

MORBIMORTALIDADE DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL

MORBIMORTALITY OF ADOLESCENTS WHO HAVE HIV/AIDS IN A REFERENCE CENTRE IN THE SOUTH OF BRAZIL

Cristiane C de Paula¹, Stela Maris M Padoin¹, Crhis N Brum², Clarissa B Silva³, Renata M Bubaduê³, Paulo Victor Cesar de Albuquerque³, Izabel Cristina Hoffmann⁴

RESUMO

Introdução: com o avanço da epidemia da aids no Brasil, evidenciou-se uma tendência à juvenização do seu perfil epidemiológico, ou seja, a distribuição dos casos de aids na população de adolescentes. **Objetivo:** caracterizar a morbimortalidade de adolescentes com HIV/aids que foram atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS/Brasil), no período de 1993 a 2011. **Métodos:** estudo descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os prontuários do HUSM foram a fonte de informação de dados. A população do estudo foi de 45 adolescentes com HIV/aids, na faixa etária de 13 a 19 anos, segundo critério etário estabelecido pelo Programa Nacional de DST/Aids do Brasil. **Resultados:** desta população, 60% eram meninas, 48% de 13 a 14 anos, em 66,7% a transmissão foi vertical, 44,4% tiveram diagnóstico até os 5 anos de idade, 46,7% tiveram de quatro a seis consultas no último ano, 49% foram assíduos, 84,4% faziam uso de antirretrovirais, 92,2% com esquema duplo, 44,7% há mais de 9 anos, 60% já haviam tido doença oportunista, e 75,6%, internação hospitalar. Foram notificados dois óbitos. **Conclusão:** evidenciou-se a fragilidade clínica pelo comprometimento imunológico e doenças oportunistas, pela necessidade de acompanhamento clínico, laboratorial e medicamentoso permanentes, pela demanda de adesão ao tratamento e exposição a efeitos adversos, o que indica a necessidade de integralidade na atenção à saúde dos adolescentes, com o compromisso de atender às demandas específicas da condição sorológica e da fase de crescimento e desenvolvimento.

Palavras-chave: HIV, aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), saúde do adolescente, enfermagem, DST

ABSTRACT

Introduction: the advancement of the aids epidemic in Brazil showed a youngest tendency with its epidemiological profile, in others words, the distribution of aids cases in adolescents. **Objective:** to characterize morbidity and mortality of adolescents with HIV/aids who were treated in the University Hospital of Santa Maria (UHSM/RS/Brazil), from 1993 to 2011. **Methods:** descriptive, documental, retrospective study with quantitative approach. The source of data information was patients' records at UHSM. Study population was of 45 adolescents with HIV/aids, aged 13 to 19, according age criteria established by Brazilian National STD/Aids Program. **Results:** from this population, 60% were girls, 48% aged 13-14 years old, in 66.7% infection was vertical, 44.4% were diagnosed until 5 years old, 46.7% had four to six consults in the last year, 49% were assiduous, 84.4% were taking antiretroviral, 92.2% with double scheme, 44.7% were older than 9 years old, 60% already had opportunist illness, and 75.6%, were admitted in a hospital before. Two deaths were notified. **Conclusion:** it was evidenced clinical fragility through immunological compromise and opportunist illnesses, through need of permanent clinical, laboratorial and drug monitoring, for the demand of adherence to treatment and exposure to adverse effects, which indicates the need of integrality in health care to adolescents in commitment to answer serological condition and the growing and the development phase' specific demands.

Keywords: HIV, aids (acquired immunodeficiency syndrome), adolescent health, nursing, STD

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por transformações, em que ocorre a maturação sexual e cognitiva, bem como o exercício de experimentação de papéis na sociedade. Acontece a formação da identidade, a qual emerge da mútua adaptação de potenciais individuais e coletivos e de visões de mundo. Essa fase potencializa a interação com pares em grupos, transferindo-se o adolescente do lugar na família para a comunidade, direcionando-se ao modo de vida social com o qual se identifica. A adolescência pode ser compreendida a partir de diferentes

critérios: cronológico, do desenvolvimento físico, sociológico, psicológico, ou da combinação dos mesmos⁽¹⁾.

