

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

LUANA DOS REIS DE SOUZA

O AUTOCUIDADO EM ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV: avaliação da
enfermagem

RIO DE JANEIRO
2012

Luana dos Reis de Souza

O AUTOCUIDADO EM ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV:
avaliação da enfermagem

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita Batista Santos

Rio de Janeiro
2012

Souza, Luana dos Reis de.

O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação da enfermagem.

Luana dos Reis de Souza. – 2012.

109 f.:il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2012.

Orientadora: Rita Batista Santos

1. Autocuidado. 2. Adolescentes. 3. HIV. 4. Enfermagem.

I. Santos, Rita Batista (Orient.) II. Universidade Federal do Rio de Janeiro,

Escola de Enfermagem Anna Nery. III. O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação da enfermagem.

CDD: 610.73

Luana dos Reis de Souza

O AUTOCUIDADO EM ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV: avaliação da
enfermagem

Dissertação de Mestrado submetido ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: / /2012

Prof^ª. Dra. Rita Batista Santos - Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^ª. Dra. Fátima Helena do Espírito Santo - 1^a Examinadora
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF

Prof^ª. Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto – 2^a Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^ª. Dra. Margarethe Maria Santiago Rego - Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^ª. Dra. Lina Márcia Migues Berardinelli - Suplente
Faculdade de Enfermagem da UERJ

*Dedico este trabalho a todas as crianças
e adolescentes que me proporcionaram
conhecimento, alegria,
satisfação e muita saudade.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe Rosane Reis que me forneceu toda a estrada para essa caminhada.

Aos meus amigos Andréia Gentil, Bruno Chiodo, Helen Vendas, Luciene Lima, Leandro Dias, Priscila Vieira, Tathiana Martins pela paciência e incentivo para continuar.

Aos meus familiares pela compreensão da minha ausência.

Aos colegas de trabalho pela generosidade e colaboração.

À minha orientadora Rita Batista pelos ensinamentos ofertados e paciência.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

SOUZA, Luana dos Reis de. **O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação da enfermagem.** Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O presente estudo tem como objetivos: caracterizar o perfil socioeconômico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV; avaliar o autocuidado realizado pelos adolescentes infectados pelo HIV; Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado de adolescentes infectados pelo HIV. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e descritiva. A população do estudo foi de 48 pacientes tendo uma amostra de 24 adolescentes infectados pelo HIV atendidos nos ambulatórios de dois hospitais universitários do município do Rio de Janeiro no período de janeiro a junho de 2012. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de consulta de enfermagem e outro para análise nos prontuários. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram armazenados no EXCEL e analisados pelo software XLSTAT por estatística descritiva. **Resultados:** Da amostra, oito adolescentes eram do sexo masculino e dezenove só estudavam. Quanto a procedência desses pacientes, 7 vivem em outros municípios do Rio de Janeiro e os demais moram na capital. A idade variou entre 10 a 19 anos tendo um jovem com 10 anos e 4 com 19 anos. Oito jovens conviviam com outra pessoa na casa e 7 não sabiam informar a renda. A renda familiar variou de 1 a 9,5 salários mínimos. Dentre os itens menos desempenhados dos papéis de autocuidado destacam-se: Na Manutenção da Saúde, a ausência de atividade física foi predominante em quatorze adolescentes. Já na Prevenção de Complicações, dez pacientes não possuíam conhecimento de sua história familiar. Para o Autodiagnóstico e Autotratamento, doze jovens desconheciam os medicamentos em uso. Ao avaliar a Participação Ativa, 21 jovens não frequentavam grupos de apoio. Quanto à avaliação geral do autocuidado, 15 jovens foram classificados como (B) parcialmente independentes para o autocuidado. **Conclusão:** A partir dos resultados expostos acima, concluímos que o autocuidado depende de diversos fatores interligados e que, aqui, chamamos de papéis de autocuidado. A proposta de consulta de enfermagem é relevante para que sejam identificadas deficiências no cuidado diário desses jovens. foi possível concluir que os jovens infectados pelo HIV realizam de fato um autocuidado sadio, porém com algumas deficiências que podem ser corrigidas nas consultas de enfermagem em conjunto com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chaves: Autocuidado. Adolescentes. HIV. Enfermagem.

ABSTRACT

SOUZA, Luana dos Reis de. **O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação da enfermagem.** Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

The present study has as objectives: to characterize the clinical and socioeconomic profile of adolescents infected with HIV; to assess the self-care performed by adolescents infected with HIV; to test a proposed nursing consultation for the self-care of adolescents infected with HIV. **Methodology:** This is a research of quantitative and descriptive approach. The studied population was 48 patients having a sample of 24 HIV infected adolescents treated in outpatient clinics of two university hospitals in the municipality of Rio de Janeiro in the period from January to June 2012. To the data collect we used a nursing consultation script and another one for analysis in the charts. The ethical aspects were respected, according to the 196/96 Resolution of the National Health Council. Data were stored in EXCEL and analyzed using XLSTAT software through descriptive statistics. **Results:** Of the sample, eight adolescents were male and nineteen studied only. As for the origin of these patients, seven live in other municipalities in Rio de Janeiro and the others live in the capital. Ages ranged from 10 to 19 years with a youth aged 10 and 4 with 19 years. Eight young adults were living together with another person in the house and 7 could not inform income. Family income ranged from 1 to 9.5 minimum wages. Among the items less played in the roles of self-care we can highlight the following ones: In the Health Maintenance, the absence of physical activity was predominant in fourteen adolescents. Concerning the Prevention of Complications, ten patients had no knowledge of his family history. For the self-diagnosis and self-treatment, twelve young people did not know the drugs in use. In assessing the Active Participation, 21 youths are not attending support groups. As for the general assessment of self-care, 15 youth people were classified as (B) partially independent for the self-care. **Conclusion:** From the results presented above, we conclude that the self-care depends on several interrelated factors and, that, here, we call the roles of self-care. The proposed nursing consultation is relevant to allow the identification of the deficiencies in the daily care of these young people. It was possible to conclude that young people infected with HIV perform, in fact a healthy self-care, but with some deficiencies that can be corrected in the nursing consultations together with the support of a multidisciplinary team.

Keywords: Self-care. Adolescents. HIV. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Interrelação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado	31
Quadro 1 -	Sinopse do Papel de Autocuidado Manutenção da Saúde segundo Fry X manutenção de saúde adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV	33
Quadro 2 -	Papel de autocuidado de prevenção de doença de FRY X prevenção e controle de infecção e complicações adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV	35
Quadro 3 -	Papel de autocuidado de autodiagnóstico, automedicação e autotratamento de FRY X autodiagnóstico e automedicação adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV	36
Quadro 4 -	Papel de autocuidado de participação ativa nos serviços de saúde de FRY X participação ativa nos serviços de saúde adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV	37
Gráfico 1 -	Distribuição dos Adolescentes segundo carga viral e células CD4 - Rio de Janeiro, 2012.....	48
Gráfico 2 -	Distribuição da adesão entre os adolescentes infectados pelo HIV segundo adesão ao tratamento, Rio de Janeiro, 2012.....	48
Gráfico 3 -	Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo sexo, Rio de Janeiro, 2012.....	52
Gráfico 4 -	Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo ocupação, Rio de Janeiro, 2012.....	52
Gráfico 5 -	Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo renda e número de pessoas na casa, Rio de Janeiro, 2012.....	54
Gráfico 6 -	Distribuição da adesão entre os adolescentes infectados pelo HIV segundo adesão ao tratamento, Rio de Janeiro, 2012	54
Gráfico 7 -	Relação entre atividades de manutenção da saúde e os valores de células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	56
Gráfico 8 -	Relação entre atividades de manutenção da saúde e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	57
Gráfico 9 -	Relação entre atividades de controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações e CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	59
Gráfico 10 -	Relação entre atividades de controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	59
Gráfico 11 -	Relação entre atividades de autodiagnóstico e autotratamento e células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	61
Gráfico 12 -	Relação entre atividades de autodiagnóstico e autotratamento e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	61
Gráfico 13 -	Relação entre atividades de participação ativa nos serviços de saúde e células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	63
Gráfico 14 -	Relação entre atividades de participação ativa nos serviços de saúde e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012 ...	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição do perfil clínico e laboratorial dos adolescentes infectados pelo HIV, segundo lipidograma e glicemia, Rio de Janeiro, 2012.....	47
Tabela 2 -	Distribuição do uso dos antirretrovirais pelos adolescentes infectados pelo HIV- Rio de Janeiro/2012.....	49
Tabela 3 -	Distribuição dos valores de CD4 e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV segundo agrupamento, Rio de Janeiro, 2012.....	50
Tabela 4 -	Parâmetros de <i>Cluster analysis</i> A para amostra estudada, Rio de Janeiro, 2012.....	50
Tabela 5 -	Parâmetros de <i>Cluster analysis</i> B para amostra estudada, Rio de Janeiro, 2012.....	50
Tabela 6 -	Distribuição dos adolescentes por análise de cluster segundo idade, Rio de Janeiro, 2012.....	51
Tabela 7 -	Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo idade e renda, Rio de Janeiro, 2012.....	53
Tabela 8 -	Descrição do papel de autocuidado de manutenção da saúde entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012.....	55
Tabela 9 -	Descrição do papel de autocuidado prevenção e controle de complicações entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012.....	58
Tabela 10 -	Descrição do papel de autocuidado Autodiagnóstico e Autotratamento entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	60
Tabela 11	Descrição do papel de Participação Ativa entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012.....	62
Tabela 12 –	Descrição das principais medidas estatísticas - pontuação por papel de autocuidado e escore de avaliação de enfermagem entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012	64
Tabela 13 -	Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV pela classificação da avaliação do autocuidado, Rio de Janeiro, 2012	65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E PROBLEMA DO ESTUDO	14
1.2 OBJETO DO ESTUDO	17
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS.....	17
1.4 OBJETIVOS	17
1.5 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA DO ESTUDO	18
1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	21
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 ASPECTOS DA TRANSIÇÃO ENTRE A INFÂNCIA E A FASE ADULTA	22
2.2 HIV/AIDS NA ADOLESCÊNCIA	24
2.3 AUTOCUIDADO	29
2.3.1 Pirâmide do autocuidado	29
2.3.2 Papéis de autocuidado	32
2.3.2.1 manutenção da saúde	32
2.3.2.2 prevenção de doenças / prevenção e controle de infecções e complicações.....	33
2.3.2.3 autodiagnóstico, automedicação e autotratamento/ autodiagnóstico e automedicação	35
2.3.2.4 participação ativa em serviços de saúde	37
3. METODOLOGIA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 AMOSTRA	39
3.3 LOCAL DO ESTUDO	40
3.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	40
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	44
4. RESULTADOS	47
4.1 Perfil clínico e laboratorial dos adolescentes infectados pelo HIV das instituições A e B	47
4.2 Caracterização da amostra	51
4.3 Perfil da avaliação dos papéis de autocuidado desempenhados pelos adolescentes infectados pelo HIV	55
4.3.1 Manutenção da saúde	55
4.3.2 Controle e prevenção das infecções oportunistas e complicações	57
4.3.3 Autodiagnóstico e autotratamento	60
4.3.4 Participação ativa nos serviços de saúde	62
4.4 ESCORES DE AUTOCUIDADO REALIZADO PELOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV.....	64
5. DISCUSSÃO	66

5.1 PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL	66
5.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV	68
5.3 PERFIL DA AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO DESEMPENHADOS PELOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV	69
5.4 ESCORES DO AUTOCUIDADO.....	74
6. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - Roteiro de Consulta de Enfermagem.....	85
APÊNDICE B - Ficha de Aferição para Adolescentes Infectedos pelo HIV do Ambulatório de DIP.....	96
APÊNDICE C - Instrumento de Avaliação de Enfermagem para o Desempenho e Manutenção de Papéis de Autocuidado em Adolescentes Infectados pelo HIV.....	97
APÊNDICE D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (10 a 14 anos).....	99
APÊNDICE E - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (14 a 18 anos)	100
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (maior de 18 anos)	101
APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (responsável)	102
APÊNDICE H – Escores do Instrumento de Avaliação do Autocuidado realizado por Adolescentes Infectados pelo HIV a partir do Desempenho e Manutenção dos Papéis de Autocuidado.....	103
APÊNDICE I - Cartão Eu sou assim	107
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Instituição A	108
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Instituição B	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E PROBLEMA DO ESTUDO

A motivação para este estudo emergiu de questionamentos a partir de dois momentos: da graduação e da prática assistencial. O interesse em atuar na área pediátrica foi despertado ao iniciar a disciplina de Saúde da Criança na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF (Universidade Federal Fluminense) e durante um estágio extracurricular no Hospital Infantil Ismélia da Silveira no município de Duque de Caxias. Nessas instituições, tive a oportunidade de cuidar de crianças portadoras do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as quais, considerando a sua fragilidade diante de um sistema imunológico deprimido, apresentavam riscos para o desenvolvimento de doenças oportunistas, déficit nutricional e problemas psicossociais.

Paralelamente à graduação, desenvolvi algumas pesquisas relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/AIDS em crianças e adolescentes. Esses estudos foram originados da monografia e de projetos de iniciação científica e, conseqüentemente, publicados em periódicos nacionais e também apresentados em congressos de enfermagem no Brasil.

Dentre estes estudos sobre a temática do HIV em crianças destacamos os artigos “Perfil sexual e frequência de infecções genitais em adolescentes atendidos em uma clínica universitária”, publicado no Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e apresentado no Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem em 2006 (FILGUEIRAS et al., 2006; SOUZA et al., 2009); “Manifestações clínicas em crianças infectadas pelo HIV: resultados preliminares” publicado em 2009 na Revista de Ciências Médicas e Biológicas (FERREIRA et al., 2009); e trabalhos apresentados em forma de pôsteres no Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem “Aspectos clínico terapêuticos de pacientes pediátricos infectados pelo HIV - Revisão bibliográfica” e “Avaliação da qualidade de vida de um grupo de crianças infectadas pelo HIV” em 2007 (FILGUEIRAS et al., 2007; SOUZA et al., 2007).

Oriundo do projeto de iniciação científica FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) o estudo “Avaliação da qualidade de vida de um grupo de crianças infectadas pelo HIV” (SOUZA; FILGUEIRAS, 2008) deu origem à monografia intitulada: “Contribuição ao estudo das manifestações clínicas de pacientes pediátricos infectados pelo HIV na era da terapia antirretroviral”. Neste estudo do tipo seccional foi

estudado um total de 100 pacientes pediátricos infectados pelo HIV. Dentre os resultados, 30% dos sujeitos estavam incluídos na faixa etária entre 10 e 12 anos e 31% apresentavam carga viral alta e os dados levantados em prontuários revelaram prevalência de infecção de vias aéreas respiratórias (SOUZA, 2008). A partir desses resultados surgiram novas inquietações relacionadas à demanda da intervenção de enfermagem para garantir o crescimento e desenvolvimento infantil, tornando-se assim adolescentes com competência para a realização do autocuidado. O estudo citado anteriormente, forneceu subsídios para a construção dos objetivos do meu projeto de dissertação de mestrado.

Após a graduação, iniciei minha carreira profissional na área pediátrica na qual me especializei em 2010, através do programa de Residência em Enfermagem Pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Um dos cenários de atuação do residente é o ambulatório de pediatria, no qual se realiza atendimento a crianças e adolescentes infectados pelo HIV.

Neste cenário, os enfermeiros atuam junto ao pediatra infectologista na consulta às crianças infectadas pelo HIV. Trata-se de um atendimento multiprofissional onde o enfermeiro realiza orientações quanto ao cuidado com a saúde da criança, investiga situações de risco, avalia a caderneta de vacinação, o crescimento e desenvolvimento, a alimentação e o uso adequado dos antirretrovirais.

No mesmo cenário foi possível vivenciar algumas situações com crianças soropositivas para o HIV entrando na fase da adolescência. Alguns problemas foram identificados nessa experiência, tais como a falta de protocolos no uso de medicamentos, dificuldades em manter uma vida social saudável, medo da revelação do diagnóstico, medo por parte da família de infectar outras pessoas.

Durante o período em que estagiava na enfermaria, tive a oportunidade de cuidar destes pacientes, os quais apresentavam doenças oportunistas, tais como: tuberculose, pneumonia, meningite, toxoplasmose, hepatites, varicelas, herpes zoster, dentre outras. Este grupo já apresentava as necessidades de autocuidado dos portadores de HIV/AIDS denominados desvios de saúde (GEORGE, 2000) devido à baixa imunidade caracterizada pela imunodeficiência e alguns desses fatores estão relacionados a tais desvios, como: aquisição de infecções oportunistas; dificuldades tanto na manutenção da ingestão suficiente de alimentos como no equilíbrio do sono e das eliminações vesíco-intestinais; náusea e/ou alteração do paladar em decorrência dos efeitos colaterais dos medicamentos. Acrescenta-se que os indivíduos também apresentam perda de peso, fadiga, diminuição de massa muscular. Além

de problemas físicos, também estão presentes as alterações psicológicas como as alterações da autoimagem e baixa autoestima. Há mudanças no estilo de vida relacionadas ao autopreconceito, retornos frequentes aos serviços de saúde e efeitos indesejados da terapêutica (CAETANO; PAGLIUCA, 2006).

Diante dessas constatações entende-se que seja importante uma estratégia para o desenvolvimento do autocuidado nesta clientela. Para dar subsídio a este estudo, utilizou-se a concepção de Santos (2001) que descreve os papéis de autocuidado, como sendo eles: manutenção da saúde, prevenção de complicações, autodiagnóstico e autotratamento e participação ativa, com uma forma de atualização e adequação da ação de enfermagem adaptada ao autocuidado dos adolescentes infectados pelo HIV, apresentadas no capítulo de fundamentação teórica.

O advento da terapia antirretroviral aliado a uma assistência multiprofissional possibilitou que as crianças infectadas aumentassem sua expectativa de vidas, antes tratada como uma doença fatal. Nessa perspectiva, a AIDS atualmente considerada como doença crônica faz com que o paciente dependa de um cuidado pessoal para melhorar a qualidade de vida e ao mesmo tempo prolongar sua sobrevivência (BARROSO et al., 2010).

A doença é considerada crônica quando os sintomas e incapacidades a ela associadas exigem o tratamento de longo prazo (três meses ou mais), o que requer que o paciente se adapte a esta nova condição. A criança e o adolescente, quando diante de uma condição crônica, veem seu cotidiano modificado, muitas vezes com limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença e podem ser frequentemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamentos à medida que a doença progride (SMELTZER; BARE, 2009).

Modificações na vida da criança/adolescentes e família são impostas pela doença crônica exigindo readaptações frente a novas situações e estratégias para o seu enfrentamento. Quando a família aceita a condição crônica da criança, esta última será capaz de lidar melhor com os estressores impostos pela doença ou incapacidade. Crianças com atitudes mais positivas e de aceitação possuem um modelo de enfrentamento mais adaptativo caracterizado pelo otimismo, competência e aceitação. Em geral, apresentam poucos problemas de comportamento em casa e na escola. Quando a adaptação é realizada gradativamente, a aceitação da sua limitação física é facilitada, ao mesmo tempo em que são promovidas diversas compensações motoras e intelectuais (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Algumas doenças, especialmente as crônicas, desencadeiam alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptações. Crianças e adolescentes vivenciam sentimentos e situações complexas no cotidiano da doença crônica, é importante que os profissionais de saúde conheçam essas demandas e as incorporem aos planos de cuidados, visando uma intervenção efetiva para a promoção do crescimento e desenvolvimento (VIEIRA; LIMA, 2002).

Nesse contexto, deve-se incentivar o autocuidado em adolescentes visto que a adolescência é uma etapa de transição na qual o indivíduo sai da infância, fase totalmente dependente de um responsável pelos cuidados, para a vida adulta e independente. No entanto, o indivíduo inicia o processo de se autocuidar e em se tratando de uma doença crônica e infecciosa este autocuidado precisa ser instruído e avaliado por enfermeiros capacitados e experientes (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Diante da problemática apresentada, minha inquietação aumentou a respeito da eficácia do cuidado realizado por esses jovens em casa.

1.2 OBJETO DO ESTUDO

A avaliação de enfermagem sobre o autocuidado de adolescentes infectados pelo HIV.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Segundo a avaliação de Enfermagem, o autocuidado sadio é realizado pelos adolescentes infectados pelo HIV para a manutenção da saúde, evitar infecções oportunistas e complicações, para o autodiagnóstico e autotratamento, a participação ativa nos serviços de saúde?

1.4 OBJETIVOS

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV em atendimento nos referidos hospitais para o estudo;
- b) Avaliar o autocuidado realizado pelos adolescentes infectados pelo HIV.
- c) Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado de adolescentes infectados pelo HIV segundo o cálculo da consistência do seu questionário.

1.5 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Dados epidemiológicos apresentados pelo DATASUS (Departamento de informática do sistema único de saúde 2010) descrevem que, no período de janeiro de 2009 a junho de 2010, foram diagnosticados 1027 casos de infecção pelo HIV em indivíduos com idade entre 10 a 19 anos no Brasil, dos quais 111 casos no Estado do Rio de Janeiro.

Estatísticas apresentadas pelo Ministério da Saúde indicam uma queda na incidência de casos de AIDS em menores de cinco anos no período de 1998 a 2008 em torno de 36,6%. Porém, apresenta-se elevada incidência uma vez que: 3,8 eram crianças menores de cinco anos a cada 100.000 habitantes infectadas pelo HIV no ano de 2008 (BRASIL, 2009a).

Na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos de idade, existe uma incidência de 2,2/100.000 habitantes em jovens do sexo masculino e 2,8/100.000 no sexo feminino no ano de 2008. Vale ressaltar que esta incidência aumentou significativamente no sexo feminino em 13 anos de 1,7 para 2,8 a cada 100.000 habitantes nesta faixa etária. A partir desses dados, verifica-se que esta população pode pertencer a dois grupos distintos de modo de transmissão: o grupo de transmissão vertical por estar compreendido na fase da adolescência e ter saído a pouco da infância e o grupo da transmissão horizontal por fazer parte de uma fase na qual está ocorrendo a iniciação sexual (BRASIL, 2009a).

Esses números indicam ainda um grande número de indivíduos jovens infectados mesmo diante de políticas públicas voltadas para a distribuição de medicamentos, para o tratamento, na ênfase da informação e distribuição de preservativos para a prevenção da infecção e com a ampliação das consultas de pré-natal. Nesse sentido, os profissionais da saúde deve se preocupar com o cuidado desses doentes no sentido de prevenção e tratamento com vistas a uma melhor qualidade de vida.

Pacientes com doenças crônicas necessitam de mudanças nos hábitos de vida para manter sua saúde. Para isso, o Enfermeiro tem o papel de elaborar planos de cuidados para que atividades de autocuidado sejam realizadas e que complicações sejam evitadas a fim de obter uma qualidade de vida, mesmo diante das dificuldades impostas pela presença do vírus. Por fim, este estudo justifica-se por ainda existir no Brasil um elevado número de indivíduos infectados pelo HIV e, conseqüentemente, muitas crianças ainda nascerem infectadas. A infecção pelo HIV se caracteriza como uma doença crônica a qual demanda cuidados especiais.

Para conhecer o que a comunidade científica tem publicado acerca da temática, foi

realizada uma busca por produções científicas nacionais e internacionais com o objetivo de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV descritos por enfermeiros. O período de realização desta pesquisa foi de julho a agosto de 2011. As bibliotecas utilizadas para a busca de artigos, teses e dissertações foram a BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) com as bases de dados LILACS e BDENF, PUBMED com a base de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e na BDTD (Biblioteca digital de teses e dissertações).

Os critérios de inclusão foram: textos publicados em português, inglês e espanhol com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas e em textos completos. Não houve um corte temporal determinado devido a pouca produção sobre o assunto. Os descritores utilizados na busca foram: [adolescentes/adolescent], [autocuidado/selfcare], [HIV/HIV, SIDA/AIDS].

