

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LAÍS MACHADO HOSCHEIDT

COMPREENDENDO O ADOLESCER COM HIV/AIDS

**Porto Alegre
2009**

LAÍS MACHADO HOSCHEIDT

COMPREENDENDO O ADOLESCER COM HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito parcial da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de enfermeira.

Orientador: Prof^a Dra. Maria da Graça Corso da Motta

**Porto Alegre
2009**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família por estar presente em todos os momentos e ser um grande apoio nas dificuldades e nos momentos de alegria.

Vocês são a parte mais bonita do que sou hoje e da futura profissional que pretendo ser.

Agradeço as amigas e colegas, pessoas especiais que tive a oportunidade de conhecer e conviver nestes últimos anos.

Com muito carinho agradeço a compreensão, o incentivo e os ensinamentos da professora Maria da Graça Corso da Motta.

Obrigada!

*“Procurando bem
Todo mundo tem pereba
Marca de bexiga ou vacina
E tem piriri, tem lombriga, tem ameoba
[...]
Futucando bem
Todo mundo tem piolho
Ou tem cheiro de creolina
Todo mundo tem um irmão meio zanolho
[...]
Medo de subir, gente
Medo de cair, gente
Medo de vertigem
Quem não tem”*

(Ciranda da Bailarina - Chico Buarque)

RESUMO

Busca-se compreender o processo de adolecer com HIV/aids e as implicações para as ações de saúde desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo qualitativa exploratória descritiva. Na coleta das informações que contemplou a temática do HIV/aids e adolecer foram encontradas na literatura: livros no período de 1996 à 2002 e periódicos, teses e dissertações no período de 2003 à 2009, totalizando vinte e quatro publicações. Os resultados apontaram cinco categorias: trajetória da síndrome da imunodeficiência adquirida; adolecer, adolescência e juventude; vulnerabilidade; revelação do diagnóstico e ações de saúde. Enfocando, por fim, ações de saúde e as contribuições do cuidado em enfermagem desenvolvidas a esse grupo. Considerando que os estudos nacionais estão estruturados e possuem qualidade, apesar de ainda haver carência de estudos específicos sobre o adolecer com HIV/aids. Considera finalmente a necessidade de um cuidado em saúde mais aprimorado, visando envolver a tríade: adolescente, família/cuidados e serviço de saúde além de apontar a importância do desenvolvimento de mais pesquisas envolvendo a temática. Por fim, aponta recomendações aos serviços de saúde e ao ensino/formação dos profissionais da área as saúde.

Descritores: Adolescente, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Cuidado de Enfermagem e Serviços de Saúde da Criança.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO.....	8
3 METODOLOGIA.....	9
3.1 Busca das Fontes.....	9
3.2 Análise dos Dados.....	10
3.3 Aspectos Éticos.....	10
4 RESULTADOS.....	11
4.1 Trajetória da síndrome da imunodeficiência adquirida.....	11
4.2 Adolescer, Adolescência e Juventude.....	13
4.3 Vulnerabilidade.....	15
4.4 Revelação do Diagnóstico.....	17
4.5 Ações de saúde.....	20
<i>4.5.1 Analisando as políticas públicas.....</i>	<i>20</i>
<i>4.5.2 Cuidado em enfermagem.....</i>	<i>21</i>
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6 RECOMENDAÇÕES.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICE A – Modelo de Ficha Catalogada.....	32

1 INTRODUÇÃO

O processo de adolecer no indivíduo saudável envolve um conjunto de fenômenos biológicos e universais do crescimento e desenvolvimento humano. Envolvem aspectos físico-corporais, conjuntamente a fatores produzidos no âmbito das sociedades (ABEN, 2001). Segundo Resta (2006), o processo de adolecer é um período em que os jovens estão muito sensíveis às várias mudanças ocorridas na mente, no corpo físico, nos sentimentos, ou seja, na própria construção da identidade que se desenvolve nesse processo dinâmico. A essas peculiares somam-se fatores relacionados à presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

A Aids em crianças está relacionada com a incidência da epidemia entre as mulheres. A partir de 1985 são descritos os primeiros casos de transmissão pelo HIV em bebês no Brasil. Em 1996, novas descobertas da medicina possibilitaram o desenvolvimento de medidas profiláticas, com o uso dos antirretrovirais (ARV's), diminuindo a taxa de transmissão vertical (CRUZ, 2007).

O surgimento da profilaxia feita com a administração de medicamentos ARV's fez com que houvesse o aumento da sobrevivência destas crianças até a adolescência. Portanto, não são apenas meninos e meninas infectados durante a adolescência. Trata-se de uma nova experiência: o iniciar do adolecer, infectado pelo HIV ou com Aids desde o nascimento.

O adolecer envolve uma série de mudanças na aparência física, que interferem nas relações de grupo, geralmente intensificadas nessa etapa da vida. A sexualidade também se destaca no adolecer quando contempla aspectos físicos, psico-emocionais e sócio-culturais e desperta para descobertas como: o próprio corpo, o exercício do prazer e os valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais (ABEN, 2001). As mudanças físicas relacionadas à sexualidade confrontam-se com o preconceito de ser um adolescente que vive com HIV/Aids. Este preconceito é, muitas vezes, traduzido no silêncio, que aparece tanto dentro da família, quanto na escola e demais grupos sociais desse jovem.