A partir da combinação de critérios o adolescente se mostra como um ser vulnerável a inúmeras situações de exposição de sua saúde, consequência de sentimentos de imunidade e onipotência. Dentre as situações de vulnerabilidade, destaca-se a possibilidade de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Essa infecção e, conseqüentemente, o adoecimento pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) configuram-se como temáticas contemporâneas nas ciências da saúde e sociais, por sua natureza sociológica, política, econômica e clínico-epidemiológica⁽²⁾.

Dessa forma, com base na notificação de casos de aids no Brasil e na história da infecção, pode-se apontar, retrospectivamente, o avanço da epidemia em nosso País, o qual apresenta modificações em seu perfil epidemiológico. Evidencia-se uma tendência à juvenização, que é marcada pelos casos notificados por idade, ou seja, a distribuição dos casos de aids na população de adolescentes. No período 1980-2011, ocorreram 12.891 casos na faixa etária entre 13 e 19 anos. Essas mudanças implicaram na formação de políticas específicas para pessoas que têm HIV/aids, colaborando no avanço do tratamento, bem como no acesso gratuito aos medicamentos, resultando na melhoria e no bem-estar dessa população⁽³⁾.

O adolescente que tem HIV/aids ganha importância no contexto da epidemia, tanto a partir de adolescentes infectados por transmis-

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil).

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista DS-CAPES.

³ Acadêmico de Enfermagem da UFSM. Bolsista de Iniciação Científica.

⁴ Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS/Brasil). Instituição onde o trabalho foi desenvolvido: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS/BR).

Auxílios sob a forma de financiamento de recursos nos Programas de Iniciação Científica: Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE-UFSM); Auxílio Recém-Doutor da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS); Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do CNPq e Programa de Demanda Social da CAPES.

são horizontal quanto vertical. Como resultado da redução da morbimortalidade na população de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV, tem-se a primeira geração de crianças e adolescentes com HIV/aids desde o nascimento⁽⁴⁻⁶⁾. Essa problemática aponta para a necessidade de cuidados em saúde que contribuam para o desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do vírus e de ações de assistência para a melhoria das condições de vida das pessoas que têm aids⁽⁷⁾.

Assim, há necessidade de ações de intervenção junto aos adolescentes, de modo que se possa viabilizar um acompanhamento integral da sua condição crônica relacionada à aids⁽⁸⁾. Ainda, que possibilite o surgimento de questões que venham a auxiliar a assistência realizada, mediando ações de promoção à saúde e de minimização dos danos clínicos e sociais que a infecção ocasiona.

As inquietações acerca da problemática do adolescente que tem HIV/aids surgiram de vivências e experiências oriundas da participação em projetos de pesquisa e extensão, no serviço de acompanhamento ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)⁽⁹⁾.

OBJETIVO

Caracterizar a morbimortalidade dos adolescentes com HIV/aids que foram atendidos no HUSM/RS/Brasil.

MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os prontuários do HUSM foram a fonte de informação de dados de morbimortalidade. Esse hospital é localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, sendo um serviço de referência para toda a macrorregião.

A população do estudo foi composta por adolescentes com HIV/aids, na faixa etária de 13 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, segundo o critério etário estabelecido pelo Programa Nacional de DST/Aids do Brasil. A lista de adolescentes da população do estudo foi obtida junto ao serviço, pela agenda de atendimento do ano de 2010 do Ambulatório Alas I e II de Doenças Infecciosas e Unidade Dispensadora de Medicação (UDM), localizados no HUSM. Os óbitos foram obtidos junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Totalizando 45 adolescentes com HIV/aids.

Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de HIV/aids e estar em acompanhamento no serviço de infectologia do HUSM. As justificativas de exclusão foram: as inconsistências nos registros e os prontuários não encontrados.

