dos inibidores de protease (ritonavir, amprenavir e nelfinavir) • Potencial aumento dos efeitos da heroína (uso concomitante com ritonavir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar uso concomitante com ritonavir e nelfinavir
Benzodiazepínicos (tranqüilizantes, ansiolíticos)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento mais significativo dos níveis de midazolam e triazolam com IP e delavirdine • Possível aumento dos níveis de alprazolam e clonazepam 	<ul style="list-style-type: none"> • Possível toxicidade pelo aumento sérico dos benzodiazepínicos

Fontes:

AIDS 2002;16:543-50 / Drug Therapy

AIDS Read 13(9):433-450, 2003. © 2003 Cliggett Publishing, Division of SCP Communications

Anexo IV - Anticoncepcionais Hormonais

Anticoncepcionais orais hormonais combinados
Combinações Monofásicas:

Nome Comercial	Componente	Dose
Anacyclin	Linestrenol Etinilestradiol	1,0mg 0,05mg
Anfertil Primovlar	Norgestrel Etinilestradiol	0,5mg 0,05mg
Biofim Megestran	Mestranol Noretindrona	0,1mg 0,5mg
Diane 35 Selene	Etinilestradiol Acetato de ciproterona	0,035mg 2mg
Evanor Neovlar Normanor	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,25mg 0,05mg
Femiane Harmonet Diminut	Gestodene Etinilestradiol	0,075mg 0,02mg
Mercilon Femina Primera 20	Desogestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,02mg
Microdiol Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,03mg
Minulet Gynera	Gestodene Etinilestradiol	0,075mg 0,03mg
Nordette Microvlar Levordiul Ciclo 21 Ciclon Gestrelan	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,15mg 0,03mg
Ovovesta	Linestrenol Etinilestradiol	0,75mg 0,0375mg

Combinções Bifásicas:

Nome Comercial	Componente	Dose
Gracial	Desogestrel	0,025mg 0,125mg
	Etinilestradiol	0,04mg 0,03mg

Combinções Trifásicas:

Nome Comercial	Componente	Dose
Triquilar Trinordiol	Levonorgestrel	0,05mg 0,075mg 0,125mg
	Etinilestradiol	0,03mg 0,04mg 0,03mg
Trinovum	Noretisterona	0,5mg 0,75mg
	Etinilestradiol	1,0mg 0,035mg

Anticoncepcionais hormonais injetáveis

Com Progestogênio Isolado:

Nome Comercial	Componente	Dose
Depo-provera Tricilon	Acetato de medroxiprogesterona	150mg

Combinados:

Nome Comercial	Componente	Dose
Cyclofemina	Acetato de medroxiprogesterona Cipionato de estradiol	25mg 5mg
Mesigyna	Enantato de norestisterona Valerato de estradiol	50mg 5mg
Perlutan Ciclovular Unociclo	Acetofenido de dihidroxiprogesterona Enantato de estradiol	150mg 10mg

Glossário de Siglas

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
ALT/TGP	Alanina aminotransferase (ALT) / transaminase glutâmico pirúvica (TGP)
Anti-HBc	Anticorpos contra o antígeno "c" da hepatite B
Anti-HBe	Anticorpos contra o antígeno "e" da hepatite B
Anti-HBs	Anticorpos contra o antígeno "s" da hepatite B
Anti-HCV	Anticorpos contra o vírus da hepatite C
APV	Amprenavir
ARV	Antiretroviral
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
CD4	Linfócitos CD4 (auxiliares)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
d4T	Estavudina
ddC	Zalcitabina
ddl	Didanosina
DLV	Delavirdina
DNA	Ácido desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFZ	Efavirenz
EIA	<i>"immunoassay enzyme"</i>
ELISA	<i>"enzyme linked immunosorbent assay"</i>
HBeAg	Antígeno "e" do vírus da hepatite B
HBsAg	Antígeno "s" do vírus da hepatite B
HBV	Vírus da hepatite B = hepatitis B vírus
HCV	Vírus da hepatite C = hepatitis C vírus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDV	Indinavir
IMC	Índice de Massa Corporal
IP	Inibidores da Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
NFV	Nelfinavir
NVP	Nevirapina
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV
RD	Redução de Danos
RNA	Ácido ribonucléico
RTV	Ritonavir
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SNC	Sistema Nervoso Central
SQV	Saquinavir
TARV	Terapia antiretroviral
TDF	Tenofovir
WHO	<i>World Health Organization</i>