A adesão ao tratamento com os ARV's e as limitações decorrentes desse tratamento são outras dificuldades vivenciadas por estes jovens e mobilizam questões mais profundas em relação aos seus sentimentos como a ambivalência entre a independência e a dependência dos familiares/cuidadores. Visto que a doença acompanha uma necessidade de auxílio do adulto para prover seu cuidado, como cumprimento dos horários das medicações, a observação dos efeitos colaterais gerados pelo uso da medicação e até mesmo o controle médico retardam o sentimento de independência almejado e característico do processo de adolecer.

A motivação principal em relação ao tema para a realização deste projeto foi à experiência prévia de dois anos participando de um grupo de pesquisa voltado à atenção das crianças e dos adolescentes que vivem com HIV/aids e suas famílias. Estudando a adesão ao tratamento com ARV's e convivendo com esses jovens foi possível perceber as dificuldades vivenciadas por eles no processo de adolecer. Tratando-se de crianças com HIV/aids, a responsabilidade sobre o tratamento é de seus familiares/cuidadores e é nessa etapa de transição da infância para a vida adulta que iniciam-se os conflitos característicos do processo de adolecer. Com esta proximidade, percebi que o processo de adolecer é um ponto relevante na adesão ao tratamento com ARV's. Visto que, nesse período, o futuro adulto determinará o nível de aderência ao seu tratamento e aos cuidados relacionados à futura exposição dos parceiros sexuais, apoiado na relação de cuidado na família e nos vínculos mantidos com os profissionais de saúde e instituições.

Conhecendo as práticas de saúde oferecidas em instituições de saúde e nos serviços de atendimento especializados em HIV/aids e observando-se as ações de saúde contempladas nos três níveis de atenção descritos pela Lei N° 8.080: prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL,1990). Constatou-se a necessidade de uma atenção diferenciada à saúde de jovens, focada no processo de adolecer e somada as características cronicidade do HIV/Aids e os cuidados impostos pelo tratamento.

Com isso, a questão principal do estudo é: Quais as necessidades dos jovens em processo de adolecer que vivem com HIV/aids, suas implicações para o cuidado da saúde?

2 OBJETIVO

Compreender o processo de adolescer com HIV/aids e as implicações para as ações de saúde desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo qualitativa exploratória descritiva com base nos passos propostos por Gil (2002), quais sejam: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema de pesquisa, elaboração do plano provisório do assunto e busca das fontes.

3.1 Busca das Fontes

A pesquisa desenvolve-se com base em material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos e alguns livros que contemplem a temática.

A busca de dados foi realizada a partir da pesquisa nas seguintes bases e bancos de dados eletrônicos: Publicações Médicas (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS) e literatura especializada em saúde (ADOLEC). De acordo com Gil (2002), os periódicos constituem o meio mais importante para a comunicação científica. É com o uso desses que se torna possível a comunicação formal dos resultados de pesquisas originais e a manutenção do padrão de qualidade na investigação científica.

Para a busca nos bancos de dados citados foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde, tais quais: Adolescente, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Cuidado de Enfermagem, Enfermagem e Serviços de Saúde da Criança. A revisão também contou com a busca no Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que contempla livros, teses e dissertações abordando a temática a ser trabalhada.

Ao desenvolver o estudo foram encontrados periódicos referenciados de revistas eletrônicas ou impressas, contemplando o período de seis anos (2003-2009). Por meio eletrônico também foram utilizados sites do ministério da saúde e a respeito da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

O sistema de bibliotecas contribui substancialmente com a construção da pesquisa, de maneira que possibilitou o uso de livros no período de 1996 à 2002 e dissertação (2006) e tese (2008).

3.2 Análise dos Dados

Seguindo a metodologia proposta por Gil (2002), a análise dos dados deu-se da seguinte forma: leitura do material obtido pelas diversas fontes de busca, confecção de fichas catalogadas de acordo com os temas enfocados, organização lógica do assunto e a redação final do estudo. A elaboração das fichas (APÊNDICE A) seguiu o modelo resumitivo proposto por Rauen (2002) constando de cabeçalho, título seguido da referência, corpo da ficha, ou resumo propriamente dito e a fonte de busca.

A leitura do material seguiu-se de identificação das informações e dados constantes do material impresso e eletrônico. Estabelecendo relações entre as informações e os dados obtidos com o objetivo do estudo e analisando a consistência das informações e dados apresentados pelos autores

Após leitura do material foram selecionados os seguintes materiais (Quadro 1):

Resultados do material selecionado		
Material consultado	Ano	Números
Periódicos eletrônicos	2003-2009	12
Capítulos de livro	2008	2
Livros	1996-2002	5
Teses	2008	1
Dissertações	2006	1
Relatório de Pesquisa	2009	1
Sites oficiais	2009	2

Quadro 1 - Resumo dos materiais encontrados.

3.3 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram contemplados na construção do estudo, respeitando as normas de citações e referências de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

4 RESULTADOS

Ao desenvolver a pesquisa foram encontrados diversos estudos envolvendo a temática selecionada. Dentro da vasta pesquisa fez-se necessário então categorizar os temas a serem contemplados.

Para introduzir fez-se um breve relato do que é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a trajetória da epidemia. Revisou-se o que é ser adolescente e a visão dos mesmos sobre si e a representação do HIV/aids.

Desenvolveu-se conjuntamente com o conceito de vulnerabilidade apresentado por Ayres (1996) e as características do processo de adolecer que os tornam susceptíveis a diversos agravos.