Para obtenção dos dados foi utilizado um instrumento com características sociodemográficas; história clínica; evolução clínica e mortalidade. Os dados coletados, no período de outubro de 2011 a março de 2012, foram submetidos à digitação dupla independente no *software Epi Info* versão 7.0 para garantir a exatidão dos dados. Obteve-se um banco de dados de todos os adolescentes atendidos no serviço de 1993 a 2011.

Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica, a partir da construção de um banco de dados e do programa de análise no *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* 17.0.

O projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 0257.0.243.000-11.

RESULTADOS

A pesquisa contemplou uma população de 45 adolescentes com HIV/aids que realizaram acompanhamento clínico no HUSM. Quanto às características sociodemográficas (**Tabela 1**), a procedência dos adolescentes usuários do serviço foi de 12 municípios do Rio Grande do Sul. Destaca-se que 60% eram provenientes de Santa Maria.

Houve predomínio do sexo feminino (60%). Quanto à cor ou raça, foi apontada a branca (48,9%). A faixa etária classificou-se nas fases da adolescência, destacando-se a inicial (13-14 anos) (48,8%).

Quanto à história clínica (**Tabela 2**), evidenciou-se a categoria de exposição ao HIV, com destaque para a transmissão vertical (66,7%). A maioria realizou exame laboratorial de diagnóstico de infecção pelo HIV na infância (62,2%), e a faixa etária de maior frequência foi entre 0 e 5 anos de idade (44,4%). Sobre a revelação do diagnóstico de HIV/aids, com igual frequência existem aqueles que sabiam do diagnóstico e não há registro desta informação no prontuário (46,7%).

Em relação ao acompanhamento ambulatorial no serviço, verificou-se que no último ano os adolescentes tiveram entre quatro a seis agendamentos de consultas (46,7%). Quanto à assiduidade, os adolescentes costumavam comparecer a todas as consultas (49%).

No que se refere ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a maioria foi contemplada com avaliação específica (53,3%), conforme instrumento do serviço de pediatria da referida instituição. O profissional mais frequente no acompanhamento e na orientação foi o médico (79%).

Quanto ao acesso a serviços de saúde, os adolescentes recorreram a outros setores do HUSM (45,5%) além da infectologia, com

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes que têm HIV/aids em serviço de referência no sul do Brasil, 1993-2011. N = 45

	Variáveis	N	%
Município	São Martinho da Serra	1	2,2
	Cacequi	1	2,2
	Dilermano de Aguiar	2	4,4
	Jaguari	1	2,2
	São Sepé	3	6,7
	Santa Maria	27	60,0
	Júlio de Castilhos	3	6,7
	Caçapava do Sul	1	2,2
	Alegrete	2	4,4
	Maçambará	1	2,2
	São Borja	2	4,4
	Venâncio Aires	1	2,2
Sexo	Feminino	27	60,0
	Masculino	18	40,0
Cor ou raça	Branca	22	48,9
	Parda	10	22,2
	Preta	6	13,3
	Não constava informação	7	15,6
Fase da adolescência/ Faixa etária	13 anos	12	26,7
	Inicial	10	22,1
	14 anos	9	20,0
	Média	3	6,7
	15 anos	8	17,8
	16 anos	3	6,7
17 anos	8	17,8	
18 anos	3	6,7	
19 anos	3	6,7	

Tabela 2 - História clínica dos adolescentes que têm HIV/aids em serviço de referência no sul do Brasil, 1993-2011. N = 45