A pesquisa foi realizada *online* e com a utilização dos critérios de inclusão foi selecionada uma amostra com o total de três artigos no MEDLINE e uma dissertação de mestrado na BDTD. Os autores das publicações pertenciam a categorias de médicos, dentistas e psicólogos, dois artigos foram realizados nos Estados Unidos enquanto que o outro foi produzido em São Paulo e a dissertação de mestrado em Brasília. Trata-se de publicações recentes de 2008 e 2011, todos com abordagem quantitativa.

Após a leitura dos estudos, foram identificados diferentes assuntos que influenciam no autocuidado: saúde oral; uso de um programa de computador que orienta a redução do risco de transmissão; influência dos familiares em jovens infectados pelo HIV; revelação do diagnóstico; adesão ao tratamento e estresse.

Para avaliar a qualidade da saúde oral de crianças infectadas pelo HIV foi utilizada uma abordagem quantitativa, por meio de um questionário de avaliação de qualidade que inclui sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. Foi aplicado em 88 crianças e responsáveis de uma instituição de São Paulo. Foram identificados 23,9% das crianças com sintomas orais. Os resultados demonstraram que houve uma associação entre escovar os dentes e carga viral acima de 10.000 cópias/mm³ indicando uma qualidade de saúde oral ruim. Crianças em estágios avançados da AIDS queixaram-se de sintomas orais, limitações funcionais, emocionais e sociais (MASSARENTE et al., 2011).

Num estudo-piloto realizado nos Estados Unidos da América (EUA), utilizou-se um programa de computador educativo que proporciona atividades como animação, interação entre pares e vídeo especializados, cujo aplicativo é projetado para o acesso individual via

web, no contexto da visita clínica de rotina. O objetivo do estudo foi avaliar a “usabilidade” de adolescentes infectados pelo HIV em relação à facilidade de uso, “compreensibilidade” credibilidade, aceitação, motivação e resultados psicossociais de curto prazo (importância e auto-eficácia relacionada à abstinência e ao uso do preservativo).

O referido estudo teve abordagem quantitativa e obteve os seguintes resultados: 43,8% dos adolescentes foram infectados comportamentalmente, 56,2% no período perinatal. Em relação às avaliações de usabilidade estes apresentaram-se elevados já que 84,4% classificaram a aplicação como de uso acessível, 93,8% consideraram o conteúdo confiável, 87,5% concordaram que a maioria das palavras era compreensível, 87,5% utilizariam o aplicativo novamente. Em curto prazo, resultados psicossociais indicam um aumento significativo no uso de preservativo e tendências positivas em relação à importância e autoeficácia para a espera antes de fazer sexo. Quanto à viabilidade, os participantes acessaram o "CLICK +" durante períodos de espera (tempo médio, 15 minutos) na sua visita clínica de rotina (MARKHAM et al., 2009).

Em outra publicação, foi avaliada a influência de competências dos parentes de adolescentes infectados verticalmente. A partir de um estudo quantitativo, foi aplicado um questionário com 118 famílias com mães infectadas e adolescentes infectados verticalmente em Los Angeles (EUA). Entre as famílias que possuíam rotinas mais frequentes, ao longo do tempo, os adolescentes apresentaram menores taxas de ansiedade, agressão, medo, depressão, transtorno de conduta, consumo excessivo de álcool, e aumento do autoconceito. Entre as famílias com maiores níveis de controle parental, os adolescentes apresentaram quedas significativas na ansiedade e depressão, transtorno de conduta e consumo excessivo de álcool, juntamente com o aumento de autoconceito (MURPHY et al., 2009).

No estudo de Guerra (2008), cujos objetivos foram avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral, investigar o processo de revelação do diagnóstico e o estresse além de avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS em adolescentes infectados pelo HIV verticalmente, foram entrevistados nove adolescentes e seus respectivos cuidadores primários. Como as principais dificuldades na adesão, identificou-se atrasos na ingestão dos medicamentos. Quanto à revelação do diagnóstico, foi considerado vantajoso para o desempenho do autocuidado, um terço dos entrevistados demonstrou déficit no conhecimento sobre HIV/AIDS e nenhum jovem apresentou estresse (GUERRA, 2008).

Apesar das evidências encontradas, poucos são os estudos sobre autocuidado de adolescentes soropositivos para o HIV realizados e publicados, os estudos abordam apenas

um ou mais seguimentos do autocuidado. Neste sentido, é relevante estudos que abordem vários aspectos do autocuidado que sejam necessários para se obter uma melhor qualidade de vida.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa contribui para os três pilares fundamentais de Enfermagem: Assistência, Pesquisa, Ensino. Este estudo traz uma importante ferramenta para a assistência auxiliando os enfermeiros na avaliação do autocuidado de clientes portadores do HIV, a partir de um instrumento elaborado a fim de ser incorporado na consulta de enfermagem. Para isso, o instrumento quando aplicado traz informações sobre o nível de instrução do adolescente, com a finalidade de determinar planos de cuidados para os adolescentes infectados pelo HIV, entrando na fase de independência e a desvelar as necessidades desta clientela. Contribui para uma melhor orientação por parte dos profissionais e direcionamento no quesito prevenção, pois através da avaliação será possível detectar falhas no autocuidado que mereçam ser corrigidas. A questão do autocuidado envolve processo de conscientização sobre a importância de se cuidar na perspectiva de melhoria de qualidade de vida e redução das complicações pela infecção.

Na **pesquisa**, contribui para o fornecimento de informações sobre o autocuidado que adolescentes infectados pelo HIV realizam e sobre as deficiências deste autocuidado. Assim, poderão ser criadas estratégias que favoreçam melhoria na qualidade de vida e reduzam as reinternações desta clientela. Ademais, trata-se de uma contribuição para o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Hospitalar como um produto da construção do conhecimento a partir da investigação sobre a saúde do adolescente infectado pelo HIV.

No **ensino**, a importância reside na aproximação dos acadêmicos de enfermagem à assistência, no desenvolvimento de planos de cuidados de acordo com as necessidades específicas de um adolescente infectado pelo HIV com base em um instrumento. O acadêmico terá a oportunidade de integrar a teoria recebida em aula com a prática frente ao paciente. Acrescente-se também a capacitação desses alunos quanto à avaliação do cuidado do paciente com HIV/AIDS durante as consultas de enfermagem. O produto deste estudo será acrescido ao conhecimento da prática de enfermagem hospitalar e fará parte do acervo de pesquisas do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS DA TRANSIÇÃO ENTRE A INFÂNCIA E A FASE ADULTA

A adolescência é considerada como uma fase de transição entre a infância e o início da vida adulta. Ao crescer dentro da maturidade, o organismo do indivíduo passa por rápida maturação física, cognitiva, social e emocional. Para este estágio de crescimento e desenvolvimento, utiliza-se o termo puberdade que é o estágio inicial das estruturas reprodutoras e dos caracteres sexuais secundários. Este processo se divide em três fases: pré-pubescência, ocorrendo cerca de dois anos imediatamente antes da puberdade. A criança começa a apresentar alterações físicas preliminares que anunciam a maturidade sexual (puberdade). As meninas apresentam o primeiro fluxo menstrual, pós-pubescência, que acontece em um a dois anos após a puberdade, completando o crescimento esquelético e as funções reprodutivas se estabelecem razoavelmente (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Várias são as definições de faixa etária que compreendem a adolescência, para Atkinson e Murray (2008), as meninas tendem a entrar na puberdade entre 10 e 11 anos e os meninos entre 11 e 12 anos. Dividem o período da adolescência em três fases de desenvolvimento de acordo com a maturação física, social e psicológica:

Adolescência inicial é a primeira fase e compreende a idade de 12 a 13 anos. Iniciam-se o desenvolvimento dos órgãos sexuais, crescimento estatural, os pelos pubianos crescem e ocorre a menarca. Trata-se de um período instável emocionalmente devido à flutuação hormonal, mudança na própria imagem e a perda da segurança. O rápido crescimento pode levar o adolescente à perda da coordenação, tornando-o inseguro de suas habilidades físicas. Manter-se de acordo com os padrões do grupo de amigos passa a ser extremamente importante. Um sistema próprio de valores é criado gerando, na maioria das vezes, conflitos com os familiares. Outra característica é ter amigos íntimos do mesmo sexo.

Adolescência média é a segunda fase da divisão e aborda o desenvolvimento dos 14 aos 16 anos. O crescimento do organismo continua, em especial, nos pelos e órgãos sexuais. Os adolescentes começam a ter relações com o sexo oposto. Na medida em que os adolescentes desenvolvem seus valores próprios, os conflitos com a família também continuam. Experiências relativas à aparência pessoal podem ser apoiadas pelo grupo de amizade e desestimuladas pelos familiares. Dificuldades para aceitar o desenvolvimento

sexual dos filhos podem existir.

Adolescência tardia ocorre dos 17 aos 20 anos. Considerado o período mais calmo e estável para a maioria dos adolescentes. O crescimento corporal já diminuiu ou parou, e as características sexuais secundárias estão bem estabelecidas e não há maiores mudanças físicas para ocorrer. Resta ainda uma adaptação ao novo corpo, porém com mais segurança da aparência e emoções. Passa-se a compreender melhor o ponto de vista dos pais melhorando o relacionamento entre ambos. O planejamento do futuro e a independência financeira é a preocupação da maioria desses indivíduos.

Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) descrevem a adolescência como três fases subdistintas: início da adolescência compreendendo 11 a 14 anos; adolescência média de 15 a 17 anos; e final da adolescência de 18 a 20 anos. Determina-se uma faixa etária de 13 a 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera a idade entre 12 a 18 anos de idade para definição de adolescência (BRASIL, 2005). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa de saúde do adolescente (PROSAD), a adolescência está compreendida entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1996, 2008a; OMS 1975). A faixa etária da adolescência não está bem definida, visto que cada autor determina um grupo de idade diferente.

No decorrer da adolescência, ocorrem mudanças em vários aspectos do indivíduo como alterações no desenvolvimento biológico, psicossocial, cognitivo, moral, espiritual, social, da autoimagem e imagem corporal, nutricional e outros (ATKINSON; MURRAY, 2008; HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006;).

Para avaliar a maturidade sexual na adolescência utiliza-se o guia para estimativa de maturidade sexual no qual são definidos os estágios de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e de desenvolvimento genital. Segue o resumo da sequência habitual de alterações para a maturação (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006):

Em meninas ocorrem mudanças nas mamas; aumento rápido de altura e peso; crescimento dos pelos pubianos; aparecimento de pelos axilares; menstruação (geralmente começa dois anos depois dos primeiros sinais); desaceleração abrupta do crescimento linear.

Nos meninos há o aumento dos testículos; crescimento de pelos pubianos, axilares, no lábio superior, na face e em outros locais do corpo (pelos faciais geralmente aparecem cerca de dois anos depois do aparecimento dos pelos pubianos); rápido aumento de estatura, mudanças da laringe e, conseqüentemente, da voz (geralmente ocorrem juntamente com o crescimento do pênis); poluições noturnas; desaceleração abrupta do crescimento linear.

2.2 HIV/AIDS NA ADOLESCÊNCIA

Em 1983, surgiu o primeiro caso de AIDS em uma mulher e em 1985 o primeiro caso de transmissão vertical em um bebê no Brasil, antes disso a infecção prevalecia em homens usuários de drogas e homossexuais (BRASIL, 2012).

Os adolescentes infectados pelo HIV fazem parte de um grupo heterogêneo quanto à forma e a idade de transmissão com consequências clínicas, imunológicas, psicossociais e culturais e no histórico de tratamento. Sendo assim, dois grupos dividem esses pacientes: os infectados de forma vertical e horizontal (BRASIL, 2009b).

No grupo dos adolescentes infectados pela transmissão vertical, o diagnóstico pode ser realizado na infância ou adolescência. Estes apresentam variações no comprometimento imunológico e na exposição aos antirretrovirais. Como a maioria se encontra nos estágios iniciais da puberdade, pode ocorrer retardo puberal e alterações de desenvolvimento neuro-cognitivo, o que acarreta importantes repercussões no desenvolvimento somático e emocional. Os que foram diagnosticados durante a infância se caracterizam por apresentar vínculos sólidos com o serviço de saúde e cuidadores, uma vez que, geralmente, estão em tratamento há muitos anos. Esta clientela passa por algumas dificuldades oriundas da patologia e do estigma como a revelação do diagnóstico, revelação do diagnóstico, orfandade, desestruturação familiar e início da atividade sexual. Por ser um grupo que teve o diagnóstico revelado no início da vida, a exposição a múltiplos regimes terapêuticos é maior e apresenta vários efeitos adversos tendo suas opções terapêuticas reduzidas levando ao acesso a novas drogas (BRASIL, 2009b).

O adolescente geralmente possui uma ideia de invulnerabilidade, dificultando no entendimento e aceitação do diagnóstico prejudicando o tratamento quanto ao esquema terapêutico, frequência às consultas e realização de exames laboratoriais. A adesão ao tratamento fica fragilizada devido à atitude contestadora e transgressora e a busca de independência desse grupo (BRASIL, 2009b).

Os adolescentes inseridos no grupo da transmissão horizontal possuem mais idade e encontram-se nos estágios finais da puberdade e foram recentemente infectados. Sendo assim, a exposição aos ARVs é bem menor que no outro grupo e o vínculo com os serviços de saúde são mais frágeis. Porém, neste grupo, existem alguns adolescentes os quais não possuem a origem da infecção definida, sinalizando dificuldade especial na abordagem e acompanhamento desses jovens e de seus familiares (BRASIL, 2009b).

O adolescente com AIDS se sente “diferente” e a autoestima pode estar fragilizada pela doença, pela imagem corporal ou pelos efeitos da medicação usada, o que pode prejudicar a identificação com o grupo de pares e a vida social desses jovens (BRASIL, 2009b).

É fundamental que as crianças e os adolescentes estejam envolvidos em seu próprio tratamento para que haja uma efetiva adesão. Além disso, o acompanhamento por uma equipe de saúde multidisciplinar pode ser uma oportunidade única de obter informações importantes para a saúde desses jovens e para desenvolver ou resgatar valores pessoais. O adolescente deve ser inserido ativamente no seu tratamento e sua capacidade de autocuidado deve ser valorizada e estimulada. A compreensão e o acolhimento, nesse momento, é extremamente importante para uma atenção mais ampla à sua saúde (BRASIL, 2009b).

No entanto, a infecção pelo HIV tomou grandes proporções e tornou-se uma epidemia de grande valor preocupando as autoridades de todas as partes do mundo. Os dados estatísticos refletem um problema de saúde pública que necessita de diversas estratégias para combater a propagação e as complicações geradas pelo vírus. Ao verificar alguns dados consolidados até junho de 2011 no portal do DATASUS, foi possível constatar que nos últimos 10 anos (2002-2011) o Brasil teve 6.324 casos de AIDS notificados. Do total desses casos, 42% pertencem à região Sudeste, sendo 793 casos no Estado do Rio de Janeiro (DATASUS, 2012).

Dos jovens que foram notificados entre 13 e 19 anos, a via de transmissão predominante é a via sexual entre heterossexuais justificando-se pelos valores de 2.959 casos em todo país e 292 casos no Rio de Janeiro. Segue-se em ordem de importância a transmissão sexual entre homossexuais e por último a transmissão vertical. A transmissão vertical nessa faixa etária não é tão frequente quanto nas crianças, visto que a maioria dos jovens possui atividade sexual. Além disso, o diagnóstico de HIV/AIDS geralmente é realizado na infância quando transmitido verticalmente. Tal fato pode ser comprovado com a frequência decrescente da transmissão vertical nos jovens entre 12 e 19 anos (DATASUS, 2012).

A síndrome da imunodeficiência adquirida é causada por um retrovírus identificado como o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Seu período de incubação varia de três a seis semanas, e a partir de oito a 12 semanas após a infecção inicia-se a produção de anticorpos (BRASIL, 2012).

Passos (2004) descreveu o HIV pertencente à família *Lentiviridae* sendo constituído de RNA com capsídeo protéico e envoltório lipoprotéico. Seu RNA possui enzimas como a

transcriptase reversa, a integrase, a protease e outras que participam da replicação viral. A superfície viral contém duas glicoproteínas: Gp120 e Gp41, elas atuam na ligação do vírus com a célula hospedeira que podem ser os linfócitos T helper, macrófagos e células dendríticas.

Smeltzer e Bare (2009) asseguram que o vírus com suas proteínas GP120 e GP41 se ligam à superfície da membrana da célula CD4+ e então o conteúdo viral entra na célula (desnudamento), e através de uma enzima, a transcriptase reversa utiliza o RNA viral para produzir um DNA de filamento duplo. Esse DNA é integrado ao DNA celular através da enzima integrase. Desde então, passa a produzir proteínas virais e RNA viral. Assim, a protease viral cliva as proteínas virais e as une ao RNA viral formando novos vírus.

Assim, ao infectar o organismo, o vírus inicia seu ciclo replicativo, podendo os portadores permanecer em fase assintomática com relação às manifestações clínicas. Ele entra nas células do sistema imune e se integra ao código genético gerando cópias de si mesmo. Essas atividades dentro dos linfócitos fazem com que estes percam o seu funcionamento até serem destruídos, o que leva à diminuição de sua habilidade de combater doenças, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções chamadas de doenças oportunistas. A partir do momento em que a pessoa desenvolve doenças oportunistas ou adquire outras infecções associadas com a queda da contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 200 pode-se afirmar que se trata de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (BRASIL, 2012).

A transmissão do HIV-1 ocorre através dos líquidos corporais que contenham o vírus como: o sangue, o líquido seminal, as secreções vaginais, o líquido amniótico e o leite materno. A transmissão do HIV no grupo pediátrico ocorre através de: exposição intraútero, antes e durante o parto, aleitamento materno, transfusões sanguíneas ou ainda, abuso sexual na infância. Quanto maior a carga viral da mãe infectada, maiores são as chances de transmissão. Porém, a terapia antirretroviral tem ajudado a prevenir e controlar a infecção vertical (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006; SMELTZER; BARE, 2009).

O diagnóstico é realizado através de testes feitos a partir da coleta de amostras de sangue. Podem ser realizados em unidades básicas de saúde, em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em laboratórios particulares. Os exames laboratoriais realizados são os testes Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay (ELISA), de imunofluorescência indireta para o HIV-1, Western-Blot e os testes rápidos anti-HIV. Em pacientes com menos de 18 meses utiliza-se a contagem de carga viral para confirmar a infecção, trata-se de um exame de alto custo e alta complexidade. O teste ELISA não é confiável antes dos 18 meses, pois nesse

período a criança ainda possui anticorpos anti-HIV circulantes da mãe. Aos pacientes com idade superior a 18 meses o teste de escolha é a detecção de anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2012, 2009b).

Passos (2004) refere que o diagnóstico laboratorial é feito pelo Elisa que é uma pesquisa de anticorpos (sorologia). Sua positividade geralmente ocorre entre duas a 12 semanas da contaminação. O ELISA tem alta sensibilidade, mas pouca especificidade, isso possibilita resultados falso-positivos. Para esses resultados existe um exame com alta especificidade (Western-Blot) que confirmará o resultado. Existe um período chamado janela imunológica onde o paciente transmite o vírus, porém sua sorologia é negativa.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), as crianças nascidas de mães infectadas até que seu diagnóstico seja definido deverão ser atendidas em unidades especializadas e continuarão os tratamentos nessas unidades, crianças não infectadas, por sua vez, poderão ser encaminhadas para acompanhamento em unidades básicas. É recomendado às crianças infectadas acompanhamento periódico, não somente em virtude do HIV, mas também pelo uso das drogas antirretrovirais.

A AIDS pediátrica tem uma evolução diferenciada, tendo crianças na qual a doença evolui rapidamente e outras que evoluem bem devagar. São vários os fatores que contribuem para esses padrões de progressão da doença em crianças e estes podem ser a época em que a infecção foi adquirida, a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral, a resposta imune e a constituição genética do indivíduo (BRASIL, 2006a).

Segundo o Guia de tratamento clínico,

A classificação da infecção pelo HIV utiliza sistema alfanumérico, baseando-se em parâmetros clínicos e imunológicos, respectivamente, propostos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 1994, (...). Esta classificação foi adaptada à realidade brasileira, incluindo a Tuberculose pulmonar como um critério para a categoria clínica B, devido às suas características epidemiológicas (BRASIL, 2006a, p. 53).

Crianças menores de 13 anos infectadas pelo vírus HIV são classificadas pelo CDC em categorias que ajudam a definir o estágio da doença e o tipo de tratamento. Na categoria clínica, são avaliadas as manifestações clínicas variando a classificação de acordo com a gravidade das infecções. Já na categoria imunológica, a avaliação é direcionada para qualquer alteração do estado imunológico do organismo, verificando as contagens de linfócitos T CD4+ e CD8+ (BRASIL, 2006a). Existe um sistema de classificação alfanumérico para cada caso de diagnóstico de infecção do HIV. Estes são divididos em: Categoria Clínica e

Categoria Imunológica.

Para definir a Síndrome da Imunodeficiência Humana em adolescentes e adultos, utilizam-se as infecções oportunistas e neoplasias. Entre as infecções oportunistas destacam-se pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigamente *P. carinii*), toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovirus. As neoplasias mais comuns são: sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin e o câncer de colo uterino em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de linfócitos T -CD4+ está na maioria das vezes abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2008b).

A prescrição das doses dos antirretrovirais é feita baseada no estadiamento de Tanner. Devem-se tratar os adolescentes nas fases iniciais da puberdade (Tanner I e II), segundo as recomendações pediátricas, enquanto para aqueles em fases adiantadas (Tanner V) deve-se seguir as recomendações para adultos. Nas fases intermediárias (Tanner III e IV) o tratamento deve ser individualizado a critério médico baseando o ajuste à massa corpórea, desde que a dose não ultrapasse a preconizada para adultos (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2006c). Estes pacientes requerem acompanhamento clínico em intervalos menores e com ajustes frequentes das doses por apresentarem mudanças na composição corporal e rápido metabolismo (BRASIL, 2006c).

Em adolescentes virgens de tratamento, utilizam-se os mesmos critérios para indicação de início de terapia antirretroviral em adultos: 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 (BRASIL, 2006c).

Os antirretrovirais preconizados pelo Ministério da Saúde são aprovados pelo FDA (food and drugs administration) e estão divididos em classes de acordo com suas funções:

- a) inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos/ nucleotídeos (ITRN/ITRNt) compreende o abacavir (ABC), didanosina (ddI), estavudina (d4T), lamivudina (3TC), zidovudina (AZT) e Tenofovir (TDF);
- b) inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN): nevirapina (NVP), efavirenz (EFV);
- c) inibidores de protease: atazanavir (ATV), darunavir (DRV), fosamprenavir (FPV), indinavir (IDV), lopinavir/r (LPV/r), nelfinavir, ritonavir (RTV), saquinavir (SQV), tipranavir (TPV);
- d) inibidores de fusão: enfurvitida (T-20);

e) inibidores de integrase: raltegravir (RAL).

No entanto, esses medicamentos causam diversos efeitos adversos que afetam diretamente a adesão ao tratamento. Entre os mais efeitos mais comuns estão: neuropatia periférica, pancreatite, erupção cutânea, neutropenia, intolerância gastrointestinal, náusea, vômito, diarreia entre outros (BRASIL, 2009b).

2.3 AUTOCUIDADO

Utilizou-se o conceito de Santos (2001) para quem o autocuidado é mais do que construção biológica, este é, na verdade, uma construção social por receber mais interferências dos fatores ligados à convivência do indivíduo, e no caso deste estudo, o adolescente infectado pelo HIV, com o meio ambiente social. Esses indivíduos tanto modificam quanto podem ser transformados em benefícios ao desempenho dos papéis de autocuidado.