Outro desafio vivenciado no processo de adolecer com HIV/aids é a revelação do diagnóstico realizada das mais diversas formas tanto pelos cuidadores como pelos profissionais no serviço de saúde ou em conjunto. Foi possível identificar quais foram as facilidades e as dificuldades vivenciados nesse processo. Revisou-se as ações de saúde prestadas a esses adolescentes e as experiências construtoras de um cuidado aprimorado abrangendo o adolecer com HIV/aids e todas as suas características.

4.1 Trajetória da síndrome da imunodeficiência adquirida

A síndrome é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas e a imunodeficiência pela inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores. Diz-se adquirida por não ser causada espontaneamente, mas por um fator externo, o Vírus da Imunodeficiência Humana (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Programa Nacional de Aids a doença surgiu na África Central na metade do século XX e, provavelmente, por uma mutação dos vírus dos macacos após a ingestão da carne por humanos e disseminou-se pelo mundo por meio da globalização (PINTO et al, 2007).

No Brasil, os primeiros casos de Aids confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo, e, desde o início da década de 1980 até 2006, existem aproximadamente 600 mil brasileiros diagnosticados com o vírus da Aids. Do

total dos casos de Aids, mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2006b).

Em 1986, surgiu o primeiro medicamento contra a Aids, a Zidovudina® (AZT), e, seis anos após, em meados de 1992 o governo federal autorizou a distribuição gratuita da medicação ao portador do HIV e pacientes com Aids. A partir dos avanços científicos e tecnológicos referentes à prevenção da infecção pelo HIV e ao desenvolvimento de medicações voltadas aos indivíduos que vivem com Aids, o Brasil ocupa posição de destaque em termos de assistência e prevenção dessa epidemia. O Programa Brasileiro de Aids apresenta méritos de reconhecimento mundial, pois garante, por meio da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1999), a distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde (MOTTA et al, 2009).

Esse reconhecimento mundial do programa nacional principiou no final da década de 1980, mais especificamente no ano de 1988, com a distribuição, na rede pública, de medicações para combater as doenças oportunistas que acometiam os pacientes com Aids (BRASIL, 1999).

A distribuição dos antiretrovirais permitiu reduzir em 50% a mortalidade por Aids no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento às doenças oportunistas, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PINTO et al, 2007).

Diferentemente do que ocorreu no começo da epidemia (onde a população masculina e homossexual era a mais atingida), hoje, percebe-se uma significativa mudança. Houve um aumento da transmissão heterossexual e, conseqüentemente, um crescimento das mulheres contaminadas pelo HIV, chamada feminização da epidemia. Outra transformação indica que houve uma pauperização da síndrome. Quando a superioridade atingida deixa de ser de classe e escolaridade favorecida e sim se encontra entre a população com menor condições sócio-econômicas. No século XXI, mais especificamente na década atual, percebeu-se conjuntamente uma alteração sazonal nos aparecimentos dos casos: em 1980, a epidemia era restrita aos centros metropolitanos, atualmente, 70% dos municípios brasileiros já tiveram um caso de HIV/aids registrado. Sendo a maioria das pessoas contaminadas, no Brasil, mulheres de baixa renda com a forma principal de transmissão sendo a

heterossexual, maior do que a dos usuários de drogas injetáveis (PINTO et al, 2007).

Com a feminização do HIV/aids as crianças contaminadas por transmissão vertical passam a ser uma realidade a ser enfrentada no país. A transmissão vertical; trata-se da situação em que a criança é infectada pela mãe tanto no período gestacional, no momento do parto ou por meio da amamentação. Tais buscas vão ao encontro da reflexão de Paula (2007), quando diz que:

[...] a primeira geração de crianças infectadas pela transmissão materno-infantil está alcançando nos dias de hoje a fase da adolescência, sendo que muitos ainda não têm conhecimento do seu real diagnóstico, o que vem reafirmar a complexidade desta experiência e a necessidade imprescindível de ações de intervenção e cuidado que vislumbrem uma possibilidade de um viver com a qualidade e a dignidade nesta nova fase de desenvolvimento do ser humano (p. 278).

A maioria dos adolescentes infectados pelo HIV encontram-se neste grupo. Os demais adquiriram o vírus de maneira horizontal, seja por relações sexuais ou por uso de drogas e compartilhamento de seringas contaminadas (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Os adolescentes que se contaminam por transmissão vertical do HIV podem ter diagnóstico revelado tanto na infância quanto na adolescência. Esses, nascidos em uma época em que o tratamento contra a transmissão não era conhecido e eficaz como é atualmente em que existem ações programáticas focadas na redução da taxa de transmissão vertical.

4.2 Adolescer, Adolescência e Juventude

Ao introduzir o tema em questão, faz-se necessário o esclarecimento e definição de algumas terminologias utilizadas como processo de adolescer, adolescentes e jovens.

O processo de adolescer refere-se ao crescimento e desenvolvimento humano, em que são observadas rápidas e substanciais mudanças na vida e nos corpos infantis. Essas, abrangendo fatores como: acentuado crescimento

pondero-estatural e o surgimento de novas formas físicas; transformações no funcionamento biológico - sobretudo no sexual e reprodutivo; construção de novas relações inter-subjetivas; manifestações peculiares de novos sentimentos, modos de pensar e se comportar - refletindo novas identidades e inserções no mundo interno e externo à família (ABEN, 2001).