	Variáveis	N	%
Categoria de exposição	Transmissão vertical	30	66,7
	Transmissão sexual	6	13,3
	Transfusão sanguínea	3	6,7
	Uso de drogas	1	2,2
	Não identificado	5	11,1
Faixa etária do diagnóstico	0 – 5 anos	20	44,4
	6 – 10 anos	7	15,6
	11 – 15 anos	6	13,3
	> 15 anos	4	8,9
Revelação do diagnóstico para o adolescente	Não constava informação	8	17,8
	Sim	21	46,7
	Não	3	6,6
	Não constava informação	21	46,7
Agendamento de consultas de acompanhamento ambulatorial	1 – 3	12	26,7
	4 – 6	21	46,7
	Mais de 6	9	20,0
	Sem agendamento	1	2,2
	Não constava informação	2	4,4
Assiduidade nas consultas	1 – 3 faltas	20	44,4
	4 – 6 faltas	1	2,2
	Compareceram a todas	22	49,0
Acompanhamento específico do crescimento e desenvolvimento	Não constava informação	2	4,4
	Sim	24	53,3
Profissional que desenvolveu o acompanhamento específico	Não	21	46,7
	Médico	19	79,0
Acesso a outros serviços além da infectologia do HUSM	Nutricionista	3	12,5
	Enfermeiro	2	8,5
	Sim	16	35,5
Acesso a outros serviços no HUSM	Não	26	57,8
	Não constava informação	3	6,7
	Sim	20	45,5
Acesso a outros serviços no HUSM	Não	24	53,3
	Não constava informação	1	2,2

predomínio da obstetria (11,1%); e acompanhamento de saúde em outro município (35,5%).

Com referência à evolução clínica (**Tabela 3**), 84,4% faziam uso de antirretrovirais (ARV) com esquema medicamentoso singular a cada adolescente. Quanto à complexidade do esquema medicamentoso, a maioria dos adolescentes fazia uso de esquema duplo (92,2%). Dentre os 38 adolescentes que faziam terapia antirretroviral (TARV), a maioria já havia tido ajustes no esquema medicamentoso (66,7%), por indicação terapêutica (80%) ou devido a efeitos colaterais (14,4%). Sendo que parte deles já havia feito uso de mais de três esquemas (48,9%).

No que se refere ao tempo de TARV, os adolescentes faziam uso de medicação havia mais de 9 anos (44,7%). Na maioria não houve

Tabela 3 – Evolução clínica dos adolescentes que têm HIV/aids em serviço de referência no sul do Brasil, 1993-2011. N = 45

	Variáveis	N	%
Uso de ARV	Sim	38	84,4
	Não	7	15,6
Esquema medicamentoso	Duplo	35	92,2
	Triplo	3	7,8
Mudança no esquema medicamentoso	Sim	30	66,7
	Não	15	33,3
	Indicação terapêutica	24	80,0
Motivo da mudança	Efeitos colaterais	4	14,4
	Outro	1	3,3
	Não constava informação	1	3,3
	1	7	15,6
Quantitativo de esquemas até o momento	2	4	8,9
	3	4	8,9
	Mais de 3	22	48,9
	1 – 3 anos	9	23,6
Tempo de TARV	4 – 6 anos	5	13,1
	7 – 9 anos	5	13,1
	Mais de 9 anos	17	44,7
	Não constava informação	2	5,2
Suspensão de TARV	Sim	3	8,0
	Não	33	87,8
	Não consta	2	5,2
Retirada dos ARV	UDM HUSM	27	71,0
	Outra Instituição	4	10,5
Acometimento por doenças oportunistas	Não constava informação	7	18,4
	Sim	27	60,0
	Não	14	31,1
Doenças oportunistas	Não consta	4	8,9
	Pneumonia	19	71,4
	Citomegalovírus	4	14,8
Internações hospitalares	Otite	4	14,8
	Sim	34	75,6
	Não	11	24,4
Tempo de internação	1 – 10 dias	16	47,0
	11 – 15 dias	4	11,7
	Mais de 16 dias	14	41,3
Outros medicamentos além dos ARV	Sim	6	13,3
	Não	36	80,0
	Não constava informação	3	6,7
Exames laboratoriais	Hemograma	44	97,8
	Genotipagem	14	31,1
	Parasitologia	12	26,7
	Outros	11	24,4

interrupção do tratamento (87,8%). Quanto à retirada da medicação, os adolescentes acessavam a UDM do HUSM (71%).