Santos (2001) utilizou alguns conceitos de autocuidado construídos por alguns autores com a finalidade de reconstruir e conceituar o autocuidado sadio. A autora se baseou também na concepção Gramsciana do núcleo de bom senso ou núcleo sadio do senso comum.

2.3.1 Pirâmide do autocuidado

Em 1994, foi construída uma iniciativa intitulada Self-Care Project (projeto de autocuidado) pela Health Canada (saúde do Canadá). A tarefa principal deste projeto foi explorar como enfermeiros e médicos estimulam e apoiam o autocuidado. Segundo esse projeto, o autocuidado é definido como “decisões e ações tomadas por alguém que está enfrentando um problema de saúde, a fim de lidar com isso e melhorar a sua saúde” (CANADA, 1997, p. 1).

Uma revisão da literatura sobre autocuidado e suporte de autocuidado foi feita pelos enfermeiros e médicos do projeto realizado no Canadá. A presente pesquisa baseou-se nesses conceitos revisados no Canadá para avaliar o autocuidado de adolescentes brasileiros infectados pelo HIV.

De acordo com o modelo de promoção da saúde centrada na pessoa, existem cinco recursos básicos disponíveis para um indivíduo que está enfrentando um problema de saúde e

que quer manter ou melhorar a sua saúde. Trata-se de si mesmo, os outros, profissionais, informações e o meio ambiente. O autocuidado, a ação associada com o uso de si mesmo como um recurso, significa cuidar da própria saúde e atuando de forma autônoma significa tomar decisões para si mesmo e por si mesmo, ainda que muitas vezes envolva outros consultoria, tanto leigos e profissionais.

Seguindo o modelo citado, uma maneira de olhar para as principais fontes de origem de cuidados de saúde são propostas com a pirâmide de cuidados de saúde. O autocuidado está localizado no topo, representando a sua preeminência como geralmente o primeiro recurso que se pode acessar quando do enfrentamento de um problema de saúde. A Família é a âncora de um canto da base, e cuidado profissional e institucional, o outro. A importância do ambiente (físico, social e econômica) para todas as formas de cuidados de saúde é indicado pelo círculo que engloba a pirâmide. A pirâmide de cuidados de saúde também simboliza o importante papel de apoio que a família, amigos, voluntários, profissionais e instituições podem oferecer aos praticantes do autocuidado.

Para facilitar a compreensão dessa dinâmica do autocuidado, adaptamos o modelo denominado “Pirâmide do Autocuidado” desenvolvida pelo *Self-Care Project* do Canadá (1997) para os adolescentes infectados pelo HIV. O esquema proposto evidencia a necessidade do autocuidado frente a um agravo de saúde, neste estudo, a infecção pelo HIV.

Nesta representação tornou-se mais fácil visualizar a meta alcançada, trabalhar em uma perspectiva de promoção e desempenho para o autocuidado, possibilitando atingir a independência e a autonomia do adolescente portador do HIV e sua participação ativa ao longo do processo. Da mesma forma, ilustra a superposição de estágios que ajudam a fortalecer os conceitos, as habilidades, as competências dos adolescentes para o desempenho dos papéis de autocuidado.

Vale ressaltar que os adolescentes infectados pelo HIV é a origem da construção desta pirâmide aliada à sua inserção no ambiente, sendo preciso considerar todas as variáveis que interferem direta ou indiretamente para o desempenho satisfatório dos papéis de autocuidado.

O autocuidado dispõe de recursos básicos como o adolescente, os familiares/cuidadores, os grupos, o enfermeiro e a equipe multiprofissional para interagirem como atores ativos e se confrontarem para dar equilíbrio. Além disso, precisa de uma base sólida para a pirâmide, visando à construção de uma filosofia de hábitos saudáveis de vida, impactando diretamente na qualidade de vida do adolescente portador do HIV.

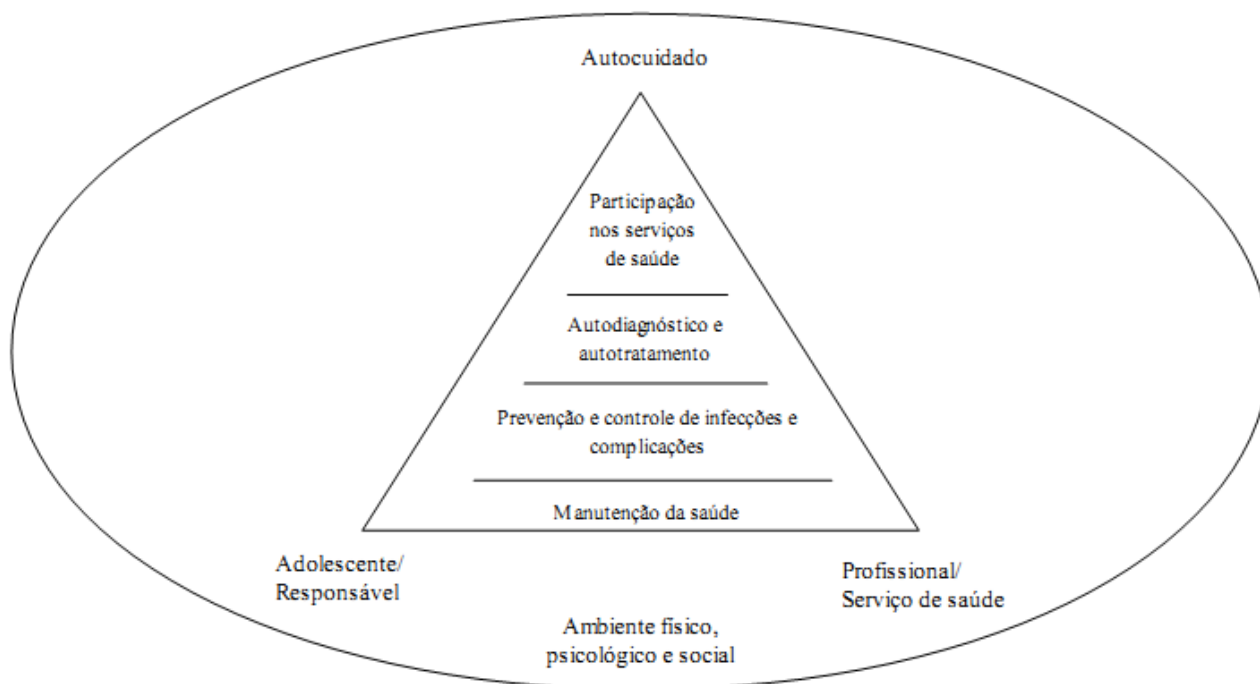


Figura 1 - Interrelação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado

Fonte: Adaptado de Canada, 1997.

A partir da base, um nível acima, encontra-se o espaço da prevenção propriamente dito. Trata-se de um patamar valioso no que se refere à prevenção de infecções oportunistas e complicações da doença.

Acima da prevenção e controle de infecções oportunistas e complicações, temos um nível destinado a aplicar tudo o que foi trabalhado com o adolescente, teoricamente instrumentalizado para realizar o autocuidado. São considerados também, os papéis de autodiagnóstico e autotratamento que lhe proporcionarão autonomia para conviver com a infecção pelo HIV.

Por fim, no ápice da pirâmide está representada a participação dos serviços de saúde, a qual, embora presente em todos os níveis, destaca-se para dar ênfase à base do autocuidado para o adolescente portador do HIV como forma de sobrevivência e manutenção da vida. Neste cume, estão representados os recursos básicos para a promoção do autocuidado, como produto final e que, de certa forma, retroalimenta o sistema com a participação dos serviços de saúde, tornando-se assim, parceiros do adolescente portador do HIV nesta construção de independência e autonomia com vistas à qualidade de vida, à promoção e manutenção da saúde.

2.3.2 Papéis de autocuidado

Fry (1975) descreve quatro principais papéis de autocuidado. Esses papéis foram readaptados, no estudo, para adolescentes infectados pelo HIV que devem desempenhá-los visando construir uma boa qualidade de vida. O termo papel é utilizado para definir a posição em que o paciente, cuidador, familiar e grupo a que pertencem ocupam nas ações e itens de autocuidado (FRY, 1975 apud HILL; SMITH, 1990).

Abaixo são apresentados os papéis de autocuidado construídos por Fry (1975) e as suas readaptações para este estudo.

2.3.2.1 Manutenção da saúde

Trata-se do principal papel de autocuidado em destaque neste estudo e se refere a “qualquer comportamento ou atividade que resulta, quer no prolongamento da esperança de vida ou em um aumento da qualidade de vida, seja ou não originalmente concebido como um objetivo principal”. A manutenção da saúde não é dirigida a um problema específico de saúde ou doença, mas ao estilo de vida e a uma prática de cuidados de saúde geralmente benéficos e relacionados à adoção de medidas, pelo adolescente, e, que, além disso, favoreça a manutenção da qualidade de vida, a partir de práticas de cuidado saudáveis para qualquer pessoa, em especial para o adolescente portador de HIV. Este deve observá-las rigorosamente, em especial, às que se referem ao padrão de hidratação, alimentação, repouso, consumo de álcool e tabaco, atividades físicas e de lazer.

As ações de autocuidado em relação à manutenção da saúde descritos por FRY (1975) e às ações adaptadas aos adolescentes brasileiros infectados pelo HIV estão dispostas, a seguir, no Quadro 1.

Health Maintenance (FRY)	Manutenção da Saúde (adaptação)
Não consumo de álcool ou consumo moderado	Não consumo de álcool ou consumo moderado
Sono de 7 a 8 horas por noite	Manter bom padrão de repouso
Três refeições balanceadas por dia em horários regulares	Três refeições balanceadas por dia em horários regulares
Manter peso moderado	IMC adequado
Não fumar	Não fumar
Exercício físico entre 2-3 vezes por semana	Exercício físico por semana
Atividades de lazer	Atividades de lazer
Usar cinto de segurança	*
Manter relação com a família e amigos	*
Jogar regularmente	*
Ter atividade sexual regular	*
Atividade espiritual regular	-

Quadro 1 - Sinopse do Papel de Autocuidado Manutenção da Saúde segundo Fry X manutenção de saúde adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV

Essas ações de autocuidado fazem parte do principal papel de autocuidado e é considerado como alicerce para os demais papéis. Todos os adolescentes, independente de serem portadores do HIV, devem desempenhá-lo visando à manutenção de sua saúde e a obtenção de melhor qualidade de vida.

As ações listadas no Quadro 1 visam contemplar os aspectos biológicos, sociais e psicológicos que fazem parte da vida de cada pessoa e que, uma vez harmonizados, promovem não somente a ausência de doença, mas principalmente o bem estar físico e mental que expressam a qualidade de vida.

No quadro original, os itens “manter relação com família e amigos” e “jogar regularmente” foram incluídos no item “atividade de lazer” na adaptação. O item “atividade sexual regular” está inserido no papel de autocuidado a seguir.

2.3.2.2 Prevenção de doenças / Prevenção e controle de infecções e complicações

O papel prevenção de doença compreende "atividades específicas de comportamentos mínimos destinados a evitar a experiência ou a propagação da doença específica." Existem

três tipos de prevenção da doença. Para cada habilidade e prática existe um objetivo diferente: primária - evitar uma determinada doença. Secundária - reconhecer e tratar uma doença antes do surtimento de maiores danos. Terciário - prevenir danos maiores ou deficiência como resultado de uma doença. A prevenção da doença também assume a continuidade de todas as de manutenção da saúde.

A presente adaptação está relacionada ao desempenho de práticas específicas que promovem e mantêm o controle e a prevenção de infecções, minimizando ou impedindo complicações decorrentes da imunidade suprimida pelo HIV e a propagação do próprio vírus.

Infecções como a toxoplasmose, candidíase, hepatites, varicela zoster, herpes e tuberculose podem estar presentes no adolescente infectado pelo HIV. Conhecer as doenças existentes na família é importante para desenvolver hábitos de prevenção de doenças hereditárias. Além disso, manter a higiene pessoal traz ao adolescente bem-estar e previne que certos microorganismos se instalem e provoquem devastações num ambiente imunossuprimido.

Utilizar e conhecer a importância do preservativo torna o adolescente responsável por evitar doenças sexualmente transmissíveis e transmitir o vírus para outra pessoa. A adolescência é a fase onde se inicia as descobertas sexuais e em alguns casos a iniciação sexual.

Disease prevention (FRY)			Prevenção e controle de infecções e complicações (adaptação)
Prevenção primária	Prevenção secundária	Prevenção terciária	-
História familiar de diabetes	Autoexame das mamas	Cliente diálise: gerenciar dieta/fluídos	História familiar de diabetes e hipertensão
História familiar de hipertensão	Papanicolau	Cliente com pós-infarto do miocárdio: monitoração com holter	Manter higiene pessoal
História de alergia	Pesquisa para sangue oculto nas fezes	Cliente pós-mastectomizado: rastreamento regular de câncer	Uso de preservativo em todas as relações sexuais
História familiar de doença emocional	Exame de PPD (derivado de proteína purificada)	Cliente diabético: insulina e dieta regular	-
Imunização para doenças específicas	Rastreamento da pressão arterial	Cliente asmático: programa de manejo do estresse e contato limitado com alérgeno	-
Fluoretação dos dentes	Cliente epilético idiopático: biofeedback	-	-
-	Cliente hipertenso: limite de cafeína	-	-
-	Cliente cardíaco: baixo teor de gordura, baixo teor de sódio, baixo teor de açúcar na dieta	-	-

Quadro 2 - Papel de autocuidado de prevenção de doença de FRY X prevenção e controle de infecção e complicações adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV

2.3.2.3 Autodiagnóstico, automedicação e autotratamento/ autodiagnóstico e automedicação

Essas habilidades se sobrepõem à manutenção da saúde e às competências de prevenção de doenças. Competências em relação ao autocuidado físico predominam nesta área particular. As pessoas muitas vezes praticam, nesta área, de forma independente, e se sentem perfeitamente à vontade no diagnóstico de suas próprias tosse, resfriados e dores de garganta e selecionando as medicações para tratar a si mesmo.

É o desempenho dos conteúdos e manuseio das informações e orientações a respeito da doença a fim de que as habilidades treinadas possam ser colocadas em práticas, face às possíveis complicações, ou seja, ao próprio manejo da doença.

Apresenta como base e suporte a prática e o desempenho dos dois papéis anteriores, sendo possível identificarem as ações específicas de prevenção. Estas ações são eficazes na

prevenção e controle de infecções e manutenção da saúde.

A principal ação de autocuidado, nesse papel, seria o conhecimento sobre a infecção pelo HIV e às doenças de que se é portador, conhecer o tratamento para cada doença e ter boa adesão ao tratamento. Tomar os medicamentos nos horários e de forma correta é importante para manter o paciente longe da doença ou apenas ameniza-la. Para isso, orientar o adolescente quanto à necessidade e importância do medicamento é necessário para que não haja abandono do tratamento. A orientação também deve ser voltada para os efeitos colaterais que prejudicam a adesão e, conseqüentemente, o controle da doença.

Self-Diagnosis, Self-Treatment, Self-Medication	Autodiagnóstico e Automedicação
(FRY)	(adaptação)
<i>Autodiagnóstico</i>	<i>Autodiagnóstico</i>
Realizar autoexame vaginal	-
Realizar em casa teste de gravidez	Reconhecer que possui a infecção pelo HIV
Aprender a verificar a pressão arterial	-
Reconhecer sinais de perigo e sintomas de doença	-
Procurar ajuda profissional	-
<i>Autotratamento</i>	<i>Autotratamento</i>
Baixo teor de sódio, baixo teor de colesterol na dieta	Carga viral, CD4, LDL, HDL, Glicemia dentro dos limites aceitáveis
Seleção de alimentos ao comer fora	-
Controle do peso	-
Programa de exercícios físicos	-
Programa de lazer	-
Autoferição da pressão arterial	-
<i>Automedicação</i>	<i>Automedicação</i>
Uso de medicamentos diuréticos e anti-hipertensivos	Ter boa adesão ao tratamento
Conhecimento dos efeitos adversos dos medicamentos, interações com outros medicamentos ou álcool	Relatar os nomes dos medicamentos para HIV
Conhecimento de sinais de perigo e sintomas	*
Quando estiver doente procurar ajuda profissional	*

Quadro 3 - Papel de autocuidado de autodiagnóstico, automedicação e autotratamento de FRY X autodiagnóstico e automedicação adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV

O item “conhecimento de sinais de perigo e sintomas” e o item “quando estiver doente procurar ajuda profissional” não se aplicam à situação do adolescente infectado pelo HIV.

2.3.2.4 Participação ativa em serviços de saúde

O autocuidado não exclui o uso do cliente de serviços de profissionais de saúde quando necessário. Fry (1975) enfatiza o desenvolvimento da capacidade de procurar o fornecimento de assistência de cuidados de saúde em um tempo oportuno e de forma adequada. O autocuidado pode continuar, simultaneamente, com a participação do cliente em serviços profissionais. Participação inclui uma seleção cuidadosa de serviços específicos e prestadores.

Em se tratando do estudo em pauta, são as ações realizadas por adolescentes com HIV que envolvem as estruturas disponíveis de apoio à saúde a fim de que os mesmos se tornem ativos e participantes nas decisões sobre seu tratamento, visando à obtenção e à continuidade da sua independência.

Faz parte deste papel de autocuidado, avaliar a capacidade e habilidade em buscar a participação dos serviços de saúde que ofereçam atividades educativas nos programas de atenção aos portadores do HIV e nas consultas multiprofissionais (infectologistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais).

Dos desafios relacionados ao profissional de saúde que assiste o adolescente com HIV, manter seu vínculo ao serviço de saúde é o principal deles, já que a evasão de pacientes é grande, e torna-se um problema à medida que sem avaliação profissional periódica, estes correm riscos frequentes de morte por agravamentos das doenças oportunistas.

Participation in professional services (FRY)	Participação nos serviços de saúde (adaptação)
<p>Procurar consultas baseadas em ativos e limitações. O cliente pode também continuar a praticar dentro do processo de autocuidado.</p> <p>Exemplos de consultas: para tratamento de doença aguda; para aprender habilidades novas de autocuidado como a aferição de pressão arterial, relaxamento e etc; para intervenção cirúrgica; para o parto.</p>	<p>Procurar consultas multiprofissionais como enfermeiro, médico, dentista, nutricionista, psicólogo, assistente social.</p>

Quadro 4 - Papel de autocuidado de participação ativa nos serviços de saúde de FRY X participação ativa nos serviços de saúde adaptado aos adolescentes infectados pelo HIV

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório com análise descritiva dos dados. A abordagem quantitativa se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados, sendo aplicado nos casos em que for necessário um diagnóstico inicial da situação apresentada (FIGUEIREDO, 2004). Leopardi (2001) refere que esta abordagem deve ser utilizada quando alguns objetivos necessitam ser alcançados como dispor de um instrumento de medida utilizável e válida, assegurar a credibilidade e objetividade dos achados, preservarem a vida humana, preocupar-se com quantificação, comparar eventos ou replicar estudos. Assim, esta abordagem se enquadra no presente estudo, o visto que todas as características estabelecem o seu conteúdo.

O presente estudo tem característica descritiva que avalia uma variável de cada vez, acompanhado do estudo analítico que se utiliza de associações de uma ou mais variáveis (HULLEY et al., 2006). Para Leopardi (2001), o estudo descritivo tem por finalidade demonstrar exatamente os fatos ou fenômenos de determinada realidade, tendo o pesquisador que obter uma série de informações sobre o que deseja estudar como uma delimitação precisa de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

Utilizou-se a pesquisa de campo que, segundo Leopardi (2001), é aquela desenvolvida em cenários naturais, com investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospitais, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real. Considera-se esta técnica de pesquisa inerente ao estudo do autocuidado sadio destes adolescentes, visto que a busca de informações sobre os mesmos far-se-á necessária através da entrevista e consulta de enfermagem.

Assim, foi realizado ainda um estudo documental para análise de registros de prontuários dos adolescentes infectados pelo HIV em atendimento nos hospitais referidos. O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. Assim, esta pesquisa não se confunde com a bibliográfica, e uma de suas vantagens é o fato de que os documentos constituem fonte rica e estável de dados (GIL, 2002).

3.2 AMOSTRA

Levantou-se uma lista de 29 adolescentes infectados pelo HIV atendidos em um hospital universitário federal e 22 adolescentes atendidos em um hospital universitário estadual. Estabeleceram-se como critérios de inclusão dos adolescentes para constituir a amostra:

- a) Idade entre 10 e 19 anos;
- b) Estar em acompanhamento ambulatorial nos hospitais escolhidos;
- c) Estar acompanhado do responsável, caso seja menor de 18 anos;

Os critérios de exclusão foram:

- a) Possuir problemas cognitivos e psiquiátricos que comprometam a aplicação do instrumento;
- b) Não ter ciência do diagnóstico.

O recrutamento ocorreu pela amostra de conveniência, uma vez que esta era composta por indivíduos que estavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão e de fácil acesso ao investigador (HULLEY et al., 2006). Não existiu preocupação com o desenho de um plano particular de amostragem que teve por objetivo descrever as características principais do grupo de estudo (MEDRONHO et al., 2006). Da população do estudo foram excluídos três pacientes por não possuírem consciência do diagnóstico, com duas recusas e 22 pacientes faltosos. Assim, foi recrutado um total de 24 adolescentes dentro dos critérios que compuseram o estudo.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no âmbito das atividades do local de atendimento dos adolescentes em parceria entre a Escola de Enfermagem Anna Nery e dois Hospitais Universitários, sendo um Federal (Instituição A) e outro Estadual (Instituição B), cujo projeto foi submetido e aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa (Anexos A e B). Estas instituições foram escolhidas por possuírem atendimento ambulatorial e de internação a adolescentes infectados pelo HIV acrescido do fato de ser o primeiro, o cenário da prática da

instituição de ensino de pós-graduação em enfermagem onde a autora é aluna e o segundo, o local de atuação profissional da autora.

No primeiro campo as consultas são realizadas uma vez por semana pela infectologista e uma psicóloga sendo avaliadas as necessidades e encaminhadas, quando necessário, às outras especialidades. Não existe consulta de enfermagem nesta unidade para essa clientela.

No segundo campo, as consultas também são realizadas uma vez por semana pela pediatra infectologista e uma enfermeira pediatra. Duas residentes de medicina e de enfermagem também participam frequentemente das consultas. Após o término da consulta os pacientes são direcionados à nutricionista, que faz a avaliação do estado nutricional e propõe uma dieta balanceada que favoreça o crescimento e desenvolvimento.

3.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

As técnicas utilizadas neste estudo foram a entrevista através do roteiro de consulta de enfermagem e a análise documental pela pesquisa de informações nos prontuários. A entrevista constou de um roteiro de consulta de enfermagem (Apêndice A) semi-estruturado previamente estabelecido com padronização que obtenha respostas dos adolescentes às mesmas perguntas. Para Hulley et al. (2003), as entrevistas asseguram que os instrumentos sejam respondidos integralmente e que são necessárias quando os participantes apresentam habilidades variadas de leitura e entendimento das questões.

A entrevista consistiu de um questionário de consulta de enfermagem, contendo perguntas abertas e fechadas e dados de mensuração tais como: do peso, altura, circunferência do braço e abdominal e pressão arterial. O instrumento de Avaliação de Enfermagem (Apêndice C) se baseou no levantamento detalhado dos papéis de autocuidado e das “características situacionais” apresentadas pelos pacientes para avaliação do autocuidado dos adolescentes infectados pelo HIV.

Averiguou-se a consistência do questionário de consulta de enfermagem, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente Alfa de Cronbach mediu a correlação entre as respostas dos adolescentes através da análise resultante da aplicação do roteiro de consulta de enfermagem, apresentando uma correlação média entre o perfil clínico e laboratorial e socioeconômico e papéis de autocuidado dos avaliados (COREL; FLORIAN, 2010).