Organizadores

Maria Letícia Santos Cruz – Hospital dos Servidores do Estado – RJ

Lílian Day Hagel – Hospital Nossa Senhora da Conceição- GHC
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS

Jorge Andrade Pinto – Universidade Federal de Minas Gerais –MG

Cledy Eliana dos Santos – Programa Nacional de DST e AIDS

Técnicos do Programa Nacional de DST/Aids

Ana Lúcia Vasconcelos – Unidade de Assistência e Tratamento

Ângela Donini – Unidade de Prevenção

Cledy Eliana dos Santos – Unidade de Assistência e Tratamento

Cristiane Gonçalves – Unidade de Prevenção

Cristina Alvim – Unidade de Prevenção

Denise Serafim – Unidade de Prevenção

Doris Sztutman Bergmann – Unidade de Assistência e Tratamento

Dulce Ferraz – Unidade de Prevenção

Eduardo Campos de Oliveira – Unidade de DST

Henriette Manja Ahrens – Unidade de Prevenção

Kátia Galbinski – Unidade de Assistência e Tratamento

Kátia Guimarães – Unidade de Prevenção

Kátia Carvalho Abreu – Unidade de Assistência e Tratamento

Larissa Brambatti Polejack – Unidade de Assistência e Tratamento

Liliana Pitaluga Ribeiro – Unidade de Prevenção

Maria Fernanda Sardella Alvim Hilton – Unidade de Epidemiologia

Mie Okamura – Unidade de Assistência e Tratamento

Ronaldo Hallal – Unidade de Assistência e Tratamento

Valdir Pinto – Unidade de DST

Vera Lopes – Unidade de Prevenção

Consultores:

Ana Margarete Siqueira Bassols - Faculdade de Medicina/ UFRGS

Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro -

Aubaneide Batista Guerra - Unidade Referência Materno Infantil e Adolescente
– SES/PA

Carmen Lucia de Oliveira da Silva - Hospital de Clínicas/ UFRGS

Celso Ferreira Ramos Filho – Faculdade de Medicina UFRJ; Univ. Souza Marques

Clara Maria Cosme Cardoso -

Cláudio Picazzio - Projeto Terceiro Futuro Reviver- UNICEF

Cristina Hoffman – Coordenação de Saúde Mental/SAS/MS

Cristina Santiago

Daisy Mendonça – Programa de Saúde do Adolescente/SAS/MS

Darcy Bonetto – Sociedade Brasileira de Pediatria

Dmitri Araújo da Silva – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Edmundo Machado Cardoso – Hosp. Criança Conceição/GHC; SAE Pediátrico
– SES/RS

Edvaldo da Silva Souza - Instituto Materno Infantil –Pernambuco

Fátima Carvalho

Feizi Masrour Milani

Geralda Maria Bauer Pereira Rigotti – Secretaria Estadual de Saúde/RS

Heloisa Helena de Sousa Marques - Instituto da Criança-HC/ Fac. Med USP

Jorge Andrade Pinto - CTR – DIP/UFMG

José Luiz Andrade Neto – SES/PR; PUC/PR

Kátia Cristina Bassichetto – Coordenadoria de Vigilância – SMS/SP

Léa Peres Day –

Lilian Day Hagel - Serviço de Adolescentes Hosp N^oS^a Conceição/Porto Alegre;
Hospital de Clínicas –UFRGS

Luciana M. V. Sardinha

Luiza Maria Figueira Cromack - Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente
/UERJ

Márcia Maria F. Janini dal Fabbro - SAE/HD – Coord. DST/Aids Mato Grosso do
Sul

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco – Faculdade de Enfermagem/UERJ; Univ. Veiga
de Almeida

Maria Arlene Fausto - CTR – DIP/UFMG

Maria da Gloria Sant'anna Telles da Silva – Hosp. Nossa Senhora da Conceição/
GHC/Porto Alegre