Adolescentes são consideradas as pessoas entre 10 a 20 anos; jovens são entre 15 e 24 anos. Vê-se que existe uma intersecção entre os dois grupos cujos significados remetem a sentimentos de caráter positivo e negativo. Adolescência tem, em geral, um caráter negativo, remetendo à busca pela independência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade, enquanto o termo jovem remete a algo altamente positivo, ligado diretamente à independência, a criatividade e a responsabilidade. Assim, um jovem não necessariamente se vê ou é visto como pouco responsável pelo fato de ter menos de vinte anos. Entretanto, a juventude e a adolescência são instituídas por referência à entrada no mundo do trabalho, os limites que definem seu início e seu final são imprecisos e variáveis, e fortemente marcados pela inserção social do indivíduo. (VILLELA e DORETO, 2006).

Foi escolhido o termo *adolescer* por acreditar-se que contempla melhor a complexidade desta etapa do crescimento e desenvolvimento humano.

Na tentativa de compreender como pensam os adolescentes e quais suas concepções sobre HIV/aids, foi realizado um estudo por Camargo; Barbará; Bertoldo (2007) nas escolas da rede pública de Florianópolis. Muitos dos adolescentes participantes compartilham da representação social do HIV/aids, incorporada por elementos como: doença, morte, medo, sofrimento e preconceito. Noções absorvidas pela sociedade e que foram difundidas pela mídia na época do surgimento da doença.

Em contrapartida, estudo realizado em escolas do município de São Gonçalo no Rio de Janeiro por Assis et al (2003) apontou que os adolescentes, na mesma faixa etária da pesquisa anterior, têm uma visão positiva de si próprios em contraposição há visão degenerativa que os adultos e a sociedade em geral possui. Deste modo, apesar do estigma vinculada ao viver com HIV/aids, a promoção de saúde aos adolescentes que vivem com HIV/aids deve ser prestada de maneira positiva. Envolvendo-o no seu cuidado de forma que se sinta capaz de compartilhar suas dúvidas e angústias de maneira

tranqüila e havendo um compartilhamento do cuidador seja ele familiar ou do serviço de saúde.

Os adolescentes vivendo com HIV/Aids têm direitos sexuais e reprodutivos e precisam receber informações e orientações claras e atuais sobre prevenção, riscos, transmissão vertical e técnicas de reprodução assistida (AYRES *et al*, 2004). Do mesmo modo que deve ocorrer com adolescentes não contaminados.

Algumas dessas dificuldades podem estar relacionadas à transmissão vertical, o que os diferencia da população em geral vulnerável a esse agravo. A situação de falta de diálogo sobre a doença também pode estar relacionada à dificuldade dos cuidadores e profissionais de saúde em dialogar sobre questões referentes a essa etapa do desenvolvimento. Dentre as quais: independência, responsabilidade em relação a si e aos outros, e as questões relacionadas à sexualidade (MOTTA *et al*, 2009).

As possibilidades, limitações e consequências de viver com o vírus são compreendidas nos relatos dos adolescentes, apontados pela pesquisa realizada por Motta *et al*, (2009.) Onde esses revelam a ambivalência gerada pelo cotidiano medicamentoso e pela diferença em relação aos outros adolescentes que não vivenciam essa situação. Eles podem fazer tudo o que os outros adolescentes fazem, mas necessitam de uma rotina regrada e com limitações advindas do tratamento.

4.3 Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade começou a ser estudado especificamente na área da saúde no início da década de 1980, justamente para abordar aspectos relacionados à epidemia da aids (SÁNCHEZ e BERTOLOZZI, 2007). Segundo Ayres (1996), o adolescente encontra-se em um grupo vulnerável por diversos fatores como a sexualidade, o uso de drogas e a exposição à violência.

Desta forma contemplou-se o conceito de vulnerabilidade segundo os preceitos propostos por Ayres (1996) que a classifica em três planos analíticos. O autor refere que “[...] já se atestou a indissociabilidade das dimensões

sociais, culturais e psicológicas para uma adequada compreensão do que seja a adolescência e a saúde na adolescência” (p.5).

O primeiro preceito proposto por Ayres (1996) para análise é o individual, e diz respeito a determinados comportamentos e atitudes que criam uma maior oportunidade de infecção e/ou adoecimento, além de considerar a correlação existente entre o grau de consciência que os indivíduos têm acerca do HIV/Aids e o poder de transformação desses comportamentos e atitudes.

O segundo preceito é o plano social e o terceiro programático ou institucional que avalia o grau de comprometimento governamental através de ações de saúde voltadas a esse grupo. Trata das características do HIV/Aids na criança e no adolescente, bem como a terapêutica da doença e suas implicações na vida desses jovens referentes às características dos ARV's e seus efeitos colaterais.

O conceito de vulnerabilidade utilizado neste estudo teve sua origem na área da advocacia internacional relacionadas aos direitos Universais do Homem e aos grupos ou indivíduos caracterizados como frágeis, tanto jurídica, como politicamente. Desta maneira, a proteção, promoção e garantia dos direitos da pessoa humana foi construído (SCHAURICHI; MEDEIROS; MOTTA, 2007). Historicamente houve um aprimoramento e aprofundamento teórico-prático, chegando-se ao conceito estudado e utilizado atualmente.

Segundo Ayres (1996):

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis [como doença e morte] (p. 5).