No que se referiram à consistência interna deste questionário, os itens foram separados por categorias e assim verificados quanto aos índices de alfa de Cronbach.

Os itens atividade sexual e higiene – 1,01; atividade de lazer – 0,76; conhecimento do tratamento – 1,44 foram considerados aceitáveis.

Os valores maiores deveram-se às variáveis: participação ativa – 87,8; alcoolismo e tabagismo – 603,5; atividade de repouso e atividade física – 151,4; alimentação – 162,7; ingesta hídrica – 62,4; recomendação de saúde – 2073; alimentos consumidos – 32967; que serão revistas em virtude da inadequação atual para o cálculo de consistência.

Para que a coleta de dados ocorresse de forma padronizada foi necessária a realização de um treinamento dos pesquisadores auxiliares por meio de um workshop. O “Curso Compacto na dinâmica de Workshop sobre o tema da avaliação de enfermagem para o autocuidado de adolescentes infectados pelo HIV” contou com a participação de quatro alunas do 6º período do curso de graduação em enfermagem inseridas no Programa Curricular Interdepartamental 8 da Escola de Enfermagem Anna Nery. O questionário foi aplicado entre elas de forma que todas realizassem as perguntas de maneira uniforme. Foi construído um manual para a realização da consulta de enfermagem e preenchimento do questionário (Apêndice H).

No instrumento de consulta de enfermagem, as orientações destacadas em caixas foram lidas exatamente como estão escritas, na introdução da entrevista e no decorrer da mesma, de forma padronizada, tomando-se cuidado com as comunicações não verbais (expressões faciais, olhares, gestos, tom de voz, postura do corpo) que pudessem influenciar a compreensão e reação do paciente. Evitando expressar surpresa, prazer, aprovação ou desaprovação diante de qualquer resposta e emitir qualquer opinião, julgamento ou juízo de valores em nenhum momento.

O instrumento foi tecnicamente disposto em divisões de categorias como: questões socioeconômicas; histórico de doenças do paciente e familiar; uso de medicamentos recentes; participação nos serviços de saúde; hábitos de vida; atividades de lazer, física e repouso; hábitos alimentares e ingesta hídrica; e medidas antropométricas.

Nas questões socioeconômicas, foram formuladas perguntas a fim de investigar a idade, ocupação, sexo, anos de estudo, número de pessoas que moravam com os adolescentes, renda familiar e estado civil.

O histórico de doenças constava perguntas a serem dirigidas ao paciente sobre algumas das principais doenças e problemas como: hipertensão arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus, baixo peso, pneumonia, tuberculose, sífilis, meningite e HIV. Além disso, o adolescente deveria relatar os medicamentos de que faz uso para tratar tais doenças. O

respectivo histórico também incluía perguntas a respeito de doenças ocorridas em seus pais e avós maternos e paternos como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, infarto do coração e derrame cerebral.

Na participação aos serviços de saúde, o adolescente deveria referir se frequentava ou não às consultas multidisciplinares e grupos de apoio. No tocante aos hábitos de vida, as questões abrangiam tabagismo, alcoolismo, atividade sexual, utilização de preservativos e higiene.

Em relação às atividades de lazer, física e repouso eram feitas perguntas sobre hábitos de lazer como andar de bicicleta, caminhar, ir ao cinema, visitar os amigos, ir ao shopping, à festa, praticar esportes recreativos, mensurando tal frequência pela quantidade de vezes em que exerciam a prática num dia, semana ou mês. Quanto ao repouso, era perguntado ao entrevistador em média quanto tempo ele permanecia sentado e deitado por dia durante a semana e no final de semana sendo registrados por hora e minutos.

Dos hábitos alimentares eram questionadas quantas refeições eram realizadas no dia, semana ou mês. Se o entrevistado bebia sucos de fruta e leite e se, por fim, era-lhe disponibilizada uma lista de alimentos consumidos nas principais regiões do país na qual o adolescente deveria responder se consumia cada alimento e quantas vezes o faziam na semana.

No referido curso, foram abordados assuntos como infecção pelo HIV e terapia antirretroviral. Além disso, o projeto foi apresentado aos elementos do grupo e o instrumento foi testado entre estes a fim de que houvesse um treinamento de aplicação do mesmo. Os métodos de mensuração antropométrica foram padronizados e testados pelo grupo.

Através deste curso, foi possível proporcionar a aplicação das estratégias para melhorar a precisão na coleta de dados. Segundo Hulley et al. (2006), existem cinco formas para reduzir a variação aleatória e aumentar a precisão, tais quais: padronização dos métodos de medição ao padronizar as mensurações de circunferência abdominal, circunferência do braço, altura, peso, pressão arterial; treinamento e certificação dos observadores; otimização dos instrumentos; automatização dos instrumentos, padronizando as perguntas e respostas; e por último, a repetição de que ao aplicar o instrumento uns nos outros acabariam por repetir as perguntas e mensuração.

Para determinar que o instrumento fosse claro, imparcial e útil para geração das informações desejadas, foi realizado o pré-teste (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004, p. 254), e no caso do presente estudo, o “curso compacto na dinâmica de workshop sobre o tema da

avaliação de enfermagem para o autocuidado de adolescentes infectados pelo HIV”.

Após o projeto ter sido submetido e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa dos referidos hospitais foram realizadas cinco consultas para validação e complementação de escores de avaliação para o autocuidado bem como do próprio do roteiro.

A coleta de dados se deu em dois momentos distintos. No primeiro, realizou-se a busca de todos os adolescentes dentro dos critérios de inclusão e elaborou-se uma lista com dados de identificação que possibilitaram a localização de prontuários para a coleta de dados. Através dos prontuários foi realizado um levantamento de informações sobre as variáveis clínicas como resultados de exames laboratoriais (CD4/CD8, carga viral, perfil lipídico e glicêmico), adesão ao tratamento, modo de transmissão e antirretrovirais prescritos por meio da organização de um banco de dados (EXCEL) com estas informações.

No segundo momento, realizou-se a Consulta de Enfermagem com os pacientes que estavam agendados para consulta com as infectologistas no período de janeiro a junho de 2012. Os dias, locais e horários para levantamento de dados e operacionalização da investigação ocorreram segundo o funcionamento do ambulatório do Hospital destes adolescentes.

Os pesquisadores abordaram os pacientes no momento de espera da consulta médica e, de forma sigilosa, dirigiram-lhes o convite para participar da pesquisa. Foi utilizado um dos consultórios disponíveis dos ambulatórios sendo apresentado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) ao adolescente menor de 18 anos (Apêndices D e E), ao adolescente maior de 18 anos foi apresentado o TCLE (Apêndice F) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao responsável (Apêndice G)

Após o aceite em participar da pesquisa e assinar os termos, foram realizadas as consultas de enfermagem. Houve a aplicação do instrumento da pesquisa, ou seja, da aplicação do questionário de consulta de enfermagem aos adolescentes (Apêndice A). A aplicação do instrumento foi realizada através de uma entrevista, avaliação antropométrica e da pressão arterial. Todos os adolescentes que aguardavam a consulta com a médica foram convidados a participar da Consulta de Enfermagem, sendo excluídos apenas os que se recusaram a participar da pesquisa e os faltosos, além dos que se enquadraram dentro dos critérios de exclusão.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições hospitalares responsáveis pelo atendimento aos adolescentes, tendo em vista todos os aspectos éticos e legais que devem ser respeitados ao compor uma pesquisa envolvendo seres humanos, que constam na Resolução 196/96 do CNS. Foi enviada uma carta às instituições solicitando a permissão para a realização da pesquisa nos locais. Os protocolos dos pareceres são de números: CEP/HUCFF 164/11 (Anexo A) e CEP/HUPE 30272011 (Anexo B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foram elaborados com linguagem acessível e a garantia do sigilo, anonimato e desligamento da pesquisa caso haja invasão dos limites de privacidade segundo a opinião, desejo ou vontade dos adolescentes.

O presente projeto foi totalmente custeado pelo pesquisador sem ônus às instituições na qual a pesquisa foi realizada e nem aos participantes.

Os termos de consentimento e assentimento livre e esclarecido foram apresentados, lidos e assinados, previamente à aplicação do instrumento de pesquisa, para que fosse assinado conforme as exigências da Resolução 196/96. A entrevista foi realizada no primeiro momento e em seguida à mensuração.

Esta pesquisa evidenciou benefícios ao atendimento do adolescente infectado pelo HIV criando estratégias que facilitaram na descoberta de demandas do autocuidado. Sendo assim, o Enfermeiro poderá atuar com eficiência focando diretamente às necessidades de autocuidado destes adolescentes, contribuindo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem junto à equipe multidisciplinar.

Não houve quaisquer riscos biológicos, tendo em vista as técnicas de aferição e entrevista que fazem parte de uma consulta normal de enfermagem. Além disso, não houve prejuízo financeiro tampouco custos adicionais uma vez que a coleta de dados se desenvolveu dentro da rotina do Serviço de Infectologia observando-se os dias de atendimento ambulatorial destes adolescentes.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O tipo de análise utilizada neste estudo foi à descritiva ou exploratória dos dados que

corresponde à extração de informações a partir de uma organização prévia, simplificação e síntese de uma grande quantidade de dados. Em outras palavras, os dados coletados passam por um conjunto de técnicas estatísticas e gráficas que os permitem serem explorados para uma primeira aproximação à realidade estudada, em busca de algum padrão ou comportamento relevante que esteja presente no conjunto de dados (MEDRONHO et al., 2006).

Os dados coletados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica orientada por análise estatística utilizando-se o programa XLSTAT – EXCEL, com a assessoria estatística da divisão de pesquisa do Hospital Universitário Federal.

Foram analisados pelas técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação) com o auxílio do programa XLSTAT um software versão 2009 compatível com o EXCEL. O XLSTAT é um quadro de ferramentas completo para estatística e análise de dados no Microsoft Excel. Todas as suas ferramentas e funções podem ser acessadas de forma rápida e simples através de um conjunto de barras de ferramentas e menus integrados dentro do Excel. Utiliza o Microsoft Excel como interface para a entrada de dados e saída de resultados em tabelas e gráficos. Entretanto, o XLSTAT usa sua própria biblioteca de funções estatísticas e matemáticas para evitar a instabilidade de algumas das funções do Excel. É reconhecido como um software altamente confiável¹.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e interpretados ao relacionar o referencial teórico utilizado no estudo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 312), “a estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados. As médias e porcentagens são exemplos de estatística descritiva”.

A estatística descritiva consta da comparação, estimativa, proporção dos valores da amostra confrontada com a literatura geral sobre o autocuidado de pessoas infectadas pelo HIV, particularmente adolescentes observando-se semelhanças e diferenças entres testes estatísticos e resultados encontrados que serão assim interpretados com destaque para descobertas e evidências.

Outra análise utilizada neste estudo foi a “Cluster Analysis”, usada para descrever diversas técnicas numéricas cujo propósito fundamental é classificar os valores de uma matriz

1 Informação retirada do endereço eletrônico oficial do software XLSTAT for windows versão 2009: <http://www.xlstat.com/en/>

de dados sob estudo em grupos discretos. A técnica classificatória multivariada pode ser utilizada quando se deseja explorar as similaridades entre casos, indivíduos ou objetos ou entre variáveis definindo-os em grupos, considerando simultaneamente, no primeiro caso, todas as variáveis medidas em cada indivíduo e, no segundo, todos os indivíduos nos quais foram feitas todas as mensurações (EVERITT, 1974).

Sua finalidade é criar uma tipologia com base na amostra, com a possibilidade de comando de números de grupos que se deseja determinar. Um conjunto de elementos caracterizados pelas variáveis definidas, criando uma tipologia, isto é, originando grupos de adolescentes que estão mais próximos entre si. Ressalta-se como característica deste método que os grupos são formados com base nas variáveis definidas. Esta técnica determina grupos com elementos homogêneos internamente, porém heterogêneos entre si (EVERITT, 1974).

4. RESULTADOS

Foi realizado um perfil clínico e laboratorial de todos os adolescentes infectados pelo HIV dentro dos critérios de inclusão e exclusão que estavam em acompanhamento ambulatorial totalizando 48 jovens. Os dados a seguir foram extraídos dos prontuários.

4.1 PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV DAS INSTITUIÇÕES A E B

Na primeira etapa da pesquisa, foram coletados dados clínicos de 48 adolescentes em prontuários sendo 29 da Instituição A e 19 da Instituição B.

Os dados levantados estão relacionados aos valores de HDL, LDL, glicemia, colesterol total, linfócitos CD4 e carga viral, além de tipo de adesão ao tratamento, sexo, idade, via de transmissão, antirretrovirais prescritos e data da última consulta.

A seguir foi realizada uma análise descritiva dessas informações.

Tabela 1 - Descrição do perfil clínico e laboratorial dos adolescentes infectados pelo HIV, segundo lipidograma e glicemia, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	A	B	C	D
Mínimo	14,00	19,00	59,00	71,00
Máximo	65,00	161,00	244,00	102,00
Amplitude	65,00	161,00	185,00	31,00
1° Quartil	32,30	71,50	144,25	79,75
Mediana	41,00	90,50	159,00	83,00
3° Quartil	45,25	106,00	181,50	90,25
Média	39,77	87,37	162,60	84,45
Variância (n)	191,80	1309,69	1261,11	54,91
Desvio-padrão (n)	13,84	36,18	35,51	7,41
Coefficiente de variação	0,34	0,41	0,2184	0,08
Assimetria (Pearson)	-0,59	-0,54	-0,0380	0,24
Limite inferior da média (95%)	35,71	76,75	152,18	82,283
Limite superior da média (95%)	43,84	97,99	173,02	86,63

Legenda: A- HDL (mg/dl); B - LDL (mg/dl); C - Colesterol total (mg/dl); D -Glicose (mg/dl).

O valor mínimo levantado de HDL foi de 14mg/dL e o mínimo de LDL foi de 19mg/dL constando de valores abaixo do normal. Para os valores máximos, o HDL teve um valor de 65mg/dL e o LDL constou de 161mg/dL. Para a glicemia em jejum, os valores se apresentam dentro dos limites do normal entre 70 e 110mg/dL (Tabela 1).

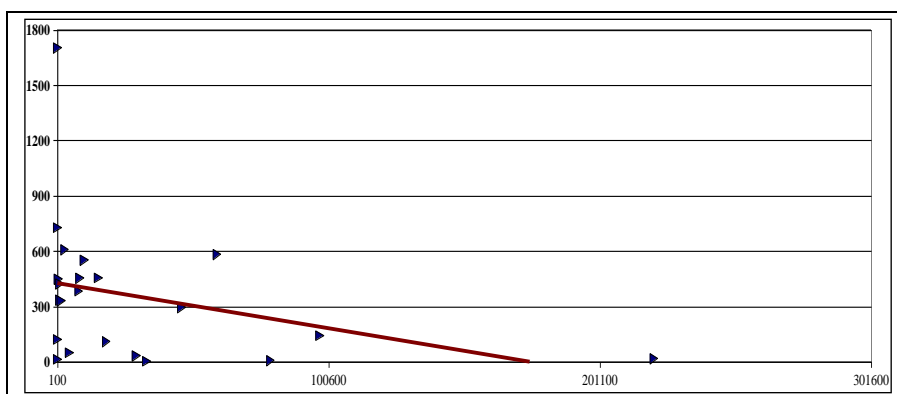


Gráfico 1 - Distribuição dos Adolescentes segundo carga viral e células CD4 - Rio de Janeiro, 2012

Quanto aos valores de CD4 e carga viral foi possível observar que o valor mínimo encontrado foi de um adolescente com valor de seis células por mm^3 de CD4 implicando uma baixa imunidade. Cinquenta e cinco por cento apresentaram carga viral indetectável.

Dos 48 adolescentes pesquisados, 47 foram infectados pela mãe por transmissão vertical e um foi infectado horizontalmente e 63% dos relatos médicos em prontuários confirmavam boa adesão ao tratamento medicamentoso (Gráfico 2).

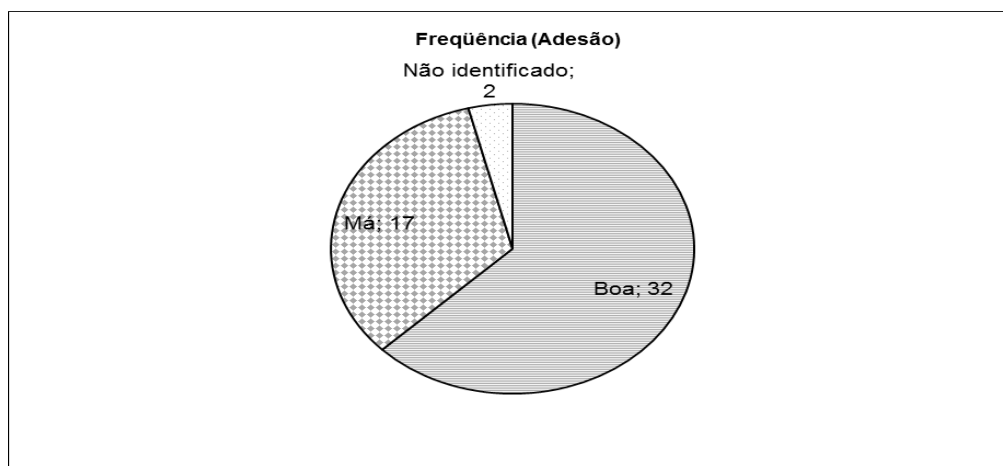


Gráfico 2 - Distribuição da adesão entre os adolescentes infectados pelo HIV segundo adesão ao tratamento, Rio de Janeiro, 2012

Pode-se observar, conforme a Tabela 2, que a lamivudina (utilizada em 30 adolescentes) e o tenofovir (em 26 adolescentes) foram os antirretrovirais mais utilizados entre os adolescentes de ambas as instituições. O esquema mais utilizado pelos adolescentes foi Biovir com 19 adolescentes e o Kaletra com 24 adolescentes.

Tabela 2 - Distribuição do uso dos antirretrovirais pelos adolescentes infectados pelo HIV- Rio de Janeiro/2012

Antirretrovirais	Frequência
BIOVIR (zidovudina + lamivudina)	19
EFZ (efavirenz)	13
3TC (lamivudina)	30
TDF (Tenofovir)	26
DRV (Darunavir)	1
RAL (raltegravir)	2
KALETRA (ritonavir + lopinavir)	24
ATV/RTV (atazanavir/ritonavir)	7
ABC (abacavir)	2
LPV/RTV (lopinavir/ritonavir)	3
FAPV/RTV (fosamprenavir/ritonavir)	1
DRV/RTV (darunavir/ritonavir)	2
FAPV (fosamprenavir)	1
AZT (zidovudina)	8
DDI (didanosina)	1
D4T (estavudina)	1

A referida tabela foi criada para efeito de construção de uma tipologia utilizando “*Cluster analysis*”, com base nas variáveis CD4 e carga viral, que traduzem com mais fidedignidade o autocuidado sadio. Pode-se observar na Tabela 4 que a amostra utilizada foi composta por um total de 22 adolescentes, tendo-se excluído aqueles que não possuíam a informação completa das duas variáveis (foram retirados aqueles com carga viral indetectável).

4.1.1 Análise de Cluster

Cogitando a sistematização da assistência na perspectiva do autocuidado empregaram-se as variáveis de CD4 e carga viral, obtendo a formação de grupos de adolescentes segundo o perfil imunológico determinado por essas variáveis.

Tabela 3 - Distribuição dos valores de CD4 e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV segundo agrupamento, Rio de Janeiro, 2012

Variável	Observações	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
CD4	22	6,0000	1703	356,09	376,40
Carga viral	22	108,0000	220916	28887,59	50953,12

Foi dado o comando para determinar quatro grupos de adolescentes em relação a estas variáveis, obtendo-se: grupo 1 com 15; grupo 2 com 4; grupo 3 com 2; e grupo 4 com 1 adolescente. O grupo 4 com um único adolescente se deveu ao fato de este apresentar carga viral muito alta, “*out lier*”, conforme demonstrado a seguir.

Tabela 4 - Parâmetros de *Cluster analysis* A para amostra estudada, Rio de Janeiro, 2012

Classe	Grupos			
	1	2	3	4
Objetos	15	4	2	1
Soma dos pesos	15	4	2	1
Variância intraclasse	35250798,07	184637593,17	169565225,00	0,00
Distância mínima ao centróide	477,82	4209,28	9207,75	0,00
Distância média ao centróide	4837,25	10738,88	9207,75	0,00
Distância máxima ao centróide	13402,87	17268,37	9207,75	0,00

Foi reiterado o estudo de cluster utilizando outro método “determinante W” tendo-se obtido o mesmo resultado, isto é, os mesmos grupamentos.

Repetiu-se o estudo solicitando a geração de três grupos com métodos diferentes, utilizando-se uma medida de distância euclidiana para as variáveis: Idade; HDL (mg/dl); LDL (mg/dl); Colesterol total; Glicose; CD4; CD8 e o resultado foi o cluster B (Tabela 5).

Tabela 5 - Parâmetros de *Cluster analysis* B para amostra estudada, Rio de Janeiro, 2012

Classe	1	2	3
Objetos	31	10	7
Soma dos pesos	31	10	7
Variância intraclasse	118477,56	409608,26	43816,05
Distância mínima ao centróide	100,07	147,20	62,45
Distância média ao centróide	302,74	555,37	171,05
Distância máxima ao centróide	781,61	1069,92	304,17

A carga viral foi excluída desta análise devido à ausência de informações na amostra (carga viral indetectável). O grupo 1 ficou constituído de 31; o grupo 2 de 10; e o grupo 3 de 7 adolescentes. Ao determinar os parâmetros epidemiológicos de cada grupo – Cluster se obteve o perfil de cada grupamento. Assim, com base nos parâmetros de um adolescente portador de

HIV pôde-se classificá-los em um dos grupos.

A formação de três grupos no cluster B foi melhor em virtude de equilíbrio de proximidade entre as observações segundo as variáveis escolhidas, ou seja, os adolescentes estavam mais próximos entre si para tais variáveis.

Em seguida, procedeu-se à organização e análise do perfil estatístico dos adolescentes de cada cluster, segundo as variáveis selecionadas.

Tabela 6: Distribuição dos adolescentes por análise de cluster segundo idade, Rio de Janeiro, 2012.

Medidas estatísticas	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Média	16,3	17	17,4
Erro padrão	0,4	1	0,8
Mediana	17,0	17	18
Modo	17,0	19	18
Desvio padrão	2,4	2	2,1
Variância da amostra	5,8	4	4,3
Curtose	0,8	-2	4,7
Assimetria	-1,1	0	-2,1
Intervalo	9	5	6,0
Mínimo	10	14	13
Máximo	19	19	19,0
Soma	506	100	122,0
Contagem	31	6	7

A idade mínima foi 10, 14 e 13 anos, respectivamente para os grupos 1, 2 e 3. Do mesmo modo e consecutivamente, a idade máxima foi 19 com média e desvio padrão $16,3 \pm 2,4$; 17 ± 2 ; $17,4 \pm 2,1$ e a mediana foi 17 e 18.

A seguir serão apresentados dados extraídos a partir da consulta de enfermagem em uma amostra por conveniência.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram consultados 24 adolescentes infectados pelo HIV constituindo uma amostra de 12 jovens atendidos na instituição A e 12 jovens na instituição B.