Maria de Fátima Lago Garcia – IPPMG/UFRJ

Maria do Carmo Teatini Tavares – CTR-DIP; Escola Enfermagem/UFMG

Maria Fay Azambuja

Maria Letícia Santos Cruz - Hosp. Servidores Rio de Janeiro

Mariana de Queiroz Rocha Darmont - Hospital dos Servidores do Estado/RJ

Mariângela de Medeiros Barbosa

Mariliza Henrique da Silva – CRT – São Paulo

Marinella Della Negra - Instituto Infectologia Emílio Ribas – São Paulo

Marivalda Cordeiro de Oliveira – Hosp. Servidores do Estado/RJ

Naidel Daiello Coimbra – LAÇOS – Ações em Educação e Saúde/Porto Alegre

Nébia MariaAlmeida de Figueiredo- UFRJ

Paulo César Pinheiro

Solange de Melo Miranda - Setor de Saúde do Adolescente do Hospital de
Clínicas- UFRGS

Valdi Craveiro – Adolescente/DF

Profissionais que participaram da validação do Manual

Nome	Instituição	Cidade
Abenilda Leite de Gusmão Albuquerque		Maceió
Aldenora Vêras Uchôa		Teresina
Ana Coeli Castor de Lima	FASISA	Campina Grande
Ana Lúcia Peixoto Quaresma	SMS	Volta Redonda
Ana Maria dos Reis Toledo	Faculdade de Medicina São José do Rio Preto	São José do Rio Preto
Ana Tânia Lopes Sampaio	UFRN	Natal
Ane Lucia Rodrigues Passos	Centro de Convivência do Adolescente	Aracaju
Annathereza Patrício Beuttenmüller Bezerra	CEFET – PB	João Pessoa
Anne Paola Gallas Duarte	NEJA UERJ	Rio de Janeiro
Antonia Maria Ferreira Reis	UFG	Goiânia
Armida Cantarelli	SES/CEDCA	Pernambuco
Assirlene de Fátima	UEPB	Esperança
Beatriz E. Bagatim V. Bermudez	UFPR	Curitiba
Blaner Eunice Ramos de Andrade	Ministério da saúde – HAM /PE	Recife
Carmen Arguello Perandenes	Secretaria de Estado de Saúde	Praia Grande
Carmen Livia Faria da Silva Martins	HUB – UNB	Brasília
Cláudio Orestes Brito Filho	UFRN	João Pessoa
Dauci Bouetto	S.B.P	Curitiba
Dayann Fernandes Barbosa	PMGG / SMS / PSF	Campina Grande
Dilah de Vasconcelos Barros		João Pessoa
Eliene Estevão de Almeida	CEFET/PB João Pessoa	
Elizabete de Amorim Correia Ramos	UFPB	Paraíba
Ercília Nunes	Unimed	Pernambuco
Fabiola de Medeiros	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Natal
Fernanda Novaes		Floresta
Flávia Souza do Nascimento	ONG Grupo Atitude	Ceilândia
Gilvanira Camilo Pereira da Silva	Projeto Crescer	João pessoa
Gracieza Varim	Uruguay Municipalidad	Uruguai
Ilka Gomes	UFPB	São Paulo
Judith Amaral Romano	Santa Casa de São Paulo	São Paulo
Késsia líliana Dantas Bezerra Cavalcante		João Pessoa
Leidimar Barbosa de Alencar	Séc. de saúde publica do Piauí/ coordenador de saúde do adolescente	Teresina
Luzia Chaves B. Costa	Hospital da Policia Militar	Recife
Luzia Vinagre	UFPB	João Pessoa
Macília de Barros Melo e Silva	Sec. Saúde Jaboatão dos Guararapes	Recife
Magda Amélia Ramos Silva	PMCG / SMS / PSF	Campina Grande
Malba Delian de M. Ugulino Nóbrega	Escola Municipal Ângelo Notare	João Pessoa
Manvânia de Souza Silva		Natal
Marconi Holanda da Silva	Poder Judiciário (tribunal de justiça/PB) 2º vara da Infância e da Juventude	João Pessoa
Mareos Wesley Faria		Matozinhos
Margarida Maria marques da Silva	Hospital da Policia Militar	Recife
Margarida Maria Marques da Silva	Hospital da Policia Militar	Recife
Maria Alice F.E.H. da Silva	Exército (Hospital de Guarnição de João Pessoa)	João Pessoa