No que se refere a doenças oportunistas associadas à aids, elas constavam para a maioria dos adolescentes (60%), dentre as quais a mais frequente foi a pneumonia (71,4%). Especialmente as doenças oportunistas resultaram em internações hospitalares (75,6%),

com tempo de internação de 1 a 10 dias (47%). Sendo assim, alguns adolescentes utilizavam outras medicações além da TARV (13,3%), como tratamento para: citomegalovírus, pneumonia, hipotireoidismo, lipodistrofia, crises convulsivas, síndrome nefrótica, psoríase e sintomas alérgicos.

Durante o acompanhamento ambulatorial de saúde, os adolescentes realizavam uma diversidade de exames laboratoriais, tendo mais frequência: hemograma (97,8%) e genotipagem (31,1%).

Quanto à variável de mortalidade dos adolescentes que tinham HIV/aids, identificaram-se dois óbitos, e como causas de morte: choque séptico e insuficiência respiratória aguda.

DISCUSSÃO

Os resultados da caracterização sociodemográfica apontaram uma convergência entre a procedência dos adolescentes que mantinham acompanhamento ambulatorial de saúde no HUSM e a referência do serviço para a metade sul do Rio Grande do Sul/Brasil. A importância do trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da epidemia, assumiu destaque com a proposta de implantação dos serviços de referência em HIV/aids pelo Ministério da Saúde do Brasil. Foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, visando à oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção às pessoas que têm HIV/aids⁽¹⁰⁾.

O predomínio do sexo feminino e da cor/raça branca vai ao encontro dos dados epidemiológicos de aids no Brasil, no que se refere aos casos notificados segundo raça/cor por sexo, na faixa etária de 13 a 19 anos de idade⁽³⁾.

A faixa etária destacou a fase inicial da adolescência, evidenciando o resultado positivo da tecnologia medicamentosa. Com o investimento crescente para dar conta do agente etiológico da aids, na busca da garantia da sobrevivência, um grupo de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV não morreu. Venceu a etapa da infância, adentrando em uma nova fase do desenvolvimento humano. Esse grupo é conhecido como a primeira geração que nasceu infectada pelo vírus e está adolescendo^(11,12). É coerente com o resultado da categoria de exposição ao HIV, que destacou a transmissão vertical e o diagnóstico laboratorial ainda na infância.

Sendo assim, converge com a propensão de juvenização da epidemia e com o avanço nas tecnologias diagnósticas e terapêuticas que, em conjunto, tiveram impacto sobre a morbimortalidade de crianças e adolescentes. Demanda a necessidade de revelação do diagnóstico, que constitui o desafio de um processo gradual, progressivo e contínuo⁽¹³⁾. Resulta na descoberta ou na confirmação pela criança ou adolescente que, até então, viveu em silêncio. Na especificidade da transmissão vertical, a revelação do diagnóstico também implica na revelação do diagnóstico materno e, por vezes, paterno, apontando o caráter da aids em família^(11,14).

Essa situação sorológica requer, além do uso contínuo de medicamentos, elevada frequência ao serviço de referência para acompanhamento por profissionais de saúde. Assim, marca um cotidiano de idas e vindas ao serviço para acesso à medicação, sistemático e regular controle da carga viral, que determina mudanças nos hábitos de vida diária em comparação com outros adolescentes⁽¹⁵⁾.

A assiduidade às consultas mostrou que o acesso ao serviço de referência está sendo efetivo e que há compreensão da necessidade do seguimento para a manutenção da saúde. Entretanto, alguns adolescentes ainda têm déficit na continuidade do acompanhamen-

to de sua saúde, sendo que as prováveis causas não estão especificadas nos prontuários. Esse déficit poderia ser compreendido pela influência da estrutura do serviço quanto à distância, espaço próprio para essa população, vínculo com a equipe, interferência no cotidiano escolar e social, entre outros⁽¹⁶⁾.

O acompanhamento específico do crescimento e do desenvolvimento está relacionado à associação da replicação viral e progressão da doença com o déficit ponderal de crescimento⁽¹⁷⁾. Além disso, a dosagem dos medicamentos do esquema ARV deve ser prescrita de acordo com os estágios de puberdade de Tanner.