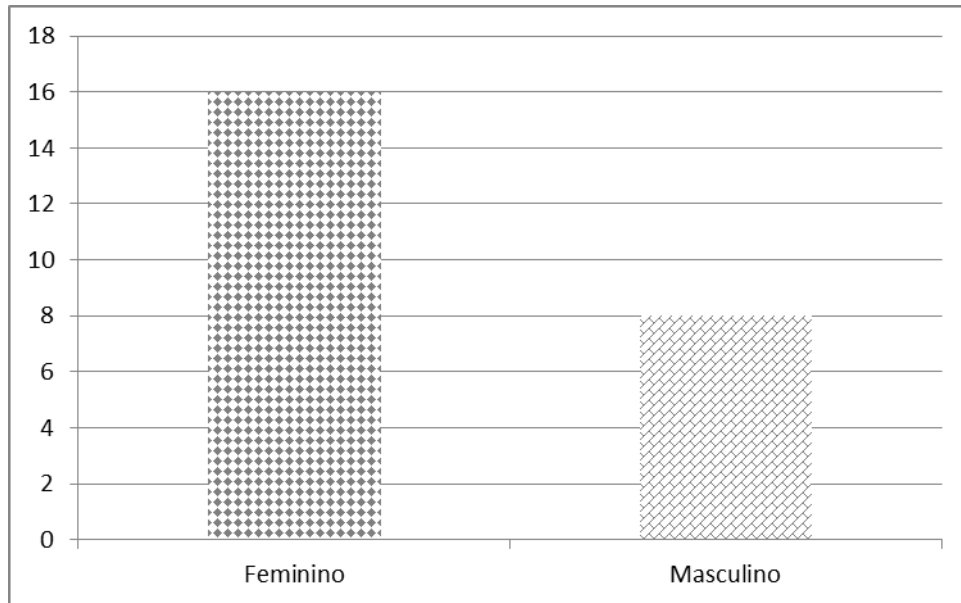


Gráfico 3 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo sexo, Rio de Janeiro, 2012

De acordo com o gráfico 3, oito adolescentes eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino.

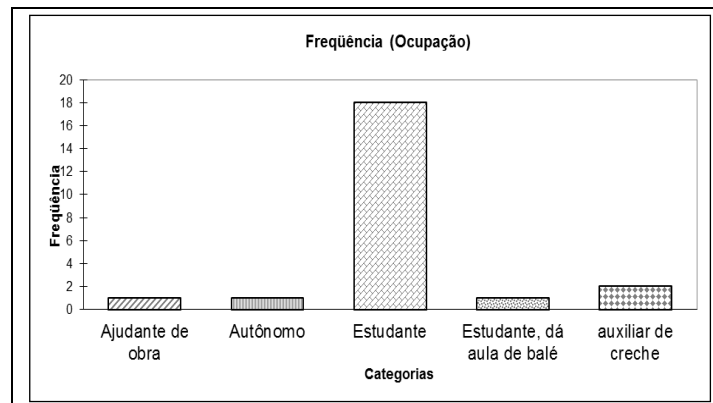


Gráfico 4 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo ocupação, Rio de Janeiro, 2012

Quanto à procedência desses pacientes, sete viviam em outros municípios do Rio de Janeiro e os demais moravam na capital. Em se tratando da ocupação, predominaram os estudantes (Gráfico 4).

O perfil socioeconômico de idade e renda foi verificado, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo idade e renda, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	Idade	Renda
Média	16,42	2,76
Erro padrão	0,47	0,49
Mediana	17,00	2,00
Modo	18,00	2,00
Desvio padrão	2,28	2,02
Variância da amostra	5,21	4,10
Curtose	1,63	7,76
Assimetria	-1,23	2,48
Intervalo	9	8,50
Mínimo	10	1,9,5
Máximo	19	47
Soma	394	17
Contagem	24	1,04
Nível de confiança (95,0%)	0,96	

A idade variou entre 10 a 19 anos com média e desvio padrão $16,42 \pm 2,28$, e mediana 17, tendo um jovem com 10 anos e 4 com 19 anos. Como a mediana é maior que a média confirma-se o valor da assimetria com coeficiente de -1,23.

A renda familiar variou de 1 a 9,5 salários mínimos com média e desvio padrão $2,76 \pm 2,02$. A mediana foi 2, verificando-se que esta se situou abaixo da média, fornecendo uma assimetria de 2,48.

Importante salientar que oito jovens conviviam com outra pessoa na casa e sete não sabiam informar a renda (Gráfico 5).

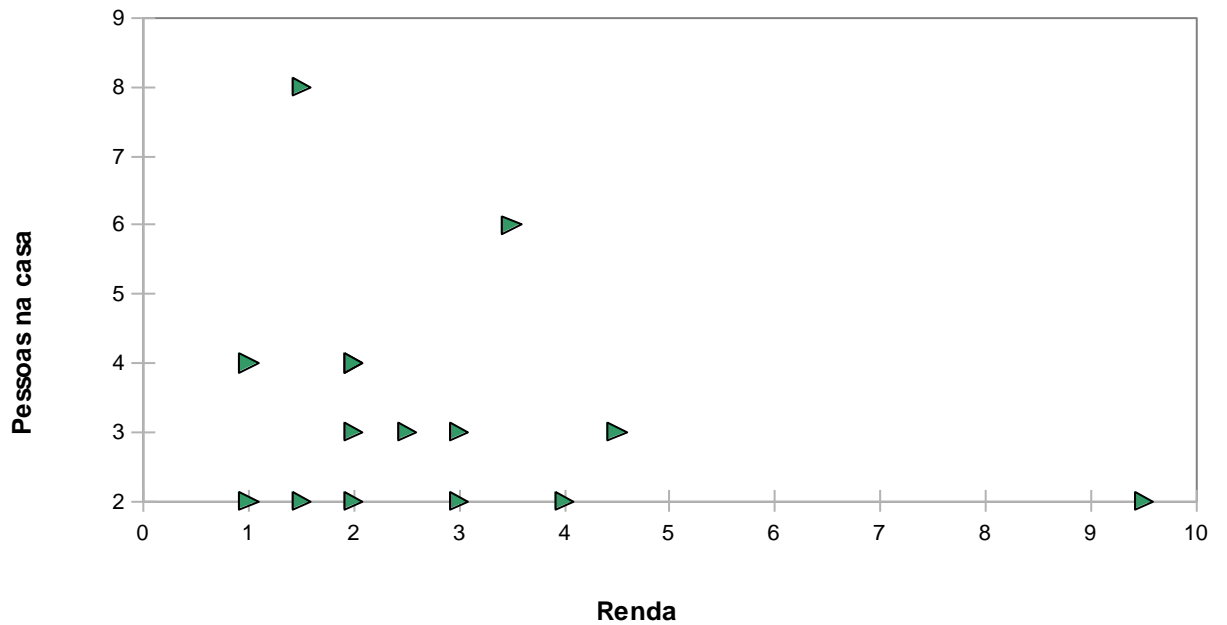


Gráfico 5 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo renda e número de pessoas na casa, Rio de Janeiro, 2012

O número de pessoas que moravam na mesma casa que o adolescente e a renda familiar total demonstraram que famílias grandes viviam com baixa renda familiar, o que foi ao encontro da média de renda em salários mínimos.

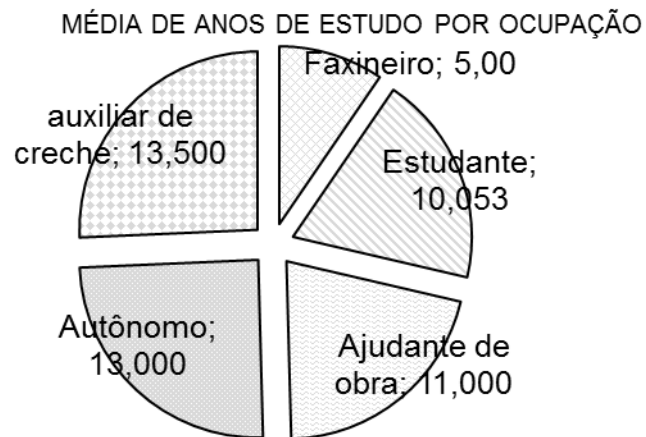


Gráfico 6 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV segundo ocupação e média de anos de estudo, Rio de Janeiro, 2012

Percebe-se que a maioria dos jovens que já está inserido no mercado de trabalho possuía no mínimo 11 anos de estudo, entretanto um indivíduo que trabalhava como faxineiro estudou por cinco anos (Gráfico 6).

4.3 PERFIL DA AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO DESEMPENHADOS PELOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV

Os adolescentes da amostra deste estudo foram submetidos a uma consulta de enfermagem, da qual se gerou dados importantes sobre os papéis de autocuidado. O somatório da pontuação atribuída a cada papel de autocuidado desempenhadas pelos adolescentes infectados pelo HIV e a cada atividade de manutenção da saúde desempenhada pelos adolescentes deste estudo resultou em um escore, conforme o que se segue.

4.3.1 Manutenção da saúde

Os itens relacionados estão assim resumidos:

Tabela 8 – Descrição do papel de autocuidado de manutenção da saúde entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	A	B	C	D	E	F	G	H	X
Média	0,83	1,71	1,38	1,29	1,71	1,33	2	1,42	11,67
Erro padrão	0,21	0,09	0,17	0,16	0,11	0,20	0	0,18	0,50
Mediana	0	2	2	1,5	2	2	2	2	11
Modo	0	2	2	2	2	2	2	2	11
Desvio padrão	1,01	0,46	0,82	0,81	0,55	0,96	0	0,88	2,44
Variância da amostra	1,01	0,22	0,68	0,65	0,30	0,93	0	0,78	5,97
Curtose	-2,05	-1,14	-0,97	-1,17	2,68	-1,57	-	-0,99	-1,01
Assimetria	0,36	-0,98	-0,83	-0,60	-1,80	-0,76	-	-0,97	0,23
Intervalo	2	1	2	2	2	2	0	2	8
Mínimo	0	1	0	0	0	0	2	0	8
Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Soma	20	41	33	31	41	32	48	34	280
Contagem	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Nível de confiança (95,0%)	0,43	0,20	0,35	0,34	0,23	0,41	0	0,37	1,03

Legenda: A- Atividade Física; B- Atividade de lazer; C – Repouso; D – Padrão de hidratação; E – Alimentação adequada; F – IMC adequado; G – Evitar tabagismo; H – Evitar álcool; X – Pontuação.

A pontuação (Tabela 8) variou de 0 a 2 para a maioria dos itens, com o mínimo de 1 para Atividade de lazer, traduzindo a independência para a manutenção da saúde entre os adolescentes, descoberta notável, tendo em vista sua importância por se constituir na base da

pirâmide de autocuidado, indicando o Autocuidado Sadio.

O somatório dos itens resultou na pontuação final do papel de autocuidado, que foi de no mínimo 8 e máximo de 16, com média e desvio padrão $11,67 \pm 2,44$. A mediana foi 11, designando uma assimetria entre os adolescentes para este papel.

Os itens se distribuíram conforme o Gráfico 7.

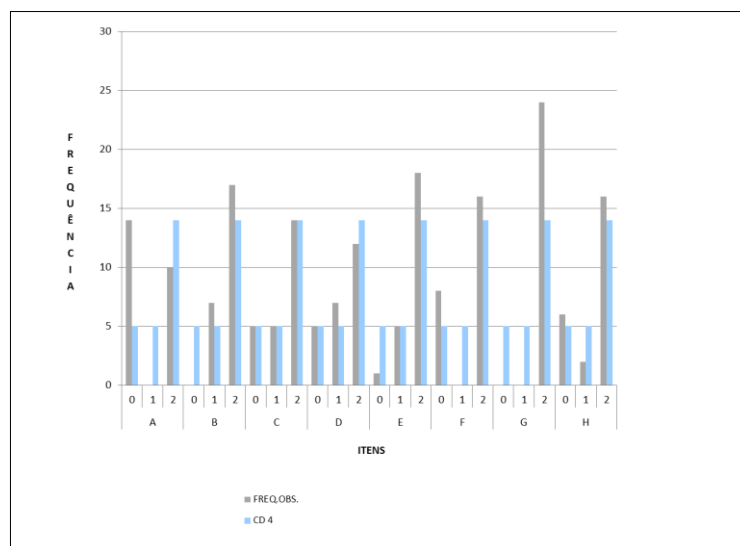


Gráfico 7 – Relação entre atividades de manutenção da saúde e os valores de células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Legenda: A – atividade física; B – atividade de lazer; C – padrão de repouso; D – Padrão de Hidratação; E – Alimentação adequada; F – Índice de massa corpórea adequada; G – evitar tabagismo; H – evitar alcoolismo.

Na análise comparativa, os escores das atividades para manutenção da saúde com os escores de CD4 (Gráfico 7) foram submetidos ao teste do χ^2 (Qui-Quadrado) e os itens padrão de repouso, padrão de hidratação, alimentação adequada e uso de álcool tiveram o valor de $p > 0,05$, ou seja, possuem associação com os escores de CD4.

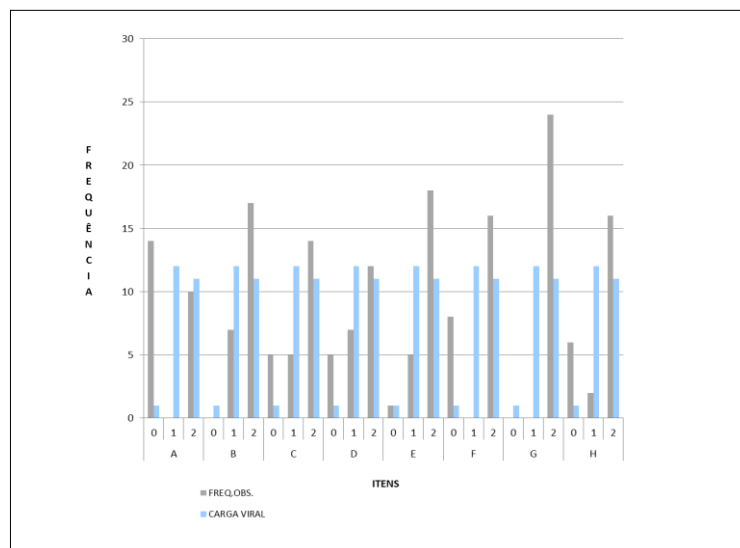


Gráfico 8 – Relação entre atividades de manutenção da saúde e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Legenda: A - atividade física; B - atividade de lazer; C - padrão de repouso; D – padrão de hidratação; E - alimentação adequada; F – índice de massa corpórea adequada; G - evitar tabagismo; H - evitar alcoolismo.

Para a análise comparativa com a carga viral, nenhuma das atividades de manutenção da saúde obteve associação com a carga viral, ou seja, o teste não paramétrico a que foram submetidos identificou um valor de $p < 0,05$ (Gráfico 8).

4.3.2 Controle e prevenção das infecções oportunistas e complicações

Dentre as atividades para o controle e prevenção das infecções oportunistas e complicações, encontram-se a história familiar, higiene pessoal e uso de preservativo.

Tabela 9 – Descrição do papel de autocuidado prevenção e controle de complicações entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	I	J	K	X
Média	0,79	1,88	1,88	4,54
Erro padrão	0,16	0,07	0,09	0,19
Mediana	1	2	2	5
Modo	0	2	2	5
Desvio padrão	0,78	0,34	0,45	0,93
Variância da amostra	0,61	0,11	0,20	0,87
Curtose	-1,20	4,21	14,65	1,23
Assimetria	0,40	-2,42	-3,80	-0,66
Intervalo	2	1	2	4
Mínimo	0	1	0	2
Máximo	2	2	2	6
Soma	19	45	45	109
Contagem	24	24	24	24
Nível de confiança (95,0%)	0,33	0,14	0,19	0,39

Légenda: I – História familiar; J – Higiene pessoal; K – Uso de preservativo; X – Pontuação.

Pode-se observar na Tabela 9 que a média da pontuação geral deste papel de autocuidado foi de 4,54, tendo sido considerado o pior resultado no que se refere à história familiar com média de 0,79. A pontuação variou de 0 a 2 para a maioria dos itens, com o mínimo de um para higiene pessoal.

A pontuação final do papel de autocuidado obteve um mínimo de dois e máximo de seis, com média e desvio padrão $4,54 \pm 0,93$. A mediana foi cinco, designando uma assimetria à esquerda.

Na análise da história familiar, cinco souberam informar o histórico de doenças de seus pais e avós, enquanto que a maioria desconhecia qualquer doença.

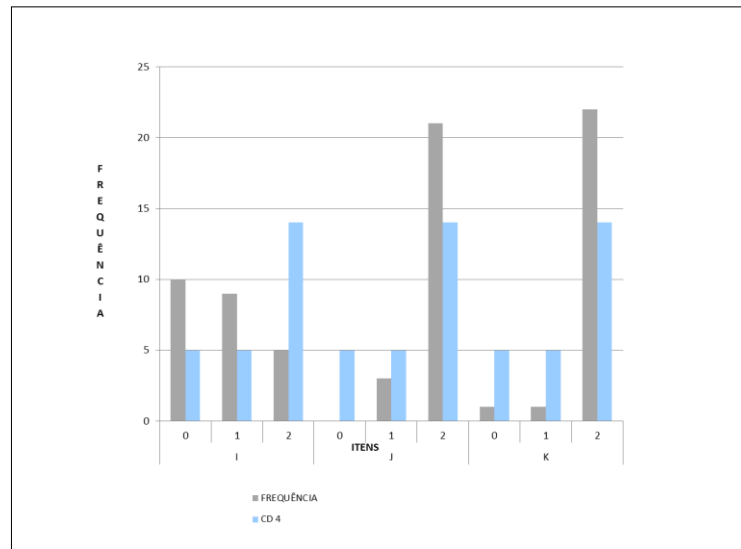


Gráfico 9 - Relação entre atividades de controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações e CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012
 Legenda: I – história familiar; J – higiene pessoal; K – uso de preservativo.

Quanto à higiene pessoal e o uso de preservativo, 22 jovens apresentavam desempenho satisfatório para este papel de autocuidado (Gráfico 9).

Nenhum item de atividade deste papel de autocuidado apresentou associação com a carga viral e CD4 segundo o teste não paramétrico (Gráfico 9).

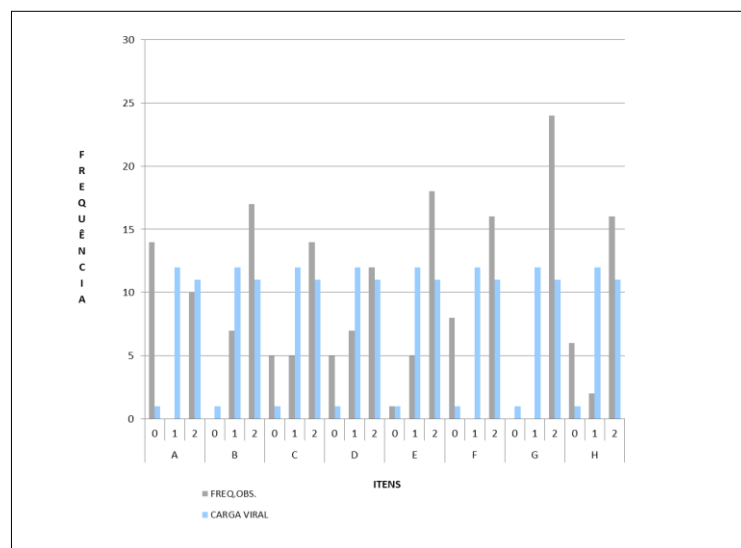


Gráfico 10 - Relação entre atividades de controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012
 Legenda: I – história familiar; J – higiene pessoal; K – uso de preservativo.

Para a história familiar a hipótese de igualdade entre os escores e os valores de carga viral foi aceita segundo teste qui-quadrado p-valor 0,41 (Gráfico 10). A higiene pessoal e o uso de preservativo não apresentaram semelhança pelo mesmo teste com valores infinitamente menor que 0 (zero).

4.3.3 Autodiagnóstico e autotratamento

Quatorze jovens aderiram ao tratamento antirretroviral, doze não possuíam conhecimento sobre o tratamento, seis sabiam os nomes dos antirretrovirais e todos os adolescentes que participaram da consulta reconheceram ser portadores de infecção por HIV.

Tabela 10 - Descrição do papel de autocuidado Autodiagnóstico e Autotratamento entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012.

Estatística	L	M	N	O	P	Q	R	S	X
Média	0,96	1,17	2	1,42	1,38	1,5	1,29	1,75	11,46
Erro padrão	0,18	0,21	0	0,12	0,17	0,15	0,19	0,14	0,61
Mediana	1	2	2	1	2	2	2	2	11,5
Modo	0	2	2	1	2	2	2	2	15
Desvio padrão	0,86	1,01	0	0,58	0,82	0,72	0,91	0,68	3,01
Variância da amostra	0,74	1,01	0	0,34	0,68	0,52	0,82	0,46	9,04
Curtose	-1,67	-2,05	-	-0,68	-0,97	-0,01	-1,52	4,21	-1,09
Assimetria	0,08	-0,36	-	-0,36	-0,83	-1,13	-0,65	-2,42	-0,11
Intervalo	2	2	0	2	2	2	2	2	10
Mínimo	0	0	2	0	0	0	0	0	6
Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Soma	23	28	48	34	33	36	31	42	275
Contagem	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Nível de confiança (95,0%)	0,36	0,43	0	0,25	0,35	0,31	0,38	0,29	1,27

Legenda: L – Adesão ao tratamento; M – Conhecimento do tratamento; N – Reconhecimento do HIV; O – Carga Viral; P – CD4 (células/mm³); Q – LDL (mg/dl); R – HDL (mg/dl); S – Glicemia (mg/dl); X – Pontuação.

A pontuação variou de 0 a 2 para a maioria dos itens, com o máximo e mínimo de 2 para reconhecimento do HIV, o que denota o conhecimento e a aceitação da infecção pelo HIV.

O somatório dos itens resultou na pontuação final do papel de autocuidado, que foi de no mínimo 6 e máximo de 16, com média e desvio padrão $11,46 \pm 3,01$. A mediana foi 11,5 com uma assimetria à esquerda (Tabela 10).

Quanto aos resultados dos exames laboratoriais, 11 participantes da amostra apresentavam carga viral não detectável e 12 tinham carga viral entre 50 a 100.000 cópias; para os valores de CD4 a maioria (14) estava acima do mínimo para o ideal (500 células por

milímetro cúbico - mm^3); já os lipidogramas e glicemias estavam satisfatórios para metade dos entrevistados (12).

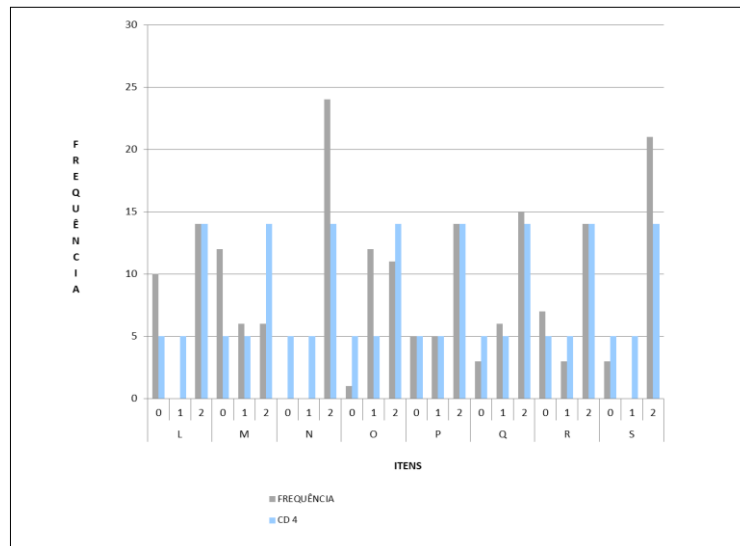


Gráfico 11 - Relação entre atividades de autodiagnóstico e autotratamento e células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Legenda: L – adesão ao tratamento; M – conhecimento do tratamento; N – reconhece infecção pelo HIV; O – carga viral; P – CD4 (células/ mm^3); Q – LDL (mg/dl); R – HDL (mg/dl); S – Glicemia (mg/dl).

Na análise comparativa (Gráfico 11) os resultados de CD4, LDL, HDL apresentaram associação significativa de acordo com $p > 0,05$.