Maria Aparecida de Araújo	Sec. Estadual de Saúde	Recife
Maria Cristina Brito	Secretaria Municipal Saúde + Sec. Saúde RJ	Rio de Janeiro
Maria das Graças Balbino de Oliveira	Prefeitura Municipal de Bayux	Bayux
Maria das Graças Drit	PRSE - UFOIS	João Pessoa
Maria de Fatima Dias Pinto	UFAL	Maceió
Maria de Fátima Lourenço Magalhães	Secretaria de Ação Social do Ceará	Fortaleza
Maria de Lourdes Fonseca Vieira	UFAL	Maceió
Maria de Lourdes Franco da Silva	UEPB/ Secretaria de saúde do Estado	Campina Grande
Maria do socorro Rocha Vasconcelos	CEFET –PB	João Pessoa
Maria Heloisa de Amorim		João Pessoa
Maria José Carvalho Sant’Anna	FSMSCSP (Santa Casa de São Paulo)	São Paulo
Maria José Ribas	H.C.F. M.U.S.P	São Paulo
Maria Saloria Soares Lopes	Ministério da Saúde	João Pessoa
Maria Vânia Cartaes L. Soares		João Pessoa
Marilia J. P. da C. Parahysa	Secretaria da Saúde do Ceara	Fortaleza
Marilucia Santos Ferreira	Fundação Municipal da Infância e da Juventude	Campos dos Goytacazes
Marluci Barbosa Abreu Pinto	Hospital Universitário	Maceió
Mary C. B. Arruda		Fortaleza
Matilde F. de Andrade Marinho		João pessoa
Max Maciel Cavalcante	ONG Grupo Atitude	Ceilândia
Milvia N. Pessoa Leite	Secretaria Municipal Saúde / Maceió	Maceió
Miriam Ferreira da Silva	Secretaria de Saúde Cabedelo	Cabedelo
Monica Segalla Rieke	Programa nacional de DST/Aids de São José dos Pinhais – PE	São José dos Pinhais
Naua Luiza L. S. Campos	HCF M USP	São Paulo
Norma Rocha Brandão		João Pessoa
Odevair da Silva Mathias	Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais – Sec. Saúde – Divisão Ed. Sanitaria	São José dos Pinhais
Olímpio de Moraes Rocha		Campo Grande
Ozeni Urtiga da Costa Silva	Prefeitura Municipal João Pessoa	João Pessoa
Paulo de Tarso Chaves Faustino	CEFET – PB	Cabedelo
Rivonylda Costa Souza Araújo	UFPE	Olinda
Rosa Laura Reis Melo	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí / Fundação Municipal de Saúde	Teresina
Rosilda Araújo	FUNAD/ Sec. Saúde João pessoa	
Rubens Uehara	Santa Casa de São Paulo	São Paulo
Rute Queiroz Barrocas	SAS –Sec. De Ação Social do Ceará	Fortaleza
Saby Snpé	STZ (Coop. Técnica alemã)	Cabo verde
Sâmia Ponciano Gabriel chabo	Secretaria de Saúde do Estado	Palmas
Sandra Helena Melo Delgad	CEFET/ PB	João Pessoa
Senei da Rocha Henrique	UFRN	Natal
Silvana Maria de Mendonça	Prefeitura municipal de Mauá	Mauá
Simone Maria da Rocha	UFRN	Natal
Stella R. Taquiete	UERJ	Rio de Janeiro
Sueli Coelho P. da Silva	Município	João Pessoa
Therezinha de Jesus Cruz	SMS – RJ	Rio de Janeiro
Trismar Sihe		João Pessoa
Venesiano Souza Duarte	UFCG	Cabeceiras
Verônica Goate	Fac. Ciências Médicas da Santa Casa	São Paulo