Na reflexão feita por Meyer et al, (2006) as três situações de vulnerabilidade conforme citado anteriormente remetem às seguintes questões: *“(...) Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?”* (p. 1339). Questionamentos que buscam esclarecer a ideia do que trata “ser vulnerável”. As autoras Villela e Doreto (2006) também refletem sobre vulnerabilidade dos jovens, da seguinte forma:

[...] pode ser vista como produto da interação entre características do indivíduo – cognição, afeto, psiquismo – e estruturas sociais de desigualdades - gênero, classe e raça – determinando acessos, oportunidades e produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo (VILLELA e DORETO, 2006, p. 2469).

Ao contextualizar a vulnerabilidade versus as características do adolescer pensa-se no conceito exato do que é ser adolescente atualmente. O que pensam os jovens de hoje e de que maneira estão preparados para cuidar de si.

A adolescência pode ser entendida como um processo de transição, na qual algumas etapas do desenvolvimento não tenham sido completamente adquiridas, favorecendo maior exposição a riscos. A falta de percepção da própria vulnerabilidade, e a possível imaturidade cognitiva para compreender e agir diante de possibilidades futuras, inclusive diante das questões de sexualidade, que são parte integrante de sua identidade (AYRES et al, 2004).

4.4 Revelação do Diagnóstico

Revelar o diagnóstico do HIV/aids hoje é considerado um dos grandes desafios em relação ao cuidado de crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids. De que maneira e quando deve-se informar sobre as condições dessa doença com características de cronicidade que os afeta. Quem deve estar envolvido neste processo e qual o papel do serviço/profissionais de saúde.

Contribuindo para a revelação precoce aparecem as campanhas de prevenção ao HIV/Aids que estão presentes tanto nos serviços de saúde, onde o adolescente realiza o seu tratamento, quanto nos meios de comunicação. Portanto, pode ser ilusório julgar que uma criança em idade escolar ou adolescente não associará essas campanhas publicitárias à situação vivenciada em relação ao seu tratamento (MOTTA et al, 2009).

Com a sexualidade, característica do adolescer, outra questão destaca-se nesta fase do crescimento humano. Além do conhecimento pelo adolescente de sua terapêutica ser essencial para a compreensão e adesão ao tratamento. A necessidade da revelação do diagnóstico é uma questão a ser

trabalhada com os profissionais do serviço de saúde onde esse adolescente recebe tratamento em conjunto com a sua família, para Lima e Pedro (2008) além de ser uma questão ética, o conhecimento da terapêutica é importante para a compreensão e adesão ao tratamento.

Por tratar-se de uma doença cujo estigma permanece vigente na sociedade, a revelação do diagnóstico de HIV/Aids e o convívio com a doença, independente da idade do portador, promove inicialmente uma não aceitação da doença pelo próprio portador. Esse tipo de reação pode desencadear sentimentos e reações de tristeza, inconformismo, vergonha e aceitação em um período mais tardio (p.5).

Segundo Marques et al, (2006) a revelação da infecção pelo HIV torna-se o marco inicial para a construção de uma história e identidade desses adolescentes. Visando não somente os adolescentes contagiados por transmissão vertical, mas também os já infectados na adolescência, por transmissão sexual ou uso de drogas, parece ser os que mais sofrem no momento da revelação do diagnóstico.

Este mesmo estudo apresentou as diversas formas de revelação do diagnóstico e os sentimentos dos adolescentes, seus pais e cuidadores. Na ótica do adolescente; possibilitou uma maior autonomia frente a uma nova realidade, fazendo escolhas e tomando decisões pertinentes ao cuidado de si e sua interação social.

Para Motta et al, (2009) apesar do pacto de silêncio entre cuidadores, profissionais de saúde, crianças e adolescentes em relação ao HIV e a aids, isso não quer dizer que todas as informações devam ser impostas ao mesmo tempo aos adolescentes. Essas devem ser trabalhadas dentro do processo de revelação, de acordo com os questionamentos que possam surgir no tempo de cada adolescente.

Estudos apontam estratégias de revelação, as quais implicam a construção de uma relação de confiança mútua e o estabelecimento do diálogo profissional-criança/adolescente-família. Isso ocorre mediante, principalmente, a escuta e a troca, em uma postura acolhedora, que proporcione às crianças e aos adolescentes instrumentos para cuidar de sua saúde com autonomia, liberdade e apoio (FONTENELLE; SERAFIM; FILGUEIRAS, 2004).

Diversos estudos (Lima e Pedro, 2008; Marques et al, 2006; Motta et al, 2009), apontam que quando a criança conhece o diagnóstico de aids na primeira infância, os familiares referem que ela aprende desde cedo sobre suas responsabilidades com o tratamento e há um amadurecimento ao lidar com os temas envolvidos no viver com HIV/aids. Essa situação diferenciada mostra que as questões que permeiam a revelação do diagnóstico, como medo, ansiedade, vergonha, culpa tornam-se menos relevantes quanto mais cedo ela ficar sabendo.

Entretanto, na perspectiva dos familiares após a revelação do diagnóstico, surge a questão de tomar o medicamento para sempre e a criança/adolescente pode apresentar um comportamento pós-revelação de aceitação em tomar a medicação, mas também certa tristeza. Isso é um comportamento permeado por sentimento de revolta e o medo da morte (MOTTA et al, 2009).