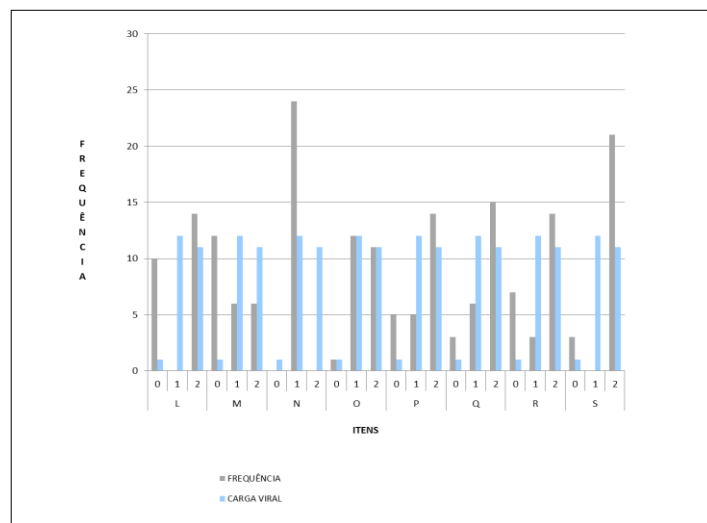


Gráfico 12 - Relação entre atividades de autodiagnóstico e autotratamento e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Legenda: L – adesão ao tratamento; M – conhecimento do tratamento; N – reconhece infecção pelo HIV; O – carga viral; P – CD4 (células/ mm^3); Q – LDL (mg/dl); R – HDL (mg/dl); S – Glicemia (mg/dl).

Foi aceita a hipótese de igualdade entre os valores de carga viral e os escores do papel de autocuidado Autodiagnóstico e Autotratamento pelo teste qui-quadrado com p-valor 0,14 (Gráfico 12).

4.3.4 Participação ativa nos serviços de saúde

Neste papel de autocuidado, foram avaliadas as frequências às consultas multiprofissionais e grupos de apoio.

Tabela 11 - Descrição do papel de Participação Ativa entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	T	U	X
Média	1,75	0,125	1,875
Erro padrão	0,09	0,07	0,09
Mediana	2	0	2
Modo	2	0	2
Desvio padrão	0,44	0,34	0,45
Variância da amostra	0,20	0,11	0,20
Curtose	-0,53	4,21	2,08
Assimetria	-1,23	2,42	-0,64
Intervalo	1	1	2
Mínimo	1	0	1
Máximo	2	1	3
Soma	42	3	45
Contagem	24	24	24
Nível de confiança (95,0%)	0,19	0,14	0,19

Legenda: T – Consulta multiprofissional; U – Grupo de apoio; X - Pontuação.

A pontuação variou de 0 a 2 com o mínimo de 1 para consulta profissional e máximo de 1 para participação de grupo de apoio. O somatório dos itens resultou na pontuação final do papel de autocuidado, que foi de no mínimo 1 e máximo de 3, com média e desvio padrão $1,88 \pm 0,45$ e mediana de 2 com assimetria negativa. Observou-se que 21 jovens não frequentavam grupos de apoio e que 3 participavam parcialmente de tal atividade (Tabela 11).

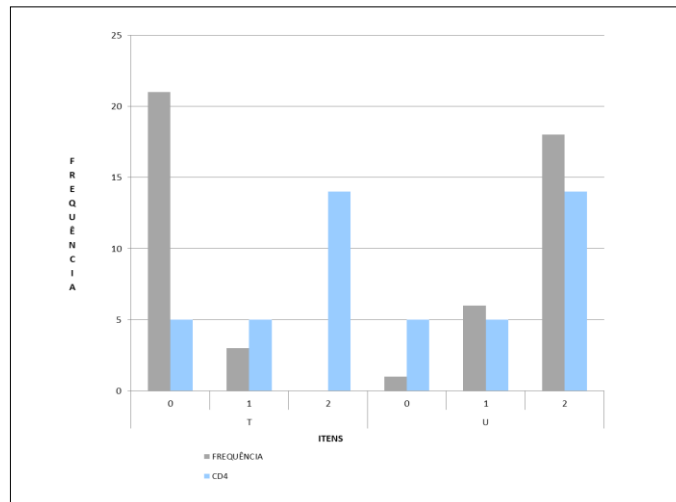


Gráfico 13 - Relação entre atividades de participação ativa nos serviços de saúde e células CD4 dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012.

Legenda: T – consulta multiprofissional; U – grupo de apoio.

Para as consultas multiprofissionais (Gráfico 13), 18 adolescentes eram assistidos por mais de 4 profissionais de saúde. No teste do χ^2 para comparação com os escores de CD4 apenas os escores para consultas multiprofissionais tiveram valor de $p > 0,05$.

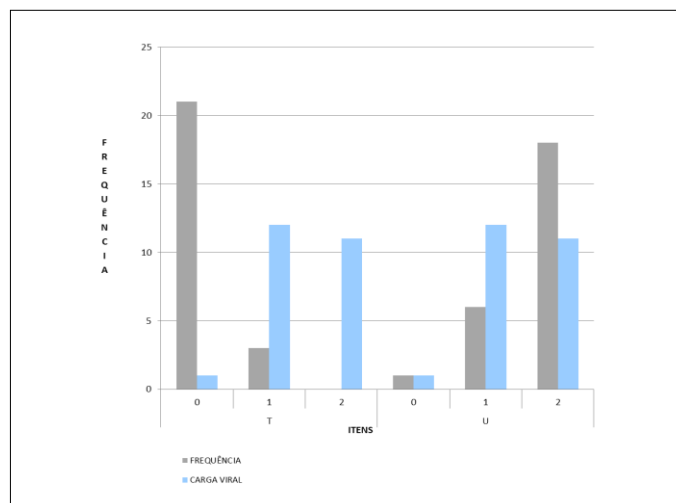


Gráfico 14 - Relação entre atividades de participação ativa nos serviços de saúde e carga viral dos adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Legenda: T – consulta multiprofissional; U – grupo de apoio.

Foi aceita a igualdade entre valores de CD4 e o papel de autocuidado Participação Ativa (Gráfico 14).

4.4 ESCORES DE AUTOCUIDADO REALIZADO PELOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV

O resultado da pontuação dos papéis de autocuidado originou o escore de avaliação de enfermagem.

Tabela 12 – Descrição das principais medidas estatísticas - pontuação por papel de autocuidado e escore de avaliação de enfermagem entre adolescentes infectados pelo HIV, Rio de Janeiro, 2012

Estatística	Manutenção da saúde	Prevenção e controle de infecções oportunistas e complicações	Autodiagnóstico e autotratamento	Participação ativa	Escore
Média	11,67	4,54	11,46	1,875	57,21
Erro padrão	0,50	0,19	0,61	0,09	1,98
Mediana	11	5	11,5	2	57,5
Modo	11	5	15	2	62
Desvio padrão	2,44	0,93	3,01	0,45	9,69
Variância da amostra	5,97	0,87	9,04	0,20	93,82
Curtose	-1,01	1,23	-1,09	2,08	-0,21
Assimetria	0,23	-0,66	-0,11	-0,64	0,00
Intervalo	8	4	10	2	38
Mínimo	8	2	6	1	40
Máximo	16	6	16	3	78
Soma	280	109	275	45	1373
Contagem	24	24	24	24	24
Nível de confiança (95,0%)	1,03	0,39	1,27	0,19	4,09

O escore variou de 40 a 78 pontos, com média e desvio padrão de $57,21 \pm 9,69$. A medida do escore foi simétrica, em virtude do fato de que a mediana tenha se aproximado do valor da média (Tabela 12).

Observa-se na Tabela 13, dos 24 indivíduos entrevistados, cinco foram classificados como independente para o desempenho dos papéis de autocuidado (A), 15 foram identificados como parcialmente independente (B) e quatro estavam parcialmente dependentes de auxílio para o autocuidado (C). Nenhum jovem se manifestou totalmente dependente da enfermagem para o desempenho dos papéis de autocuidado (D).

Tabela 13 - Distribuição dos adolescentes infectados pelo HIV pela classificação da avaliação do autocuidado, Rio de Janeiro, 2012

Classificação	n
(A) Acima de 34 pontos - independente	5
(B) 24 a 33 pontos – parcialmente independente	15
(C) 14 a 23 pontos – parcialmente dependente	4
(D) até 13 pontos - dependente	0

Nota-se que todos os papéis de autocuidado não tiveram um desempenho satisfatório e algumas atividades relacionadas aos papéis estavam prejudicadas como atividade física, história familiar, conhecimento do tratamento e participação dos grupos de apoio.

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL

Um jovem apresentou um valor de HDL abaixo do ideal (14mg/dl), desenvolvendo um risco aumentado para doenças cardiovasculares. A causa deste valor não é definida, porém sugere uso de uma dieta pobre em gorduras poliinsaturadas como ômega 3 e 6 (KRAUSE; MAHAN, 2010).

Reis (2008) em estudo sobre a avaliação nutricional de crianças e adolescentes infectados pelo HIV, percebeu que pacientes que utilizaram três classes de antirretrovirais (inibidores de protease, inibidores de transcriptase reversa análogos e não análogos de nucleosídeos) durante três anos tiveram os valores de HDL mais baixos que os demais. Tal fato sugere um prejuízo na manutenção dos níveis adequados de lípides séricos.

Outro valor encontrado é o do LDL também muito abaixo do esperado (19mg/dl). Por outro lado, 25% dos pacientes entrevistados apresentavam valores de LDL acima de 102 mg/dl aumentando o risco para doenças cardiovasculares consideravelmente. O que evidencia que tais indivíduos necessitavam de orientação e reeducação alimentar visando à redução dos níveis de “mau colesterol” e aumentar os níveis do “bom colesterol”. Yu et al. (2005) afirmam que os inibidores de protease elevam os níveis séricos de LDL-colesterol e triglicérides.

Em um estudo com crianças recebendo um novo esquema de antirretrovirais (Highly active antiretroviral therapy - HAART) foram avaliados no primeiro ano os níveis séricos de LDL, HDL e colesterol total. Foi demonstrado que nos seis e doze meses os níveis de colesterol total e LDL aumentaram significativamente e no mês da mudança do esquema ARV a concentração de HDL também aumentou (SZTAM et al., 2011). Esses dados sugerem que a terapia antirretroviral está intimamente ligada aos níveis de concentração de colesterol total e lipoproteínas de baixa e alta densidade.

Vale destacar que, das diversas associações entre antirretrovirais prescritos, o esquema mais observado entre os adolescentes pesquisados foi o Bivir e Kaletra, combinações entre zidovudina/lamivudina e ritonavir/lopinavir respectivamente. Também conhecidos como HAART, terapia antirretroviral de alta atividade, trata-se da combinação de 3 ou 4 drogas inibidoras de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, inibidoras de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos e inibidores de protease.

Entretanto, outros fatores além da ação da HAART também causam estes distúrbios

metabólicos como o estilo de vida, hábitos alimentares inadequados, fatores ambientais e socioeconômicos (SONAGLIO et al., 2011).

O menor valor encontrado para a contagem de CD4 foi de 6 céls/mm³ indicando que há uma destruição maciça das células de defesa deixando o indivíduo vulnerável às infecções oportunistas. Em contrapartida, mais da metade dos pacientes apresentavam CD4 nos níveis aceitáveis, acima de 568 céls/mm³, garantindo-lhes uma proteção contra as infecções e indicando que a infecção não destruiu totalmente as células de defesa (BRASIL, 2012).

A contagem da carga viral desses indivíduos foi dividida em não detectável, de 50 a 10.000 cópias, de 10.000 a 100.000 e acima de 100.000. Assim, temos 55% dos jovens com carga viral não detectável conferindo sucesso no tratamento antirretroviral e, em parte, do autocuidado.

Correlacionando a frequência da carga viral não detectável com a frequência dos níveis de CD4 acima dos níveis considerados normais, foi possível afirmar que estes são diretamente proporcionais e que a HAART assume um importante papel na contenção da replicação viral conferindo, dessa forma a imunidade desses pacientes.

Em concordância com Reis (2008) cujo estudo evidenciou que 48,8% dos indivíduos não eram imunodeprimidos, ou seja, apresentavam valores de CD4 acima de 500 céls/mm³ e variação de números médios de carga viral de 16598,1 em crianças, 34536,0 em adolescentes precoces e 53469,3 em adolescentes tardios, no presente estudo, metade dos indivíduos (24) apresentou carga viral detectável, acima de 100 cópias, com uma média de 28887,59 cópias. O que mostra que tais resultados são preocupantes, pois podem estar relacionados a eventos da falha terapêutica.

A metade dos adolescentes (24) apresentou carga viral detectável, acima de 100 cópias, obtendo-se uma média de 28887,59 cópias. Esses resultados são preocupantes, pois podem estar relacionados a eventos da falha terapêutica.

Em se tratando de adesão ao tratamento prescrito, 37% dos casos não apresentam boa adesão trazendo uma preocupação aos profissionais de saúde, visto que adesão ao tratamento faz parte dos papéis de autocuidado. Diversos estudos convergem para esse tema a fim de elaborar técnicas e meios que facilitem a adesão. Uma pesquisa sobre adesão ao TARV na infância e adolescência observou que 48,1% dos indivíduos perderam alguma dose nas duas últimas semanas e 36,3 deixaram de tomar os ARVs por dois dias consecutivos em algum momento do tratamento atual caracterizando a não adesão (CROZATTI, 2007).

Um outro estudo descreveu, por meio de relatos dos responsáveis legais, os fatores que

influenciam na adesão das crianças e adolescentes pesquisados. Tais fatores são descritos como apresentação da droga, horário da medicação, falta na distribuição de medicamentos gratuitos, efeitos colaterais das drogas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e problemas financeiros (FEITOSA et al., 2008).

5.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV

Foram entrevistados 24 indivíduos dos quais 16 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Dezoito adolescentes possuíam mais de 16 anos de idade. O grau de escolaridade relatado evidenciou que 12 jovens possuíam mais de 13 anos de estudos e que 79% estudavam apenas. Os 21% restantes trabalham como faxineiro, ajudante de obra, auxiliar de creche e professor de balé, profissões que demandam esforço físico, alimentação e ingestão hídrica adequada, controle da carga viral e CD4, entre outros.

Relacionou-se o presente estudo, no qual nenhum jovem trabalhava e todos estudavam com um estudo de abordagem qualitativa, em que foi feita uma caracterização da amostra na qual os indivíduos estudados tinham idade entre 13 e 18 e a média dos anos de estudo de 8 anos. (KOURROUSKI, 2008).

A renda familiar de 58.8% dos pesquisados situou-se entre 1 a 4 salários mínimos e a maioria dos jovens moram com outra pessoa. A renda familiar afeta o autocuidado do adolescente em muitos aspectos, principalmente relacionados à alimentação, atividades de lazer, prática de esportes ou exercícios físicos. No entanto, mesmo com tal frequência, relacionado a uma renda familiar baixa pode-se observar que a grande maioria não trabalha e dedica seu tempo aos estudos. Embora alguns jovens tenham atividade sexual, todos os entrevistados estavam na condição de solteiros até o momento.

No estudo realizado para avaliar o perfil nutricional de jovens infectados pelo HIV, foi avaliado o perfil socioeconômico da família e a renda média *per capita* mensal foi de 436,7 reais variando de 50 a 3.750 reais, corroborando com o presente estudo cuja renda compreendeu de 1 a 4 salários mínimos entre esses valores (REIS, 2008).

Dos 48 pacientes pesquisados, 47 contraíram o vírus da AIDS verticalmente e apenas um indivíduo o contraiu horizontalmente. Um estudo demonstrou que a forma de transmissão predominante foi a vertical e que isto se deve pela maior incidência de infecção pelo HIV, em mulheres, pelo uso de drogas ou relações sexuais com parceiros soropositivos (FEITOSA et al, 2008).

5.3 PERFIL DA AVALIAÇÃO DOS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO DESEMPENHADOS PELOS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV

Neste tópico da discussão serão comentados os aspectos mais frequentes dos papéis de autocuidado, a saber: manutenção da saúde, controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações, autodiagnóstico e autotratamento e participação ativa nos serviços de saúde.

5.3.1 **Manutenção da saúde**

Para manutenção da saúde satisfatória, é necessário que sejam adequadamente realizadas as atividades físicas, de lazer, que se tenha um bom padrão de repouso, alimentação, hidratação, um IMC (índice de massa corpórea) dentro dos limites normais além de evitar o tabagismo e o alcoolismo.

Neste estudo, os jovens informaram que não praticavam atividades físicas, um importante hábito para quem está no período de crescimento e desenvolvimento físico e mental. Além disso, a inatividade física foi considerada um fator agravante para crianças com doenças cardiovasculares, renais, endocrinológicas, neuromusculares e osteoarticulares (GUALANO et al., 2010). Dentre os benefícios do exercício físico destaca-se melhora na força e tônus muscular, flexibilidade, fortalecimento dos ossos e das articulações, desenvolvimento das habilidades psicomotoras, perda de peso, redução da pressão arterial em repouso, diminuição do colesterol total e aumento do HDL; melhora do fluxo de sangue para o cérebro, ajuda na capacidade de lidar com problemas e estresse, auxílio na recuperação da autoestima, redução da ansiedade e melhora da qualidade do sono (DE MELLO et al., 2005; HARDY et al., 2009).

Entretanto, no adolescente portador de um vírus que interfere na imunidade e consequentemente por estar em fase de crescimento e desenvolvimento, o exercício físico seria fundamental para prevenir as doenças oriundas do sedentarismo e fatores hereditários.

Um estudo demonstrou que adolescentes com dispêndio energético elevado induzido pela prática habitual de atividade física, estão propensos a maiores concentrações séricas de HDL-colesterol (GUEDES et al., 2007).

As demais atividades foram satisfatoriamente realizadas, porém determinados jovens apresentaram deficiência em alguns hábitos como alimentação adequada, como o caso de

cinco jovens que não realizavam mais de duas refeições por dia. O hábito alimentar satisfatório neste grupo é uma necessidade importante para manter os níveis proteico-calóricos dentro dos padrões de normalidade e no caso, da adolescência, favorecer o crescimento e desenvolvimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), na infecção pelo HIV ocorrem mudanças significativas no estado nutricional como perda ponderal, enfraquecimento, febre e diarreia com quadro de desnutrição (síndrome de *wasting*), alterações do metabolismo da glicose e dos lipídeos, alteração da distribuição da gordura corpórea, acidose láctica, osteopenia, entre outros (BRASIL, 2006b).

Nenhum jovem fez ou fazia uso de tabaco e oito usavam bebidas alcoólicas. O álcool não está relacionado à via de metabolização dos antirretrovirais, não existindo evidências que o uso concomitante de álcool reduza os efeitos dos TARVs. Por outro lado, os problemas de adesão ao tratamento e hepatotoxicidade estão intimamente relacionados ao uso de álcool (BRASIL, 2008b).

Problemas na tomada dos medicamentos e a compreensão de que os ARVs não podem ser ingeridos em horários próximos ao consumo de álcool favorecem a má adesão. O uso do álcool por si só já ocasiona hepatotoxicidade que associado ao uso de ARVs como didanosina e estavudina aumenta o risco de contrair pancreatite, principalmente quando associado à hipertrigliceridemia. As manifestações neuropsiquiátricas causadas pelo efavirenz também podem ser potencializadas pelo álcool causando uma sensação de embriaguez (BRASIL, 2008b).

Outro problema que o álcool pode trazer aos adolescentes infectados pelo HIV é o potencial de apresentar alterações de comportamento levando o jovem a atitudes de risco para si e para o seu companheiro. Em um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV, o uso de álcool foi identificado como o fator menos favorável à utilização do preservativo por jovens (CAMARGO; BOTELHO, 2007). O abuso do uso de álcool diminui a capacidade de discernimento sobre os riscos associados à infecção pelo HIV, dificultando a negociação e, conseqüentemente, o uso do preservativo, facilitando a disseminação do HIV e de outras DSTs (STONE et al., 2007).

5.3.2 Controle e prevenção de infecções oportunistas e complicações

Neste tópico avalia-se o conhecimento do histórico de doenças como hipertensão

arterial, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral (AVC) e infarto cardíaco dos pais e avós dos jovens. Conhecer a história de doenças na família é importante para identificar riscos de aparecimento de doenças e desenvolver hábitos saudáveis de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Cinco adolescentes souberam informar se seus pais e avós tiveram as doenças descritas acima. A maioria já não possuía pais vivos e contato com todos os familiares impossibilitando-os de conhecer a existência de determinadas doenças na família. É importante que se tenha o conhecimento de determinadas doenças na família para que possa ser feita uma previsão e prevenção das mesmas nos adolescentes. Pode-se observar em um estudo sobre hipercolesterolemia em escolares, que das crianças com hipercolesterolemia, 53,5% tinha história familiar com doenças cardiovasculares (CORONELLI; MOURA, 2003).

Quanto às questões de higiene pessoal, foi questionado aos entrevistados se possuíam o hábito de lavagem das mãos antes das refeições, escovação dos dentes após as refeições e se realizavam banho diariamente. Quase todos os jovens apresentaram boas ações de higiene pessoal. Tal fato traz um bom indicativo para a prevenção de infecções oportunistas tais como fungos, bactérias.

As pessoas, principalmente as imunodeprimidas, devem atentar para a lavagem das mãos, uma vez que a mão é o veículo mais eficiente para transportar microorganismos causadores de infecções. Um estudo controle realizado numa favela no Paquistão onde ocorrem altos índices de mortalidade infantil por diarreia realizou uma investigação de frequência de diarreia após a distribuição de água tratada e encorajamento de lavagem das mãos. Foi detectada uma redução de casos de diarreia comparados ao grupo-controle (LUBY et al., 2006).

No entanto, alguns estudos demonstram a prevalência de infecções e ou colonização por falta de higiene oral. Crianças de 2 a 14 anos de idade foram investigadas quanto ao acometimento de cárie e no grupo com dentição permanente 76,47% tinham os dentes acometidos por cárie. Foi constatada uma relação entre linfócitos CD4 diminuídos (imunodepressão) e o aparecimento de cárie (BEENA, 2011).

Em outra pesquisa, foi detectada colonização por *Cândida* em 62% das crianças e a espécie mais detectada foi a *Candida Albicans* em 80% dos investigados. Nesse estudo foi associado à colonização por *cândida* o uso de antibióticos, alteração na mucosa bucal e cárie dentária não tratada (DOMANESCHI et al., 2011).

Mesmo que se tenha uma boa resposta quanto aos hábitos de higiene oral, esses

adolescentes devem receber orientações quanto à técnica e frequência de escovação, pois esses jovens são mais susceptíveis ao acometimento destas infecções.

Seis jovens admitiram ter atividade sexual, sendo que uma menina não utilizava preservativo em todas as relações. No estudo de Cruzeiro et al. (2010), foi avaliado o uso de preservativo nas últimas três relações sexuais em jovens e foi constatado que o sexo feminino era o que mais apresentava comportamento sexual de risco. Paiva et al. (2008) verificaram em seu estudo que houve uma queda no uso de preservativo na maioria dos jovens que iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos.

5.3.3 Autodiagnóstico e autotratamento

A avaliação do autodiagnóstico e autotratamento teve como objetivo verificar se os adolescentes em estudo reconheciam a infecção pelo HIV, se conheciam os antirretrovirais em uso, possuíam boa adesão e valores laboratoriais de carga viral, células CD4, LDL, HDL e glicemia.

Conforme o critério de inclusão, todos os adolescentes entrevistados reconheceram estar infectados pelo HIV. Tal fato é relevante para que fossem obtidas atitudes positivas visando o favorecimento do desempenho adequado dos papéis de autocuidado. Uma vez que o jovem possuísse conhecimento de sua patologia, o mesmo teria autonomia para a tomada de decisões. Entretanto, para fins deste estudo, esta informação não agrega valor estatístico devido ao fato de que um dos critérios de inclusão para a amostra era que o indivíduo tivesse conhecimento de seu diagnóstico.