O acesso aos serviços de saúde aponta a necessidade de vínculos entre profissional, adolescente e família, para haver segurança e compromisso no percurso clínico, social e existencial. No entanto, os serviços de referência são, na maioria, hospitais universitários, nos quais ocorre grande fluxo de estudantes e profissionais. O grupo de transmissão vertical do HIV se caracteriza por apresentar vínculos sólidos com o serviço de saúde e cuidadores, pois geralmente estão em tratamento há muitos anos. Entretanto, o grupo de transmissão horizontal se mostra com vínculos frágeis e, frequentemente, apresenta agravos sociais diversos, dificuldade em buscar os serviços de saúde, problemas escolares e de inserção profissional⁽¹⁶⁾.

Quanto à TARV, o esquema medicamentoso é singular para cada adolescente, pois estão em fase de crescimento, modificação do metabolismo e composição corporal com ritmo acelerado⁽¹⁶⁾. A indicação de esquema varia conforme o momento em que aconteceu a infecção e a evolução da doença. A complexidade do esquema está em consonância com o Consenso do Programa Nacional de Aids, que recomenda a terapia combinada com três ARV, incluindo duas classes de fármacos diferentes, sem interrupção do tratamento. A experiência acumulada permite concluir que esta é a melhor estratégia para maximizar a supressão da replicação viral, preservar e/ou restaurar o sistema imune, retardar a progressão da doença e aumentar a sobrevida⁽¹⁸⁾.

Eles necessitam de ajustes da TARV, segundo o estadiamento da puberdade de Tanner e/ou a resistência medicamentosa ou dificuldade de adaptação devido aos efeitos colaterais. Parte dos adolescentes do grupo de transmissão vertical, geralmente em tratamento há muitos anos, atinge a adolescência exposta a múltiplos esquemas medicamentosos. E apresenta vários efeitos adversos, com reduzidas opções terapêuticas, necessitando de acesso a novas drogas, por vezes ainda não aprovadas para sua faixa etária. Os adolescentes do grupo de transmissão horizontal, comumente, estão em início de tratamento^(16,18-20).

Diante do acometimento por doenças oportunistas, o uso de medicamentos profiláticos se mostra essencial à manutenção da saúde, devido ao comprometimento imunológico e risco elevado de infecções bacterianas, fúngicas, parasitárias e virais. A profilaxia visa, principalmente, a prevenção de pneumonia, frequente em pessoas soropositivas e que pode se manifestar com rapidez e alta letalidade. Quando o tratamento não é efetivo, poderá haver a necessidade de internações hospitalares^(16,18-20).

Sendo assim, é imprescindível o acompanhamento de saúde, com realização de exames laboratoriais periódicos devido à necessidade de monitoramento de imunidade e efetividade do tratamento (CD4/CV) e indicação mais precisa dos medicamentos (genotipagem)⁽¹⁸⁾.

A mortalidade por aids no Brasil é um problema de saúde pública que atinge de modo heterogêneo os segmentos populacionais.

Entre os adolescentes está relacionada com a fragilidade em diagnosticar precocemente os casos de infecção, bem como monitorar o estado de saúde. A política de prevenção do Programa Nacional de DST/Aids tem sido bem-sucedida no enfrentamento da epidemia, reduzindo as taxas de mortalidade e a incidência da doença⁽²¹⁻²²⁾.

CONCLUSÃO

A caracterização dos adolescentes com HIV/aids evidenciou a fragilidade clínica pelo comprometimento imunológico e suscetibilidade às doenças oportunistas, pela necessidade de acompanhamento clínico, laboratorial e medicamentoso permanentes, bem como de adesão ao tratamento, e pela exposição a efeitos adversos e possibilidade de falhas terapêuticas. Isto indica a necessidade de integralidade na atenção à saúde dos adolescentes, no compromisso de atender às demandas específicas da condição sorológica e da fase de crescimento e desenvolvimento. É preciso implantar ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção do adoecimento que atendam às especificidades dessa população. Para tanto, torna-se imprescindível aprimorar o acesso ao serviço e o vínculo com os profissionais.