Segundo levantado por Marques et al, (2006) outra dificuldade enfrentada é a relação do diagnóstico a terceiros. Quando surge o questionamento: E agora, a quem devo contar? Conviver com o silêncio e o medo da rejeição é uma frequência para esses adolescentes, sendo que os “parceiros” do segredo geralmente envolvem os familiares e a escola.

Para Paula (2008), os adolescentes que vivem com HIV levam sua vida social dentro de uma normalidade peculiar à sua fase do desenvolvimento. Todavia, participar de espaços sociais com outros adolescentes independente da sorologia, não os coloca à vontade para compartilharem seus diagnósticos. Pois, há o medo da exclusão/rejeição. Na vida adolescente, a escola configura-se como uma instituição social muito presente e importante na formação das relações sociais, portanto o silenciamento do diagnóstico nesse lugar é comum.

Muitas vezes, o medo da discriminação e o estigma também são refletidos na própria capacidade de o adolescente fazer planos para o futuro. Antecipadamente, restringe seus sonhos e ambições pelo medo da exclusão (MARQUES et al, 2006).

4.5 Ações de saúde

Ao analisar o material encontrado foi possível perceber que o cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids é um grande desafio para os profissionais de saúde.

A política pública que trata da saúde da criança e mais especificamente do adolescente possui conexão entre políticas públicas de atenção aos portadores do HIV/aids. Ocorre uma intersecção entre elas, onde a enfermagem contribui com o cuidado em saúde desta população.

4.5.1 Analisando as políticas públicas

A evolução das políticas públicas com relação ao HIV/aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas. Essas devem ser consideradas desenvolvimentos dos conhecimentos científicos com relação à doença, as participações sociais e institucionais diversas na formação das respostas à epidemia e as ações de saúde organizadas e implementadas (PINTO et al, 2007).

Em consonância, foi a partir da Constituição Federal de 1988 que iniciou-se o processo de construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006a). Este trata da lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Em relação ao direito à vida e à saúde, preconiza-se o seguinte:

Artigo 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermediário do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005) (p.12).

Incluindo neste grupo as necessidades dos adolescentes que vivem com HIV/aids tendo em vista que não há um acordo de lei específico sobre a criança e adolescente que vive com HIV/aids. Incorporando as sanções do estatuto é possível defender os seus direitos à saúde e prestação de serviços.

Conjuntamente, acordando com o que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), referente à integralidade, o ser humano deve ser visto como um todo e

que a saúde não se estende apenas a assistência de necessidades biológicas. Deve contemplar as necessidades psicossociais, incluindo questões de comportamento, situação sócio-econômica, condições de moradia entre outros (BRASIL, 2009). Compartilhando das necessidades e vulnerabilidades em que estão inseridos os adolescentes, o cuidado em saúde deve envolvê-los de maneira integral.

Referente à atenção, o Programa de Saúde da Família (PSF), funciona como “porta de entrada” ao sistema de saúde, prevendo a resolutividade de 80% das intercorrências, o encaminhamento para serviços especializados dos casos de maior complexidade e o acompanhamento de grupos etários ou de pacientes crônicos. Portanto, falando de estratégia de captação desses adolescentes e suas famílias, seria importante que houvesse uma ação integrada, entre esse programa e os Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE). Dessa forma, seria possível, entre outras, intensificar a atenção/vínculo com o serviço de saúde e a adesão destes indivíduos ao tratamento medicamentoso (SILVA et al, 2007).

Em diversos estados brasileiros, foram implantados pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/HIV/aids, a partir de 1994, os SAES, que nasceram para oferecer ao portador do HIV/aids uma assistência realizada por uma equipe multidisciplinar, capacitada para assistir os casos (SILVA et al, 2007). Em Porto Alegre, o SAE funciona no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (PAN 3) onde há uma atenção voltada para esse grupo, a equipe multidisciplinar funciona de forma organizada, prestando um serviço de qualidade aos seus usuários.

Conforme as autoras acima; uma assistência adequada pode melhorar, em muito, a qualidade de vida dos clientes com HIV/aids. A assistência prestada por esses serviços envolve também apoio cognitivo, emocional e educacional para eles, assim como para seus cuidadores, suas famílias e a comunidade em que estão inseridos.

4.5.2 Cuidado em enfermagem

O cuidado humanizado em saúde deve desvincular-se do serviço prestado voltado exclusivamente para êxito técnico, mas sim considerar o

usuário como sujeito no cuidado da sua saúde. De maneira que, conjuntamente, haja um contínuo esforço de equipes de usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas, de construção de espaços de efetiva troca/comunicação, onde se possam associar o cuidado prático com os objetivos mais amplos (integralidade da atenção e aproximação do serviço de saúde e usuário) para o benefício dos usuários de atendimentos especializados e da população em geral (OLIVEIRA et al, 2005).

Segundo sugerem Lima e Pedro (2008), tratando de assistência de saúde referente aos profissionais e educadores envolvidos na temática do HIV/aids, deve haver o desenvolvimento de um conhecimento mais profundo em relação às questões da adolescência. Para que, dessa forma, possam implementar medidas onde o foco seja não apenas o tratamento da patologia, mas a inclusão de aspectos relacionados à educação dos cuidadores/familiares desses adolescentes, responsáveis pelos ensinamentos que influenciam em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Conforme Paula (2008), em relação à assistência, é necessário uma organização dos serviços de saúde que atendam as crianças que vivem com HIV/aids, garantindo um espaço para esse grupo, considerando suas características como futuros adolescentes e suas necessidades especiais de saúde determinadas pela condição sorológica.