Em um estudo com escolares infectados pelo HIV, seis dos dez escolares não conheciam o diagnóstico e os mesmos associavam a adesão ao medicamento à possibilidade de não adoecer, de viver e não ser hospitalizado (MARTINS, S. S.; MARTINS, T. S. S, 2011).

Para Guerra (2008), os motivos de revelação do diagnóstico para os adolescentes de seu estudo foram os problemas de adesão ao tratamento e o início de questionamentos e curiosidades sobre a condição clínica da criança. É necessário que adolescentes saibam sobre a infecção não somente para saciar a curiosidade ou para aderir ao tratamento de uma forma mais eficaz, mas devido à iniciação sexual que pode ocorrer na adolescência e o risco de transmissão do vírus para pessoas saudáveis ou infecções oportunistas que podem surgir no próprio jovem.

Como a adolescência é uma etapa em que há uma transição entre a infância e a vida

adulta, podemos dizer que é o momento onde ocorrem mudanças físicas e comportamentais, tais como a autonomia no cuidado e responsabilidade. A adesão adequada ao tratamento foi verificada em pouco mais da metade (29) dos jovens, indicando uma deficiência na responsabilidade do cuidado e um péssimo prognóstico. Corroborando com Guerra (2008) em seu estudo, quase metade de sua amostra apresentou níveis insuficientes de adesão.

Para o conhecimento dos antirretrovirais, apenas seis souberam relatar corretamente o nome de todos os medicamentos em uso. Neste caso, pode haver uma interferência na adesão ao tratamento uma vez que o medicamento é desconhecido e as doses podem ser perdidas ou trocadas por outro medicamento assim como os horários dos mesmos. Assim como em nosso estudo, Guerra (2008) demonstra que três dos nove jovens sabiam o nome dos antirretrovirais e que quatro dos cuidadores também não sabiam informar.

Quanto aos exames laboratoriais, cerca de metade dos jovens não apresentavam valores aceitáveis. Isso se justifica pela não adesão ao tratamento e à falta de conhecimento dos medicamentos em uso acarretando uma piora no quadro da doença.

5.3.4 Participação ativa nos serviços de saúde

Este papel de autocuidado tem especificamente como finalidade identificar a participação dos adolescentes nos serviços de saúde em dois aspectos: as consultas multiprofissionais como infectologia, enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia, assistência social e outros; e a frequência em grupos de apoio dentro das instituições de saúde.

Há uma carência em ambas as instituições de reuniões de suporte com o objetivo de facilitar e melhorar a adaptação de pessoas infectadas pelo HIV. Um grupo de apoio torna-se importante, pois existe um espaço de acolhimento e aceitação para que haja uma troca de experiências espontâneas, cooperação e aproximação (BRASIL, 2010; MOTTA et al., 2007). Ou seja, as instituições poderiam criar grupos de apoio fixos nos quais os adolescentes se sentiriam à vontade, acolhidos, e dispostos a participar de assuntos como vida social, adesão ao tratamento.

Para a participação de consulta multiprofissional, é notório que a maioria (18 jovens) utilizava o serviço de saúde de maneira proveitosa ao verificar a frequência nos consultórios de mais de quatro profissionais diferentes. Para o autocuidado é essencial que haja uma correlação entre os profissionais das diversas áreas da saúde, visando uma avaliação completa do estado clínico e da forma como o autocuidado é realizado. Neste estudo, o enfermeiro

avalia todos os aspectos de autocuidado do adolescente e faz as devidas intervenções mediante a necessidade de intervenção por outro profissional, quando o paciente é encaminhado ao especialista.

Em uma intervenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, o perfil lipídico e o estado nutricional de diabéticos, houve uma redução nos valores laboratoriais e no IMC desses pacientes verificando uma importante contribuição para a melhoria na qualidade de vida desses pacientes (BATISTA et al., 2005). Em outro estudo sobre um trabalho multiprofissional em pacientes diabéticos foi constatado que houve uma maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos sugerindo um investimento maior na assistência multiprofissional (TEIXEIRA; ZANETTI, 2006).

Esses resultados demonstram que pacientes com doenças crônicas ao serem assistidos por diversas categorias profissionais possuem melhor entendimento sobre suas necessidades e com isso desenvolvem melhor o autocuidado visto que cada profissional é responsável pelo paciente. Os adolescentes infectados pelo HIV também necessitam de um acompanhamento multiprofissional devido suas necessidades nutricionais, psicológicas, médicas, sociais, odontológicas entre outras.

5.4 ESCORES DE AUTOUIDADO

Este estudo nos proporcionou uma avaliação sistemática sobre o autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV por intermédio de escores os quais direcionam a uma classificação que indicam o grau de dependência para o autocuidado. São classificados em: A, B, C, D atribuídos pelos escores que são numerados de 0 a 38 pontos.

Dos 24 adolescentes entrevistados, apenas cinco obtiveram a classificação máxima, estando totalmente independente para o autocuidado, e sob a avaliação do enfermeiro, o cliente necessita apenas de atendimentos semestrais para reavaliações, reforço de orientações e esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir.

Quinze jovens estavam parcialmente independentes para o autocuidado, sendo classificados como B e necessitavam de atendimentos a cada três meses, devendo-se buscar identificar qual ou quais papéis de autocuidado estariam afetados e assim, oferta-lo intervenções que ele poderia utilizar para melhorar seu desempenho.

Na classificação C, quatro clientes eram parcialmente dependentes para o autocuidado, tornando-se necessário que fossem criadas estratégias para que o adolescente pudesse se

comprometer com o cuidado de seu próprio corpo. Seu atendimento se daria a cada dois meses.

A avaliação trata de identificar um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Quando uma avaliação é realizada, uma situação específica é reconhecida como problema, e daí se utiliza instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a este processo. Desse modo, a avaliação deverá ser também compreendida como uma estratégia para decidir como enfrentar problemas (TANAKA; MELO, 2005).

Markham et al. (2009) construíram um aplicativo de computador o qual podem ser manuseados pelos adolescentes durante as esperas das consultas médicas. O mesmo possui atividades interativas e educativas para modificar o comportamento dos jovens infectados pelo HIV quanto aos meios de prevenção de DSTs e transmissão do HIV. Iniciativas como essas devem ser acolhidas e reproduzidas em nossa realidade para que os jovens tenham uma melhor compreensão e comprometimento com a própria vida e que as informações sejam realizadas de forma a não ficarem dispersas.

6. CONCLUSÃO

A partir dos resultados expostos, pode-se concluir que o autocuidado depende de diversos fatores interligados, aqui denominados papéis de autocuidado. A proposta de consulta de enfermagem é relevante para que sejam identificadas deficiências no cuidado diário desses jovens.

Considerou-se o perfil clínico inadequado, pois todos os adolescentes foram infectados verticalmente, com exceção de um jovem, e a taxa de adesão foi satisfatória, pendendo apenas para um pouco acima da metade. Se o adolescente adquiriu infecção congênita pelo HIV, possivelmente conviveu com o tratamento ou pelo menos a infecção por muitos anos e teoricamente deveria estar inserido no processo de aceitação e adesão ao tratamento. As estratégias de revelação do diagnóstico devem ser revistas para que sejam tomadas medidas de aderência ao tratamento e fortalecimento dos laços entre os serviços de saúde e o paciente para obter sucesso efetivo no tratamento medicamentoso.

O perfil do lipidograma foi, na maioria, satisfatório, porém alguns poucos jovens ainda mostraram valores fora dos padrões de normalidade. Para isso, intervenções deverão ser realizadas visando modificar hábitos alimentares e exercícios físicos. Essas atividades pertencem ao papel de manutenção da saúde no qual um dos objetivos é manter os padrões laboratoriais dentro dos limites esperados.

A carga viral desse grupo também não estava dentro do esperado, visto que apenas metade dos jovens tinha valor não detectável. Tal fato é um indicativo de que há a proliferação do vírus e a doença não está controlada. O enfermeiro deve discutir com o paciente sobre os benefícios e malefícios do tratamento, explicando os efeitos que um alto valor de carga viral pode causar no organismo a curto, médio e longo prazo. A vida do adolescente pode ser normal como a de qualquer indivíduo com doença crônica compensada, seguindo uma rotina adequada para que suas atividades sejam realizadas naturalmente.

Seguindo o mesmo raciocínio da conclusão dos valores de carga viral, a contagem de linfócitos CD4 foi parcialmente adequada. Um número significativo de jovens é vulnerável a infecções devido à queda na imunidade consequentemente causada pelo aumento da carga viral. A partir disso, medidas rigorosas de prevenção deverão ser criadas evitando, por exemplo, evitar o contato com pessoas doentes, ambientes fechados repletos de pessoas, manter adequada higiene pessoal e da casa onde vive. Outra medida a ser tomada, refere-se à diminuição da carga viral como foi descrito anteriormente.

Considerando o perfil socioeconômico, os jovens entrevistados, em sua maioria, fazem parte de famílias pequenas e com uma renda inadequada mediante os padrões de consumo da sociedade atual. Nesse sentido, o pequeno número de pessoas numa casa pode facilitar o envolvimento direto com seu responsável no que tange ao cuidado e à supervisão do mesmo. Outrossim, a convivência com poucas pessoas no ambiente domiciliar reduz fatores de risco para infecções. A renda quando insuficiente pode interferir no estado nutricional do paciente, pela impossibilidade de adquirir alimentos ricos em nutrientes; nas atividades de lazer devido à falta de estrutura na cidade e pouca oferta e incentivo de atividades culturais pelo governo, o estudo pode ser prejudicado pela necessidade do adolescente de trabalhar para ajudar no sustento da família; pode haver uma queda na frequência aos consultórios tanto pela falta de tempo devido ao excesso de trabalho como pela falta de dinheiro para o transporte até a instituição.

No entanto, esse grupo possui um bom nível de escolaridade, levando-se em conta que a maioria possuía no mínimo 11 anos de estudo, ou seja, ensino médio incompleto. Além disso, poucos estavam inseridos no mercado de trabalho, com apenas um jovem cursando ensino superior, já que a expectativa da maioria era completar no máximo o ensino médio. Como dito anteriormente, a necessidade financeira leva os jovens ao afastamento das salas de aula e à inserção no mercado de trabalho, impedindo que o mesmo retorne aos estudos e obtenha uma formação de ensino superior.

Nesta perspectiva, a avaliação do autocuidado serviu de base para que fossem identificadas falhas estruturais e conseqüentemente, formuladas novas diretrizes para o autocuidado sadio. Cada papel de autocuidado está relacionado a uma função: manutenção da saúde, controle e prevenção de infecções e complicações, autodiagnóstico e autotratamento e participação ativa nos serviços de saúde.

O papel para manutenção da saúde é direcionado às boas práticas de cuidado em saúde e ao estilo de vida que geram benefícios para qualquer indivíduo. Os adolescentes deste estudo foram avaliados quanto à prática das atividades e hábitos para este papel de autocuidado que incluem atividade física, atividade de lazer, padrão de repouso, padrão de hidratação, padrão de alimentação, uso de álcool e tabaco e índice adequado de massa corpórea. O resultado foi insatisfatório, pois o quesito atividade física teve uma pontuação muito pequena na maioria dos jovens em relação às demais atividades. Para isso, o enfermeiro deve incentivar a prática de exercícios físicos pautados nos benefícios que a atividade física pode trazer e orientá-los quanto aos malefícios do sedentarismo.

O segundo papel de autocuidado conforme a hierarquia na pirâmide é o controle e prevenção de infecções e complicações que se definem como determinadas atividades destinadas a evitar ou propagar doenças. No presente estudo, essas atividades foram definidas como histórico de familiares, padrões de higiene e uso de preservativo. É importante que se conheça o histórico dos familiares dos jovens para que sejam evitadas ou minimizadas algumas doenças hereditárias. O bom padrão de higiene vai prevenir possíveis infecções e o uso de preservativo evitará a transmissão do vírus e o acometimento de DSTs nos jovens com HIV. Para este grupo, a pontuação mínima foi atribuída ao conhecimento do histórico familiar que se justifica pelo fato dos pais, na maioria das vezes, serem falecidos e à pouca convivência com os demais familiares. Entretanto, devem ser reforçadas as orientações para prevenção de doenças cardiovasculares e diabetes, identificando precocemente algum sinal ou sintoma. Além disso, informações sobre a importância de manter um bom padrão de higiene a fim de evitar proliferação de microrganismos patológicos e o fortalecimento do uso de preservativo em todas as relações sexuais devem ser enfatizadas durante as consultas.

O autodiagnóstico e autotratamento refere-se ao reconhecimento da infecção pelo HIV, conhecimento dos antirretrovirais, boa adesão ao tratamento e valores laboratoriais dentro dos padrões de normalidade. O grupo em estudo, apresentou um déficit no conhecimento dos medicamentos utilizados para o controle do vírus. Isso justifica o fato de que somente metade do grupo apresentou boa adesão, visto que o desconhecimento dos nomes dos medicamentos dificulta a aderência ao tratamento. Os jovens devem ser orientados a cada consulta quanto aos nomes, indicações, reações adversas, horários e interações com alimentos e outros medicamentos.

Avaliar a participação nos serviços de saúde significa investigar a frequência desses jovens nos consultórios dos médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e outros. Ademais, a participação em grupos de apoio também faz parte deste papel de autocuidado. A maioria dos participantes da pesquisa frequentava razoavelmente os consultórios multiprofissionais, porém foi verificado que os jovens não tinham o hábito de comparecer em grupos de apoio. Em função disso, seriam necessárias parcerias entre os profissionais envolvidos na assistência desses jovens para a criação de grupos de apoio aumentando o incentivo e encorajamento na participação dos mesmos.

Enfim, foi possível concluir que os jovens infectados pelo HIV realizam de fato um autocuidado sadio, porém com algumas deficiências que podem ser corrigidas nas consultas de enfermagem em conjunto com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BARROSO, L. M. M. et al. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 562-567, 2010.

BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 2, abr. 2005.

BEENA, J. P. Prevalence of dental caries and its correlation with the immunologic profile in HIV-Infected children on antiretroviral therapy. **Eur. J. Paediatr. Dent.**, Carimate, v. 12, n. 2, p. 87-90, Jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **AIDS Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é HIV?** Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8069, de 13 de Julho de 1990**. 2. ed. atualiz. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 114 p. (Série E. Legislação da Saúde-MS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**: bases programáticas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico pelo HIV em crianças**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007-2008**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Autocuidado e o portador do HIV/AIDS: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 336-345, 2006.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, fev. 2007.

CANADÁ. Health Promotions and Programs Branch, Health Canada. **Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians**. Canada: Minister of Public Works and Government Services, 1997.

CORONELLI, C. L. S.; MOURA, E. C. Hipercolesterolemia em escolares e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, fev. 2003.

COREL, E. P; FLORIAN M. B. A *min-cut* algorithm for the consistency problem in multiple sequence alignment. **Bioinformatics**, Oxford, v. 26, n. 8, p. 1015-1021, Ago. 2010.

CROZATTI, M. T. L. **Adesão ao tratamento antirretroviral na infância e na adolescência**. 2007. 110f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CROCKER L, ALGINA J. **Introduction to classical & modern test theory**. Florida: Thonson, 2006.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Indicadores de saúde. Informações epidemiológicas e morbidades. **Doenças de notificação**. Disponível em: <<http://www2.AIDS.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>> . Acesso em: 7 abr. 2012.

DE MELLO, M. T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 11, n.3, p. 203-207, 2005.

DOMANESCHI, C. et al. Oral colonization by *Candida* species in AIDS pediatric patients. **Oral Dis.**, Houndmills, v. 17, n. 4, p. 393-398, May 2011.

EVERITT, B. **Cluster analysis**. New York: John Wiley & Sons, 1974

FEITOSA, A. C. et al. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 515-521, 2008.

FERREIRA, D. et al. Manifestações clínicas em crianças infectadas pelo HIV na era HAART: um estudo seccional. **Rev. ciênc. méd. biol.**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FILGUEIRAS, A. S. et al. Aspectos clínico-terapêuticos de pacientes pediátricos infectados pelo HIV - Revisão bibliográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 10., CONGRESSO NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM, 4., 2007, Curitiba. **Anais...** Curitiba: CBCENF, 2007.

FILGUEIRAS, A. S. et al. Perfil sexual de adolescentes atendidos numa clínica de DST no município de Niterói em 2005. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 9., CONGRESSO NACIONAL DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM, 3., 2006, Porto Seguro. **Anais...** Porto Alegre: CBCENF, 2006.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRY, J. apud HILL, L.; SMITH, N. **Self-Care nursing: promotion of health**. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs: New Jersey, 1990.

GEORGE, J.B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GUALANO, B. et al. Evidence for prescribing exercise as treatment in pediatric rheumatic diseases. **Autoimmun. Rev.**, Amsterdam, v. 9, n. 8, p. 569-73, 2010

GUEDES, D. P. et al. Dispendio energético diário e níveis de lipídeos-lipoproteínas plasmáticos em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 13, n. 2, abr. 2007.

GUERRA, C. P. P. **Revelação do diagnóstico, adesão e estresse em jovens soropositivos para o HIV**. 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HARDY, L. L. et al. Sedentariness, small-screen recreation, and fitness in youth. **Am. J. Prev. Med.**, v. 36, n. 2, p. 120-125, 2009.

HILL, L.; SMITH, N. **Self-Care nursing: promotion of health**. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs: New Jersey, 1990.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. L. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

- KOURROUSKI, M. F. C. **Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- KRAUSE, M. V.; MAHAN, L. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- LUBY, S. P. et al. Combining drinking water treatment and hand washing for diarrhea prevention, a cluster randomized controlled trial. **Trop. Med. Int. Health.**, Oxford, v. 11, p. 479-489, 2006.
- MARKHAM, C. M. et al. +CLICK: harnessing web-based training to reduce secondary transmission among HIV-positive youth. **AIDS care**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 622-631, May 2009.
- MARTINS, S. S.; MARTINS, T. S. S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011.
- MASSARENTE, D. B et al. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. **BMC oral health.**, London, v. 11, n. 2, p. 1-7, Jan. 2011.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MOTTA, K. A. M. B. et al. O grupo como instrumento de construção do conhecimento: aspectos éticos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jun. 2007.
- MURPHY, D. A. et al. Family routines and parental monitoring as protective factors among early and middle adolescents affected by maternal HIV/AIDS. **Child. Dev.**, Chicago, v. 80, n. 6, p. 1676-1691, Dec. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El embarazo y el aborto em la adolescencia**. Genebra, 1975.
- PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008.
- PASSOS, M. R. L. **Deesetologia no bolso**. Niterói: EdUFF, 2004. 152p.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- REIS, L. C. **Perfil nutricional de crianças e adolescentes portadores de HIV em acompanhamento ambulatorial**. 2008. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTOS, R. B. **Autocuidado, trabalho e diabetes mellitus**: uma abordagem de enfermagem. 2001. 270f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SONAGLIO, E. P. et al. Síndrome da lipodistrofia em crianças e adolescentes com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 224-228, jul./set. 2011.

SOUZA, L. R. **Contribuição ao estudo das manifestações clínicas de pacientes pediátricos infectados pelo HIV na era da terapia antirretroviral de alta potência**. 2008. 63f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências Biomédicas, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, L. R. et al. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de crianças infectadas pelo HIV: Resultados preliminares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 10., CONGRESSO NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM, 4., 2007, Curitiba. **Anais...** Curitiba: CBCENF, 2007.

SOUZA, L. R. et al. O cuidado de enfermagem junto à criança com diabetes mellitus tipo 1: elaboração de um folheto educativo. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 4, p. 365-369, 2010.

SOUZA, L.R et al. Perfil sexual e frequência de infecções genitais em adolescentes atendidos em uma clínica universitária. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 78-92, fev. 2009.

SOUZA, L. R.; FILGUEIRAS, A. S. **Avaliação da qualidade de vida de um grupo de crianças infectadas pelo HIV**. Relatório de projeto de pesquisa. FAPERJ: 2008.

SOUZA, L. R.; MACIEL, R. O. Os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em um grupo de crianças portadoras de LLA assistidas em um Hospital Universitário: estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 4., 2011, São Luis. **Anais...** São Luis: SOBEP, 2011.

STONER, S. et al. Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. **AIDS Behav.**, New Yor, v. 11, p. 227-237, 2007.

SZTAM, K. A. et al. Early increases in concentrations of total, LDL and HDL cholesterol in HIV-infected children following new exposure to antiretroviral therapy. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, Nova Iorque, v. 52, n. 4, p. 495-498, Apr.l 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2005.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 812-817, dez. 2006.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-560, 2002.

YU, P. C. et al. Terapia hipolipemiante em situações especiais: síndrome de imunodeficiência adquirida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 5, p. 58-61, 2005.



APÊNDICE A

ROTEIRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

PARA ADOLESCENTES

INFECTADOS PELO HIV DO AMBULATÓRIO DE DIP



1. Data: __/__/__
2. Número do Questionário: _____
- Início: _____ hs
- Término: _____ hs
3. Hospital _____
4. Serviço _____
5. Endereço _____
6. Telefone _____
7. Nome do Paciente _____
8. Prontuário: _____

ESTAMOS FAZENDO UMA AVALIAÇÃO SOBRE A SUA SAÚDE. VOCÊ E OUTROS ADOLESCENTES FORAM CONVIDADOS A PARTICIPAREM DESTE ATENDIMENTO. SE VOCÊ CONCORDAR EM PARTICIPAR PRECISAMOS QUE VOCÊ RESPONDA A ESTE QUESTIONÁRIO. VOCÊ CONCORDA EM PARTICIPAR?

9. Qual é sua ocupação (serviço que faz)?
10. Qual é a sua idade? |_|_| em anos completo
11. Sexo: |_|_| Masculino |_|_| Feminino
12. Até que ano ou série você completou (passou de ano) na escola? |_|_| anos
13. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você e sem contar empregados? |_|_|
14. Somando a renda (salário ou aposentadoria) de todas as pessoas que moram na sua casa e que trabalham, quanto elas receberam no mês passado?

Número de salários mínimos |_|_|

Se você não souber em salários, escreva o total em Reais: |_|_|_|_|_|,00

15. Você é casado (a) ou mora com companheira (o) fixa (o) ? _1_ Não _2_ Sim

A SEGUIR, VAMOS PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS DOENÇAS
QUE TALVEZ VOCÊ OU SEUS PARENTES PRÓXIMOS TENHAM

Alguma vez um profissional médico/ enfermeiro/ nutricionista disse que você tem:

	1. Não	2. Sim	3. Não lembro
16. Hipertensão arterial (pressão alta)?	_11_	_121_	_131_
17. Colesterol elevado?	_111_	_121_	_131_
18. Diabetes (açúcar no sangue)?	_111_	_121_	_131_
19. Baixo Peso?	_111_	_121_	_131_
20. Pneumonia?	_111_	_121_	_131_
21. Tuberculose	_111_	_121_	_131_
22. Sífilis?	_111_	_121_	_131_
23. Meningite?	_111_	_121_	_131_
24. HIV?	_111_	_121_	_131_

SE O ADOLESCENTE POSSUI UMA DAS DOENÇAS ACIMA SIGA COM AS PERGUNTAS - SE NÃO TEM AS DOENÇAS ACIMA PULE PARA → QUESTÃO 35

Atualmente, você toma algum remédio (medicamento) para tratar:

	1. Não	2. Sim	3. Não lembro
25. Hipertensão arterial (pressão alta)?	_111_	_121_	_131_
26. Colesterol elevado?	_111_	_121_	_131_
27. Diabetes (açúcar no sangue)?	_111_	_121_	_131_
28. Baixo Peso?	_111_	_121_	_131_
29. Pneumonia?	_111_	_121_	_131_
30. Tuberculose	_111_	_121_	_131_

31. Sífilis? _11_ _12_ _13_
32. Meningite? _11_ _12_ _13_
33. HIV? _11_ _12_ _13_

34. Outras: _____

35. Que remédios você toma para tratar

A- Hipertensão

Nome: _____

B- Colesterol elevado

Nome: _____

C- Diabetes:

Nome: _____

D- Pneumonia

Nome: _____

E- Tuberculose

Nome: _____

F- Sífilis

Nome: _____

G- Meningite

Nome: _____

H- HIV

Nome: _____

I- Outros

Nome: _____

Seu pai e/ou sua mãe tiveram as seguintes doenças?