As limitações encontradas na coleta de dados nos prontuários indicam a necessidade de estratégias de gestão do Serviço para minimizar o déficit de registros. Destaca-se a falta de informações acerca da faixa etária do diagnóstico e da revelação do diagnóstico.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Santa Maria, pelo financiamento de recursos humanos por meio do Fundo de Incentivo à Extensão (FLEX) e à Pesquisa (FIPE), o que possibilita a articulação das ações extensionistas à formação dos estudantes de graduação. Aos técnicos administrativos do Serviço de Doenças Infecciosas Pediátricas do Ambulatório do HUSM, que colaboram com as atividades e com a incorporação destas na rotina do atendimento. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelos financiamentos de recursos nos programas de iniciação científica. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pelos financiamentos de recursos nos programas de mestrado e doutorado.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psic Teor e Pesq*. 2012;28(1):101-8.
- Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, Paiva V, Parker RG. A critical analysis of the brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing counties. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1162-72.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids/DST. 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf (Acessado em: 02 mai 2012.)
- Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de crianças com aids. *Revista Enfermagem (UERJ)*. 2007;15(2):284-90.
- Ribeiro AC, Padoin SMM, Paula CC, Santos ÉÉP. Teens who may become infected with HIV and adolescents who have SIDA: narrative review. *Rev enferm UFPE online*. 2010;4(Spe):237-43.
- Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O cotidiano de crianças infectadas pelo HIV no adolescer: compromissos e possibilidades do cuidado de si. *Dst - J Bras Doenças Sex Transm*. 2008;20(3-4):173-8.
- Castro ACS, Caxias BCL, Araújo EC. Avaliação da educação sexual relacionadas ao HIV/AIDS entre adolescentes da região metropolitana de Recife. *Rev enferm UFPE online*. 2007;1(2):170-9.
- Schaurich D, Coelho D, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *Revista Enfermagem (UERJ)*. 2006;14(3):455-62.
- Padoin SMM, Paula CC. Programa aids, educação e cidadania: perspectivas para a segunda década de experiência extensionista. *Saúde (Santa Maria)*. 2012;38(1):1-11.
- Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):147-56.
- Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(4):658-64.
- Gomes AMT, Cabral IE. Entre dose e volume: o princípio da matemática no cuidado medicamentoso à criança HIV positiva. *Rev Enferm. UERJ*. 2009;17(3):333-8.
- Domek GJ. Debunking Common Barriers to Pediatric HIV Disclosure. *J tropediatr*. 2010;56(6):440-2.
- Schaurich D. A revelação do diagnóstico de aids à criança na compreensão de familiares. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 2011;45(2):480-6.
- Souza TS, Cabral IE, Paula CC. Adolescer de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV. *R. Enferm UFSM*. 2011;1(3):326-34.
- Ribeiro AC, Paula CC, Neves ET, Padoin SMM. Perfil clínico de adolescentes que têm HIV/AIDS. *Cogitare enferm*. 2010;15(2):256-62.
- Isanaka S, Duggan C, Fawzi WW. Patterns of postnatal growth in HIV-infected and HIV-exposed children. *Nutr Rev*. 2009;67(6):343-59.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdf (Acessado em: 03 maio 2012.)
- Macedo CR, Frauches DO, Macedo LR, Moreira-Silva SF, Nader PRA, Lima APNB et al. Preditores de mudanças nos regimes terapêuticos para o tratamento de AIDS em crianças. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(6):666-71.
- Feitosa AC, Lima HJA, Caetano JA, Andrade LM, Beserra EP. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(3):515-21.
- Santos SMS, Oliveira MLF. (Com)vivendo com AIDS: perfil do portadores de HIV/AIDS na região noroeste do estado do Paraná, 1989 a 2005. *Acta Scientiarum Health Sciences* 2009;32(1):51-6.
- Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorin E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44(4):467-70.

Endereço para correspondência:

CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336

Bairro Camobi, Santa Maria/RS

CEP: 97105-900

E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

Tel.: (55) 3220-8938 ou (55) 9999-3282

Recebido em: 15.05.2012

Aprovado em: 26.06.2012