A autora (2008) acrescenta que ao conhecer as particularidades de cada indivíduo a enfermagem é capaz de incentivar e ajudar estes adolescentes a integrarem-se cada vez mais com o processo de cuidado de si. Esse processo precisa acontecer sem que haja imposições, mas auxiliando-o a enfrentar suas possibilidades e limitações.

O desenvolvimento da autonomia para o cuidado precisa estar em consonância com o desenvolvimento psico-cognitivo-social de cada adolescente. Cada um tem seu modo e tempo próprio de adquirir competências e habilidades em seu desenvolvimento para refletir, entender e assumir suas possibilidades e limitações (MOTTA et al, 2009, p. 122).

O cuidado em enfermagem deve considerar as particularidades desse adolescente, a família em que está inserido e o contexto social que se

apresenta para ele. O enfermeiro, junto com a família, é responsável por auxiliá-lo a (con)viver com o HIV/aids.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível perceber que a manutenção da saúde dos adolescentes que vivem com HIV/aids é um grande desafio e que muito está sendo feito mas ainda há um longo caminho a ser trilhado. Para que todos sejam atingidos por um cuidado integral, contemplando as necessidades levantadas por eles mesmos em relação as suas reais demandas.

A idéia de representação social dentro das discussões acerca do viver com HIV/aids é bastante presente, mesmo sob o olhar do adolescente. A história inicial da epidemia contribuiu para esse imaginário coletivo, que colocou os grupos de risco (homossexuais, prostitutas e drogaditos) como suscetíveis à infecção e, conseqüentemente, responsáveis por seus atos. No entanto, a história mostra que não existem grupos de risco e que a epidemia não tem raça, cor, escolaridade, opção e/ou estilo de vida. Os protagonistas da epidemia são todos seres humanos que mantêm suas relações sociais no mundo (MOTTA et al, 2009).

Dentro da história do HIV/aids, o adolescente é objeto de estudos em diversas pesquisas, investigando questões como educação para a saúde na prevenção do HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, pouco é falado sobre aqueles adolescentes que já vivem com HIV/aids seja por meio de transmissão vertical (lida desde a infância com a doença e possui um vínculo mais forte com o serviço de saúde) ou aquele contaminado durante a adolescência/ início da vida adulta e descobriu o diagnóstico de maneira inesperada e possui um vínculo muito fraco com o serviço de saúde.

Há a necessidade de desenvolver mais estudos que contemplem esta população de maneira que seja mantida uma ligação de confiança e respeito entre o serviço/profissionais de saúde e esses usuários. Muitas vezes aquela criança que possuía um bom vínculo com o serviço e a família torna-se um adolescente não aderente ao tratamento e que pode ser um transmissor, sem respeitar o uso de preservativos nas relações sexuais, com início da sexualidade e questões características do adolescer.

Houve dificuldade em encontrar material produzido exclusivamente abordando as questões do adolescente que vive com HIV/aids, filhos contaminados por transmissão vertical e detectados pelo serviço desde a primeira infância.

Entretanto, apesar da busca ter sido feita em bancos de dados eletrônicos internacionais encontrou-se estudos brasileiros muito bem estruturados e embasados que contribuíram substancialmente para a construção da revisão de literatura. Demonstrando que a qualidade da pesquisa realizada nacionalmente possui valor reconhecido.

Encontrou-se pesquisas como por exemplo: Lima e Pedro (2008) e Marques et al (2006), quando desenvolveram o estudo focados na revelação do diagnóstico sob o olhar dos adolescentes e seus familiares/cuidadores. Apontando as mais diferentes formas de revelação e as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo. Acreditando que a revelação realmente seja um processo a ser trabalhado desde a infância, contado o mais cedo possível à medida que a criança/adolescente tenha a capacidade de compreender as informações e a realidade de uma doença com características de doença crônica em sua vida. Lidar com a verdade de maneira pura pode ser o modo mais respeitoso de tratar com esses adolescentes, fazendo com que eles desenvolvam uma capacidade de enfrentar de forma aberta com essa doença carregada de estigma, de preconceito e muitas vezes de sofrimento.

O adolescente não raramente é tratado como imaturo e incapaz de encarar seus problemas, mas na maioria das vezes ele surpreende ao demonstrar que está preparado para lidar com as mais adversas situações. Esse torna-se o suporte da família e assumindo um papel de liderança positiva e encorajadora.

Quanto às ações programáticas de saúde, percebe-se a necessidade de implementar uma política de atenção exclusivamente voltada para o atendimento dos adolescentes que vivem com HIV/aids. Há a necessidade de serem criadas conjuntamente estratégias que vinculem o serviço de saúde e a família no cuidado a esse adolescente.

Considerando a vulnerabilidade nas outras duas esferas: a individual (entendimento deste adolescente sobre si e suas capacidades particulares), a social (escola, amigos, vizinhos) em que esse adolescente está inserido e sua

interação surge a necessidade de uma reestruturação da imagem de quem é e como vivem as pessoas com HIV/aids. A representação social do HIV/aids apareceu constantemente vinculada ao preconceito e sentimento de exclusão, a mídia não raramente é responsável por incorporar essa imagem. O indivíduo que vive com HIV/aids, mais especificamente o adolescente, deve ser encarado pela sociedade e pelo serviço de saúde como um ser com suas particularidades, sim, mas que não está à margem.