Pai

Mãe

	Não	Sim	Não sei	Não	Sim	Não sei
36.Hipertensão (pressão alta)?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
37. Diabetes?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
38.Infarto do coração?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
39.Derrame cerebral	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
40. Outros:	_____					

Seus avós tiveram as seguintes doenças?

	AVÔ PATERNO			AVÓ PATERNA		
	Não	Sim	Não sei	Não	Sim	Não sei
41.Hipertensão (pressão alta)?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
42. Diabetes?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
43.Infarto do coração?	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
44.Derrame cerebral	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _	_ 1 _	_ 2 _	_ 3 _
45. Outros:	_____					

	AVÔ MATERNO			AVÓ MATERNA		
	Não	Sim	Não sei	Não	Sim	Não sei

46. Hipertensão (pressão alta)? _|1|_ _|2|_ _|3|_ _|1|_ _|2|_ _|3|_
47. Diabetes? _|1|_ _|2|_ _|3|_ _|1|_ _|2|_ _|3|_
48. Infarto do coração? _|1|_ _|2|_ _|3|_ _|1|_ _|2|_ _|3|_
49. Derrame cerebral _|1|_ _|2|_ _|3|_ _|1|_ _|2|_ _|3|_
50. Outros: _____

A SEGUIR, VAMOS PERGUNTAR SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NOS SERVICOS DE SAÚDE

51. Quais são os profissionais de saúde que você tem consulta?

Nutrição|__| Médico|__| Psicólogo|__|

Enfermeira|__| Serviço Social|__|

Dentista|__|

Outros: _____

52. Participa de algum grupo de apoio?

|2| sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

A SEGUIR VAMOS PERGUNTAR SOBRE SEUS HÁBITOS DE VIDA
--

53. Você já fumou ou fuma cigarros?

11 Nunca fumei → PULE PARA QUESTÃO 56

12 Fumava, mas parei e não fumo mais

13 Fumo

54. Geralmente, quantos cigarros por dia você fuma ou fumava? |__|__| cig/dia

Marque um X, SE FUMA OU FUMAVA MENOS DE 1 CIGARRO POR DIA |__|

55. Com que idade começou a fumar? |__|__| anos

56. Se parou de fumar, com que idade parou de fumar? |__|__| anos

57. Você costuma tomar bebidas alcoólicas, como cerveja, pinga, cachaça, vinho, uísque, licor, etc?

11 Nunca bebi → PULE PARA QUESTÃO 64

12 Bebia, mas não bebo mais

13 Tomo bebidas alcoólicas

Quantos copos, latas, garrafas ou doses de bebida você tomou nas últimas 2 semanas ?

Não Copo/Taça Lata/garrafa peq. Garrafa Dose

58. Cerveja _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

59. Cachaça, pinga _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

60. Vinho _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

61. Uisque, vodka, licor _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

62. Champanhe _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

63. Outra _19_|_9|_ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

SE O ADOLESCENTE NÃO BEBEU NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS PULE PARA → QUESTÃO 65.

64. Nas últimas duas semanas, você tomou 5 copos ou mais de bebidas alcoólicas

de uma única vez ? _11_ Não _12_ Sim _19_ Não lembro

A SEGUIR SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE SUA ATIVIDADE SEXUAL E HIGIENE

65. Você possui atividade sexual? PULE PARA A QUESTÃO 62 SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA

|__|__| dias da semana |__| nenhum

66. Utiliza preservativo? _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

67. Lava as mãos antes das refeições? _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

Escova os dentes diariamente?

68. Manhã _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

69. Após as refeições _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

70. À noite _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

71. Toma banho diariamente? _|2|_ sim _|1|_ não _|3|_ às vezes

AS PERGUNTAS A SEGUIR INCLUEM ATIVIDADES DE LAZER COMO CAMINHAR OU ANDAR DE BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR AO OUTRO, IR AO CINEMA, VISITAR AMIGOS, IR AO SHOPPING, IR A UMA FESTA, PRATICAR ESPORTE; ATIVIDADE FÍSICA, REPOUSO E SONO.

72. Em média, quantos dias de uma semana normal você

A- anda de bicicleta?

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês

B-caminha para ir de um lugar ao outro ?

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês

C-Vai ao cinema?

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês

D-Visita os amigos?

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês

B-Almoço

|__| todo dia |__| por semana |__| por mês

C-Lanche

|__| todo dia |__| por semana |__| por mês

D-Jantar

|__| todo dia |__| por semana |__| por mês

E-Ceia

|__| todo dia |__| por semana |__| por mês

79. Com que frequência você toma suco de frutas natural (laranja, limão, uva, maracujá, mamão, goiaba, graviola, etc)? (Registre no quadrinho o número de vezes que o adolescente toma suco)

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês _|99|_ raramente ou nunca

(PULE PARA QUESTÃO 81)

80. Quando você toma suco, quantos copos pequenos (200ml) você toma de uma única vez?

|__|__| copos

81. Com que frequência você toma leite? (Registre no quadrinho o número de vezes que o adolescente toma leite).

|__|__| por dia |__|__| por semana |__|__| por mês _|99|_ raramente ou

nunca

Nos últimos 12 meses, de <MÊS> do ano passado até agora – algum médico/enfermeiro/nutricionista recomendou para você:

	1. Não	2. Sim	3. Não lembro
82. Deixar de fumar?	_11_	_12_	_13_
83. Ganhar peso?	_11_	_12_	_13_
84. Beber mais líquido?	_11_	_12_	_13_
85. Descansar mais?	_11_	_12_	_13_
86. Não beber ou beber menos álcool?	_11_	_12_	_13_
87. Praticar alguma/mais atividade física?	_11_	_12_	_13_
88.			Outro:

Nos últimos 12 meses, você tentou **SERIAMENTE**:

	1. Não	2. Sim	3. Não lembro
89. Deixar de fumar?	_11_	_12_	_13_
90. Ganhar peso?	_11_	_12_	_13_
91. Beber mais líquido?	_11_	_12_	_13_
92. Descansar mais?	_11_	_12_	_13_
93. Não beber ou beber menos álcool?	_11_	_12_	_13_
94. Praticar alguma/mais atividade física?	_11_	_12_	_13_

Outro:

95. Em geral, como você descreve a sua saúde?

11 Excelente _12_ Muito boa _13_ Boa

14 Regular _15_ Fraca _16_ Péssima

96. Com que frequência você come os seguintes alimentos? (marque com X)

Alimento	1 ou mais vezes ao dia	4 a 6 vezes na semana	2 a 3 vezes na semana	1 vez na semana	1 a 3 vezes no mês	Raramente ou nunca
Carne de gado						
Carne de porco						
Charque ou carne de sol						
Miúdos						
Buchada						
Toucinho ou bacon						
Salame, salsicha, lingüiça						
Frango ou galinha com pele						
Frango ou galinha sem pele						
Peixe fresco ou congelado						
Peixe defumado						
Peixe salgado (pilombeta, bacalhau)						
Couro de peixe						
Arroz						
Feijão, lentilha						
Massa, macarrão, espaguete						
Legumes (batata, cenoura, aipim, beterraba)						
Verduras de folhas verdes (alface, couve, agrião, rúcula)						
Frutas frescas						
queijo						
Iogurte ou coalhada						
Comida feita com banha						
Comida com leite de côco						
Comida com azeite de dendê						
Pizza						
Cheesburger						
Batata frita						
Outras comidas com frituras						
Doces						
Tortas						
Refrigerante light						
Refrigerante normal						
Sorvete						
Outro						



APÊNDICE B
FICHA DE AFERIÇÃO PARA ADOLESCENTES
INFECTADOS PELO HIV DO AMBULATÓRIO DE DIP



NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

SERVIÇO: _____

SETOR: _____

NOME DO USUÁRIO: _____

DATA: |_|_| / |_|_| / |_|_|

HORÁRIO: |_|_| : |_|_|

HS

PESO: |_|_|_|, |_| KG

ALTURA: |_|_|_|, |_| CM

CIRCUNFERENCIA DO BRAÇO: |_|_|, |_| CM

CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: |_|_|, |_| CM

PRESSÃO ARTERIAL1: |_|_|_| X |_|_|_| mmHg PULSO 1: |_|_|_| bpm

PRESSÃO ARTERIAL 2: |_|_|_| X |_|_|_| mmHg PULSO 2: |_|_|_| bpm

CARGA VIRAL |_|_|_| mil cópias

LINFÓCITOS TCD4 |_|_|_| mm³

LINFÓCITOS TCD8 |_|_|_| mm³

ADESÃO Sim |_| Não|_|

COLESTEROL: |_|_|_| mg/dL

HDL: |_|_|_| mg/dL

LDL: |_|_|_| mg/dL

GLICEMIA: |_|_|_| mg/dL

AFERIDOR

DAS

MEDIDAS: _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O DESEMPENHO E MANUTENÇÃO DE PAPEIS DE AUTOCUIDADO EM ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Projeto de Pesquisa: O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação de enfermagem

Hospital: _____

Data: __/__/__

Nome do Paciente: _____

Prontuário: _____

A partir da pontuação atribuída a cada item determinar o nível de dependência para o autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV, seguindo a classificação de modalidades abaixo.

- **A** - Acima de 34 pontos – **independente** – Atendimentos semestrais
- **B** - 24 a 33 pontos – **parcialmente independente** – Atendimento trimestral.
- **C** - 14 a 23 pontos – **parcialmente dependente** – Atendimento bimensal;
- **D** - até 13 pontos – **dependente** - Atendimento mensal.

Papéis de autocuidado	Itens e ações	Pontuação
A) Manutenção de saúde	1. Realizar atividade física 2. Realizar atividades de lazer 3. Manter bom padrão de repouso 4. Manter bom padrão de hidratação 5. Manter alimentação adequada 6. Manter IMC adequado 7. Evitar o tabagismo 8. Evitar alcoolismo	
B) Prevenção e controle de infecções e complicações	9. História familiar 10. Manter higiene pessoal 11. Usar preservativo	
C) Autodiagnóstico e autotratamento	Ter valores normais de: 12. Carga viral (cópias/mm ³) 13. CD4 (células/mm ³) 14. LDL 15. HDL 16. GLICEMIA 17. Reconhecer a infecção pelo HIV 18. Ter boa adesão	
D) Participação ativa	19. Participar de grupos de apoio a pacientes infectados pelo HIV 20. Comparecer às consultas multiprofissionais: enfermagem, médica, nutrição, assistência social, odontologia, psicologia	

Legenda: Item A ao D - 2. Satisfatório; 1. Regular; 0. péssimo.

APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entre 10 e 14 anos)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Este é um termo de assentimento livre e esclarecido no qual está sendo apresentado a você e o mesmo será lido em voz alta para que após a compreensão do estudo você decida se deseja aceitar ou não a participar.

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação de enfermagem”, que tem como objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV; Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado. Este estudo se justifica pela necessidade do adolescente em desenvolver atividades de autocuidado.

Na oportunidade será aplicado um questionário em um consultório com perguntas sobre moradia, endereço, composição familiar, renda familiar, alimentação, fumo, bebidas alcoólicas, atividade sexual e prevenção, atividades de lazer, sono e repouso, atividades física. Serão colhidos do seu prontuário resultados de exames laboratoriais referente ao mês da coleta para serem organizados e discutidos sob a forma de um banco de dados que será submetido à análise e converterá num relatório de pesquisa para posterior apreciação e confirmação dos resultados. Este banco de dados será destruído após cinco anos do término da pesquisa.

Os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Você poderá em qualquer momento do estudo retirar-se da pesquisa sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário de perguntas abertas e fechadas, em uma consulta de enfermagem com duração aproximada de 15 (quinze) minutos. Os benefícios relacionados com sua participação incluem na elaboração de estratégias sistematizadas visando o auxílio e incentivando o atendimento das suas dúvidas e necessidades do autocuidado. Esta pesquisa não trará riscos, danos ou custos para você.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s): Rita Batista Santos (orientadora) (21) 22465056 e e-mail: rita@eean.ufrj.br; Luana dos Reis de Souza (mestranda) (21) 99868405 e e-mail: luanadosreis@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – pelo telefone 2562 – 2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Enfª _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia deste Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas do TCLE e assinar a última página.

Nome e Assinatura do voluntário/sujeito de pesquisa e do Pesquisador Responsável, local e data.

 Nome do Sujeito da Pesquisa

 Assinatura do Sujeito da Pesquisa

 Nome do Pesquisador Responsável

 Assinatura do Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, ___/___/___

APÊNDICE E

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entre 14 e 18 anos)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Este é um termo de assentimento livre e esclarecido no qual está sendo apresentado a você e o mesmo será lido em voz alta para que após a compreensão do estudo você decida se deseja aceitar ou não a participar.

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação de enfermagem”, que tem como objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV; Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado. Este estudo se justifica pela necessidade do adolescente em desenvolver atividades de autocuidado.

Na oportunidade será aplicado um questionário em um consultório com perguntas sobre moradia, endereço, composição familiar, renda familiar, alimentação, fumo, bebidas alcoólicas, atividade sexual e prevenção, atividades de lazer, sono e repouso, atividades física. Serão colhidos do seu prontuário resultados de exames laboratoriais referente ao mês da coleta para serem organizados e discutidos sob a forma de um banco de dados que será submetido à análise e converterá num relatório de pesquisa para posterior apreciação e confirmação dos resultados. Este banco de dados será destruído após cinco anos do término da pesquisa.

Os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Você poderá em qualquer momento do estudo retirar-se da pesquisa sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário de perguntas abertas e fechadas, em uma consulta de enfermagem com duração aproximada de 15 (quinze) minutos. Os benefícios relacionados com sua participação incluem na elaboração de estratégias sistematizadas visando o auxílio e incentivando o atendimento das suas dúvidas e necessidades do autocuidado. Esta pesquisa não trará riscos, danos ou custos para você.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s): Rita Batista Santos (orientadora) (21) 22465056 e e-mail: rita@eean.ufrj.br; Luana dos Reis de Souza (mestranda) (21) 99868405 e e-mail: luanadosreis@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – pelo telefone 2562 – 2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Enf^a _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia deste Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas do TCLE e assinar a última página.

Nome e Assinatura do voluntário/sujeito de pesquisa e do Pesquisador Responsável, local e data.

 Nome do Sujeito da Pesquisa

 Assinatura do Sujeito da Pesquisa

 Nome do Pesquisador Responsável

 Assinatura do Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, __/__/__

APÊNDICE F
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Maiores de 18 anos)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Este é um termo de consentimento livre e esclarecido no qual está sendo apresentado a você e o mesmo será lido em voz alta para que após a compreensão do estudo você decida se deseja aceitar ou não a participar.

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação de enfermagem”, que tem como objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV; Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado. Este estudo se justifica pela necessidade do adolescente em desenvolver atividades de autocuidado.

Na oportunidade será aplicado um questionário em um consultório com perguntas sobre moradia, endereço, composição familiar, renda familiar, alimentação, fumo, bebidas alcólicas, atividade sexual e prevenção, atividades de lazer, sono e repouso, atividades física. Serão colhidos do seu prontuário resultados de exames laboratoriais referente ao mês da coleta para serem organizados e discutidos sob a forma de um banco de dados que será submetido à análise e converterá num relatório de pesquisa para posterior apreciação e confirmação dos resultados. Este banco de dados será destruído após cinco anos do término da pesquisa.

Os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Você poderá em qualquer momento do estudo retirar-se da pesquisa sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário de perguntas abertas e fechadas, em uma consulta de enfermagem com duração aproximada de 15 (quinze) minutos. Os benefícios relacionados com sua participação incluem na elaboração de estratégias sistematizadas visando o auxílio e incentivando o atendimento das suas dúvidas e necessidades do autocuidado. Esta pesquisa não trará riscos, danos ou custos para você.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s): Rita Batista Santos (orientadora) (21) 22465056 e e-mail: rita@eean.ufrj.br; Luana dos Reis de Souza (mestranda) (21) 99868405 e e-mail: luanadosreis@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – pelo telefone 2562 – 2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Enfª _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia deste Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas do TCLE e assinar a última página. Nome e Assinatura do voluntário/sujeito de pesquisa e do Pesquisador Responsável, local e data.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, ___/___/___

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável Legal)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Este é um termo de consentimento livre e esclarecido no qual está sendo apresentado a você e o mesmo será lido em voz alta para que após a compreensão do estudo você decida se deseja aceitar ou não a participar.

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação de enfermagem”, que tem como objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes infectados pelo HIV; Testar uma proposta de consulta de enfermagem para o autocuidado. Este estudo se justifica pela necessidade do adolescente em desenvolver atividades de autocuidado.

Na oportunidade será aplicado um questionário em um consultório com perguntas sobre moradia, endereço, composição familiar, renda familiar, alimentação, fumo, bebidas alcóolicas, atividade sexual e prevenção, atividades de lazer, sono e repouso, atividades física. Serão colhidos do seu prontuário resultados de exames laboratoriais referente ao mês da coleta para serem organizados e discutidos sob a forma de um banco de dados que será submetido à análise e converterá num relatório de pesquisa para posterior apreciação e confirmação dos resultados. Este banco de dados será destruído após cinco anos do término da pesquisa.

Os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Você poderá em qualquer momento do estudo retirar-se da pesquisa sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário de perguntas abertas e fechadas, em uma consulta de enfermagem com duração aproximada de 15 (quinze) minutos. Os benefícios relacionados com sua participação incluem na elaboração de estratégias sistematizadas visando o auxílio e incentivando o atendimento das suas dúvidas e necessidades do autocuidado. Esta pesquisa não trará riscos, danos ou custos para você.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s): Rita Batista Santos (orientadora) (21) 22465056 e e-mail: rita@eean.ufrj.br; Luana dos Reis de Souza (mestranda) (21) 99868405 e e-mail: luanadosreis@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – pelo telefone 2562 – 2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Enfª _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia deste Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas do TCLE e assinar a última página.

Nome e Assinatura do Responsável legal do voluntário/sujeito de pesquisa e do Pesquisador Responsável, local e data.

Nome do Responsável do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Responsável do Sujeito da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, __/__/__

APÊNDICE H

ESCORES DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO REALIZADO POR ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV A PARTIR DO DESEMPENHO E MANUTENÇÃO DOS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO

COMO REALIZAR A PONTUAÇÃO DOS ESCORES A PARTIR DO INSTRUMENTO?

A seguir temos as pontuações para cada item da entrevista:

- 2 – Satisfatório
- 1 – Regular
- 0 – Péssimo

Papel de Autocuidado: Manutenção da Saúde

Atividade Física

- > 150 min/sem – 2 pts
- <150 min/sem – 1 pt
- 0 h – 0 pt

- Atividade de lazer

- Faz algum item listado mais de 1 vez por semana – 2 pts
- Faz algum item listado menos de 1 vez por semana – 1pt
- Não faz nenhum item listado – 0 pt

I-Repouso

2 pts:

- Fica sentado > 5 h por dia
- Fica deitado > 5 h por dia

1 pt:

- Fica sentado < 5h por dia
- Fica deitado < 5h por dia

0 pt:

- Não fica sentado
- Não fica deitado

F-Hidratação

Suco ou leite > 1 vez por dia – 2 pts
Suco ou leite < 1 vez por dia – 1 pt
Não toma suco nem leite – 0 pt

5. Alimentação

Realiza as 4 refeições principais (café, almoço, lanche e janta) por dia – 2 pts
Realiza as 2 refeições principais (almoço e janta) por dia – 1 pt
Não realiza ou realiza apenas 1 refeição por dia – 0 pt

6. IMC

Abaixo de 18,5 ou acima de 29 – 0 pt
Entre 18,5 e 28,9 – 2 pts

7. TARVs

Sabe todos os nomes dos ARVs – 2 pts
Não sabe todos os nomes – 1 pt
Não sabe os nomes – 0 pt

8. Tabagismo

Fuma – 0 pt
Não fuma – 2 pts
Já fumou – 1 pt

9. Alcoolismo

Bebe – 0 pt
Já bebeu – 1 pt
Não bebe – 2 pts

Papel de Autocuidado: Prevenção e Controle de infecções oportunistas e complicações

10. Higiene

2 pts:

Lava as mãos
Escova os dentes
Toma banho

1 pt:

Lava as mãos às vezes
Escova os dentes às vezes
Toma banho às vezes

0 pt:

Não lava as mãos

Não escova os dentes

Não toma banho

11. Preservativo

Usa sempre – 2 pts

Usa às vezes – 1 pt

Não usa nunca – 0 pt

Não tem relação sexual – 2 pts

12. Adesão à terapia

Sim – 2 pts

Não – 0 pt

Papel de Autocuidado: Autodiagnóstico e Autotratamento

13. Carga Viral

Indetectável – 2 pts

Acima de 50 cópias – 1pt

Acima de 100.000 - 0pt

14. CD4

≥ 500 – 2 pts

Entre 200 e 499 – 1

< 200 – 0

15. LDL

2 pts

< 100

1pt

< 160

0 pt

> 160

16. HDL

> 40 mg/dl - 2 pts

<40mg/dl

17. Glicemia

Entre 70 e 110 mg/dl – 2 pts

<70 e >110 – 0 pt

Papel de Autocuidado: Participação Ativa nos Serviços de Saúde

18. Grupos de apoio

Participa – 2 pts

Às vezes – 1 pt

Não participa - 0 pt

19. Consultas multidisciplinares

> 4 profissionais – 2 pts

< 4 profissionais – 1 pt

Nenhum profissional – 0 pt

APÊNDICE I

CARTÃO EU SOU ASSIM

EU FUMO

NÃO 1-10 CIGARROS 11-20 CIGARROS 21 OU MAIS CIGARROS

EU COMO FRITURAS

NÃO RARAMENTE ÀS VEZES QUASE SEMPRE SEMPRE

EU COSTUMO BEBER

NÃO 1-2 X NA SEMANA 3-4 X NA SEMANA 5 OU MAIS VEZES NA SEMANA

EU ESTOU ABAIXO DO MEU PESO

NÃO ATÉ 5 KILOS 5-10 KILOS 10 OU MAIS KILOS

EU FAÇO ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA

NÃO 1-2 X NA SEMANA 3-4 X NA SEMANA 5 OU MAIS VEZES NA SEMANA

MINHA CARGA VIRAL

MEU CD4

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

CEP - MEMO - n.º 062/12

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2012.

De: Coordenador do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Luana dos Reis de Souza

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a).

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre todas documentações entregues em formato digital incluindo seu respectivo protocolo de pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 164/11 - CEP

Título: "O autocuidado em adolescentes infectados pelo HIV: avaliação da enfermagem"

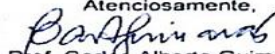
Pesquisador (a) responsável: Luana dos Reis de Souza

Data de apreciação do parecer: 02/02/2012

Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 02/08/2012, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 - CNS/MS).

Atenciosamente,


Prof. Carlos Alberto Guimarães
Coordenador do CEP

ANEXO B
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HUPE

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2011

Do: Comitê de Ética em Pesquisa

Prof.: Wille Oigman

Para: Aut. Luana dos Reis de Souza / Orient. Prof^a. Rita Batista Santos

Registro CEP/HUPE: /30272011 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)

CAAE: 0056.0.226.228-11

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "O AUTOCUIDADO EM ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV: AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Prof. Wille Oigman
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TERREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030
TEL: 21 2868-8253 – FAX: 21 2264-0853 – Email: cep-hupe@uerj.br