A formação dos profissionais da área da saúde deve envolver questões referentes à inclusão e à interação com o adolescente. De forma a ter “um outro olhar” ao vivenciar o cuidado ao adolescente que vive com HIV/aids. Tendo como fio condutor a integralidade, o desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão que incorporem essas noções ao futuro profissional.

6 RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo possibilitam apontar algumas recomendações no sentido de fortalecer redes de apoio aos adolescentes que vivenciam o HIV/aids, em relação a:

Atenção a saúde

Os serviços de saúde podem desenvolver e articular a formação de grupos de adolescentes objetivando a troca de experiência, apoio, fortalecendo as questões relacionadas ao tratamento, silenciamentos e estigmas advindo do viver com HIV/aids;

Desenvolver uma estratégia mais aprimorada para a revelação do diagnóstico e qualidade de vida envolvendo a tríplice: adolescente, família/cuidador e serviço de saúde desde a infância;

Criar redes de apoio familiar e social, fundamentadas no respeito às vivências singulares de cada família, proporcionando a integração da família ao cuidado do adolescente.

Ensino

A formação acadêmica dos profissionais deve disponibilizar um conteúdo/olhar de constante aprimoramento e educação permanente (tratando com os grupos e suas particularidades);

Atualização e formação profissional deve incorporar ferramentas novas na prática aos adolescentes que vivem com HIV/aids;

Investir em pesquisas, revelando a importância do conhecimento para aprimorar o cuidado;

Articular atividades de extensão que conecte a educação e a comunidade enfocada.

REFERÊNCIAS

ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem - Distrito Federal. Projeto Acolher. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

ABNT. **NBR - 6023**: informações e documentação - Referências - Elaboração. 2002. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php>>. Acesso em: 15 maio 2009.

ASSIS, G. S. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2003, v. 8, n. 3 [citado 17 abril 2004] p. 669-679. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?scrip-sci-arttext&pid>>

AYRES, J. C. C. M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo. Editoração Eletrônica: Casa de Edição, 1996.

AYRES, J. C. C. M. et al. **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. Aids Novos Horizontes. Edição especial Enhancing Care Initiative. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2004. 35 p.

BRASIL. Leis, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Porto alegre: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2006a. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação - Presidência da República. **Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 maio 2009.

_____. _____. **Aids em números**: Aids no Brasil - dados de 2006b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de controle de DST/aids**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CAMARGO, B. V.; BARBARÁ, A.; BERTOLDO, R. B. Concepção pragmática e científica das adolescentes sobre a aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p.277-284, maio/ago 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200008&lang=pt&lng=pt>. Acesso em 10 nov. 2009.

CRUZ, E. F. Infâncias, Adolescências e AIDS. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 46, p.363-384, dez. 2007.

FONTENELLE, D.; SERAFIM, D.; FILGUEIRAS, S. **Revelação do diagnóstico e aconselhamento em HIV/Aids**. Saber viver. Edição especial profissionais de saúde. Brasília (Programa Nacional DST/Aids), p. 19-21, jan. 2004.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

LIMA, A. A. A.; PEDRO, E. N. R. Crescendo com HIV/AIDS: estudo com adolescentes portadores de HIV/AIDS e suas cuidadoras-familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.01-08, maio/jun. 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 20 maio 2009.

MARQUES, H. H. S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.619-629, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300017>. Acesso em: 01 jun. 2009.

MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-1342, jun. 2006.

MOTTA, M. G. C. et al. **Impacto da adesão ao tratamento antirretroviral em crianças e adolescentes na perspectiva da família, da criança e do adolescente nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS** (Financiado pelo Ministério da Saúde/ Programa Nacional de DST/Aids - conclusão em 31/07/2009). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 194 p.

OLIVEIRA, L. A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 689-698, maio. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a25v10n3.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2009.

PAULA, C. C. O Adolescer com Aids: Implicações para o Cuidado à Saúde. In: PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stela Maris de Mello; SCHAURICH, Diego (Org.). **Aids: o que ainda há para ser dito?**. Santa Maria: Editora UFSM, 2007. p. 269-288.

_____, _____. **Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si.** Contribuições da enfermagem no cuidar em saúde. 2008. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da Pandemia da Aids nos Últimos 25 Anos. **DST: J bras Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Fortaleza, p. 45-50. 28 abr. 2007.

RAUEN, F. J. **Roteiros de Investigação Científica**. 4. ed. Tubarão: Unisul, 2002. 268 p.

RESTA, D. G. **O Adolescer e o Cuidado com a Saúde: a voz de jovens e familiares.** 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.12, n. 2, p.319-324, 2007.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidade no Viver de Crianças com AIDS. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.284-290, abr/jun 2007.

SILVA, L. M. S. et al. Articulações entre a Atenção Primária e Secundária: Perspectiva de Assistência Integral a Clientes com HIV/Aids. In: PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stela Maris de Mello; SCHAURICH, Diego (Org.). **Aids: o que ainda há para ser dito?**. Santa Maria: Editora UFSM, 2007. p. 299-307.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p.68-76, 2005.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2467-2472, nov. 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021>. Acesso em: 04 jun. 2009.

APÊNDICE A - Modelo de Ficha Catalogada

TÍTULO:	
REFERÊNCIA:	
RESUMO:	
PONTOS DESTACADOS:	
TEMA:	Nº DA FICHA: