

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRHIS NETTO DE BRUM

**MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO
COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA**

Porto Alegre
2017

CRHIS NETTO DE BRUM

**MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO
COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa - Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

de Brum, Crhis Netto
Modelo teórico de cuidado espiritual ao
adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a
vida adulta / Crhis Netto de Brum. -- 2017.
213 f.

Orientadora: Maria da Graça Oliveira Crossetti.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde do adolescente. 2. HIV/aids. 3.
Espiritualidade. 4. Transição. 5. Metassíntese. I.
Crossetti, Maria da Graça Oliveira, orient. II. Título.

CRHIS NETTO DE BRUM

**Modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/aids na transição
para a vida adulta**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

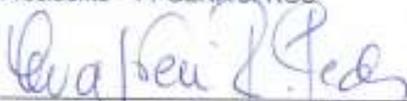
Aprovada em Porto Alegre, 31 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA



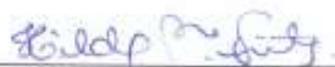
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Presidente – PPGENEA/FRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Hilda Maria Barbosa de Freitas

Membro – UNIFRA/RS



Profa. Dra. Ariane da Cruz Guedes

Membro – UFPel

Dedico este trabalho a Deus por permitir (re)significar minha espiritualidade. Ao meu amor, Samuel, que se faz (pre)sença em meu mundo da vida. Que a cada amanhecer mostra-me o quanto posso vir-a-ser-mais. Pela sua paciência e incentivo. És um dos melhores presentes que Deus poderia agraciar-me nesta caminhada! A minha irmã, Amanda, pelos nossos (re)encontros e pela possibilidade de estar sempre-ao-meu-lado. Pelo incentivo, determinação com que conduz sua vida. Também dedico, aos meus eternos e fiéis companheiros, Nina, Mel, Hana, Pandora, Guevara, Julieta, Romeu, Pérola e Tchê. São minha alegria ao serem-comigo. São a luz que conduzem meu caminho. Sem vocês, jamais seria possível findar mais esta etapa.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS) por contribuir com o meu crescimento e amadurecimento profissional e pessoal. Vinda do interior do Rio Grande do Sul, jamais pensei, um dia, estar vinculada a uma Instituição tão valorosa como esta.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS, ao permitirem minha (re)construção profissional e pessoal em cada momento vivido.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de Doutorado, durante o período de sete meses iniciais do doutoramento, foi fundamental para o aprofundamento dos constructos teóricos da pesquisa.

A Revista Gaúcha de Enfermagem, ao possibilitar-me um aprendizado singular, no período em que pude exercitar minhas futuras atribuições como Doutora.

À Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, pela possibilidade da realização de um sonho, Ser-educadora. Pela acolhida ao proporcionar o (re)encontro com colegas, educandos e funcionários.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Neste momento em que o coração palpita de alegria e a emoção invade meu ser, deixo registrado minha eterna gratidão a Deus por presentear-me pelo dom da vida. Por ter segurado firme em minha mão quando nem eu mesma acreditava que seria possível. Por acariciar-me com a (pre)sença de pessoas que iluminaram meu caminho durante este (per)curso.

A vocês, meus sinceros e eternos agradecimentos...

Aos meus sogros e cunhados, por compreenderem minhas ausências e permitirem momentos de alegria e (con)vivência em família.

À família dos queridos amigos, Cezar e Luciana, por terem permanecido ao meu lado mesmo distante.

À família do Fred, da Tati e do Ben, pelos momentos de cumplicidade e oração.

Aos meus queridos amigos, Joice, Norton, Lívia, Charles e Grazi, agradeço pela maravilhosa convivência e cuidado.

Especialmente, a minha amiga e colega, Joice, pelo cuidado, carinho e atenção. Pela sua alegria de viver que me contagiou, quando pensei que não chegaria ao final.

À minha amiga Caroline Sissy Tronco, pelos momentos de apoio e incentivo. Pela belíssima oportunidade, de finalmente, sermos colegas!

As minhas amigas do apartamento de Porto Alegre, especialmente, a Cristiane (Tóia), pelas prazerosas e infundáveis, discussões, apoio, carinho e amizade.

À minha orientadora, Professora Maria da Graça Oliveira Crossetti, pela sua competência, pelo aprendizado e enorme sabedoria com que conduziu este trabalho. Foi um prazer estar ao-seu-lado neste eterno, desafiante e contagiante, mundo-da-acadêmica. Aprendi acima de tudo, que o que deve prevalecer são as relações que (re)construímos a cada novo amanhecer.

Tens minha admiração!

Ao Núcleo de pesquisa Estudos do Cuidado em Enfermagem (NECE) da UFRGS/RS, pela atenção com que sempre sou recebida. Pelos 'cafés filosóficos' durante as tardes de discussão e muita (re)construção do conhecimento.

As professoras da banca examinadora, Professora Hilda Maria Barbosa de Freitas, eterna incentivadora do meu trabalho. A Professora Ariane da Cruz Guedes, meu presente em Chapecó. Tornou-se fundamental nesta construção. A Professora Eva Neri Rubim Pedro, pelos seus valorosos conhecimentos compartilhados durante o processo de ensino-aprendizagem. Agradeço cada contribuição desde a qualificação. Agradeço a Deus pela vida de cada uma de vocês.

Aos meus colegas do curso de Doutorado, por contribuírem no meu processo de ensino-aprendizagem durante esses anos, especialmente a Marta Georgina Oliveira de Goes, a qual, admiravelmente, estava sempre disposta em auxiliar.

As minhas colegas do componente curricular, Viver Humano II, Tassiana Potrich e Érica de Brito Pitilin, pelos aprendizados.

Aos meus estimados e queridos educandos, os quais permitem, cotidianamente, momentos de (re)construção enquanto ser-educadora e ser-com. Especialmente, agradeço aos que me desafiaram durante as orientações de trabalhos finais de curso, a todos que partilham do Enferma-Ria e do Cãopanheiro.

Agradeço, também a todos os que, de determinada maneira, embora não tenham sido nomeados, se fizeram (pre)sença nessa trajetória.

AGRADECIMENTOS ESSENCIAIS

Neste momento agradeço, a Deus, que é a minha, verdadeira, essência. Presenteou-me com o dom da Vida e com pessoas com as quais, compartilho a finalização desta maravilhosa, etapa. Cada passo que trilhei ao chegar até aqui, foi sustentado pela sua poderosa sua mão. Conduziu-me, com carinho e zelo. Sinto-me, privilegiada por sentir Sua (pre)sença em minha vida.

*Fui afagada quando tive medo,
Perdoada quando senti inseguranças,
Consolada quando chorei,
Cuidada quando adoeci,
Liberta quando mais precisei,
Encorajada quando pensava que não poderia mais prosseguir.*

Hoje, ao rememorar, os momentos que antecederam esta conquista, posso compreender que a Sua Vontade, é, e sempre será mais agradável do que a minha.

Que, após grandiosos desafios, sempre tem um arco-íris aguardando por mim.

Então, com o coração transbordando de alegria, e a certeza do teu poderoso amor, descrevo meus, singelos, agradecimentos a partir da letra dessa canção:

*“...Eu te agradeço
Só te agradeço*

*Eu te agradeço
Por toda graça que me deu
Todo amor que ofereceu
Sem eu merecer
Eu te agradeço
Pois sei que um dia me escolheu
E entregou tudo que era seu
E me fez viver” (Preto no Branco).*

Eternos agradecimentos a ti, Senhor!

“É o espírito que conduz o mundo e não a inteligência”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

BRUM, Crhis Netto de. **Modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a vida adulta.** 2017. 213f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem apresentado mudança no seu perfil epidemiológico, constatada pela juvenização, que se caracteriza pelo aumento da infecção em adolescentes. Como consequência desse aumento tem-se uma geração que vivencia a transição para a vida adulta. Assim proponho como objetivo geral: Construir um modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a vida adulta com base nas evidências da literatura científica. Método: Pesquisa qualitativa ancorada na Pesquisa Sistemática da Literatura por meio da Metassíntese, subdividida em seis estações: Primeira: Evitando a duplicidade dos estudos. Segunda: Definindo a amostragem inicial. Aqui, foram eleitas quatro subestações: a) Elegendo a pergunta de pesquisa; b) Estabelecendo os Descritores em saúde (DeCS) e/ou Medical Subject Headings (MesH Terms); c) Encontrando o cenário e a melhor estratégia de busca e d) Instituinto os Parâmetros da Pesquisa (Critérios de Inclusão e Exclusão dos documentos). Terceira: Estação das leituras sucessivas e aplicação dos testes de relevância. Composta de quatro subestações: a) Selecionando as produções; b) Avaliando os documentos quanto aos seus vieses; c) Extraindo as informações dos documentos e d) Comparando os resultados. - Quarta: Compilando o Metaresumo. Quinta: Desenvolvendo Metassíntese, para a sua realização, utilizei a Teoria Fundamentada nos Dados. Compreendeu duas subestações: a) Desenvolvendo a Análise taxonômica e b) Realizando as comparações objetivas constantes. Sexta: Construindo o Modelo Teórico de Cuidado. Resultados: Constaram de duas categorias: Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica e suas duas subcategorias: Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica e Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência. A outra categoria: Resignificando sua vida frente os matizes do HIV desvelou duas subcategorias: Primavera: Reconduzindo a vida e Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição. Considerei a espiritualidade como o fio condutor entre as estações. Assim, exponho como a raiz de uma árvore, que fornece e supre as suas necessidades. E que independente da estação, consegue ampar todas as estruturas. Diante deste cenário, entendo que o adolescente necessita passar pelas quatro estações em seu processo de transição, não apenas clínica, como, as evidências desta pesquisa, em sua maioria recomenda, mas também, precisa ser resignificada a sua dimensão existencial, abarcando desde sua compreensão sobre a sua condição até mesmo como vislumbra suas relações com as pessoas de seu cotidiano. Imersa nesses achados, entendo que o adolescente vai transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade. Este caminho, abstraí do entrelaçamento entre as evidências científicas sobre a transição e da espiritualidade do adolescente que vive com HIV/aids. Considerações finais: o cuidado espiritual é o mediador durante o processo de transição do adolescente para a vida adulta. A equipe de saúde tem um papel relevante no cuidado espiritual do adolescente, mesmo diante das lacunas existentes no cuidado de Enfermagem, no que tange a espiritualidade, reitera-se que o modelo de cuidado apresentado no estudo, aborda a interdisciplinaridade desse processo.

Palavras-chave: Adolescente. Enfermagem. Espiritualidade. HIV. Transição.

ABSTRACT

BRUM, Crhis Netto de. **Theoretical model of spiritual care for the adolescent living with HIV/aids in the transition to adult life.** 2017. 213pp. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

The infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the illness of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (aids) have shown a change in their epidemiological profile, as attested by the juvenization, which is characterized by the increasing number of adolescents affected by this infection. As a consequence of this increase, there is a generation that experiences the transition to adult life. Thus, we propose as a general objective: To build a theoretical model of spiritual care for the adolescent living with HIV/aids in the transition to adult life based on the evidence of the scientific literature. Method: This is a qualitative research anchored in the Systematic Literature Research through Meta-synthesis, subdivided into six stages: First: Preventing duplication of studies. Second: Defining the initial sampling. Here, we choose four sub-stages: a) Choosing the research question; b) Establishing the Health Descriptors (DeCS) and/or Medical Subject Headings (MeSH Terms); c) Finding the scenario and the best search strategy; and d) Setting up the Research Parameters (Inclusion and Exclusion Criteria for documents). Third: Stage of the successive readings and application of the relevance tests. It was composed of four sub-stages: a) Selecting the productions; b) Assessing the documents regarding their biases; c) Extracting the information from the documents; and d) Comparing the results. Fourth: Compiling the Meta-abstract. Fifth: Developing the Meta-synthesis; for its accomplishment, we used the Grounded Theory. It encompassed two sub-stages: a) Developing the Taxonomic Analysis; and b) Performing the constant objective comparisons. Sixth: Building the Theoretical Care Model. Results: They were made up of two categories: Becoming an adolescent and facing the challenges imposed by the chronic condition, and its two subcategories: Autumn: Realizing that it is living with a chronic illness; and Winter: Questioning the phase transition amid the obstacles of adolescence. The other category: Reframing its life before the nuances of HIV, which unveiled two subcategories: Spring: Renewing Life; and Summer: Feeling safe to continue with its condition. We considered spirituality as the common thread among the seasons. Accordingly, we expose it as the root of a tree, which fills and meets its needs; and that, regardless of the season, manages to provide for all structures. In light of this scenario, we understand that the adolescent needs to go through the four seasons in its transition process, not only clinical, as the evidence of this research, in most cases, recommends, but also needs to be reframed in relation to its existential dimension, embracing from the understanding about its condition until the way in which it envisages its relationships with the people that are present in its everyday life. Upon diving into these findings, we understand that the adolescent is transposing the seasons of its life based on spirituality. This pathway was abstracted from the interweaving among the scientific evidence on the transition and the spirituality of the adolescent living with HIV/aids. Final considerations: Spiritual care is the mediator during the transition process of the adolescent to adult life. The health team plays a key role in the spiritual care of the adolescent, even when faced with the gaps existing in nursing care. As for spirituality, we underline that the care model presented in this study addresses interdisciplinarity of this process.

Keywords: Adolescent; Nursing; Spirituality; HIV; Transition.

RESUMEN

BRUM, Crhis Netto de. **Modelo teórico de atención espiritual al adolescente que convive con HIV/sida en la transición hacia la vida adulta.** 2017. 213h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) han presentado cambios en su perfil epidemiológico, comprobada a través de la juvenización, que se caracteriza por el incremento de la infección en adolescentes. Como consecuencia de ese incremento, se tiene una generación que experimenta la transición hacia la vida adulta. Así, se propone como objetivo general: Construir un modelo teórico de atención espiritual al adolescente que convive con VIH/sida en la transición hacia la vida adulta con base en las evidencias de la literatura científica. Método: Investigación cualitativa anclada en la Investigación Sistemática de la Literatura por medio de la Meta-síntesis, subdividida en seis estaciones: Primera: Eludiendo la duplicidad de los estudios. Segunda: Definiendo el muestreo inicial. Aquí, se eligieron cuatro subestaciones: a) Eligiendo la pregunta de investigación; b) Estableciendo los Descriptores en Salud (DeCS) y/o Medical Subject Headings (MeSH Terms); c) Encontrando el escenario y la mejor estrategia de búsqueda; y d) Instituyendo los Parámetros de la Investigación (Criterios de Inclusión y Exclusión de los documentos). Tercera: Estación de las lecturas sucesivas y aplicación de las pruebas de relevancia. Compuesta de cuatro subestaciones: a) Seleccionando las producciones; b) Evaluando los documentos en cuanto a sus sesgos; c) Extrayendo la información de los documentos; y d) Comparando los resultados. Cuarta: Recompilando el Meta-resumen. Quinta: Desarrollando la Meta-síntesis; para su realización, se utilizó la Teoría Fundamentada en los Datos. Se incluyeron dos subestaciones: a) Desarrollando el Análisis Taxonómico; y b) Realizando las comparaciones objetivas constantes. Sexta: Construyendo el Modelo Teórico de Atención. Resultados: Se compusieron de dos categorías: Volviéndose un adolescente y enfrentando los retos impuestos por la condición crónica, y sus dos subcategorías: Otoño: Percibiendo que convive con una enfermedad crónica; e Invierno: Cuestionando la transición de fase en medio de los percances de la adolescencia. La otra categoría: Resignificando su vida delante de los matices del VIH, que reveló dos subcategorías: Primavera: Reconduciendo la vida; y Verano: Sintiendo seguro para continuar con su condición. Se consideró que la espiritualidad es el hilo conductor entre las estaciones. Así, se expone como la raíz de un árbol, que suministra y suple sus necesidades, y que, independientemente de la estación, consigue respaldar todas las estructuras. Delante de este escenario, se entiende que el adolescente necesita pasar por las cuatro estaciones en su proceso de transición, no solamente clínica, como las evidencias de esta investigación, en su mayoría, recomiendan, pero también necesita tener su dimensión existencial resignificada, abarcando desde su entendimiento sobre su condición hasta la manera en la que vislumbran sus relaciones con las personas de su cotidiano. Al sumergirse en estos hallazgos, se puede entender que el adolescente va transponiendo las estaciones de su vida basado en la espiritualidad. Este camino ha sido abstraído del entrelazamiento entre las evidencias científicas sobre la transición y la espiritualidad del adolescente que convive con VIH/sida. Consideraciones finales: La atención espiritual es el mediador durante el proceso de transición del adolescente hacia la vida adulta. El equipo de salud tiene una función relevante en la atención espiritual del adolescente, incluso ante las lagunas existentes en la atención de enfermería. En lo que atañe a la espiritualidad, hay que reiterar que el modelo de atención presentado en el estudio aborda la interdisciplinariedad de ese proceso.

Palabras clave: Adolescente; Enfermería; Espiritualidad; VIH; Transición.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOLEC - Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente

aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASP - Critical Appraisal Skills Programe

CEPEn - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

CoP - Coeficiente de Precisão

CRD - Center for Review and Dissimination

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DOPHER - Data Base of Promotion Health Effectiviness Review

DST - Doença Sexualmente Transmissível

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EBMR - The Data Base os Abstracts of Reviews

EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery

GEPISC - Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado

GP-PEFAS - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

JBI - Joanna Briggs Intitute

LILACS - Literatura Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe

MEDLINE - National Library of Medicine

MeSH terms - Medical Subject Headings

NECE - Núcleo de pesquisa Estudos do Cuidado em Enfermagem

NIH - National Center for Biotechnology Information

NLM - National Library of Medicine

NK - Natural Killer

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PB - Pesquisa Bibliográfica

PBE - Prática Baseada em Evidência

PICO - Acrônimo para perguntas de pesquisa em Pesquisas Sistemáticas da Literatura de métodos quantitativos

PICOT - Acrônimo para perguntas de pesquisa em Pesquisas Sistemáticas da Literatura de métodos qualitativos

PIL - Pesquisa Integrativa da Literatura

PNL - Pesquisa Narrativa da Literatura

PPGEnf/UFSM - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

PROSAD - Programa Saúde do Adolescente

PSL - Pesquisa Sistemática da Literatura

PSLM - Pesquisa Sistemática da Literatura e Metassíntese

PUBMED - National Library of Medicine National Institutes of Health

RS - Rio Grande do Sul

SCAD - Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos

SC - Santa Catarina

SENPE - Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

TARV - Terapia Antirretroviral

TFD - Teoria Fundamentada nos Dados

UFFS - Universidade Federal da Fronteira Sul

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diferenças entre as Pesquisas Bibliográficas. Porto Alegre, RS, 2017.....	33
Figura 2 - Planejamento de cuidado realizado nas aulas teórico-práticas. Porto Alegre, RS, 2017.....	35
Figura 3 - Estratégia de Busca sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. Lilacs; Medline; Scopus; Web of Science. 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.....	49
Figura 4 - Esquema representativo da construção de uma nova tecnologia por meio de um Modelo Teórico para o cuidado em Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2017.....	65
Figura 5 - Representação das Estações da PSLM. Porto Alegre, RS, 2017.....	68
Figura 6 - Ilustração do total de documentos recuperados entre as bases de dados e bibliotecas. Porto Alegre, RS, 2017.....	90
Figura 7 - Testes de Relevância. Porto Alegre, RS, 2017.....	95
Figura 8 - Análise dos dados. Porto Alegre, RS, 2017.....	103
Figura 9 - Exemplo de Memorando realizado durante a análise dos dados. Porto Alegre, RS, 2017.....	104
Figura 10 - Modelo Teórico: Transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade. Porto Alegre, RS, 2017.....	109
Figura 11 - Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta. Porto Alegre, RS, 2017.....	137
Figura 12 - Aplicando o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta. Porto Alegre, RS, 2017.....	140
Figura 13 - Aplicando o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta. Porto Alegre, RS, 2017.....	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos sobre produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. Lilacs; Medline; Scopus; Web of Science, 1998-2014. Porto Alegre, RS, 2017.....	168
Quadro 2 - Estratégia de busca nas bases de dados. Porto Alegre, RS, 2017.....	180
Quadro 3 - Descritores da Base de Dados ADOLEC. Porto Alegre, RS, 2017.....	73
Quadro 4 - Descritores da Base de Dados LILACS. Porto Alegre, RS, 2017.....	76
Quadro 5 - Descritores da Biblioteca Eletrônica SCIELO. Porto Alegre, RS, 2017.....	78
Quadro 6 - Descritores da Base de Dados PUBMED. Porto Alegre, RS, 2017.....	82
Quadro 7 - Descritores da Base de Dados Web of Science. Porto Alegre, RS, 2017.....	84
Quadro 8 - Descritores da Base de Dados Scopus. Porto Alegre, RS, 2017.....	87
Quadro 9 - Descritores da Base de Dados Embase. Porto Alegre, RS, 2017.....	89
Quadro 10 - Motivos das Exclusões. Porto Alegre, RS, 2017.....	93
Quadro 11 - Corpus da PSLM, Porto Alegre, RS, 2017.....	204
Quadro 12 - Exemplo de metaresumo sobre os elementos retirados das evidências. Porto Alegre, RS, 2017.....	99
Quadro 13 - Exemplo de Codificação inicial. Porto Alegre, RS, 2017.....	100
Quadro 14 - Exemplo de Codificação focalizada. Porto Alegre, RS, 2017.....	101
Quadro 15 - Exemplo de Codificação axial. Porto Alegre, RS, 2017.....	102
Quadro 16 - Exemplo de Codificação teórica. Porto Alegre, RS, 2017.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Quantitativo dos estudos sobre os anos de publicações sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.....50

Gráfico 2 - Quantitativo dos estudos em relação aos sujeitos da pesquisa sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.....52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids quanto a procedência, área do conhecimento, delineamento e método. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.....	51
Tabela 2 - Quantitativo de documentos recuperados. Porto Alegre, RS, 2017.....	96

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
2	JUSTIFICATIVA.....	29
2.1	Encontrando-me com o adolescente vivendo com HIV/aids.....	29
2.2	(Des)coabrindo a pesquisa bibliográfica como possibilidade de incorporar evidência no cotidiano de enfermagem.....	32
3	OBJETIVO.....	37
3.1	Objetivo Geral.....	37
3.2	Objetivo Específico.....	37
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	38
4.1	Transição para a vida adulta do adolescente vivendo com HIV/aids.....	38
4.2	Espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids.....	46
5	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	54
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	66
6.1	ELEGENDO O TIPO DE ESTUDO.....	66
6.2	PRIMEIRA ESTAÇÃO: EVITANDO A DUPLICIDADE.....	68
6.3	SEGUNDA ESTAÇÃO: DEFININDO A AMOSTRAGEM INICIAL	69
6.4	TERCEIRA ESTAÇÃO: DAS LEITURAS SUCESSIVAS E APLICAÇÃO DOS TESTES DE RELEVÂNCIA.....	92
6.5	QUARTA ESTAÇÃO: COMPILANDO O METARESUMO.....	98
6.6	QUINTA ESTAÇÃO: DESENVOLVENDO A METASSÍNTESE.....	99
6.7	SEXTA ESTAÇÃO: CONSTRUINDO O MODELO TEÓRICO DE CUIDADO	

	ESPIRITUAL	104
6.8	DELINEANDO A DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA.....	105
7	APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS.....	106
7.1	Caracterizando as evidências analisadas.....	107
7.2	Apresentando as categorias e as subcategorias do Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta.....	109
7.2.1	Categoria: Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica.....	110
7.2.1.1	Subcategoria Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição).....	110
7.2.1.2	Subcategoria: Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção).....	117
7.2.2	Categoria: Resignificando sua vida frente os matizes do HIV.....	124
7.3.2.1	Subcategoria: Estação - Primavera: Reconduzindo a vida (renovação).....	124
7.3.2.2	Subcategoria: Estação - Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização).....	129
7.4	Delineando o Modelo de Cuidado Espiritual.....	135
8	TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
	REFERÊNCIAS.....	147
	APÊNDICES	166
	ANEXOS.....	208

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o adoecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids¹) tem apresentado mudança no seu perfil epidemiológico, constatada pela juvenização que se caracteriza pelo aumento da infecção em adolescentes (BRASIL, 2015).

De tal modo, pode-se verificar que a aids hebiátrica², dos que foram infectados por transmissão vertical do HIV, encontra-se na sua terceira geração e, com isso, tem propiciado a esses adolescentes transitarem para uma nova fase do desenvolvimento humano, a fase adulta (BRASIL, 2015). Tal situação decorreu da sucedida distribuição gratuita no Brasil da terapia antirretroviral (TARV)³ que desde 1996 tem consentido as pessoas vivendo com HIV/aids, aqui, em especial, as crianças e os adolescentes transitarem entre as fases da vida, como a adulta, por exemplo, tanto as que se infectaram por transmissão vertical quanto por transmissão horizontal. As ações de prevenção e de controle da infecção, da profilaxia e do manejo clínico das infecções oportunistas, conjuntamente com a TARV, bem como a exitosa prevenção da transmissão vertical, permitiram a redução da morbidade e mortalidade de crianças e de adolescentes infectados pelo HIV (BRASIL, 2014; KUYAVA, PEDRO, BOTENE, 2012).

No Brasil, evidencia-se que no período de 1980-2016 ocorreram 91.578 casos notificados na faixa etária de 15 a 24 anos⁴. Sendo que na região Sul tem-se 15.722 casos notificados nesta faixa etária. Decorrentes da categoria de infecção por transmissão vertical têm-se no Brasil, 429 adolescentes vivendo com HIV/aids⁵ conforme faixa etária já mencionada (BRASIL, 2016). Em virtude desse perfil epidemiológico, o Relatório Mundial da Organização Nações Unidas de 2014 assinala a aids como a segunda principal causa de

¹Pode-se grafar, na língua portuguesa, de três formas: SIDA, AIDS e aids (HOUAISS, VILLAR, 2012). Neste estudo, optei pela "aids", a qual é tomada como substantivo que remete ao contexto da epidemia, não somente à sigla de uma doença.

² Do grego, "hêbé" (juventude, adolescência) e "iatrós" (médico). Medicina do adolescente (VITTALE, MEDEIROS, 2008).

³Empregarei o termo "tratamento antirretroviral" uma vez que não pretendo fazer alusão a algum medicamento específico ou às suas combinações. Entende-se por "terapia antirretroviral" a combinação de três ou mais medicamentos antirretrovirais (UNAIDS, 2011).

⁴Apesar de alguns estudos apontarem a faixa etária de 18 a 20 anos de idade para a transição (VINER, 1999; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2007), utilizarei o período proposto mencionado acima, uma vez que a UNICEF (2011) assinala que dois terços de novos casos de HIV em adolescentes e jovens ocorrem nesta faixa etária. Além do Ministério da Saúde compreender como um período de transição e denominar pessoas jovens (BRASIL, 2013).

⁵Para me referir aos adolescentes com HIV/aids empregarei a terminologia "adolescentes vivendo com HIV/aids" em conformidade com as recomendações para atenção integral de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2013).

morte entre os adolescentes. Afirma, ainda, que os serviços de saúde e a sociedade não têm dispendido a atenção necessária à saúde dessa população (ONU, 2014).

Em relação a isso, os serviços de saúde também têm revelado modificações no que tange ao cuidado a esses pacientes. No início da epidemia, na década de 1980, o cuidado encontrava-se centrado na melhoria da profilaxia, do diagnóstico e da terapia. Em contrapartida, no que se refere aos dias atuais, este tem sido permeado por demandas como: a revelação diagnóstica, vivência da sexualidade, cuidado de si, dentre outras. Sendo uma delas cada dia mais latente, a transição desses adolescentes para a vida adulta (MACHADO, SUCI, TURATO, 2010; BRASIL, 2015).

O conceito de transição definido pela Sociedade Americana de Medicina do Adolescente é o que impera nos serviços de saúde. Menciona sobre a mudança da clínica em que o adolescente se encontra. Considera um processo intencional e planejado que aborda as necessidades médicas, psicossociais, vocacionais e educacionais dos adolescentes e adultos jovens com doenças ou condições crônicas⁶ (ROSEN et al., 2003).

Soma-se a esta definição de transição a maneira processual como se evidencia em alguns cenários de cuidado. Caracteriza-se, primeiramente, pela sua intencionalidade seguida de um planejamento, no qual a atenção perpassa pelo quadro clínico, psicossocial, vocacional e educacional, ao passarem de um serviço pediátrico para outro que assiste adultos. Reconhece-se que essa transição é apenas uma parte do todo que corresponde também, aos elementos pessoais, familiares e sociais pelos quais passam os adolescentes (MACHADO, SUCI, TURATO, 2010; CERVIA, 2013; BRASIL, 2013).

Constata-se que os elementos que estruturam estas definições, encontram-se focados na dimensão biológica. Tais serviços apresentam preocupações com a transição do ambiente de cuidado pediátrico para o adulto, sem remeter a singularidade de cada adolescente e as suas demais dimensões como a social, cultural e espiritual. Assim, saliento que neste estudo, o cerne, é a transição para a vida adulta, não somente, relacionada à clínica de cuidado, ou seja, que abordam o tema (ROSEN et al., 2003; MACHADO, SUCI, TURATO, 2010; CERVIA, 2013; BRASIL, 2013).

A passagem de uma fase da vida para outra acarreta mudança, a qual por si mesma pode ser considerada uma crise em busca da nova identidade. Há a necessidade de

⁶Neste estudo optei pelo termo “condições crônicas” e, nisso, corroboro com o pensamento de Vilaça (2012, p. 31-33), ao afirmar que “as condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Portanto, vão muito além das doenças crônicas, diabetes, por exemplo, ao envolverem doenças infecciosas persistentes, como o HIV/aids”.

compreender o contexto deste amadurecimento biológico e social, visto que, é permeado por uma condição crônica, sem cura e ainda marcada pelo estigma (MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010).

No percurso da transição para a vida adulta, os adolescentes vivendo com HIV/aids, deparam-se com questionamentos existenciais como: vida sexual e reprodutiva, revelação do diagnóstico aos parceiros, situações de discriminação e preconceito, experiências de perdas familiares, modificações corporais advindas do vírus e/ou do tratamento medicamentoso, bem como as dúvidas quanto à progressão da doença, levando o adolescente a refletir sobre a possibilidade da finitude (MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010; PADOIN, SOUZA, 2006).

Diante desse cenário, conceituo a espiritualidade⁷ como uma dimensão pessoal relacionada à busca de respostas para as questões fundamentais sobre a vida e o seu significado, bem como sobre relacionamento com o sagrado ou o transcendente, a qual pode ou não levar ou culminar no desenvolvimento de rituais religiosos e formação de comunidade (KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001). Conforme Santo et al. (2013, p. 459) “Trata-se de um conjunto de práticas, atitudes, valores e sentimentos que nasce de uma relação consigo próprio, com o divino e com o outro, dando sentido à vida e às histórias pessoais, influenciando e sendo influenciada por fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos”⁸.

Os profissionais de saúde que cuidam desses adolescentes necessitam considerar a dimensão espiritual como uma possibilidade existencial em seu cotidiano de cuidado, uma vez que a espiritualidade, é um fator importante na maneira como os indivíduos enfrentam a problemática do HIV/aids e suas consequências (SOARES, NÓBREGA, GARCIA, 2004), especialmente, no processo de transição para a vida adulta.

Assim, tem-se na espiritualidade uma das possibilidades de o sujeito perceber suas experiências de vida no contexto de suas crenças. Ela pode fornecer propósito e significado para o seu cotidiano, promove a transcendência sobre as circunstâncias, reforçando sentimentos internos e restabelecendo seu convívio social (VANCE et al., 2011).

Um número crescente de pesquisadores reconhece a importância da inclusão da espiritualidade na pesquisa em saúde. Estudos têm apontado a existência de produção do

⁷Embora a espiritualidade e a religiosidade não sejam mutuamente excludentes, há cada vez mais evidências sugerindo que são conceitos empiricamente distintos. Esta diferenciação é particularmente relevante quando se estudam pessoas vivendo com HIV/AIDS, que enfrentam, por vezes, a estigmatização, imposta pela religião institucionalizada. Essas pessoas, normalmente, são mais propensas a se descreverem como espiritualizadas, mas não religiosas (LOCKENHOFF et al., 2009). Em virtude disso, assumo, neste estudo, o conceito de espiritualidade desvinculado de religiosidade.

⁸O conceito de espiritualidade que tomo como condutor emergiu após o desenvolvimento de uma Pesquisa Narrativa que, oportunamente, exponho na Revisão de Literatura.

conhecimento científico sobre o papel da espiritualidade na vida de adolescentes vivendo com HIV/aids (DALMIDA et al., 2012; BERNSTEIN, D'ANGELO; LYON, 2013). É demonstrado o benefício da espiritualidade na saúde física e mental dos adolescentes por vários estudos (RITT-OLSON et al., 2004; WEAVER, FLANNELLY, STROCK, 2005; REW, WONG 2006; BERNSTEIN, D'ANGELO, LYON, 2013).

Nesse sentido, acredita-se que o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, tem a prerrogativa de planejar o cuidado a esses adolescentes vivendo com HIV/aids em transição para a vida adulta, no sentido de viabilizar espaços de interlocução coletiva em que sejam vislumbradas as questões cognitivas, de saúde mental, sobre a saúde sexual e reprodutiva, a adesão ao medicamento (CERVIA, 2013). Condições essas que precisam ser associadas à dimensão espiritual e integradas a rotina de cuidados desses adolescentes. Alguns estudos apontam que a adesão ao medicamento e, ainda a qualidade de vida têm apresentado efeitos positivos quando associadas à espiritualidade (GASPAR, 2011; DALLAS et al., 2012; BERNSTEIN, D'ANGELO, LYON, 2013). Cabe enfatizar que a espiritualidade faz parte da base ontológica de enfermagem por ser uma característica básica da humanidade (PÉREZ-GIRALDO, VELOZA-GÓMEZ, ORTIZ-PINILLA, 2012).

A Espiritualidade pode ser uma fonte de apoio social e trazer benefícios para as pessoas vivendo com HIV/aids (PETERSON, JHONSON, TENZEK, 2010). Portanto, os enfermeiros e demais profissionais de saúde podem auxiliar os adolescentes vivendo com HIV/aids a compreender a sua espiritualidade como estratégia de enfrentamento (RAMER et al., 2006, LYON et al., 2011; BERNSTEIN, D'ANGELO, LYON, 2013).

Sob essa perspectiva, destaco que, no campo da Enfermagem Nacional, existem lacunas sobre a dimensão espiritual no cuidado direcionado aos adolescentes que vivem com HIV/aids. Ao analisar os catálogos de teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem a fim de identificar a tendência da produção científica referente à temática da espiritualidade, encontrei dez estudos. Desses, todos eram dissertações, sendo uma produção publicada em 2002, 2006, 2008 e 2010; quatro em 2012; duas no ano de 2013 e duas no ano de 2014. Os temas abordados foram: um estudo apontou as necessidades espirituais dos clientes acometidos pelo HIV/aids em adultos; outro relatou sobre a vivência do cuidado na dimensão espiritual pelo estudante da Graduação em Enfermagem; um estudo sobre a saúde mental; um estudo sobre a espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso; quatro estudos enfatizaram o profissional de saúde no

cuidado espiritual; três estudos relacionaram o câncer e a espiritualidade, um em pediatria, o outro nos profissionais e dois sobre período transoperatório⁹.

A partir deste cenário, constato que são incipientes os modelos de enfermagem que orientam, a partir de seus construtos e proposições, caminhos para o adolescente vivendo com HIV/aids em transição para a vida adulta no contexto do cuidado espiritual. As tecnologias de cuidado focada nesta dimensão apresentam lacunas que, acredito, precisam ser preenchidas por meio de estudos em que o adolescente seja (co)partícipe, a partir de trabalhos já desenvolvidos, do enfermeiro na construção de uma estrutura teórica que definirá os caminhos a serem percorridos. São condições que justificam a construção de um modelo teórico de enfermagem no cuidado relacionando á espiritualidade desses sujeitos, por acreditar que esta seja uma dimensão do cuidado que poderá contribuir para o estar melhor dos adolescentes em transição para a vida adulta no enfrentamento desta condição crônica.

Nesse sentido, um modelo teórico é entendido como um conjunto de conceitos abstratos e integrados por proposições numa configuração significativa. As proposições apresentam as declarações que descrevem ou unem os conceitos e que são consideradas descrições ou definições de conceitos. Os conceitos são palavras que descrevem imagens mentais de fenômenos que nem sempre são observados no mundo real nem limitados a qualquer indivíduo particular, grupo, situação ou evento. Os modelos teóricos evoluem de observações empíricas e intuitivas de deduções e são desenvolvidos dedutivamente quando formuladas generalizações sobre observações e de situações específicas (BITTENCOURT, 2011).

Soma-se a este cenário um estudo que apresenta um modelo teórico de cuidado espiritual com adolescentes soropositivos em transição para a fase adulta. Neste estudo, os autores concluem que a espiritualidade auxilia no enfrentamento da doença. Serviu de incentivo para o cuidado com a sua saúde, principalmente quando o assunto é adesão ao tratamento. Vêm na espiritualidade esperança ao compreenderem que são capazes de conviver com o HIV/aids (SMITH et al., 2016).

Considerando a crescente produção de estudos primários e o grande volume das informações científicas disponibilizadas, nas últimas décadas na área da saúde, especialmente, sobre o tema do HIV/aids, novos direcionamentos em relação ao desenvolvimento de futuras

⁹Realizei um estudo de pesquisa documental. Com a questão de pesquisa: Qual a tendência da produção científica referente à temática da espiritualidade? A busca foi realizada nos catálogos de teses e dissertações do CEPEN, em dezembro de 2016. Utilizei a palavras: espiritualidade, com os catálogos dos anos de 2001-2014. Os critérios de inclusão: dissertação e tese com resumo completo (objetivo, método, resultados e conclusões). Como critérios de exclusão: estudos que abordavam apenas religiosidade/religião.

pesquisas sustentadas na literatura disponível poderão conduzir a modelos teóricos oriundos de uma avaliação crítica e da síntese das evidências disponíveis sobre o tema de investigação (BRUM et al., 2015; SMITH et al., 2016).

Enfatiza-se, sobretudo, a crescente produção Nacional evidenciada pelo 13º lugar no ranking estabelecido pela produção científica mundial¹⁰. E a área da Enfermagem, tem acompanhado este crescimento, atrelada à expansão dos Programas de Pós-graduação e, conseqüentemente, da qualificação na construção científica expressada pelo aumento de documentos indexados em bases de dados reconhecidas mundialmente, ocupando o 6º lugar no ano de 2010 no ranking. No Brasil, tem mantido seu reconhecimento científico pelo notório desenvolvimento, superando ciências consolidadas como a medicina e as ciências sociais (SCOCH et al., 2013).

Todavia, percebo que ainda é rudimentar a utilização da produção do conhecimento no cenário de cuidado do Enfermeiro. Ao identificar esta lacuna, apresento como possibilidade a inserção das Pesquisas Bibliográficas (PB)¹¹, em especial da Pesquisa Sistemática, método utilizado neste trabalho. Assim, a PB poderá, ao sintetizar o conhecimento científico, outrora produzido, sensibilizar o enfermeiro no desenvolvimento de um cuidado ancorado em referenciais construídos pelos próprios profissionais da área, e ainda, poder refutar e/ou abarcar os resultados das pesquisas para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que cuida bem como para o seu próprio domínio. Entendo que estas avaliações e sínteses, permitem uma retroalimentação para a (re)construção de um novo arcabouço de conhecimentos e assinala para a necessidade de sínteses que promovam o acesso às mesmas, liberando conclusões baseadas na combinação dos resultados procedentes de múltiplas fontes (BRUM et al., 2015).

Este caminhar me levou às seguintes **questões de pesquisa**: Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids descrita na literatura científica? Como é a transição para a vida adulta do adolescente vivendo com HIV/aids, descrita na literatura científica? Como seria um modelo teórico de cuidado de enfermagem representativo dessas vivências a partir da literatura científica?

¹⁰<http://www.capes.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/7616-qualidade-da-producao-cientifica-e-abordada-durante-abertura-de-seminario-de-acompanhamento>.

¹¹ Neste estudo, considerarei o termo “Pesquisa” em detrimento do termo “Revisão” ao entender que as revisões são pesquisas científicas as quais respeitam os pilares essenciais para (re)produzir ciência. Apresentam em seu desenho: introdução, objetivo, metodologia (detalhadamente), resultados, discussão e conclusão.

Diante desse contexto, parto da tese de que a utilização de um modelo teórico para o cuidado na espiritualidade do adolescente que vive com HIV/aids na transição para a vida adulta, oferece sustentabilidade e visibilidade como prática inovadora para a Enfermagem.

2 JUSTIFICATIVA

Oportunamente, justifico meu encontro com o objeto de estudo bem como com a pesquisa bibliográfica a partir das minhas experiências e vivências¹² pessoais e acadêmicas ao denominar: Encontrando-me com o adolescente vivendo com HIV/aids e (Des)cobrir a pesquisa bibliográfica como possibilidade de incorporar evidência no cotidiano de enfermagem.

2.1 ENCONTRANDO-ME COM O ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS

Meu encontro com o adolescente vivendo com HIV/aids decorreu por meio do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Ao longo do curso, tive a oportunidade de ser bolsista de iniciação científica, do projeto intitulado: "Avaliação da vulnerabilidade ao HIV de adolescentes e jovens, em instituições de ensino médio e universidades de Santa Maria/RS: um caminho para implementação de ações na luta contra a aids" (BRUM et al., 2006; LIMA et al., 2006).

Assim, trilhei minha trajetória acadêmica no "Programa aids Educação e Cidadania: uma proposta de promoção à saúde e à qualidade de vida", o qual possibilitou-me inserção em projetos de extensão como: "Acompanhamento multiprofissional de crianças que (con)vivem com o HIV/aids e seus familiares e/ou cuidadores" (Anjos da Guarda) e o "Lúdico e educação: uma proposta para humanizar o cuidado em Enfermagem às crianças que convivem com HIV/aids" (Cantinho Mágico). Na pesquisa desenvolvi além de participação voluntária em projetos, trabalhos e artigos científicos, proporcionados pelo grupo (PAULA et al., 2012; PAULA et al., 2013a; PAULA et al., 2013b; PAULA et al., 2013c; BUBADUÉ et al., 2013).

Conjuntamente a esses trabalhos, desenvolvi a Dissertação de mestrado, intitulada: Ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-soropositividade-ao-HIV/aids: contribuições para o cuidado de enfermagem e saúde (BRUM, PAULA, PADOIN, 2012; BRUM, 2013; BRUM et al., 2015; BRUM et al., 2016). Aliado à constituição da dissertação, no ano de 2011, integrei a equipe que implementou o "Grupo com os adolescentes que têm HIV/aids: estratégia de educação em saúde no acompanhamento ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS)" (PAULA et al., 2014). Esses trabalhos encontram-se vinculados ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-

¹²Entendo vivência como a possibilidade de ter realizado determinada ação, sendo com; e experiência como o acompanhamento de algo, estar ao lado de.

PEFAS) na linha de pesquisa: A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids.

Assim, experienciei situações de cuidado à saúde dos adolescentes. Cumpre destacar que a atuação dos profissionais de saúde fitava, majoritariamente, o tratamento medicamentoso e as condições biológicas, como: medidas antropométricas, análise de carga viral e TCD4+, exame físico, dentre outras. E, no que se refere à transição, a adesão ao tratamento é preponderante nas reflexões e discussões. Estas situações levaram-me a pensar dentre outras formas de resiliência, que a espiritualidade, poderia ser um caminho escolhido pelo adolescente para transitar para a vida adulta em meio ao seu cotidiano permeado pelo HIV/aids, já que muitos adolescentes deixam de comparecer aos serviços de saúde durante o período de transição, o que acarreta um aumento da carga viral, e, conseqüente, adoecimento (KOENIGA, NESHEIMA, ABRAMOWITZ, 2011).

No final do curso de mestrado, iniciei uma aproximação com o Núcleo de pesquisa: Estudos do Cuidado em Enfermagem (NECE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS). Com essa convivência, pude integrar as discussões sobre a espiritualidade e as condições crônicas, as quais corroboraram para que pudesse continuar minha trajetória profissional e pessoal por meio da aprovação no curso de Doutorado da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Assim, a presente proposta encontra-se inserida na Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde, conduzida sob o eixo temático: Tecnologias, conceitos e modelos de cuidado em enfermagem.

Permaneci, enquanto Doutoranda bolsista, durante sete meses, o que me levou a integrar, a Comissão Editorial da Revista Gaúcha. Essa experiência vivenciada conduziu-me, a partir das leituras, maior aproximação com o meu tema de estudo, pois pude identificar lacunas da produção do conhecimento no que tange ao cuidado com adolescente vivendo com HIV/aids e a espiritualidade.

No decorrer do primeiro ano de doutorado, realizei um concurso na Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC) para o Componente Curricular: Cuidado de Enfermagem ao Neonato, Criança e Adolescente no contexto Hospitalar. Ao ingressar como docente, em parceria com demais colegas, implementamos o Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC), ao qual encontro-me vinculada na Linha de pesquisa: Cuidado à saúde do neonato, criança, adolescente e família. Tem o objetivo de desenvolver estudos e pesquisas que englobem o contexto biopsicosociocultural e espiritual no cuidado à saúde do neonato, criança, adolescente, família e cuidadores.

Acrescento a este contexto a minha própria condição de conviver com um agravo de saúde, que durante minha adolescência, por vezes, foi um fator limitante no meu cotidiano, como por exemplo, realizar exercícios físicos. Desde minha tenra infância convivo com a asma. Situação de saúde que proporcionou questionamentos existenciais como a iminente proximidade com a finitude quando não adería ao medicamento, o que levava a inúmeras internações hospitalares das quais minha observância sempre fora de alívio por ter sobrevivido a mais aquela 'crise'. Ao transitar para a vida adulta o que mais ocasionava inquietações era o quanto suportaria ver as mudanças refletidas no biológico devido às altas doses de medicamentos, tanto cardíacas quanto de sobrepeso, além da possibilidade da morte, como já mencionado anteriormente.

Ao me (re)ligar à dimensão espiritual, isso fez com que (re)significasse minha saúde, mas acima de tudo, minha vida. Compreendi que poderia transitar para a vida adulta sem ficar à espera dos acontecimentos, mas sim ser protagonista da minha história. Assim, ao ingressar na graduação e a aproximação com a condição crônica da aids remeti à minha construção de saúde, a qual também passei por circunstâncias de preconceito, discriminação e isolamento social, especialmente na adolescência. Se em virtude da asma tiveram lugar as situações acima apontadas, refleti acerca do quanto os adolescentes que convivem com HIV/aids suportam as nuances da sua condição e neste estudo com destaque para o momento de transição.

A partir dessas experiências vivenciadas, acadêmicas, profissionais e pessoais, de cuidado ao adolescente vivendo com HIV/aids, vislumbrei situações de cuidado à saúde nas quais, na maioria das vezes, as orientações dos profissionais de saúde se resumiam ao tratamento medicamentoso e às condições biológicas como: peso, análise de carga viral e TCD4+, exame físico, dentre outras. E, no que se refere à transição, quando esporadicamente aparece nas orientações, a adesão ao tratamento é preponderante nas reflexões e discussões.

Nestes momentos, percebi nesses adolescentes, expressões faciais de incertezas, como que medo do desconhecido e o que lhes esperava no futuro. Condições existenciais inferidas por mim, mas que me levaram a pensar e a questionar como aqueles adolescentes que já vivenciavam as condições próprias da adolescência em meio à transição para uma outra fase da vida, somadas ao fato de conviverem com o HIV/aids estariam reagindo ou sobrevivendo no cotidiano de suas vidas? Este questionamento levou-me a pensar, dentre outras formas de resiliência, na espiritualidade que, enquanto condição existencial, poderia ser o caminho escolhido pelo adolescente que convive com HIV/aids em transição para a vida adulta.

2.2 (DES)COBRINDO A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA COMO POSSIBILIDADE DE INCORPORAR EVIDÊNCIA NO COTIDIANO DE ENFERMAGEM¹³

A Pesquisa Bibliográfica PB tangenciou minha trajetória acadêmica e profissional ao longo dos anos. Durante a graduação desenvolvi uma PB tradicional no meu trabalho de conclusão de curso. Neste período já era preconizada a utilização dos conceitos atribuídos para a PB, assim como na atualidade. Mesmo sendo um trabalho produzido durante a graduação em enfermagem, a condução do estudo já apontava para uma organização e um planejamento.

A (des)coberta que acendeu o anseio em compreender a condução da PB como um método científico rigoroso foi consolidada pela participação no 15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE) no ano de 2009. O Seminário oportunizou uma oficina sobre a PB, especialmente sobre a Pesquisa Sistemática da Literatura (PSL). A partir desse encontro, percorri um caminho de aproximação com os métodos de PB disponíveis.

Assim, por meio de um convite, após discussões e reflexões acerca da PB, em grupos de pesquisa, teve início, em 2010, o curso de “Revisão de literatura: aspectos conceituais e metodológicos”, na cidade de Rio Grande/RS. Tratava-se de um curso teórico-prático realizado com o objetivo de proporcionar aos acadêmicos de enfermagem e pós-graduandos da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) o conhecimento acerca das diferentes maneiras de elaborar uma PB.

No corrente ano, ministrei o curso no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), na cidade de Santa Maria/RS, o qual intitulei: Enfermagem Baseada em Evidências (EBE). Neste momento, a percepção da EBE começou a ser elucidada por meio de leituras e reflexões. O curso teve a finalidade de apresentar e discutir o movimento da Enfermagem Baseada em Evidência, e delinear as principais diferenças entre as PB: Pesquisa Narrativa da Literatura (PNL) ou Tradicional da Literatura, Pesquisa Integrativa da Literatura (PIL) e PSL. Oportunamente, (re)conheço que existem significativas diferenças entre as três possibilidades de realizar uma PB. Sempre que discuto as peculiaridades de cada PB, realizo por meio do desenho de uma borboleta. Pois, a borboleta ao longo da sua vida, passa por uma metamorfose permeada por etapas, que permite uma considerável mudança no seu caráter, na sua aparência, na sua condição existencial e na sua maneira de (re)significar o mundo.

¹³ Alguns excertos foram retirados dos capítulos de livro: BRUM, C. N. de; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. BRUM, C. N. de; et. al. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde.

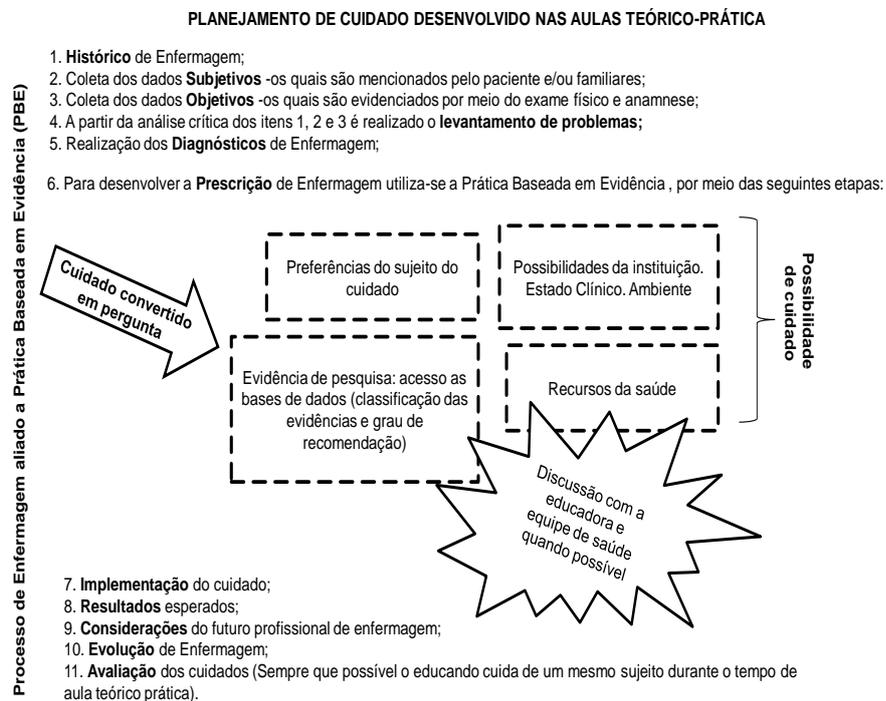
avançaram para a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), onde dividi o curso em quatro módulos: Módulo I - contextualização Histórica e Conceitual do movimento da Prática Baseada em Evidências e a evolução dos serviços para a descoberta da melhor evidência; Módulo II - introdução à Enfermagem Baseada em Evidências; Módulo III - delineamentos de Pesquisa e Análise dos Níveis de Evidência; Módulo IV - a implementação da Prática Clínica Baseada em Evidências no contexto da Enfermagem. Também, realizei cursos: no Centro de Educação Superior Norte/RS, campus Palmeira das Missões; no Hospital Universitário de Santa Maria (HUMS/RS); em grupos de pesquisas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e na UNIFRA.

Além disso, por meio dos cursos desenvolvidos em 2012, participei da implantação e na implementação de uma disciplina do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf): Prática baseada em evidência e sua aplicabilidade na enfermagem. Essa disciplina teve o objetivo de apresentar e discutir o movimento da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem e sua aplicabilidade; delinear as principais diferenças entre as pesquisas bibliográficas: narrativa ou tradicional, revisão integrativa da literatura e revisão sistemática da literatura; realizar a busca eletrônica nas bases de dados bibliográficas. Em virtude disso, pude auxiliar na discussão e reflexão dos trabalhos de PB da disciplina: “Construção do conhecimento em saúde e enfermagem”, os quais estavam relacionados diretamente com a disciplina Prática Baseada em Evidências na Enfermagem e sua aplicabilidade.

Desde o ano de 2013 até o ano de 2015, realizei assessoria técnica para a Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFSM) na pré-avaliação das produções que utilizam métodos que abordem a PB. Ainda em 2015, realizei quatro capítulos de livro sobre a PB sendo dois deles específicos sobre o método da PNL e um sobre PSL, os outros dois, foram sobre a PIL associado ao tema da saúde da criança (LOPES, et al., 2015; GRASSEL et al., 2015; BRUM et al., 2015; BRUM, ZUGE et al., 2015).

Na Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó, tenho desenvolvido discussões e reflexões no que concerne à utilização das diferentes possibilidades de se incorporar evidências na enfermagem por meio da PB. Procuo utilizar da PBE aplicada à enfermagem nos componentes teóricos que ministro: “Pesquisa em Enfermagem” e durante as aulas teórico-práticas, na condução do Cuidado no “Componente curricular - Processo de Viver Humano II”, para sustentar a discussão sobre um cuidado a ser prestado. Para isso, utilizo o Processo de Enfermagem aliado aos preceitos da Prática Baseada em Evidência, a partir da seguinte estrutura:

Figura 2 - Planejamento de cuidado realizado nas aulas teórico-práticas. Porto Alegre, RS, 2017.



Planejamento de cuidado pautado nas etapas do Processo de Enfermagem do COFEN (2009) e na literatura de Cullum N, et al. (2010) para a aplicação da PBE.

Fonte: BRUM; ZUGE, 2015.

Entendo que a PBE possui cinco fases, conforme ilustra a figura, a primeira, vai ao encontro das preferências do sujeito do cuidado, a segunda são as possibilidades que os serviços de saúde fornecem para desenvolver o cuidado condizente com a necessidade do sujeito. A terceira fase, seria os recursos que o setor da saúde dispõe. A quarta (objeto deste estudo) é acessar as evidências clínicas disponíveis para que o cuidado seja realizado em conformidade com o preconizado por meio das pesquisas. A quinta fase, após percorrer as demais fases, promover espaços de interlocução coletiva com a equipe multiprofissional e com os peritos na área sobre o cuidado a ser realizado.

Esta possibilidade de cuidado, realizo juntamente com o processo de enfermagem: o qual compõe-se de cinco etapas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (2009):

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos

diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Compreendo que essa associação permite o pleno desenvolvimento da PBE e sua utilização no cuidado de Enfermagem, uma vez que sua organização no cuidado tem sido ponto de pauta de reflexões sobre a maneira de agregá-la no cotidiano do Enfermeiro.

Atualmente, desde 2016, integro a Comissão Editorial sobre PB da Revista Contexto & Saúde do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí).

Dessa forma, entendo que a PB é um método de pesquisa que permite, a partir de sua realização, pautada em um rigoroso procedimento de análise, agregar evidência no cotidiano do enfermeiro. Ressalto que os próprios Manuais Ministeriais que regem as ações em saúde e as Políticas Públicas em âmbito nacional se tem orientado a partir de PSL para sustentar as condutas propostas. Corroboro, também, com a possibilidade de subsidiar a construção de modelos teóricos por meio do que já foi produzido pelos profissionais da área da saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Construir e apresentar um modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a vida adulta com base nas evidências da literatura científica.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar as evidências do adolescente vivendo com HIV/aids e sua relação com a espiritualidade com base na literatura científica.
- Analisar as evidências do adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a vida adulta com base na literatura científica.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Transição para a vida adulta do adolescente vivendo com HIV/aids

Sabidamente, os gregos foram os primeiros a registrarem interesse pela adolescência, os registros disso se fazem notar desde Sócrates, Platão e Hesíodo e mesmo nos escritos do inglês Shakespeare. Entre os gregos, a adolescência era vislumbrada como um período de tempo ocioso, contrário a qualquer correção e ideia de organização familiar, era também, apontada como desviante uma vez que os adolescentes apresentavam desejos dominados pelos impulsos sexuais. É com Rousseau que o interesse pela adolescência toma um direcionamento de caráter fisiológico e psicológico. Para o referido autor a adolescência é uma etapa fisiológica, genética e dramática (VITALLE, MEDEIROS, 2008; FREITAS, 2014).

A partir do momento em que a sociedade passou a reconhecer a adolescência como parte da vida humana, tornou-se passível de compreensão, simbolização e representação, sendo reconhecida como fenômeno individual e social. O significado da adolescência e a sua relevância no processo da vida humana só foram compreendidos a partir do século XVIII. Com o a Revolução Francesa culminando, com o processo de industrialização, no século XIX, as discussões sobre a infância e a adolescência começaram a ter visibilidade e passaram a ser consideradas como etapas distintas do desenvolvimento humano (FLORENTINO, CANABARRO, 2014).

Em relação à saúde dos adolescentes, esta foi evidenciada apenas no ano de 1888. Médicos ingleses estabeleceram a Associação de Médicos de Escolas. Sobre a primeira publicação científica no Index Medicus ocorreu no ano de 1904, realizada por Stanley Hall, intitulada: Adolescência-sua psicologia e relação com fisiologia, antropologia, sexo, ciúme religião e educação. Amélia Gates, em 1918, publicou uma das primeiras referências sobre o cuidado à saúde dos adolescentes: O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford. Neste mesmo ano, nos Estados Unidos da América, propôs a Sociedade de Medicina do Adolescente (VITALLE, MEDEIROS, 2008).

No século XX, o movimento de direitos humanos, anteriormente voltado aos adultos, amplia suas dimensões para as crianças e os adolescentes, o que implicou no reconhecimento das suas necessidades e características biológicas, psicológicas e sociais extras ao adulto (JUSTO, 2005). Além disso, o adolescente pode ser entendido como um ser em transição diante dos enfrentamentos de ordem emocional e mudanças corporais que o levam a relacionar-se de forma mais específica com seu processo saúde-doença (MAAS, 2006).

No Brasil, a Hebiatria, campo do conhecimento que estuda o processo saúde-doença do adolescente, teve seu início em 1974, na Universidade de São Paulo, na Santa Casa de São Paulo e na Universidade do Rio de Janeiro, quando se percebeu que a adolescência necessitava de cuidados específicos. Nesse sentido, definiu-se essa fase, como o período de transição da infância à idade adulta. Passada uma década e após muita discussão, a Sociedade de Pediatria lançou o Comitê de Adolescência (REATO, 2007; VITALLE, MEDEIROS, 2008; FLORENTINO, CANABARRO, 2014).

Em 1990, entrou em vigor no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, com a finalidade de estabelecer igualdade no direito à saúde dos brasileiros. Nesse mesmo ano, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), constituindo-se em um instrumento legal que viabiliza as diretrizes da Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada em 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas e ratificada pelo Brasil (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde, em 1989, implementou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) com o intuito de normatizar ações de saúde voltadas para a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. A IV Conferência Nacional dos direitos da criança e adolescente, realizada em 2002, consagrou o dever de garantir políticas de saúde pública de acesso universal e equânime nos aspectos da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde das crianças e dos adolescentes (AMARANTE, SOARES, 2009).

No ano de 2003, o Programa Nacional de DST/aids trouxe para discussão a situação dos adolescentes vivendo com HIV no Brasil e sua rede de apoio social (BRASIL, 2004). A partir de 2005, o Ministério da Saúde lançou o Marco Legal da Saúde de Adolescentes. Esse documento apresenta os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população (BRASIL, 2005b). Devido às discussões em torno da atenção à adolescência e à juventude, em 2007, é redigido um documento pelo Ministério da Saúde que delinea diretrizes para uma Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2007).

As especificidades de cuidado da adolescência decorrem do processo de crescimento e desenvolvimento. Demandam acompanhamento e suporte aos aspectos biológicos, físicos, como as mudanças corporais, psicológicas, sociais, ambientais, culturais e espirituais entre outros. Esse processo é produto do momento singular que cada indivíduo realiza conforme suas potencialidades e dificuldades (BRASIL, 2013; AYRES, 2012).

Nas culturas primitivas, os ritos de passagem são marcadores cotidianos precisos sobre a entrada na vida adulta. O adolescente, antecipadamente, conhece o seu papel na comunidade e família. No entanto, na sociedade, o tempo de transição para a vida adulta é maior e

permeado de discrepâncias econômicas, sociais e políticas, o que paulatinamente, torna este momento repleto de medos, anseios, preocupações, dúvidas, dentre tantos outros sentimentos dúbios e limitadores (VITALLE, MEDEIROS, 2008).

Pensando nas mudanças biológicas e físicas, o adolescente vivencia a puberdade. Momento em que as mudanças corporais são notáveis, como por exemplo: crescimento de pelos, mudanças no timbre da voz, crescimento incontrolável dos membros inferiores, dores ocasionados pelo processo de estirão, além de tantos outros. Assim, o corpo que anteriormente, era infantil, toma nuances de adulto, em uma velocidade avassaladora. Associado a isso, o surgimento de novos desafios e conflitos, aproximam o adolescente, cada vez mais com a vida adulta (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010).

Esse processo de mudanças, físicas e psicológicas, é denominado de síndrome da adolescência normal. É caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas peculiares a fase do desenvolvimento. Possui as seguintes características: busca de si mesmo e da identidade adulta; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocação temporal; evolução da sexualidade e do autoerotismo; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de condutas; separação progressiva dos pais; perda do corpo infantil; perda da identidade e flutuações de humor (VITALLE, MEDEIROS, 2008). Assim, o adolescente vê-se inserido em um novo mundo, o do adulto. Todo esse processo pode parecer tranquilo para alguns e conturbado para outros. Isso dependerá das vivências e experiências de cada um diante da singularidade no conceber o mundo que os rodeia.

Tantas mudanças pertinentes ao processo de adolecer ao transitarem para a vida adulta, quando associadas ao processo de adoecer, especialmente, com uma doença crônica, necessitam de diferentes mecanismos internos e externos para melhor superar tão significativas mudanças. E com a aids ocorre a mesma situação, uma vez que pode ser caracterizada como uma doença crônica (SCHAURICH, MEDEIROS, MOTTA, 2006; SCHAURICH, MEDEIROS, 2011), evidenciando novas perspectivas, como a transição da adolescência para a fase adulta (CRUZ, 2007; MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010).

A doença crônica pode ser definida como aquela que altera o cotidiano do sujeito por mais de três meses, resulta em hospitalização durante um mês por ano ou exige situações especiais de adaptação. Esse entendimento da subjetividade que se insere nos significados de adoecer e do sofrimento vivido apresenta relevância se estiver relacionado ao adolescente vivenciando esta condição (DAMIÃO, ÂNGELO, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), as condições crônicas de saúde são problemas que podem durar anos e até décadas levando a um gerenciamento de cuidados permanentes, ocasionando um processo de hospitalização frequente no cotidiano das pessoas. Destaca-se que são consideradas condições crônicas os problemas de saúde que abarcam tanto doenças transmissíveis quanto as não transmissíveis, bem como os problemas físicos e mentais.

Atualmente, o perfil epidemiológico brasileiro caracteriza-se pelo descontrole de muitas doenças transmissíveis bem como pelo aumento das condições crônicas não transmissíveis. Essa característica se deve à dificuldade no direcionamento de ações para a promoção e proteção da saúde nos serviços de saúde bem como é reflexo das novas condições de vida da população (DUARTE, BARRETO, 2012).

Na área pediátrica, referenciais que retratam os conceitos sobre condição crônica, foram abordados a partir do final do século XX e definem conceitos de condição crônica infantil como sendo: alterações nas condições normais de saúde, que podem possuir por base biológica, psicológica ou cognitiva, que duraram ou têm potencial para durar um ano e que produzem uma ou mais das sequelas identificadas nos três domínios: limitação funcional; dependência para compensar ou minimizar as limitações (medicamentos, alimentação especial, tecnologia e dispositivo de apoio pessoal); e necessidade de cuidados médicos, ou serviços relacionados, e de serviços psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança (STEIN et al., 1993). Para este estudo, utilizar-se-á a definição de condição crônica de saúde estabelecida por Stein et al., (1993), por dar enfoque à especificidade pediátrica e, assim, direcionar-se às demandas do processo de hospitalização das crianças.

As condições crônicas na infância podem ser consideradas a partir do período perinatal quando podem persistir doenças infecciosas graves, doenças metabólicas, doenças do sistema imunológico, hematológicas, de estrutura físicas e mentais, bucais, degenerativas e que requerem um grande período de reinternações frequentes e cuidados específicos da equipe profissional de saúde, principalmente da enfermagem com quem a criança e a família têm mais contato, levando em conta então o aspecto multidimensional dela (DUARTE et al., 2015).

Diante das imposições que a doença apresenta, especialmente a crônica, que em sua definição se apresenta como aquela de longa duração que pode deixar sequelas ou ser incurável, essa imagem torna-se mais sofrida alterando a autoestima e ocasionando insegurança. Além disso, a doença crônica impõe necessidades na adaptação de uma nova concepção de vida, na luta em compreender e aceitar a doença. Revela, ainda, que quando a

doença crônica, mantendo-se por muito tempo leva o indivíduo a voltar-se para si mesmo, para seus valores e para a possibilidade da morte (AMADO, LEAL, 2001).

O enfrentamento dessa transição pelo adolescente pode representar perdas e instabilidade que resultam em impacto emocional profundo, mas também podem determinar ganhos provenientes do alcance da maturidade, obtida pela aceitação de novas perspectivas mediante a adaptação da situação vivida (MALDONADO, CANELA, 2003).

Pensando nessa problemática, em 1989, a United States Surgeon General Conference: Growing up and getting medical care: youth with special healthcare needs indicaram a necessidade de refletir acerca da transição de cuidados dos adolescentes que vivenciam alguma condição crônica de saúde. Embora, as discussões tenham iniciado, existem lacunas a serem preenchidas no que toca à assistência aos adolescentes neste processo, uma vez que, ainda, se perpetua a ideia, (pre)conceituosa, de que o adolescente não tem maturidade para gerir sua própria saúde, principalmente, no que tange aos seus direitos e à sua autonomia para realizarem suas escolhas. Esbarra-se, assim, em situações ainda não definidas como: qual é o setor responsável pelo processo de transição, pediatria ou o setor que cuida do adulto; qual a idade ideal para iniciar o processo, bem como sua duração (DUARTE et al., 2015).

A grande preocupação dos adolescentes que vivem com uma doença crônica, está na mudança do ambiente, pois na pediatria sentem-se seguros com a equipe, com os cuidados desenvolvidos desde sua infância. Transitar para o cuidado do adulto, talvez seja enfrentar dificuldades no seu processo saúde-doença (DUARTE et al., 2015).

Maas (2006) concebe que a dificuldade dos profissionais em relação aos adolescentes deriva do desconhecimento da especificidade desta população e agrega ao fato do processo de adolescer encontrar-se arraigado em referenciais teóricos-metodológicos biomédicos, delimitados pelo conceito cartesiano.

Cabe salientar que o termo transição tem sua origem no latim *transitiōne*. É um termo que está inserido em vários ramos do conhecimento, como exemplo: a geografia, as ciências da saúde, a história, a antropologia, assim como em tantas outras. Compreende transformação, atravessar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (ABREU, 2008). Além disso, pode significar algo processual, como de mudança na vida ser relacionada como processos de saúde e doença, ambiental e social (KRALIK, VAN LOON, VISENTIN, 2006).

Diante de tais considerações, aponta-se distinções entre os termos transferência e transição. O primeiro é compreendido como um evento individual, podendo ser denotado como a transposição de um objeto ou pessoa de um lugar para outro. Assim, infere-se que realizar a transferência, de algum sujeito, de um serviço para outro é entendido como algo

momentâneo e pontual. Já, o termo transição remete a um processo de mudanças no cotidiano de saúde de um determinado indivíduo, mas leva em consideração seu contexto de vida bem como sua interação com os serviços de saúde. Também é apontado um percurso de reestruturação da equipe de saúde a fim de que o processo de transição seja vivenciado satisfatoriamente (SAWYER, BLAIR, BOWES, 1997; KRALIK, VISENTIN, VAN, 2006).

Conforme estudo, Machado, Succi e Turato (2010) apresentam diversos modelos de transição para serem desenvolvidos. Contudo, ainda sem evidências científicas sobre o mais adequado a ser utilizado nos serviços de saúde. A seguir serão apontados alguns dos modelos discutidos pelos referidos autores: 1) modelos de transição utilizados para adolescentes com doenças crônicas é subdividido em três possibilidades: a) é centrado na patologia, com transferência dos adolescentes de uma subespecialidade pediátrica para uma subespecialidade de adultos. b) inicialmente, é por meio dos serviços de cuidados primários, sendo este coordenado por médicos generalistas, o qual pode apresentar dificuldades relativas à comunicação entre estes e os médicos especialistas. c) este, recomenda que seja realizado por serviços especializados em adolescência, contendo médicos hebiatras na ponta das ações a serem desenvolvidas.

Outro modelo é desenvolvido em conformidade com grau de complexidade da interação entre as equipes pediátricas e de adultos, permite uma escolha a partir de quatro vertentes: 1) Transição direta: centrado em um único momento, da clínica pediátrica para a clínica de adultos. Sendo as informações partilhadas ou não com os demais profissionais que receberão o adolescente. 2) Transição sequencial: presença de um passo intermediário entre as duas clínicas, incluindo um ou todos os itens seguintes: clínica de transição, clínica de adolescentes ou clínica de adultos jovens. 3) Transição evolutiva: com treinamento instrumental e desenvolvimento de sistemas de apoio. 4) Transição profissional: com transferência de experiências e habilidades entre os setores pediátricos e de adultos.

A Sociedade de Medicina do Adolescente elaborou os seis primeiros passos críticos para a transição: 1. Garantir que todos os jovens com doenças crônicas tenham apoio de um profissional de saúde que seja responsável pela coordenação e planejamento dos cuidados durante a transição. 2. Identificar as competências nucleares que os profissionais de saúde devem possuir para oferecer cuidados de saúde adequados ao desenvolvimento dos jovens. Garantir que essas competências sejam ensinadas aos profissionais dos cuidados primários de saúde. 3. Desenvolver um resumo acessível da história clínica do jovem que facilite a colaboração e transferência de cuidados entre profissionais de saúde. 4. Desenvolver planos de transição escritos, de acordo com o estado da arte, em colaboração com os jovens e suas

famílias. 5. Garantir que o mesmo padrão de cuidados primários e preventivos seja aplicado aos jovens com doenças crônicas e aos seus pares. 6. Garantir que os jovens com doenças crônicas tenham acesso a um sistema de saúde abrangente, contínuo e com custo suportável desde a adolescência até a idade adulta (ROSEN et al., 2003).

Sobre os programas americanos realizados para a transição, aponta-se que os adolescentes, com distintos processos crônicos de saúde salientaram que conhecer a equipe de saúde que os receberia auxilia neste processo. Ainda, Machado, Succi e Turato (2010) discorrem que mesmo diante de tais possibilidades de modelo para a transição dos adolescentes para a clínica dos adultos, é relevante analisar as particularidades das instituições de saúde bem como de cada adolescente.

Para tanto, conforme Nunes, Sasseti (2010) a transição dos cuidados médicos, deve ser processual respeitando a sua origem multifacetada incorrendo em ações que abordem o adolescente, desde sua família até a sua própria condição de adolecer com a promoção de sua autonomia.

O projeto “Got transition” traçou os seis elementos nucleares para uma transição bem sucedida para os cuidados médicos: 1. Políticas de transição; 2. Registro e monitorização de jovens em transição; 3. Preparação da transição; 4. Planejamento da transição; 5. Transição e transferência; 6. Transição concluída (com avaliação de resultados) (GARVEY, MARKOWITZ, LAFFEL, 2012).

A partir do exposto fica evidente que os estudos realizados, até o momento, privilegiam os cuidados centrados na equipe médica. Assim, torna-se necessário ampliar as discussões para as demais áreas do conhecimento que, também cuidam desses adolescentes, a exemplo da enfermagem. Para quem cuida do adolescente, o desafio começa na própria busca de referenciais teóricos, pois a produção de conhecimentos de enfermagem nesta área começou a ser elaborada somente a partir da década de 1970, e tendo por base uma prática que valoriza mais enfaticamente os aspectos biológicos (FLORENTINO, CANABARRO, 2014). Ademais existem lacunas quanto ao desenvolvimento de estudos que discorram sobre o processo de transição do adolescente que vive com HIV/aids (MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010).

Nesse sentido, os adolescentes que vivem com HIV/aids em transição para a vida adulta apresentam particularidades em seu cuidado, como questões envolvendo a vida sexual segura, revelação do diagnóstico a parceiros, experiências de perdas familiares, confronto constante com a possibilidade de adoecimento e/ou morte. Além de estarem sujeitos a situações de discriminação e preconceito, tornando-os mais vulneráveis às dificuldades

habituais desse momento de modificação de suas vidas (MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010).

Neste contexto, é papel dos serviços de saúde realizar ações de prevenção e controle da epidemia e de assistência à saúde para essa população com o intuito de viabilizar um cuidado integral (PAULA et al., 2012). Atualmente, o Ministério da Saúde lançou as Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/aids com objetivo de promover a qualidade de vida e de assistência, abordando temas relacionados aos aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV, considerações sobre a adolescência, revelação diagnóstica, adesão ao tratamento, saúde sexual e reprodutiva, avaliação nutricional e transição para clínica dos adultos (BRASIL, 2013).

Destaca-se o papel do enfermeiro para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, a promoção do acolhimento, da escuta, da educação em saúde, ou seja, ações capazes de transcender o patológico e proporcionar ambiente de conforto, confiança e bem-estar ao adolescente, permitindo que este ocupe lugar ativo no processo de cuidado (MACÊDO, SENA, MIRANDA, 2012; FLORENTINO, CANABARRO, 2014).

Para Santos (et al., 2013) a enfermagem enquanto ciência e disciplina precisa considerar a transição como um processo no qual a sensibilidade e o acompanhamento sejam balizadores na identificação da multiplicidade e da diversidade deste caminho. Para tanto, precisa elencar caminhos que facilitem este processo, inserindo a família, o sujeito do seu cuidado, atentando para o contexto em que estão inseridos a fim de potencializar uma melhora na qualidade de vida e bem-estar. Os referidos autores reforçam que os enfermeiros, precisam sensibilizar, por meio de orientações, escuta ativa, diálogos, discussões e momentos de compartilhamento de experiências, elementos que permita ao sujeito do seu cuidado, vivenciarem a transição de uma maneira singular, mas com autonomia diante das escolhas que fará. Nesta perspectiva, há a necessidade de estudos que apontem modelos de cuidados para esta população, uma vez que os manuais se encontram arraigados na dimensão biológica em relação à transição do adolescente vivendo com HIV/aids.

4.2 Espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids

O vocábulo espiritualidade é oriundo do latim *spiritus* que descende hebraico *rúah* reconhecida como algo espontâneo como o vento e a respiração dos seres humanos. A espiritualidade é uma das dimensões do cotidiano das pessoas. (Re)significa a vida por meio da compreensão que cada um possui de seu ser, podendo ser materializada pela crença em alguma religião específica. Por isso, é compreendida como uma construção complexa, multifacetada e subjetiva por envolver crenças, valores, sentimentos, emoções e a singularidade de cada um (PUCHALSKI, ROMMER, 2000).

Entre a década de 1960 e 1970, o emprego do termo espiritualidade se distinguiu de termo religião. A partir dessa constatação, um estudo realizado com docentes de variados cursos da área da saúde mostrou que os conceitos se sobrepõem mas que, mesmo assim, a espiritualidade foi designada como algo maior, ou seja, é a busca do propósito da vida. Sendo a religião relacionada às instituições. Concomitante a isto, na década de 1960, a publicação de estudos epidemiológicos demonstrando a relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde do paciente, ganhou destaque na comunidade científica e no cuidado em saúde, permitindo que o *Journal of Religion and Health* (Jornal de Religião e Saúde) fosse indexado (BORGES, SANTOS, PINHEIRO, 2015).

Diante desse cenário, distingue-se três conceitos, conforme Koenig, Mccullough, Larson (2001). Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente; Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Vários estudos têm evidenciado que utilizar a espiritualidade e a religião no cuidado em saúde são dificultadores na relação entre o profissional e o paciente. Os profissionais alegam desconforto e sentem-se despreparados para usufruírem desta possibilidade de cuidado. Os estudos afirmam que esta situação pode ser em decorrência do modelo de saúde hegemônico, o qual ainda prioriza a doença em detrimento da saúde (ESPÍNDOLA, VALLE, BELLO, 2010; BACKES et al., 2012; BORGES, SANTOS, PINHEIRO, 2015).

Contudo, estudos têm demonstrado uma relação positiva entre espiritualidade com a melhoria da qualidade de vida no bem-estar de pacientes com alguma condição crônica de saúde. A relação entre espiritualidade com marcadores de imunidade, como interleucinas e

marcadores de inflamação como proteína C-reativa tem apresentado efeito benéfico. Um estudo pioneiro, demonstrou essa relação. Posteriormente a este estudo, outras pesquisas foram desenvolvidas. Mulheres com câncer de mama, em que a espiritualidade esteve diretamente relacionada ao número total de linfócitos, de células Natural Killer (NK) e de linfócitos T-helper e T-citotóxicos. Quanto às pesquisas com marcadores inflamatórios, há evidências de menores níveis de proteína C-reativa²⁷ e menores níveis de cortisol (LEVIN, MARKIDES, RAY, 1997; MCCULLOUGH, HOYT, LARSON, 2000; SEPHTON et al., 2001; KING, MAINOUS, PEARSON, 2002; POWELL, SHAHABI, THORESEN, 2003; SAWATZKY, RATNER, CHIU, 2005; TARTARO, LUECKEN, GUNN, 2005; GILLUM, INGRAM, 2006; CHIDA, STEPTOE, POWELL, 2009).

Em uma revisão integrativa, Castelo-Branco, Brito, Fernandes-Souza (2014) revelam que a espiritualidade subsidia na concepção do processo saúde-doença inclusive na tentativa reconsiderar questões pessoais, familiares, exercitar o perdão, até mesmo ressignificar a doença como algo capaz de modificar seu cotidiano salutarmente na manutenção do autodomínio. Os autores afirmam que a espiritualidade, também colabora para o alívio da dor, sendo física ou emocional.

A realização de práticas espirituais apresenta associações significativas na saúde mental, na melhoria da cognição, na reinserção social e revela uma diminuição dos sintomas da aids (TREVINO et al., 2010). Ironson, Stuetzle, Fletcher, (2006) em seu estudo, descobriram que os participantes da pesquisa que tinham alguma ligação com práticas espirituais reportavam, posteriormente à revelação do diagnóstico de HIV, a um aumento das células de defesa do organismo e, conseqüentemente, uma diminuição da carga viral quando comparados com os demais participantes cujas práticas espirituais diminuíram após o diagnóstico. Aponta-se, também, benefícios na condição clínica do paciente quando o profissional de saúde, realiza seu cuidado atentando para a espiritualidade, sendo esta uma mediadora na melhoria da adesão à medicação. Adolescentes e em transição para a vida adulta, apresentam compreensão da relevância da espiritualidade na sua vida, isso reflete nas decisões sobre valores pessoais e morais, utilizando-a, inclusive, como uma maneira de resiliência no enfrentamento da doença (SZAFLARSKI et al., 2006).

Adolescentes em transição para a vida do adulto encontram-se em um momento de profunda transformação, especialmente quando convivem com uma condição crônica de saúde. Estudo realizado com 20 adolescentes vivendo com HIV/aids em transição para a vida adulta apontou que quando um adolescente é confrontado com o diagnóstico de uma doença como o HIV/aids, a própria doença impõe peculiaridades em seu cotidiano que poderá ser

compreendido como uma limitação, pois poderá afetar facetas da vida, que até então, encontravam-se em harmonia. Assim, este adolescente poderá ter na espiritualidade uma possibilidade de se compreender em meio a esta nova situação (SMITH, 2016).

Com o intuito de sustentar a espiritualidade e o HIV/aids em adolescentes, optou-se por realizar uma revisão ampla delineando estado do conhecimento sobre HIV/aids e espiritualidade. Este item tem o intuito de apresentar, a partir da construção de uma revisão narrativa da literatura (BRUM et al., 2015), como a produção do conhecimento tem se manifestado acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. No qual teve como objetivo: Identificar na literatura científica como a produção do conhecimento tem se manifestado acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. Optou-se por não especificar o sujeito do estudo a fim de atentar para a produção do conhecimento geral sobre o tema de investigação.

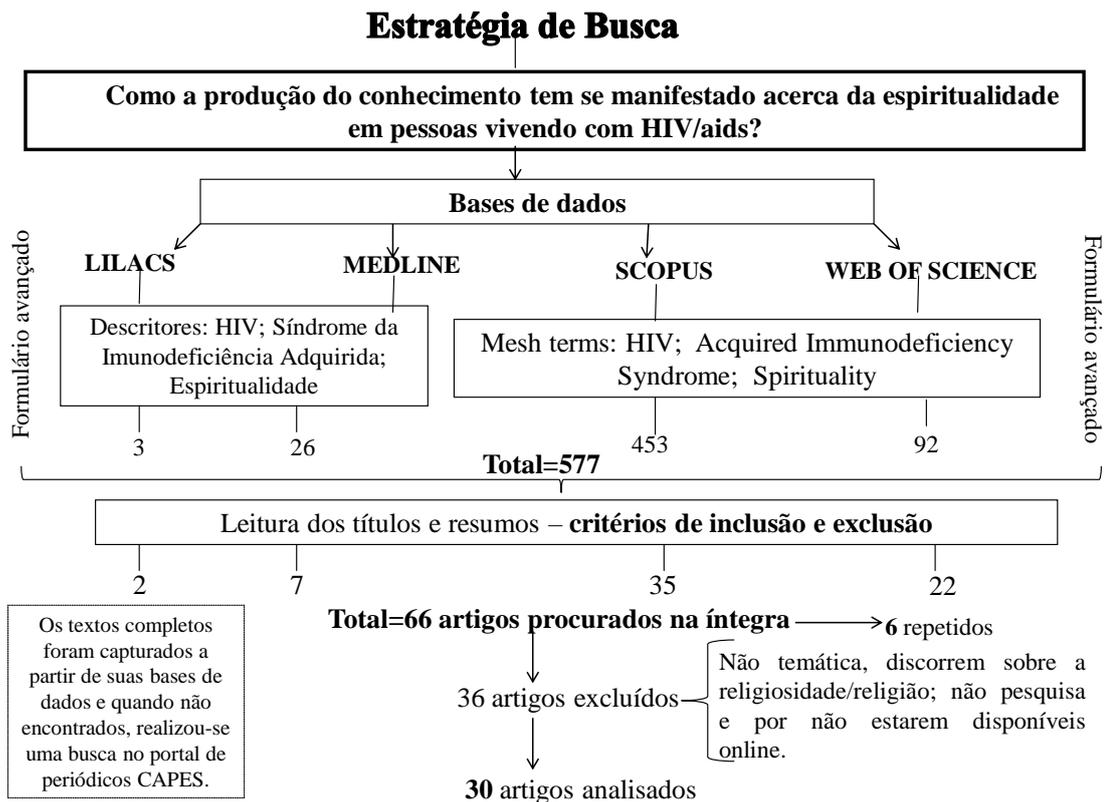
Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: resumos disponíveis nas bases de dados; artigos de pesquisa na temática do estudo que estivessem na íntegra *online* gratuito; idioma português, inglês ou espanhol; em que o objetivo do estudo refletisse o tema da espiritualidade e HIV/aids sem reportar a outra condição clínica de saúde. Foram incluídos todos os sujeitos, independentemente da idade. Essa opção foi delineada com a ideia de encontrar lacunas de produção do conhecimento sobre a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos; livros; manuais ministeriais e *guidelines*; artigos que retratassem apenas a religiosidade/religião. Não foi estipulado recorte temporal, pois a intenção foi de capturar todos os materiais que estivessem disponíveis e respeitassem os critérios previamente estabelecidos.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); na SciVerse Scopus; e na Web of Science. O acesso à Scopus e à Web of Science foi pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para tanto, o formulário avançado das quatro bases de dados foi preenchido por meio da seguinte estratégia de busca: ("HIV") or "síndrome da imunodeficiência adquirida" [Descritor de assunto] and "ESPIRITUALIDADE" [Descritor de assunto], para as bases de dados LILACS e MEDLINE. Para a base de dados SciVerse Scopus utilizou-se os MESH terms: ("HIV" or "acquired immunodeficiency syndrome") and "spirituality". Já na base de dados Web of Science a partir dos MESH terms: ((HIV* or Sind*) near/4 spirituality*). O

levantamento dos estudos ocorreu em setembro de 2014.

Encontraram-se 577 artigos. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: a) leitura dos títulos e resumos, e submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 66 estudos. b) Os 66 estudos foram procurados na íntegra, sendo que, destes, 36 artigos foram excluídos em virtude de: estarem em duas ou mais bases de dados; não serem da temática, estarem apenas discorrendo sobre a religiosidade/religião; por não ser pesquisa e por não estarem disponíveis online. Assim, restaram então 30 artigos (Artigos da Pesquisa) (Quadro 1 - APÊNDICE A) para serem analisados na íntegra, conforme Figura 3.

Figura 3 - Estratégia de Busca sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science. 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os textos completos foram capturados a partir de suas bases de dados e quando não encontrados, realizou-se uma busca na CAPES.

As informações foram extraídas mediante a utilização de uma ficha de análise documental desenvolvida para este estudo, abrangendo os seguintes itens: referência; ano, procedência, área do conhecimento a qual foi estabelecida por meio da definição contemplada

pela CAPES; objetivo; metodologia; sujeitos; produção dos dados; principais resultados; conclusões e o conceito de espiritualidade abordado pelos estudos.

A etapa de exploração do material foi desenvolvida a partir da leitura e fichamento dos resultados. Desenvolveu-se uma descrição dos achados no estudo e precedeu-se por meio da discussão entre as convergências e divergências existentes sob a ótica dos autores dos estudos fichados.

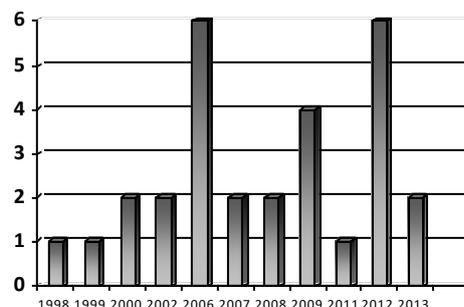
A apresentação dos resultados ocorreu a partir da frequência relativa e absoluta e contou com quadros e figuras ilustrativas.

Em relação aos aspectos éticos, da presente revisão, respeitaram-se as ideias, opiniões, considerações, os conceitos e as definições dos autores, exibidas fidedignamente, descritas e referenciadas segundo as normas do trabalho em questão.

Em relação ao ano dos estudos, os anos de 2006 e 2012 apresentam 20% da publicação, cada um (Gráfico 1). A procedência dos estudos aponta os Estados Unidos com 83,33% das produções. Quanto à área do conhecimento, 36,66% dos artigos pertence à Enfermagem. No que se refere à metodologia, 76,66% dos estudos têm o delineamento quantitativo e 30,03% são estudos transversais (Tabela 1).

Sobre os sujeitos participantes das pesquisas, 66,66% são pacientes adultos vivendo com HIV/aids (Gráfico 2). E, 76,66% utilizaram escalas e instrumentos validados para produzir seus dados, 23,34% acessaram os sujeitos por meio de entrevistas semiestruturadas; grupos e questionários. Os estudos (70,%) apresentam um conceito para espiritualidade.

Gráfico 1: Quantitativo dos estudos sobre os anos de publicações sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.



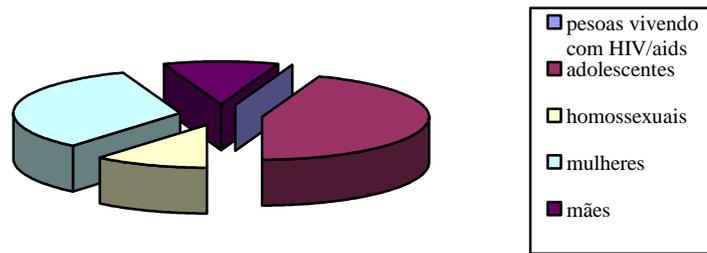
Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Tabela 1 - Caracterização da produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids quanto à procedência, área do conhecimento, delineamento e método. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.

Itens	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Procedência		
Estados Unidos	25	83,33%
Brasil	2	6,66%
África	1	3,33%
Colômbia	1	3,33%
Reino Unido	1	3,33%
Área do conhecimento		
Enfermagem	11	36,66%
Psicologia	9	30,03%
Medicina	6	20%
Multiprofissional	3	10%
Saúde Pública	1	3,33%
Delineamento		
Quantitativo	23	76,66%
Qualitativo	7	23,33%
Método		
Transversal	9	30,03%
Longitudinal	7	23,33%
Descritivo	6	20%
Randomizado	2	6,66%
Exploratório	2	6,66%
Teoria Fundamentada nos Dados	1	3,33%
Fenomenologia	1	3,33%
Representações Sociais	1	3,33%
Interacionismo	1	3,33%
Total = 30 estudos analisados		

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Gráfico 2. Quantitativo dos estudos em relação aos sujeitos da pesquisa sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. Lilacs; Medline; Scopus; Web of Science, 1998-2013. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Na presente revisão ficou evidente a relevância do cuidado espiritual para os pacientes vivendo com HIV/aids. Nesse sentido, estima-se que 1,4 milhões estejam vivendo com HIV/aids na América do Sul. Devido ao aumento significativo das pessoas que recebem terapia antirretroviral, especialmente no Brasil, o número de mortes relacionadas com a aids também diminuiu (SANTO et al., 2013; UNAIDS, 2011). Assim, a aids se transformou em uma condição crônica de saúde (LI et al., 2010; MENDES, 2012).

O diagnóstico desta doença implica mudanças significativas para a vida das pessoas, que podem ser confrontadas com a exclusão, rejeição, discriminação e até mesmo o preconceito. Esses fatores interferem diretamente no tratamento e na gerência de suas vidas (CARVALHO et al., 2007).

A influência do apoio social na saúde tem sido investigada (ROSA, BENÍCIO, 2009), e a literatura tem mostrado grande interesse no estudo da religião e da espiritualidade, e suas relações com a saúde física e mental em pacientes com doenças crônicas, incluindo, o HIV/aids. Assim a espiritualidade pode ser uma fonte de apoio social, e trazer benefícios para pessoas vivendo com HIV/aids (PETERSON, JHONSON, TENZEK, 2010).

Na área da enfermagem têm sido apontadas distinções para conceituar a espiritualidade e a religião. Embora os termos religião e espiritualidade sejam frequentemente utilizados como sinônimos, os seus significados não são o mesmo. Religião pode ser descrita como a crença em uma força divina ou sobrenatural, ligada a uma doutrina específica. Já a espiritualidade refere-se a uma orientação filosófica, capaz de ocasionar comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo significados para a vida dos cidadãos (MCSHERRY et al., 2004). Por isso nesta revisão, optou-se por apresentar, apenas, a literatura que apontasse o conceito de espiritualidade.

Diante disso, sabe-se que as pessoas que vivem com HIV/aids podem utilizar a espiritualidade para lidar com sua doença. E tê-la como um suporte a fim de encontrar melhorias sobre o seu bem-estar mental e físico (GASPAR, 2011). Além disso, o bem-estar

espiritual tem sido associado com níveis mais baixos de cortisol urinário e menos estresse para as pessoas que vivem com HIV/aids. A falta de apoio contínuo e adequado pode resultar em consequências negativas na saúde das pessoas que vivem com HIV/aids (MAMAN et al., 2009), podendo ser a dimensão espiritual uma possibilidade de cuidado.

Considerando a diversidade de pacientes que vivem com HIV/aids, a influência de apoio social no curso da doença, e a variedade de suportes espirituais disponíveis, é conveniente desenvolver novos estudos, a fim de construir o conhecimento, de modo a fornecer aos profissionais de saúde com elementos para o planejamento de cuidados de enfermagem que identifiquem fontes de apoio social relacionado à espiritualidade (GASPAR, 2011).

Clinicamente, temas como a espiritualidade emergem quando os adolescentes se sentem amedrontados com a finitude, e até mesmo a mudança de uma fase da vida para ter de conviver com uma doença como o câncer ou o HIV/aids pode propiciar essa proximidade (MAMAN et al., 2009; GASPAR, 2011). Assim, pode-se destacar que existem evidências sobre o papel da espiritualidade na vida das pessoas vivendo com HIV/aids, especialmente, dos adolescentes vivendo com HIV/aids.

5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO¹⁴

O conhecimento científico evoluiu de forma exponencial nas últimas décadas, possibilitando um acervo de informações em apenas alguns segundos. Esse fato pode ser oriundo das incontestáveis mudanças tecnológicas que tem permeado a ciência. Essa mudança representa um processo de transformação pois, norteados por novos paradigmas, os cientistas adotam diferentes instrumentos ao vislumbrarem novas abordagens no (re)direcionamento da ciência (KUHN, 2011).

A consequência disso é o exorbitante número de pesquisas e publicações, o que se configura atualmente como uma problemática quanto à seleção e análise qualificada da literatura científica disponível. Trata-se, porém, de um problema necessário, benéfico e fundamental para a evolução do conhecimento, mas que pode dificultar a contextualização do fenômeno com erros de interpretação e análise (LOVATTO et al., 2007). Em virtude dessa demanda, aponta-se para a necessidade de sínteses que facilitam o acesso às informações, possibilitando conclusões baseadas na combinação dos resultados oriundos de múltiplas fontes.

Diante disso, na área da saúde emerge o termo baseado em evidência, o qual foi atribuído a partir de 1992. Tal conceito teve sua inserção a partir da medicina a qual propagou a construção de um novo paradigma que permite a estruturação de um cuidado com enfoque em evidências cientificamente comprovadas. O seu desenvolvimento teve sua certificação por meio da disciplina de epidemiologia clínica, o qual tinha como objetivo focar a aplicação da ciência epidemiológica, a problemas e decisões clínicas. Dessa forma, o termo baseado em evidência configura-se como a utilização de informações, ou seja, oriundos de resultados de pesquisas, relevantes na tomada de decisões (CULLUN et al., 2010; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014).

A Prática Baseada em Evidência (PBE) caracteriza-se como a utilização das melhores evidências disponíveis na tomada das decisões clínicas na área da saúde. A PBE surgiu associada à medicina, nasceu no Canadá com um grupo de Estudos da Universidade McMaster, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino. No Reino Unido, considerado o segundo país na implementação da PBE, emergiu em decorrência da necessidade em aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços

¹⁴ Alguns excertos foram retirados do capítulo de livro: BRUM, C. N. de; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde.

de saúde e diminuir os custos operacionais (GERRISH, CLAYTON, 2004). Assim, a partir do desenvolvimento da PBE, foi possível vislumbrar uma maneira agregadora para o cuidar em saúde, possibilitando que diferentes profissões associem o termo PBE aos diferentes contextos de trabalho e atenção à saúde (SAMPAIO, MANCINI, 2007).

A utilização da PBE na tomada de decisões permite diminuir as distâncias entre a pesquisa e a prática assistencial, pois sua implementação ocorre por meio da avaliação dos resultados obtidos de pesquisas. Além de diminuir a utilização de dados tácitos, a partir de uma busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, auxiliando na sistematização e organização da prática clínica (GALVÃO et al., 2002; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014).

Para a Enfermagem, surge como uma possibilidade de tomada de decisão no cotidiano de cuidado do enfermeiro a partir de dados pautados em pesquisas científicas (POMPEO, ROSSI, GALVÃO, 2009). Estes dados provêm de várias fontes de informações, tais como: bases de dados disponíveis online, periódicos científicos, bibliotecas virtuais, entre outras.

Contudo, alguns autores atribuem a PBE na Enfermagem, por meio dos primeiros ensaios, com Florence Nightingale, que viveu 1820 a 1910, ao desenvolver relatórios para o governo britânico sobre as precárias situações de saúde dos soldados que se encontravam feridos na guerra. Além disso, seu primeiro trabalho publicado consistiu-se na experiências e vivências no acompanhamento da realização de cuidados aos doentes, juntamente com um Pastor e uma diaconísia (OKUNO, BELASCO, BARBOSA, 2014).

De 1900 a 1950, a pesquisa na área da Enfermagem era escassa, mesmo assim foram publicados estudos relacionados à educação. Em 1900, ocorreu a primeira publicação no *American Journal of Nursing*. No período de 1920 a 1930, estudos de casos sobre análise e evolução de pacientes foram publicados. Entre as décadas de 1940 a 1950, emergiram pesquisas nos seguintes temas: organização dos serviços de saúde, quantidade e qualidade dos profissionais de enfermagem, sobre a equipe de enfermagem e pesquisas com enfoque na satisfação do paciente. Nos Estados Unidos, em 1952, a partir de investimentos governamentais, a *Revista Nursing Research* foi classificada para publicação dos resultados de pesquisa desenvolvidos pela área. Assim houve avanços nas especialidades como: educação em enfermagem, pediatria, psiquiatria, obstetrícia entre outros. Esses avanços, permitiram a melhoria e a qualificação do currículo da área (OKUNO, BELASCO, BARBOSA, 2014).

Assim, a partir de 1950, ocorreu a incorporação de saberes de diversas ciências, para a construção de um corpo próprio de conhecimentos específicos da enfermagem (PEDROLO et

al., 2009). Além disso, a PBE acabou consolidando-se em virtude dos avanços tecnológicos, os quais são permeados por: novos investimentos ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, inovações nas condutas, na maneira de refletir e realizar seus processos de trabalho (PEDROLO et al., 2009; DOMENICO, IDE, 2003).

A enfermagem compreende a PBE como “a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes baseada no contexto das evidências mais relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados, respondendo às preferências do cliente e expectativas da sociedade” (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007, p. 1):

Os profissionais enfermeiros têm aumentado o interesse em buscar evidências científicas destinadas à solução de problemas da prática clínica. Na enfermagem, a PBE passa a ser denominada de enfermagem baseada em evidências ou cuidado baseado em evidências. Esse cuidado acarreta, em um julgamento crítico e sistemático das informações disponíveis, para tomada de decisão frente a um cuidado (PEREIRA, BACHION, 2006).

Dessa forma, a PBE tem um papel fundamental, uma vez que visa a estabelecer critérios que sistematizam e organizam dados para sua implementação teórico/prático, os quais devem ser aliados à experiência do profissional, pois apenas a evidência não sustenta a prática clínica. No movimento da PBE, há necessidade de produção de métodos de pesquisa bibliográfica que venham a permitir a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema de investigação. Sabidamente, a PB, como fonte de evidência, busca reunir e sintetizar o crescente número de produtos, intervenções e informações científicas, que vem aumentando paulatinamente, e tem substituído a pesquisa primária nas tomadas de decisão na área da saúde (LOPES, FRACOLLI, 2008; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014).

As diretrizes baseadas em revisões sistemáticas são meios que permitem essa transformação, pois são fonte de evidência para organizar o crescente número de resultados de pesquisas intensificando o uso das informações primárias na tomada de decisão (LOPES, FRACOLLI, 2008). Assim, a história da revisão sistemática começa no início do século XX, embora sua notoriedade tenha apresentado um crescimento no final da década de 1990. A primeira revisão sistemática foi publicada em 1904 e sintetizava resultados de apenas dois estudos da área médica. Foi só em 1955 que apareceu a primeira revisão sistemática sobre uma situação clínica (CASTRO et al., 2002).

Na década de 1990, com a fundação da Cochrane Collaboration, foi oportunizado, mundialmente, o conhecimento das etapas para o desenvolvimento de PSL. O princípio da

presente fundação é manter a qualidade das evidências sintetizadas na PSL e garantir sua propagação entre os cenários de cuidado. Diante da magnitude do emprego das evidências, na Europa, foram acomodados sete centros Cochrane, nos seguintes países: França, Alemanha, Grã-Bretanha, Espanha, Itália, Holanda e Dinamarca. Houve investimentos, também, no Canadá, China, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e Brasil. Já no corrente ano de 1995, pesquisadores centraram esforços em Potsdam, na Alemanha, para conceituarem a PSL. Nesta definição, preconizaram que a PSL mantenha um rigoroso e definido protocolo para avaliação e síntese das evidências, pois a maior preocupação está centrada na minimização dos vieses para que sua reprodutibilidade, no cotidiano profissional, seja realizada com maior segurança (MICCAS, BATISTA, BATISTA, S. H., 2015).

As PSL apresentam seu foco, majoritariamente, sustentado em desenhos de pesquisa quantitativos, no entanto, a pesquisa bibliográfica torna-se necessária para que seja possível uma atualização profissional e pessoal e, ainda, que venha a promover um cuidado pautado nas necessidades de cada sujeito. Diante disso, as metassínteses tiveram sua inserção no âmbito da saúde a partir de 1998 pela Fundação Cochrane que estabeleceu o Qualitative Research Methods Working Group o qual teve o intuito de proporcionar suporte metodológico para a inclusão de resultados oriundos de pesquisas qualitativas, nas PSL (MATHEUS, 2009; OKUNO, BELASCO, BARBOSA, 2014).

Apesar das diversas definições, são comuns termos como analisar, integrar, sintetizar, transformar e conceituar resultados qualitativos. Várias denominações têm sido adotadas para designar esta metodologia: meta-estudo, meta-etnografia, teoria fundamentada nos dados, meta-análise qualitativa, meta-interpretação, meta-síntese qualitativa, síntese crítico-interpretativa, sendo a mais comum, meta-síntese ou metassíntese. Neste estudo, será utilizado o termo metassíntese (MARTINS, 2013). Etimologicamente, a palavra meta-síntese tem origem no grego, meta que significa “além de”, “acima de” e síntese, que indica “fusão”. Pelo seu sentido, estimula no investigador o desejo de transcender os resultados de estudos qualitativos existentes, o que a aproxima do paradigma holístico e a afasta do paradigma cartesiano.

Esta metodologia é considerada um tipo de evidência científica rigorosa na construção do conhecimento e de nível mais elevado de complexidade na investigação qualitativa. É uma fase superior de abstração mental da síntese, conjugada com a capacidade racional e a sensibilidade por meio de processos de desconstrução, reconstrução e meta-refinamento, permitindo clarificar conceitos, descrever ou explicar teorias ou desenvolver novos modelos e teorias, mantendo a singularidade dos estudos primários. Para que os resultados qualitativos

se tornem mais acessíveis e transferíveis para os contextos da prática, a metas-síntese tem o foco de atenção no desenvolvimento da teoria, por meio de um alto nível de abstração e generalização (MARTINS, 2013).

Destaca-se que a metassíntese, surgiu em 1976, Barney G. Glaser, professor de educação da Universidade de Colorado e então presidente da Associação Americana de Pesquisa Educacional, ao proferir palestra de encerramento das atividades anuais, quando discutiu sobre um novo método de análise de dados, nomeando de metanálise. Após o estudo teve sua inserção no âmbito científico por meio da sua publicação na Revista Educational Research, número cinco (HUNT, 2007). Cabe salientar que esse método ainda estava arraigado em análises estatísticas, tais como a combinação de probabilidades para conciliar e agregar as produções que não detinham semelhanças (MARTINS, 2013).

Diante de tais constatações, aponta-se que o primeiro estudo de revisão sistemática qualitativa tenha sido realizado pelos fundadores da Teoria Fundamentada em Dados, durante os anos 1960 e início de 1970. Tais pesquisadores, em 1960, nos Estados Unidos, ao desenvolverem um estudo apresentando o resultado de quatro sínteses de estudos qualitativos sobre o processo da morte no ambiente hospitalar a partir dos cuidadores de pessoas em fase final da vida, os sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss se apropriaram de estratégias metodológicas sistemáticas. As sínteses foram realizadas a partir de códigos com categorias, já delimitadas pela literatura sendo inclusas outras que, porventura, foram sendo descobertas pelos estudos que desenvolviam. Em 1967 publicaram o livro: *The Discovery of Grounded Theory*. A obra apontou a articulação dessas sistematizações metodológicas e ressaltou a utilização dos dados, das pesquisas de campo para a formulação de teorias em contraposição aos estudos que conduziam seus achados por meio de teorias já concebidas bem como quanto aos pressupostos metodológicos vigentes. Além disso, o livro testemunhou a pesquisa qualitativa indutiva, e o que ficou reconhecido como a primeira pesquisa sobre metodologia qualitativa organizada (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), por ser considerada um método de comparação constante, utilizado para análise sistemática de dados qualitativos, pode ser usada como uma metodologia para revisões sistemáticas. Embora não tenha sido originalmente pensada para metanálise, pois, na TFD os dados são coletados por meio de pesquisas de campo ou entrevistas. No entanto, pode-se utilizar o Corpus de pesquisas oriundas de banco de dados para a metanálise (CHEN; TURNER, 2001).

Nesse sentido, a TFD é um método apropriado para a análise de múltiplas vozes originadas da literatura, isto é, análise de diversos estudos primários com diferentes

perspectivas sobre o mesmo tópico. A TFD é uma metodologia indutiva que se aproxima do assunto a ser investigado sem uma teoria a ser testada. Usada no desenvolvimento de uma teoria fundada em dados sistematicamente coletados e analisados, a teoria evolui durante a pesquisa real e o faz devido à contínua interação entre análise e coleta de dados. O pesquisador analisa os dados de modo a entender determinada situação e como e por que seus participantes agem de determinada maneira, como e por que determinado fenômeno ou situação se desdobra deste ou daquele jeito (GLASER; STRAUSS, 1967).

Por meio de métodos variados de coletas de dados, reúne-se um volume de informações sobre o fenômeno observado/analísado. Comparando-as, codificando-as, extraindo as regularidades. Nessa perspectiva, teoria é aquilo com que o pesquisador encerra seu trabalho e não como o principia. Não é aquilo que vai ser testado, mas o que se conclui depois de uma pesquisa e da análise comparativa dos dados dela resultantes. Assim, tem-se como articulação a utilização da TFD na análise dos dados nas metassínteses (GARQUE, 2007).

Os primeiros pesquisadores, a utilizarem o termo metanálise qualitativa foram Stern e Harris em 1985. Pesquisadores da área de enfermagem, utilizaram técnicas da Teoria Fundamentada em dados para avaliar sete estudos sobre o autocuidado das mulheres. Na área de educação, o termo foi adotado por Stern e Harris como sinônimo de metaetnografia ou metassíntese qualitativa (ZIMMER, 2004; HOGA, MATHEUS, SOARES, 2014).

Metassíntese qualitativa é definida como a integração interpretativa de achados qualitativos, os quais são oriundos de estudos com abordagem fenomenológica etnográficos, da teoria fundamentada nos dados, estudos de caso entre outros. Tem a menção de realizar uma síntese interpretativa desses achados. Essa síntese tem a finalidade de realizar uma nova interpretação dos resultados das pesquisas. Assim, os dados permitirão ao pesquisador, realizar convergências e divergências a fim de constituir uma nova síntese sobre o tema investigado e permitir a construção de evidências científicas sustentadas em modelos teóricos (MATHEUS, 2009; CROSSETTI et al., 2016).

Assim, o objetivo da metassíntese, ao ampliar a abstração, é imprimir mais utilidade aos resultados de diferentes pesquisas e facilitar seu uso na fundamentação de ações de atenção à saúde, formulação de políticas ou futuros estudos, principalmente quando se lida com variáveis subjetivas e não quantificáveis. A identificação de consensos, o desenvolvimento de hipóteses e a exploração de contradições entre os estudos primários possibilitam a teorização, aumentam o alcance dos resultados em face da generalização, o que torna os achados qualitativos mais próximos do uso na prática (ZOBOLI, SCHVEITZER,

2013). Apesar do método utilizado nos estudos primários incluídos no estudo de síntese, a metassíntese qualitativa concentra-se nas similaridades e diferenças da linguagem, nos conceitos, nas imagens e ideias relativas ao fenômeno estudado. O propósito é ampliar as possibilidades interpretativas dos resultados primários pela construção de explicações em narrativas ou teorias (SANDELOWSKI, BARROSO, 2003).

Assim, a validade das pesquisas de síntese está na lógica integradora dos resultados dos estudos primários em um novo produto final. Pode-se fazer a síntese integradora por agregação ou configuração. Na primeira, o foco são os achados tematicamente similares e por fusão; com base na confirmação e repetição, chega-se a um sumário do conjunto de estudos originais. Na configuração, apontam-se, além das similaridades, as contradições, diferenças e relações, pois se tratam os resultados como elementos complementares a serem integrados, de maneira indutiva e dedutiva, em um arranjo ilustrativo de seus vínculos e encaixes. Dessa operação podem resultar contribuições significativas para a construção de teorias ou modelos, tanto que uma das técnicas usadas na síntese dos resultados é a TFD (SANDELOWSKI, DOCHERTHY, EDMEN, 1997).

Cumprindo observar que a metassíntese pode ou não sintetizar estudos realizados com diferentes metodologias qualitativas. Essa condução é aceita como um método de pesquisa pós-moderno, pois considera os estudos primários como se fossem os discursos de diversos participantes de pesquisa. Assim como os pesquisadores estão inseridos em diferentes caminhos epistemológicos da produção do conhecimento, a síntese com diferentes métodos, privilegia as diversas concepções de mundo dos participantes dos estudos primários, sem necessariamente, corroborarem com os mesmos pressupostos teóricos. A conciliação dos resultados de distintas abordagens metodológicas, pode ampliar os significados tendo em vista a incorporação na prática clínica (FINFGELD-CONNETT, 2003; HOGA, MATHEUS, SOARES, 2014).

No que se refere à área da Enfermagem, as professoras Margareth Sandelowski e Julie Barroso, da University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing e da Duke University School of Nursing, respectivamente, têm apresentado e desenvolvido técnicas analíticas e interpretativas sobre a metassíntese. Seus trabalhos versaram sobre mulheres que vivem com HIV/aids e pesquisas que apontaram sobre mulheres e casais que receberam diagnóstico positivo durante o pré-natal (SANDELOWSKI, BARROSO, 2004).

A literatura oferece três estratégias para a síntese de resultados dos estudos qualitativos. A primeira envolve a integração de resultados de múltiplos caminhos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador(es). A segunda

consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, integradas por técnicas como análise comparativa qualitativa, tradução recíproca de metáforas chave, análise de conteúdo, entre outras. Já a terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos de diferentes estudos de modo a transformá-los em dados passíveis de análise estatística (metassumarização) (SANDELOWSKI, BARROSO, 2003). Destaca-se que neste estudo, será utilizada a terceira estratégia.

O resultado final, portanto, é uma visão mais acurada do desenvolvimento da área analisada. Sob essa perspectiva, a condução de estudos por meio da abordagem proposta pela metanálise qualitativa pode possibilitar maior visibilidade e impacto às inúmeras pesquisas qualitativas conduzidas atualmente na Enfermagem (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Torna-se oportuno salientar que na área da Enfermagem Nacional ainda são incipientes pesquisas que utilizam a revisão sistemática pautada na metassíntese. Tal assertiva encontra subsídios no estudo de revisão narrativa desenvolvido para este projeto, o qual teve como objetivo identificar a tendência da produção do conhecimento sobre o emprego da Metassíntese na Enfermagem. Para isso, foram acessados os Catálogos CEPEn a partir da leitura, individual, de cada catálogo, pois não é fornecida ferramenta de busca. As informações foram extraídas dos catálogos de 2001-2014, durante o mês de novembro de 2015. Para a extração das informações empregou-se uma ficha de análise documental, desenvolvida para o estudo. Os trabalhos foram acessados na íntegra.

Foram identificados 177 trabalhos acadêmicos. Destes 3,95% são teses e 96,04% são dissertações. Em relação aos métodos de estudo: 60,45% foram denominados como revisão integrativa da literatura; relacionam-se a revisão sistemática da literatura 22,03%; consideram-se revisão bibliográfica 7,90% dos estudos; revisão de literatura, 2,25%, revisão teórica 1,12% e estudo bibliométrico 0,56%. Além desses, 2,82% atribuem-se a condição de revisão sistemática da literatura com metassíntese e 2,82% com metanálise. Estas conclusões evidenciam um desafio atual da área da saúde quanto à utilização dos resultados de estudos qualitativos para embasar seus cuidados e promover melhorias no cuidado (LOPES, FRACOLLI, 2008; JOANNA BRIGGS, 2015).

A partir do exposto, torna-se oportuno esboçar que o presente estudo seguirá os preceitos construtivistas, explanados por Charmaz (2009), para análise dos dados, por compartilhar da concepção que o pesquisador e os dados podem interagir durante o seu desenvolvimento (CROSSETTI, GOES, BRUM, 2016).

Os pesquisadores construtivistas vão além deste fato posto, suas observações trazem à tona os significados implícitos nos discursos, averiguando como as vivências/experiências são

estabelecidas. Respeita as origens históricas e sociais ao preservar as percepções, dos sujeitos sobre os fenômenos. Além de permitir que a escolha do método parta do problema de pesquisa, sendo este o condutor para a definição do caminho mais adequado para ter acesso aos dados e com isso não ter a necessidade de se posicionar, previamente, diante de um referencial teórico (CHARMAZ, 2009).

A TFD construtivista, em específico, na área da Enfermagem Brasileira, encontra-se em vias de consolidação (CROSSETTI, GOES, BRUM, 2016). Tal assertiva encontra subsídios no estudo de revisão desenvolvido com o objetivo de identificar a tendência da produção do conhecimento sobre o emprego da Teoria Fundamentada nos Dados na Enfermagem. Para isso, foram acessados os Catálogos CEPEn a partir da leitura, individual, de cada catálogo, pois não é fornecida ferramenta de busca. As informações foram extraídas dos catálogos de 2001-2013, durante o mês de outubro de 2014.

Foram identificados 95 trabalhos acadêmicos. Destes 56,84% são teses e 43,16% são dissertações. Em relação aos temas de estudo: 20% relacionam-se à pediatria e 9,47% ao câncer. Os demais temas foram: lesão medular; saúde da mulher; cuidado crítico; diabetes mellitus; doença renal crônica; cuidado domiciliar; gestão; artrite; HIV/aids e mulheres/profissionais; centro de material e esterilização; saúde mental; família; hipertensão; drogas; saúde do idoso, dentre outros.

Quanto à instituição, 35,78% foram estudos desenvolvidos na Universidade Federal de São Paulo (USP); 16,84% na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 10,52% na Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN); seguidas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Paraná e da Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com 6,31%. Os outros 30,54% estão distribuídos entre as Universidades Federais e Estaduais: do Rio Grande do Norte; de Goiás; São Carlos; Paraíba; Ceará; Pelotas; Maringá e Paulista Mesquita.

Destaca-se que o referencial metodológico mais abordado nos estudos foram o de Strauss e Corbin com 45,26%, seguidos dos referenciais de Glaser (5,26%); Glaser e Strauss (10,52%) e de Charmaz (3,15%). O restante dos estudos não foi encontrado na íntegra.

O referencial teórico mais utilizado nos estudos foi o Interacionismo Simbólico com 76,84%, seguido da Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, com 10,52%. Os 11,56% dos estudos não foram encontrados na íntegra (foram procurados teses, dissertações ou artigos científicos).

Diante disso, aponta-se para a necessidade de se investir em estudos que utilizem a TDF construtivista, para a análise dos estudos, a fim de subsidiar modelos teóricos de cuidado.

Os modelos teóricos têm sido utilizados pelos profissionais enfermeiros no intuito de subsidiar o seu cotidiano de cuidado. Os modelos teóricos apresentam maior nível de abstração comparativamente às teorias, eles tentam explicar globalmente os fenômenos, permitindo inúmeras possibilidades para a investigação e para a prática clínica. O modelo teórico permite reagrupar os conceitos pertinentes de forma a caracterizar ou descrever os fenômenos estudados. Tem a pretensão de representarem a da realidade da prática de cuidado da enfermagem (ROCHA, 2008; COELHO, MENDES, 2011).

Os modelos teóricos orientam a interpretação de um determinado objeto de trabalho, ao serem implementados no cotidiano do enfermeiro ao reorientarem a conduta a ser tomada e ao iluminarem os fenômenos que, porventura, estejam fora do alcance teórico/prático do enfermeiro. Contribuem para a formulação e utilização da inovação tecnológica no planejamento, na configuração de programas de avaliação das ações de cuidado (MCEWEN, 2009).

A enfermagem utiliza-se de modelos teóricos, desde a década de 1950, ao conceber como pilares elementos fundamentais do seu cuidado, a saber: saúde, meio ambiente, enfermagem e o ser humano, conjuntamente, denominados como metaparadigmas. Seus conceitos são considerados os pilares dos modelos teóricos os quais sustentam uma determinada disciplina. Para a enfermagem, a saúde pode ser representada por meio da qualidade de vida, sendo orientada pela visão que o próprio sujeito possui sobre a sua condição clínica somada a concepção do enfermeiro. O meio ambiente diz respeito ao local em que cada sujeito vive, significa um contexto, uma população ou o conjunto de cenários habitado por cada indivíduo. Já a Enfermagem é definida como um corpo de conhecimento científico, podendo ser compreendida como, ciência, já que é constituída de teoria e método, e arte, expressa pelo fazer do enfermeiro. O ser humano pode ser explicitado como apenas um indivíduo, como uma população ou até mesmo como a própria humanidade. Como os metaparadigmas são oriundos de conceitos abstratos podem valer-se dos pressupostos epistemológicos, refletindo a percepção de cada sujeito, respeitando seu tempo e espaço (GEORGE, 2000; FERREIRA, 2011).

Assim, o modelo configura-se como uma ilustração de alguns aspectos da realidade que são constituintes na condução do desenvolvimento teórico das áreas do conhecimento, já que auxiliam a selecionar os conceitos relevantes para representar um fenômeno de interesse.

Também permitem reorganizar conceitos abstratos que se encontram apenas no campo das idéias, antes de confrontá-los com a realidade (ROCHA, 2008).

Quanto às terminologias e às definições atribuídas aos modelos teóricos, existem diferenças semânticas em relação ao seu emprego. Destacam-se as peculiaridades das definições entre modelo conceitual ou teórico e modelo de cuidado. O modelo conceitual ou teórico relaciona-se à composição de conceitos centrais da profissão, expressando como uma teórica de enfermagem, ou um pesquisador vislumbra cada sujeito do seu cuidado atentando para a interação com o ambiente, processo saúde e doença e quanto ao cuidado realizado pelo enfermeiro. Já o modelo de cuidado, o qual será utilizado neste estudo, se caracteriza por um conjunto teórico formado por, no mínimo, quatro conceitos que são o cerne da enfermagem: enfermagem, saúde-doença, sociedade-meio ambiente, ser humano, entre outros, bem como referenciais teórico-filosófico-metodológicos que tem por função dirigir o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma estrutura teórica que inter-relaciona conceitos, pressupostos e uma metodologia do cuidado, sendo representado por um diagrama (FAVERO, WALL, LACERDA, 2013).

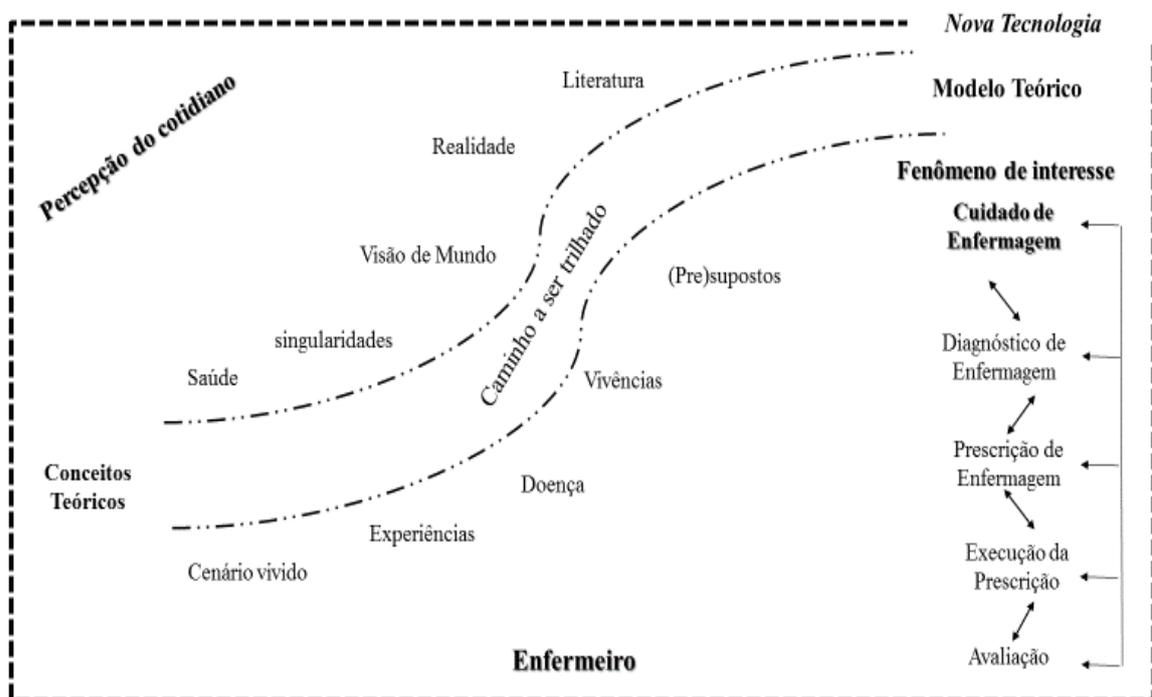
Os registros apontam que o desenvolvimento de teorias na enfermagem, emergiu com os documentos escritos por Florence Nightingale. Sua teoria, embora não reconhecida como tal em vida, orientou e orienta o cuidado de enfermagem atualmente. Coube a Florence, demarcar a relevância do ambiente para a recuperação do sujeito de cuidado. Em 1950, os problemas e as necessidades de cuidado foram pautados no modelo hegemônico, estruturado no biológico com enfoque no fazer do enfermeiro. Nesta época, os diagnósticos de enfermagem começam a ser distintos dos diagnósticos médicos, além de ocorrer uma delimitação do trabalho do enfermeiro. Este enfoque foi modificado em meados da década de 1960, momento em que o relacionamento interpessoal e com o sujeito de cuidado começa a ter significado. As décadas vindouras, 1970 a 1990, propiciaram uma ascensão dos preceitos da enfermagem ao evidenciarem novas teóricas no meio científico bem como as definições entre as terminologias: teoria, modelos teóricos e estrutura teórica. Neste cenário, as pesquisas iniciam um papel relevante, pois estudos de validação e experimentação dos constructos teóricos, até então, abstratos, começam a sustentar a prática clínica do enfermeiro (GEORGE, 2000; NETO et al., 2016).

Para Meleis (2012), o arcabouço de uma teoria pode ser determinado por meio de uma organizada, lógica e ordenada conjectura de questionamentos representativos de um disciplina, integradas por um conjunto de significações com a intencionalidade de, minuciosamente, expor os fenômenos, esclarecer as implicações entre eles e prever

consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem. Para tanto, cada teoria insere-se em uma linha epistemológica com o fito de entender a enfermagem e o cuidado.

O suporte conceitual para a formulação das teorias reflete um conjunto, intrinsecamente relacionado, que nada mais é que a maneira como o cotidiano é percebido, podendo assim ser definido como o caminho a ser seguido. Acredita-se que é a partir dos modelos teóricos que são construídas tecnologias de cuidar capazes de orientar os percursos a serem trilhados para a concretização dos constructos teóricos no cotidiano de cuidado em Enfermagem. Nesse sentido, entendo que a construção de um modelo teórico de cuidado a partir da literatura científica tem a prerrogativa de servir como guia para a concretização dos conceitos teóricos no cotidiano de cuidado do enfermeiro. Abaixo segue uma maneira que utilizei para compreender e realizar o Modelo Teórico do estudo que aponto no próximo item. (Figura 4).

Figura 4 - Esquema representativo da construção de uma nova tecnologia por meio de um Modelo Teórico para o cuidado em Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

6 PERCURSO METODOLÓGICO¹⁵

O presente percurso metodológico tem a finalidade de estabelecer, as estações¹⁶ que foram desenvolvidas ao longo do estudo. Assim, foram respeitadas, sequencialmente, na ordem em que constam no presente capítulo.

6.1 ELEGENDO O TIPO DE ESTUDO

Desenvolvi uma investigação de natureza qualitativa, a partir de uma Pesquisa Sistemática da Literatura (PSL) com abordagem da Metassíntese (PSLM)¹⁷ e da Teoria Fundamentada nos Dados (TDF) (SANDELOWSKI, DOCHERTHY, EMDEN, 1997; DENZIN, LINCOLN, 2006; CHARMAZ, 2009).

Oportunamente, elegi a pesquisa qualitativa para desenvolver o estudo, pois esta, implica em uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados, ressaltando a natureza socialmente construída, o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. A pesquisa qualitativa enfatiza a natureza e apresenta-se repleta de valores de investigação, busca soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social se desenvolve e adquire significado. Originada da pesquisa antropológica e sociológica, a pesquisa qualitativa é, em si mesma, um campo de investigação (DENZIN, LINCOLN, 2006).

Sobre a escolha da PSL, conforme exposto ao longo desta pesquisa, foi em decorrência da minha proximidade com o método em questão. Também, por conceber a possibilidade de sintetizar as evidências qualitativas em um único estudo para fins de aplicabilidade. A PSL consiste em um método rigoroso de investigação e de uma elegibilidade severa na análise dos estudos incluídos. Este tipo de pesquisa segue padrões organizados e planejados com o fito de permanecer com a melhor evidência (BRUM, ZUGE, 2015).

¹⁵Neste estudo os títulos utilizados no percurso metodológico foram descritos na forma nominal do verbo gerúndio. Tal descrição aponta para a ideia de expressar a continuidade e movimento das ações as quais se encontram em permanente reconstrução (STRAUSS, CROBIN, 2008).

¹⁶Utilizei o vocábulo estações para definir o caminho percorrido para a realização da PSLM por significar movimento entre uma e outra, pois houve necessidade de um entrelaçamento das estações para concretização do Modelo Teórico. Conforme HOUAISS (2012) pode ser compreendida como um lugar de chegada ou partida; época ou período. E, por compreender que a Tese é apenas uma das possibilidades de desenvolvimento de uma PSLM agregada à TFD.

¹⁷Sigla que estipulei para a presente Tese: Pesquisa Sistemática da Literatura e Metassíntese (PSLM).

No que se refere à abordagem, justifico a metassíntese, uma vez que, as pesquisas qualitativas isoladas não obtiveram impacto na prática clínica e na formação política das ações em saúde (POPE, MAYS, 2009). Tal assertiva encontra sustentação no fato de que a maioria das pesquisas qualitativas não se destina a produzir resultados que são diretamente aplicáveis à prática clínica. Diante disso, a metassíntese permite, por meio da integração desses resultados, a aplicabilidade no cuidado em saúde (SANDELOWSKI, DOCHERTHY, EMDEN, 1997; FINFGELD-CONNETT, 2003). Assim como o aumento das produções qualitativas em saúde, especialmente na área da Enfermagem (POPE, MAYS, 2009; HOGA, MATHEUS, SOARES, 2014).

A PSLM consiste em um método de reinterpretar e remodelar resultados qualitativos existentes. Este método envolve a síntese de achados isolados (comparada com dados em bruto) a partir de estudos de pesquisas qualitativas relacionadas e que resulta em uma conceitualização transformada do construto de interesse (SANDELOWSKI, BARROSO, VOILS, 2003).

Para sustentar o modelo teórico adotei como análise dos dados, entrelaçados à PSLM, a TFD. Ao corroborar com Charmaz (2009), entendo que ao lançar os resultados do estudo sobre este enfoque posso (re)conduzir os dados conforme a sua empregabilidade no cotidiano, em especial, dos enfermeiros. Também, por permitir a utilização de variadas modalidades de dados como no caso, dados secundários.

Assim, adaptei a PSLM a partir dos momentos propostos por Sandelowski (1997; 2003; 2004); Charmaz (2009) e Brum, Zuge (2015). Nesse sentido, organizei a PSML em **seis estações** (Figura 5):

- **Primeira estação: Evitando a duplicidade dos estudos.** Tem por prerrogativa o acessar as bases de dados em que as PSL são registradas.

- **Segunda estação: Definindo a amostragem inicial.** Aqui, foram eleitas **quatro subestações**: a) Elegendo a pergunta de pesquisa; b) Estabelecendo os Descritores em saúde (DeCS) e/ou Medical Subject Headings (MesH Terms); c) Encontrando o cenário e a melhor estratégia de busca e d) Instituinto os Parâmetros da Pesquisa (Critérios de Inclusão e Exclusão dos documentos).

- **Terceira estação: Estação das leituras sucessivas e aplicação dos testes de relevância.** Composta de **quatro subestações**: a) Selecionando as produções; b) Avaliando os documentos quanto aos seus vieses; c) Extraindo as informações dos documentos e d) Comparando os resultados.

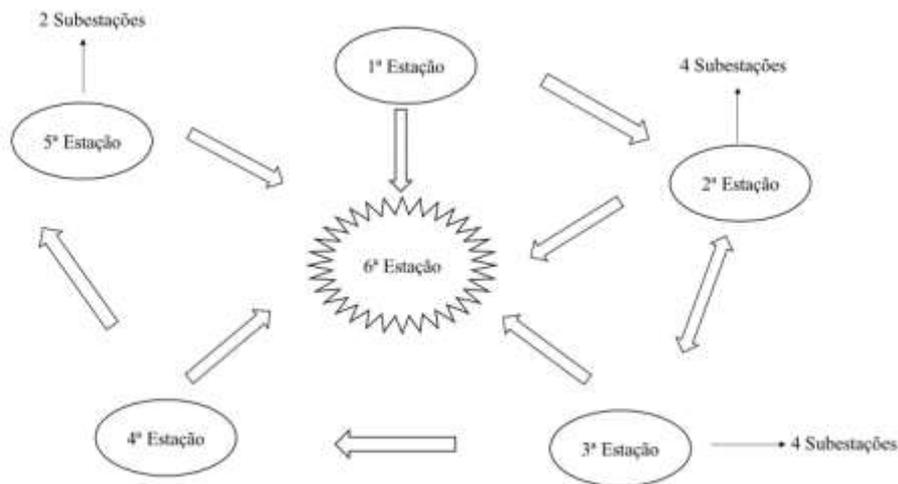
- **Quarta estação:** Compilando o Metaresumo: permite integrar e agregar resultados de estudos qualitativos, descritivos e quantitativos (são selecionados os estudos quantitativos cujos resultados apresentem aspectos qualitativos).

- **Quinta estação:** Desenvolvendo Metassíntese: compreende a metassíntese em si e tem por objetivo sintetizar e obter ampla compreensão conceitual dos resultados. Para a sua realização, utilizei a TFD. Compreendeu duas subestações: a) Desenvolvendo a Análise taxonômica e b) Realizando as comparações objetivas constantes.

- **Sexta estação:** Construindo o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual.

A partir da figura, percorri primeiramente, em um movimento único, para realizar a primeira estação. Logo após, sem retorno, segui para a segunda estação, a qual pude ir e vir entre a terceira estação. Sendo que a partir dessa, novamente, em sentido único, avancei para a quarta estação a qual me lançou para a quinta. Todas reportavam para a sexta estação. O modelo teórico de cuidado espiritual foi sendo construído no percurso do conjunto das cinco estações.

Figura 5 - Representação das Estações da PSLM. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

6.2 PRIMEIRA ESTAÇÃO: EVITANDO A DUPLICIDADE DOS ESTUDOS

Conforme preconizado pela literatura, é imperativo acessar os centros colaboradores e bases de dados de responsáveis por registrar e/ou publicar uma PSL. Essa etapa, evita estudos semelhantes ou em andamento, com o mesmo tema de investigação, minimiza custos, tempo e

confere segurança na socialização do produto final (MATHEUS, HOGA, SOARES, 2014; JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Para isso, acessei as seguintes bases de dados e centros colaboradores: Bandolier, BMJ Clinical Evidence, The Campbell Collaboration, The Cochrane Library, Critical Appraisal Skills Programme (CASP), The Data Base os Abstracts of Reviews (EBMR), Data Base of Promotion Health Effectiveness Review (DOPHER), Evidence-Based Medical Review, Joanna Briggs Intitute (JBI) e Center for Review and Dissimination (CRD). Após essa varredura, não encontrei PSLM com o objeto deste estudo. A partir deste momento dei seguimento à minha pesquisa.

6.3 SEGUNDA ESTAÇÃO: DEFININDO A AMOSTRAGEM INICIAL

Conforme Charmaz (2009) a amostragem inicial é o momento de prever o ambiente os critérios de amostragem para os sujeitos, o modo de acesso, anteriormente à entrada em campo. Neste estudo, a amostragem inicial foi composta pela estratégia de busca, a qual é caracterizada pela organização da presente revisão. Contempla em sua estrutura: a pergunta de pesquisa; os descritores e/ou palavras-chave com seus operadores lógicos; as bases de dados e os critérios de inclusão e exclusão (BRUM et al., 2015).

a) Subestação: Elegendo a pergunta de pesquisa

A formulação da pergunta de pesquisa pode ser realizada a partir da seguinte estratégia: PICOT a qual representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação, Outcomes (desfecho) e Tempo (BRUM; ZUGE, 2015). Para a PSL que desejam incluir, apenas, estudos com delineamentos qualitativos, pode-se utilizar uma pergunta de pesquisa que atenda à prática clínica, mas não, necessariamente, aponte para um desfecho, uma vez que os estudos qualitativos não têm a pretensão de realizar comparações.

Dessa maneira, utilizei a seguinte estratégia PICO: P = População/participantes do estudo, são descritos por referência ao fenômeno de interesse; I = fenômeno de interesse. Este descreve a experiência ou percepção do indivíduo sobre o problema ou prática social e Co = contexto. Aponta para a amplitude da pesquisa (social, geográfico ou de qualquer natureza). É o limitador do número de artigos que comporão a síntese, assim como o potencial de aplicabilidade da pesquisa (JOANNA BRIGGS, 2015). Independentemente da estratégia a ser

utilizada a pergunta precisa estar bem delimitada e definida para evitar vieses na seleção das informações.

Paciente = adolescente que vive com HIV/aids

I = espiritualidade

Co = transição da adolescência para a vida adulta

Assim, têm-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids é apresentada na literatura científica?

- Como a literatura científica tem descrito a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?

b) Subestação: Estabelecendo os Descritores em saúde (DeCS) e/ou Medical Subject Headings (MeSH Terms)

Os descritores em saúde (DeCS) e/ou Medical Subject Headings (MeSH terms da U.S. National Library of Medicine) (NLM) derivam da pergunta de pesquisa (BRUM, ZUGE, 2015). Pensando nisso, em um primeiro momento, separei os termos conforme as questões de pesquisa e testei em ambos. Para ter uma amplitude na busca pelos DeCS e MeSH terms que representassem o objeto de estudo, realizei a leitura de alguns materiais disponíveis sobre o tema da minha pesquisa. Essa leitura facilitou a escolha dos DeCS e MeSH terms (APÊNDICE B).

Para a primeira questão: saúde do adolescente; adolescente; HIV; AIDS e espiritualidade.

Para a segunda questão: saúde do adolescente; adolescente; HIV; AIDS (a escrita neste momento, ficará em letras maiúsculas em virtude do Descritor em saúde apontar essa maneira); transição da saúde; transição de fase; transição para o cuidado do adulto; transição para assistência do adulto.

Para a obtenção dos descritores em saúde utilizei o índice permutado, além do descritor único e a estratégia integrada utilizando os operadores lógicos. Para os MeSH terms acessei a base de dados PubMed.

Para a seleção dos DeCS: Acessei a página inicial, clicando em: consulta ao DeCS. Para ter acesso aos descritores e identificar qual seria o melhor a ser utilizado, parti, prioritariamente, para: consulta por índice; permutado. 3) Assim, fui direcionada para digitar na barra a palavra ou raiz. Ao clicar em índice, fui direcionada para a página que contém as

diversas possibilidades para o descritor HIV, que foi utilizado como exemplo, mas os testes foram realizados com os termos acima mencionados a partir das perguntas de pesquisa. Assim, selecionei o termo: ‘HIV’.

Após, cliquei em: Mostrar. Diante disso, pude ler cada um dos termos e entender seu significado bem como (des)cobrir outros termos que pudessem auxiliar na recuperação dos artigos sobre meu objeto de estudo. Destaco que todo esse processo foi desenvolvido para todos os termos que representavam as questões de pesquisa. Entendo que a facilidade do permutado é auxiliar na compreensão, da maneira que os descritores em saúde, são apresentados na literatura científica. Além de permitir inserir, na sua caixa de texto, apenas a raiz do termo a ser procurado.

Para a seleção dos MeSH Terms: Assim como realizei no DeCS, todos os termos foram testados e estruturados de maneira a atender as questões de pesquisa. Ao acessar o site, selecionei, na barra de rolagem, MeSH. Assim descrevi, na caixa de texto: ‘HIV’. Ao clicar em: Search. A partir das opções, cliquei em ‘HIV’ e a base levou-me para as possibilidades da utilização do termo HIV indexadas no MeSH.

c) Subestação: Encontrando o cenário e a melhor estratégia de busca

Recomenda-se que sejam utilizadas, pelo menos, duas bases de dados amplas e que compreendam a especificidade do tema investigado. Pode-se empregar o desenvolvimento de uma estratégia ampla de busca por meio da combinação de descritores, palavras-chave, unitermos, entre outros, bem como dos operadores lógicos de pesquisa.

Ao realizar seleção das bases eletrônicas de dados, torna-se necessário considerar a viabilidade do acesso e a implicação de custos. Além de o pesquisador reconhecer seus limites e potencialidades frente à maneira correta de operar os comandos para a busca nas bases de dados. Quanto aos estudos não publicados, não existe uma única maneira de encontrá-los, isso dependerá da condução da revisão e da maturidade do pesquisador com o método e com as bases de dados, portais, sites, entre outros (BRUM et al., 2015). Assim, é necessário selecionar fontes que possibilitem uma exaustiva coleta de dados. A validade da síntese depende de uma recuperação ampla de estudos relevantes. Muito embora, um quantitativo elevado de produções poderá dificultar o aprofundamento da análise, constituindo uma ameaça para validar a pesquisa (SANDELOWSKI, BARROSO, 2007).

Para ter a certeza de que bases de dados e bibliotecas teriam indexado documentos que viessem a atender ao objeto de estudo, e com o intuito de qualificar a busca das produções

científicas, realizei uma busca preliminar nas bases de dados a serem acessadas. Encontrou-se um potencial de estudos, conforme Quadro 2 (APÊNDICE C).

Ratifico o mencionado por Trancoso (2012) e De La Torre-Ugarte-Guanilo (2008) que anteriormente à definição das fontes se realize uma busca preliminar visando a avaliar a disponibilidade de material para os fins propostos, visto que nem todo material apontado nos levantamentos preliminares, onde geralmente tem-se acesso a títulos, resumos e outros dados da obra, podem ser acessados integralmente no ambiente virtual. Por isso, no quadro 10, consta a base de dados NIH (National Center for Biotechnology Information), a qual foi descartada do estudo por ser considerada uma literatura ‘cinzenta’, ou seja, sem a devida comprovação científica. Em detrimento da NIH foi acrescida a EMBASE.

Para realização da PSLM foram utilizadas **cinco** bases de dados e **duas** bibliotecas, sendo uma considerada virtual e a outra eletrônica (a apresentação das bases de bibliotecas encontram-se na ordem que foram acessadas):

- 1) Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC);
- 2) Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);
- 3) Scientific Electronic Library Online (SCIELO);
- 4) PubMed Central;
- 5) Web of science;
- 6) SciVerse Scopus;
- 7) Embase.

A testagem na ADOLEC em relação aos DeCS e na PUBMED sobre os MESH foram disparadoras para (re)pensar as associações que seriam aplicadas nas demais bases de dados e bibliotecas. Considero esta conduta como uma facilitadora no andamento das testagens.

Ressalto que não inseri nenhuma base específica de determinada área do conhecimento, por exemplo, da enfermagem. Entendo que essa organização tende a evitar possíveis vieses na seleção dos estudos, uma vez que prioriza apenas uma área específica. Além disso, contei com o auxílio de um pesquisador expertise em recuperar estudos. O auxílio do referido profissional serviu para conduzir a melhor estratégia para cada base de dados. Assim, exemplificarei, individualmente, cada base de dados e sua referida estratégia de busca (APÊNDICE D).

Para a recuperação dos documentos analisados, realizei as testagens nas bases de dados e bibliotecas virtuais e eletrônicas, por meio das ferramentas que as mesmas possuem. Segundo Oliveira et al. (2015) as ferramentas eletrônicas auxiliam na busca de itens que compõem o Corpus de análise, por possibilitarem a aplicação de filtros simultâneos, o que agiliza o trabalho e diminui o esforço despendido.

1) Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC)¹⁸

Base de dados que contém referências bibliográficas da literatura internacional da área de saúde de adolescentes e jovens, com acesso a documentos em texto completo quando disponíveis online ou por meio do Serviço de Acesso ao Documento (SCAD).

Contém artigos das revistas mais conceituadas da área da saúde, e outros documentos tais como: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. As referências bibliográficas são extraídas das bases de dados MEDLINE e LILACS.

Descritores Únicos extraídos dos Descritores da Saúde (DeCS) e testados na referida base de dados. Não foram utilizados os descritores referentes ao adolescente por se tratar de uma base de dados específica.

Quadro 3 - Descritores da Base de Dados ADOLEC. Porto Alegre, RS, 2017.

DESCRITORES E SEUS RESPECTIVOS SINÔNIMOS	TOTAL
<u>HIV e seus sinônimos</u>	
HIV	5.414
HTLV-III (sinônimo de HIV)	3.941
VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (sinônimo de HIV)	937
VÍRUS DA AIDS (sinônimo de HIV)	1.889
VÍRUS LINFOTRÓPICO PARA CÉLULAS T HUMANAS TIPO III (sinônimo de HIV)	504
VÍRUS TIPO III T-LINFOTRÓPICO HUMANO (sinônimo de HIV)	3.702
VÍRUS ASSOCIADO A LINFADENOPATIA (sinônimo de HIV)	507
HTLV-III-LAV (sinônimo de HIV)	3.701
LAV-HTLV-III (sinônimo de HIV)	500
HIV-1	959
HIV-2	847
INFECÇÕES POR HIV	3.578
ANTICORPOS ASSOCIADOS AO HIV	14
SOBREVIVENTES DE LONGO PRAZO AO HIV	9
<u>AIDS e seus sinônimos</u>	
AIDS	4.385
SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	2.668

¹⁸ Texto informativo retirado do site: <http://www.adolesc.br/php/level.php?lang=pt&component=26&item=1>.

SÍNDROME DE DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	2.669
SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	2.726
SIDA (sinônimo de AIDS)	3.649
VÍRUS DA AIDS	1.889
SOROPOSITIVIDADE PARA A AIDS	286
<u>ESPIRITUALIDADE</u>	
ESPIRITUALIDADE (possibilidade única)	165
<u>RELIGIÃO e seus sinônimos</u>	
RELIGIÃO	928
ÉTICA RELIGIOSA (sinônimo de religião)	479
ORAÇÃO (sinônimo de religião)	482
CRENÇAS RELIGIOSAS (sinônimo de religião)	477
RELIGIÃO E CIÊNCIA	37
RELIGIÃO E MEDICINA	102
RELIGIÃO E PSICOLOGIA	178
<u>TRANSIÇÃO e seus sinônimos</u>	
TRANSIÇÃO DA SAÚDE	237
TRANSIÇÃO DE FASE	35
TRANSIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DO ADULTO	182
TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA PARA ASSISTÊNCIA DO ADULTO (sinônimo da transição para a assistência do adulto)	171
TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO (sinônimo da transição para a assistência do adulto)	12
CUIDADO DE TRANSIÇÃO	120
CUIDADOS DE TRANSIÇÃO (sinônimo de cuidado de transição)	120
TRATAMENTO TRANSICIONAL (sinônimo de cuidado de transição)	9
TRATAMENTO DE TRANSIÇÃO (sinônimo de cuidado de transição)	9

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Os descritores exatos foram negritos.

Por meio dos testes, individualmente, dos descritores, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencaram-se:

- 1) (tw:(transição)) AND (mh:(HIV or aids)). Total = 8.
- 2) (Mh:(HIV or AIDS)) AND (mh:(transição or transição da saúde or passagem)). Total = 0.
- 3) (Mh:(HIV or AIDS or infecções por HIV)) AND (mh:(transição)). Total = 0.
- 4) (Mh:(HIV or AIDS or infecções por HIV)) AND (tw:(transição)). Total = 0.
- 5) (Mh:(hiv or aids)) AND (mh:(transição or transição da saúde or transição para a assistência do adulto or TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA PARA ASSISTÊNCIA DO ADULTO or cuidados de transição)). Total = 0.
- 6) (Mh:(hiv or aids)) AND (mh:(Transição da saúde)). Total = 0.
- 7) (Mh:(hiv or aids)) AND (tw:(Transição da saúde or TRANSIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DO ADULTO)). Total = 0.

- 8) (Tw:(hiv or aids)) AND (tw:(TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO)).
Total = 1.
- 9) A partir deste momento não foram utilizados, na caixa onde contém a barra de rolagem, descritor de assunto e sim permaneceu: TÍTULO, RESUMO, ASSUNTO:
- 10)(tw:(hiv or aids)) AND (tw:(transição)). Total = 24.
- 11)(Tw:(hiv or aids)) AND (tw:(transição or TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO)). Total = 41.
- 12)(Tw:(hiv or aids)) AND (tw:(transição or TRANSIÇÃO DA SAÚDE or TRANSIÇÃO DE FASE or TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO or TRANSIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DO ADULTO or TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA PARA ASSISTÊNCIA DO ADULTO or cuidados de transição)). Total = 2.
- 13)(Tw:(HIV or AIDS or infecções por HIV)) AND (tw:(transição or transição para o cuidado do adulto)). Total = 28.
- 14)(Tw:(HIV or AIDS or infecções por HIV or SIDA)) AND (tw:(transição or TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO)). Total = 423. Ao analisar esta estratégia de busca constaram estudos que não atendem à pergunta de pesquisa. Em virtude disso, não foi a opção escolhida para rastreamento dos documentos a serem analisados para a tese.

Estratégia escolhida para recuperação dos documentos:

(Tw:(hiv or aids)) AND (tw:(transição or TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO)). Total = 41.

Quando utilizado o filtro: ‘adolescente’ permaneceram 39 documentos. Estratégia: (tw:(hiv OR aids)) AND (tw:(transição OR transição para o cuidado do adulto)) AND limit:("adolescent").

Assim, para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?** Realizaram-se as seguintes estratégias de recuperação de documentos:

- 1) (mh:(hiv or aids)) AND (mh:(espiritualidade)). Total = 0.
- 2) (mh:(HIV or AIDS or infecções por HIV)) AND (mh:(espiritualidade)). Total = 0.
- 3) (mh:(HIV or AIDS or infecções por HIV or SIDA)) AND (mh:(espiritualidade)).
Total = 0.
- 4) (mh:(HIV or AIDS or infecções por HIV or SIDA)) AND (mh:(espiritualidade or religião)). Total = 0.

A partir deste momento foi utilizado: TÍTULO, RESUMO, ASSUNTO.

- 5) (tw:(hiv or aids)) AND (tw:(espiritualidade or religião)). Total = 62.
- 6) (tw:(hiv or aids)) AND (tw:(espiritualidade or religião or CRENÇAS RELIGIOSAS or oração)). Total = 75.
- 7) (Tw:(HIV or AIDS or infecções por HIV)) AND (tw:(espiritualidade or religião or CRENÇAS RELIGIOSAS or oração or ética religiosa)). Total = 25.
- 8) (Tw:(HIV or AIDS or infecções por HIV or SIDA)) AND (tw:(espiritualidade)). Total = 52.
- 9) (Tw:(HIV or AIDS or infecções por HIV or SIDA)) AND (tw:(espiritualidade or religião or CRENÇAS RELIGIOSAS)). Total = 187. Ao analisar esta estratégia de busca constaram estudos que não atendem a pergunta de pesquisa. Em virtude disso, não foi a opção escolhida para rastreamento dos documentos a serem analisados para a tese.

Estratégia escolhida para recuperação dos documentos:

(Tw:(hiv OR aids)) AND (tw:(transição OR transição para o cuidado do adulto)) AND limit:("adolescent"). Quando utilizado o filtro: 'adolescente' permaneceram 67 documentos.

2) Literatura Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe (LILACS)¹⁹

LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 31 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região. Descritores extraídos dos Descritores da Saúde (DeCS) e testados na referida base de dados.

Quadro 4 - Descritores da Base de Dados LILACS. Porto Alegre, RS, 2017.

DESCRITORES	TOTAL
HIV e suas combinações	
HIV e seus respectivos sinônimos: HTLV-III; VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA; VÍRUS DA AIDS; VÍRUS LINFOTRÓPICO PARA CÉLULAS T HUMANAS TIPO III; VÍRUS TIPO III T-LINFOTRÓPICO HUMANO; VÍRUS ASSOCIADO A LINFADENOPATIA; HTLV-III-LAV; LAV-HTLV-III	2.988
HIV-1	594
HIV-2	41
INFECÇÕES POR HIV	3.267
ANTICORPOS ASSOCIADOS AO HIV	165
SOBREVIVENTES DE LONGO PRAZO AO HIV	21
AIDS e suas combinações	

¹⁹Texto informativo retirado do site: <http://lilacs.bvsalud.org/>.

AIDS e seus respectivos sinônimos: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA; SÍNDROME DE DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA; SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA; SIDA;	9.943
VÍRUS DA AIDS	2.988
SOROPOSITIVIDADE PARA A AIDS	549
ESPIRITUALIDADE	
ESPIRITUALIDADE (possibilidade única)	239
RELIGIÃO e suas combinações	
RELIGIÃO e seus respectivos sinônimos: ÉTICA RELIGIOSA; ORAÇÃO; CRENÇAS RELIGIOSAS	581
RELIGIÃO E CIÊNCIA	56
RELIGIÃO E MEDICINA	263
RELIGIÃO E PSICOLOGIA	178
ADOLESCENTE E JOVEM e suas combinações	
ADOLESCENTE e seus respectivos sinônimos: ADOLESCENTES; JOVEM; JOVENS; ADOLESCÊNCIA; JUVENTUDE	65.940
ADULTO JOVEM e seus respectivos sinônimos: JOVEM ADULTO; ADULTOS JOVEM	13.567
SAÚDE DO ADOLESCENTE e seus respectivos sinônimos: SAÚDE DO JOVEM; SAÚDE DOS ADOLESCENTES; SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE; SAÚDE INTEGRAL DOS ADOLESCENTES	835
MEDICINA DO ADOLESCENTE e seu respectivo sinônimo: HEBIATRIA	187
HEFEBIATRIA (sinônimo de medicina do adolescente)	0
TRANSIÇÃO e suas combinações	
TRANSIÇÃO DA SAÚDE	94
TRANSIÇÃO DE FASE	13
TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO e seus respectivos sinônimos: TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA PARA ASSISTÊNCIA DO ADULTO; TRANSIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DO ADULTO	6
CUIDADOS DE TRANSIÇÃO e seus respectivos sinônimos: TRATAMENTO TRANSICIONAL; TRATAMENTO DE TRANSIÇÃO	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Os descritores exatos foram negritados.

3) Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)²⁰

A SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato

²⁰ Texto informativo retirado do site: <http://www.scielo.br/?lng=pt>.

eletrônico. Com o avanço das atividades do projeto, novos títulos de periódicos estão sendo incorporados à coleção da biblioteca.

Primeiramente foram acessados os Descritores da Saúde (DeCS) para posteriormente testá-los, separadamente, na biblioteca dentro da sua base de dados com o intuito de visualizar a produção do tema em questão e propor estratégias que a base de dados aponte resultados. Após, foram empregadas as estratégias de busca para encontrar as produções.

Quadro 5 - Descritores da Biblioteca Eletrônica SCIELO. Porto Alegre, RS, 2017.

DESCRITORES E SEUS RESPECTIVOS SINÔNIMOS	TOTAL
<u>HIV e seus sinônimos</u>	
HIV	3.125
HTLV-III (sinônimo de HIV)	0
VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (sinônimo de HIV)	28
VÍRUS DA AIDS (sinônimo de HIV)	0
VÍRUS LINFOTRÓPICO PARA CÉLULAS T HUMANAS TIPO III (sinônimo de HIV)	1
VÍRUS TIPO III T-LINFOTRÓPICO HUMANO (sinônimo de HV)	0
VÍRUS ASSOCIADO A LINFADENOPATIA (sinônimo de HV)	0
HTLV-III-LAV (sinônimo de HV)	0
LAV-HTLV-III (sinônimo de HV)	0
HIV-1	108
HIV-2	2
INFECÇÕES POR HIV	115
ANTICORPOS ASSOCIADOS AO HIV	0
SOBREVIVENTES DE LONGO PRAZO AO HIV	3
<u>AIDS e seus sinônimos</u>	
AIDS	3.059
SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	0
SÍNDROME DE DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	0
SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (sinônimo de AIDS)	173
SIDA (sinônimo de AIDS)	774
VÍRUS DA AIDS	0
SOROPOSITIVIDADE PARA A AIDS	21.952
<u>ESPIRITUALIDADE</u>	
ESPIRITUALIDADE (Possibilidade única)	244
<u>RELIGIÃO e seus sinônimos</u>	
RELIGIÃO	819
ÉTICA RELIGIOSA (sinônimo de religião)	0
ORAÇÃO (sinônimo de religião)	55
CRENÇAS RELIGIOSAS (sinônimo de religião)	5
RELIGIÃO E CIÊNCIA	8
RELIGIÃO E MEDICINA	15
RELIGIÃO E PSICOLOGIA	7
<u>ADOLESCENTE E JOVEM e seus sinônimos</u>	
ADOLESCENTE	2.920
ADOLESCENTES (sinônimo de adolescente)	4.901
JOVEM (sinônimo de adolescente)	1.312
JOVENS (sinônimo de adolescente)	5.517
ADOLESCÊNCIA (sinônimo de adolescente)	1.654
JUVENTUDE (sinônimo de adolescente)	545
ADULTO JOVEM	77
JOVEM ADULTO (sinônimo de adulto jovem)	3

ADULTOS JOVEM (sinônimo de adulto jovem)	3
SAÚDE DO ADOLESCENTE	181
SAÚDE DO JOVEM (sinônimo de saúde do adolescente)	2
SAÚDE DOS ADOLESCENTES (sinônimo de saúde do adolescente)	3
SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE (sinônimo de saúde do adolescente)	0
MEDICINA DO ADOLESCENTE	5
HEBIATRIA (sinônimo de medicina do adolescente)	10
HEFEBIATRIA (sinônimo de medicina do adolescente)	0
<u>TRANSIÇÃO e seus sinônimos</u>	
TRANSIÇÃO DA SAÚDE	0
TRANSIÇÃO DE FASE	3
TRANSIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DO ADULTO	0
TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA PARA ASSISTÊNCIA DO ADULTO (sinônimo da transição para a assistência do adulto)	0
TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO (sinônimo da transição para a assistência do adulto)	0
CUIDADO DE TRANSIÇÃO	0
CUIDADOS DE TRANSIÇÃO (sinônimo de cuidado de transição)	0
TRATAMENTO TRANSICIONAL (sinônimo de cuidado de transição)	0
TRATAMENTO DE TRANSIÇÃO (sinônimo de cuidado de transição)	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Os descritores exatos foram negritos.

Nas bases de dados ADOLEC e a da Scielo, os descritores HIV; AIDS, RELIGIÃO, ADOLESCENTE e TRANSIÇÃO foram separados por não considerarem sinônimos os descritores apontados no DeCS. Na Scielo existe lacuna quanto à barra de rolagem sobre o item descritor de assunto por isso foi escolhido todos os índices.

Por meio dos testes, individualmente, dos descritores, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencaram-se:

- 1) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES [Todos os índices] and TRANSICAO [Todos os índices]. Total = 2.
- 2) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 2.
- 3) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or ADOLESCENCIA [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 3.
- 4) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or ADOLESCENCIA [Todos os índices]

- os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total =3.
- 5) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and (((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or ADOLESCENCIA) or JOVENS [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 3.
- 6) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS) or SIDA [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or ADOLESCENCIA) or JOVENS [Todos os índices] and ((TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE) or PASSAGEM [Todos os índices]. Total = 3.
- 7) Mesmo ampliando os descritores para ‘criança’ continuam os mesmo dois que apareceram na estratégia 1. (HIV) or AIDS [Todos os índices] and (((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or CRIANCA) or CRIANCAS [Todos os índices] and TRANSICAO [Todos os índices]. Total = 2 bem como com o acréscimo do descritor: ‘comportamento do adolescente’. (HIV) or AIDS [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or CRIANCA) or CRIANCAS) or COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 2.
- 8) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or CRIANCA) or CRIANCAS [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 2.
- 9) ((HIV) or AIDS) or INFECCOES POR HIV [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or CRIANCA) or CRIANCAS) or COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 2.
- 10)((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or ADOLESCENCIA) or COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 3.

Estratégia escolhida: **((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and (((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or**

ADOLESCENCIA) or JOVENS [Todos os índices] and (TRANSICAO) or TRANSICAO DE FASE [Todos os índices]. Total = 3.

Assim, para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?** Realizaram-se as seguintes estratégias de recuperação de documentos:

- 1) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or JOVEM) or CRIANCA) or CRENCAS [Todos os índices]. Total = 6.
- 2) (HIV) or AIDS [Todos os índices] and (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO [Todos os índices] and ((ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES) or JOVEM) or CRIANCA [Todos os índices]. Total = 4.
- 3) (((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS) or SIDA [Todos os índices] and (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES [Todos os índices]. Total = 2.
- 4) (HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES [Todos os índices]. Total = 0.
- 5) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and ((ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO) or CRENCAS [Todos os índices]. Total = 56
- 6) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and ((ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO) or CRENCAS [Todos os índices] and (ADOLESCENTE) or ADOLESCENTES [Todos os índices]. Total = 5.
- 7) ((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO [Todos os índices]. Total = 25.

Estratégia selecionada: **((HIV) or AIDS) or SOROPOSITIVIDADE PARA AIDS [Todos os índices] and ((ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO) or CRENCAS [Todos os índices]. Total = 56.**

Optei por não utilizar os descritores que remetessem ao adolescente com a finalidade de ampliar a busca.

4) National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED)²¹

²¹ Texto informativo retirado do site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

O PubMed compreende mais de 26 milhões de citações para literatura biomédica do MEDLINE, revistas de ciências da vida e livros on-line. As citações podem incluir links para conteúdo de texto completo da PubMed Central e sites de editores.

Primeiramente foram acessados os MeSH Terms (MeSH) para posteriormente testá-los, separadamente, na base de dados com o intuito de visualizar a produção do tema em questão e propor estratégias de modo que a base de dados aponte resultados. Após, foram empregadas estratégias de busca para encontrar os documentos. Ressalta-se que, por ter sido a primeira base internacional a ser testada com MeSH Terms, até os sinônimos foram utilizados para que, posteriormente, facilitasse a composição da estratégia nas demais bases de dados, como SCOPUS e Web of Science.

Quadro 6 - Descritores da Base de Dados PUBMED. Porto Alegre, RS, 2017.

MeSH Terms	TOTAL
HIV and combinations	
HIV and entry terms: Human Immunodeficiency; Immunodeficiency Virus; Human, Immunodeficiency Viruses; Human, Virus, Human Immunodeficiency Viruses, Human Immunodeficiency Human Immunodeficiency Viruses; Human T Cell Lymphotropic Virus Type III; Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III; Human T-Cell Leukemia Virus Type III; Human T Cell Leukemia Virus Type III; LAV-HTLV-III; Lymphadenopathy-Associated Virus; Lymphadenopathy Associated Virus; Lymphadenopathy-Associated Viruses; Virus, Lymphadenopathy-Associated; Viruses, Lymphadenopathy-Associated; Human T Lymphotropic Virus Type III; Human T-Lymphotropic Virus Type III; AIDS Virus; AIDS Viruses; Virus, AIDS; Viruses, AIDS; Acquired	8.8118
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME and combinations	
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME and entry terms: Agents, Anti-HIV; Anti HIV Agents; Anti-AIDS Agents; Agents, Anti-AIDS; Anti AIDS Agents; Anti-HIV Drugs; Anti HIV Drugs; Drugs, Anti-HIV; AIDS Drugs; Drugs, AIDS; Anti-AIDS Drugs; Anti AIDS Drugs; Drugs, Anti-AIDS	74.282
ESPIRITUALITY and combinations	
Spirituality entry terms: Spiritualites	5.897
RELIGION and combinations	
RELIGION and entry terms: Religious Beliefs; Beliefs, Religious; Religious Belief; Religious Ethics; Ethic, Religious; Prayer; Prayers	54.204
ADOLESCENT and combinations	
ADOLESCENT and entry terms: Adolescents; Adolescence; Teens; Teen; Teenagers; Teenager; Youth; Youths; Adolescents, Female; Adolescent, Female; Female Adolescent; Female Adolescents; Adolescents, Male; Adolescent, Male; Male, Adolescent; Male, Adolescent	1.759.888
HEALTH ADOLESCENT and entry terms: Health, Adolescent; Teen Health; Health, Teen	260
TRANSITION and combinations	
HEALTH TRANSITION and entry terms: Health Transitions; Transition, Health; Transitions, Health	914
TRANSITION TO ADULT CARE and entry terms: Transfer from Pediatric to Adult Care; Pediatric Transition to Adult Care; Transferring to Adult Care; Transfer to Adult Care	619

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Os MeSH Terms foram negritados.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencaram-se:

- 1) (("hiv"[MeSH Terms]) OR aids [MeSH Terms]) AND adolescent health service [MeSH Terms]) OR adolescent [MeSH Terms]) AND pediatric transition to adult care [MeSH Terms]. Total = 474.
- 2) (((("HIV" OR "AIDS"[MeSH Terms])) AND ("ADOLESCENT" OR HEALTH ADOLESCENT [MeSH Terms])) AND ("HEALTH TRANSITION" OR TRANSITION TO ADULT CARE [MeSH Terms])). Total = 39.
- 3) (("hiv"[MeSH Terms]) OR aids [MeSH Terms]) AND adolescent [MeSH Terms]) OR HEALTH ADOLESCENT [MeSH Terms]) AND HEALTH TRANSITION [MeSH Terms]) OR TRANSITION TO ADULT CARE [MeSH Terms]. Total = 804.
- 4) (((((hiv [MeSH Terms]) OR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME [MeSH Terms]) AND adolescent [MeSH Terms]) OR health adolescent[MeSH Terms]) AND HEALTH TRANSITION[MeSH Terms]) OR TRANSITION TO ADULT CARE[MeSH Terms]. Total = 804.
- 5) (((("HIV"[Mesh] OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Mesh])) AND ("Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent Health"[Mesh]) AND ("Health Transition"[Mesh] OR "Transition to Adult Care"[Mesh])). Total = 4.
- 6) (((("hiv"[MeSH Terms] OR "acquired immunodeficiency syndrome"[MeSH Terms]) AND "adolescent"[MeSH Terms]) OR "adolescent health services"[MeSH Terms]) AND "health transition"[MeSH Terms]) AND "transition to adult care"[MeSH Terms]. Total = 0.
- 7) (((("hiv" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME"[MeSH Terms])) AND ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT"[MeSH Terms])) AND ("HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE"[MeSH Terms])). Total = 40.

Estratégia selecionada: (((("hiv" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME"[MeSH Terms])) AND ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT"[MeSH Terms])) AND ("HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE"[MeSH Terms])). Total = 40.

Já para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?**

Elencaram-se:

- 1) (((("hiv" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME"[MeSH Terms])) AND ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT"[MeSH Terms])) AND ("espirituality" or "religion"[MeSH Terms])). Total = 296.

- 2) (((**"hiv" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME"**[MeSH Terms])) AND (**"ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT"**[MeSH Terms])) AND (**"Spirituality" or "religion"**[MeSH Terms]). **Total = 315**. Esta foi a estratégia selecionada.

Na busca foi utilizado o descritor ‘religião’ por entender que por alguns pesquisadores o termo religião é apresentado como uma ferramenta da espiritualidade, utilizando, inclusive, como sinônimos.

5) Web of Science²²

Ao indexar meticulosamente a literatura mais importante do mundo, a Web of Science tornou-se o padrão-ouro para descoberta e análise de pesquisas. Web of Science conecta publicações e pesquisadores através de citações e indexação controlada em bancos de dados com curadoria abrangendo todas as disciplinas. Utilize a pesquisa de referência citada para rastrear pesquisas anteriores e acompanhar os desenvolvimentos atuais em mais de 100 anos de conteúdo totalmente indexado, incluindo 59 milhões de registros e backfiles datados de 1898. Para ter acesso à referida base foi necessário entrar pelo Portal de Periódicos da CAPES e selecionar ‘Buscar base’.

Termos extraídos dos MeSH Terms (MeSH) e testados na referida base de dados como Tópicos.

Quadro 7 - Descritores da Base de Dados Web of Science. Porto Alegre, RS, 2017.

MeSH Terms	TOTAL
HIV	303.461
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME	25.005
SPIRITUALITY	14.300
RELIGION	77.905
ADOLESCENT	305.802
HEALTH ADOLESCENT	79.388
HEALTH TRANSITION	24.115
TRANSITION TO ADULT CARE	3.786

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Por meio dos testes, individualmente, dos MeSH Terms, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente. Nesta base de dados, optou-se por utilizar apenas os MeSH Terms exatos.

²² Texto informativo extraído do site: <http://wokinfo.com/>.

Na referida base, foi utilizado o MeSH Term: ‘ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME’ e ‘AIDS’, pois aumentava a busca.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencou-se:

- 1) Tópico: ("HIV" or "AIDS") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("HEALTH TRANSITION" or "TRANSITION TO ADULT CARE"). Total = 9.
- 2) Tópico: (HIV or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (HEALTH TRANSITION). Total = 66.
- 3) Tópico: (HIV or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (HEALTH TRANSITION or *TRANSITION TO ADULT CARE). Total = 29.
- 4) Tópico: (HIV or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (TRANSITION TO ADULT CARE). Total = 29.
- 5) ((Tópico: (("HIV " OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") OR "AIDS") AND Tópico: (("ADOLESCENT" OR "HEALTH ADOLESCENT") OR "adolescents"))) AND Tópico: (("HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE") OR "Transfer from Pediatric to Adult Care")). Total = 9.
- 6) ("HIV " or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME" or "AIDS") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("HEALTH TRANSITION" or "TRANSITION TO ADULT CARE"). Total = 9.
- 7) Tópico: ("HIV " or "AIDS") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("HEALTH TRANSITION" or "TRANSITION TO ADULT CARE"). Total = 9.
- 8) ((Tópico: (("HIV" OR "AIDS") OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND Tópico: (("ADOLESCENT" OR "HEALTH ADOLESCENT") OR "adolescents"))) AND Tópico: ("HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE")). Total = 23.
- 9) (HIV or ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (HEALTH TRANSITION or *TRANSITION TO ADULT CARE). Total = 203.

Assim, selecionei a seguinte estratégia: **(HIV or ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or**

***HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (HEALTH TRANSITION or *TRANSITION TO ADULT CARE). Total = 203.**

Já para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?**

Elencou-se:

- 1) ("HIV " or "AIDS" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("SPIRITUALITY" or "RELIGION"). Total = 37.
- 2) ("HIV " or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("SPIRITUALITY" or "RELIGION"). Total = 33.
- 3) ("HIV " or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("RELIGION"). Total = 27.
- 4) ("HIV " or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("SPIRITUALITY"). Total = 11.
- 5) ("HIV" or "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME" or "AIDS") AND Tópico: ("ADOLESCENT" or "HEALTH ADOLESCENT") AND Tópico: ("SPIRITUALITY"). Total = 12.
- 6) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (SPIRITUALITY *RELIGION). Total = 4.
- 7) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *ADOLESCENTS) AND Tópico: (SPIRITUALITY *RELIGION). Total = 4.
- 8) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *ADOLESCENTS) AND Tópico: (SPIRITUALITY). Total = 12.
- 9) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (SPIRITUALITY). Total = 10.
- 10) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *ADOLESCENTS) AND Tópico: (RELIGION). Total = 41.
- 11) Tópico: (HIV *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (RELIGION). Total = 34.
- 12) ((Tópico: (("HIV " OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") OR "AIDS") AND Tópico: (("ADOLESCENT" OR "HEALTH ADOLESCENT") OR

"adolescents")) AND Tópico: (("SPIRITUALITY" OR "RELIGION") OR "Religious Belief"). Total = 101.

13)((Tópico: (("HIV " OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") OR "AIDS") AND Tópico: (("ADOLESCENT" OR "HEALTH ADOLESCENT") OR "adolescents")) AND Tópico: ("SPIRITUALITY")). Total = 24.

14)(HIV or ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (SPIRITUALITY or RELIGION or *Religious Belief). Total = 122.

Diante disso, permaneci com a seguinte estratégia: **(HIV or ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME or *AIDS) AND Tópico: (ADOLESCENT or *HEALTH ADOLESCENT) AND Tópico: (SPIRITUALITY or RELIGION or *Religious Belief). Total = 122.**

6) SCIVERSE SCOPUS²³

Scopus, a maior base de dados de resumos e citações de literatura científica revisada por pares, conta com ferramentas inteligentes para acompanhar, analisar e visualizar a pesquisa. O Scopus oferece a visão mais abrangente sobre a produção de pesquisa do mundo nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e Artes e Humanidades. Como a pesquisa se torna cada vez mais global, interdisciplinar e colaborativa, garante que a pesquisa fundamental de todo o mundo não seja esquecida.

Termos extraídos dos MeSH Terms (MeSH) e testados na referida base de dados como Keywords.

Quadro 8 - Descritores da Base de Dados Scopus. Porto Alegre, RS, 2017.

MeSH Terms	TOTAL
HIV	265.280
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME	81.182
SPIRITUALITY	10.596
RELIGION	79.456
ADOLESCENT	1.953.691
HEALTH ADOLESCENT	4
HEALTH TRANSITION	1.000
TRANSITION TO ADULT CARE	832

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

²³ Texto informativo extraído do site: <http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/scopus.php>.

Por meio dos testes, individualmente, dos MeSH Terms, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente. Nesta base de dados, optou-se por utilizar apenas os MeSH Terms exatos.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencou-se:

- 1) (KEY ("HIV" OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND KEY ("ADOLESCENT" OR "health" ADOLESCENT") AND KEY ("HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE")). Total = 40.
- 2) Já para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids?** Elencou-se:
- 3) (KEY ("hiv" OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME") AND KEY ("ADOLESCENT" OR "health" ADOLESCENT") AND KEY ("Spirituality" OR "religion")). Total = 415.

Na busca foi utilizado o descritor 'religião' por entender que por alguns pesquisadores denominam a religião como uma ferramenta da espiritualidade, utilizando, inclusive como sinônimos os dois termos.

7) EMBASE²⁴

Embase é a mais completa ferramenta de pesquisa biomédica. Possui informações sobre drogas e tratamento de doenças por meio de conteúdo confiável e autorizado que permite às áreas biomédica e farmacêutica o desenvolvimento de novos medicamentos e a descoberta de novas aplicações para drogas existentes.

Embase permite aos usuários recuperar artigos relevantes que não poderiam ter sido encontrados em outras ferramentas de busca. Esse conteúdo pode ser encontrado porque o Embase combina um trabalho de indexação com uma poderosa ferramenta de busca.

Atualmente possui como fonte mais de 25 milhões de registros, provenientes de mais de 7.000 revistas científicas de mais de 70 países indexadas, que engloba também as nomenclaturas MeSH. Além disso, possui mais de cinco milhões de artigos e trabalhos de

²⁴ Texto informativo retirado do site: <http://ww.americalatina.elsevier.com/corporate/embase.php>.

conferências que estão exclusivamente indexados no Embase e todo o conteúdo da MEDLINE produzido pelo National Library of Medicine (NLM).

Primeiramente foram acessados os MeSH Terms (MeSH) para posteriormente testá-los, separadamente, na base de dados com o intuito de visualizar a produção do tema em questão e propor estratégias a fim de que a base de dados aponte resultados. Após, foram utilizadas estratégias de busca para encontrar os documentos. Termos extraídos dos MeSH Terms (MeSH) e testados na referida base de dados.

Quadro 9 - Descritores da Base de Dados Embase. Porto Alegre, RS, 2017.

MeSH Terms	TOTAL
HIV	361.550
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS	373.571
ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME	136.273
SPIRITUALITY	64.092
RELIGION	66.381
ADOLESCENT	1.456.099
HEALTH ADOLESCENT	54
HEALTH TRANSITION	56.054
TRANSITION TO ADULT CARE	1.036

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos MeSH Terms, individualmente:

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencou-se:

- 1) 'human immunodeficiency virus'/exp OR 'human immunodeficiency virus' OR 'acquired immune deficiency syndrome'/exp OR 'acquired immune deficiency syndrome' AND ('adolescent'/exp OR 'adolescent' OR health adolescent') AND ('health transition'/exp OR 'health transition' OR 'transition to adult car'/exp OR 'transition to adult car'). Total = 206.

Já para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?**

Elencou-se:

- 1) 'human immunodeficiency virus'/exp or 'human immunodeficiency virus' or 'acquired immune deficiency syndrome'/exp or 'acquired immune deficiency syndrome' and ('adolescent'/exp or 'adolescent' or 'health adolescent') and ('spirituality'/exp or 'spirituality' or 'religion'/exp or 'religion'). Total = 407.

As estratégias da EMBASE tiveram uma menor testagem em virtude das bases, anteriores, que utilizaram os MESH Terms terem orientado para quais seriam os melhores a serem utilizados. Além disso, tentei, na medida em que as bases de as bibliotecas permitiam,

usar as mesmas estratégias de busca para recuperar os documentos. Entendo que tal organização tende a evitar o máximo de vieses na seleção.

Para identificar a melhor estratégia de busca das bases de dados para da uma foi calculado o coeficiente de precisão (CoP) de cada descriptor ou MeSH único. Esse cálculo tem a capacidade de evitar documentos que seriam descartados durante o processo de busca (LANCASTER, 2004).

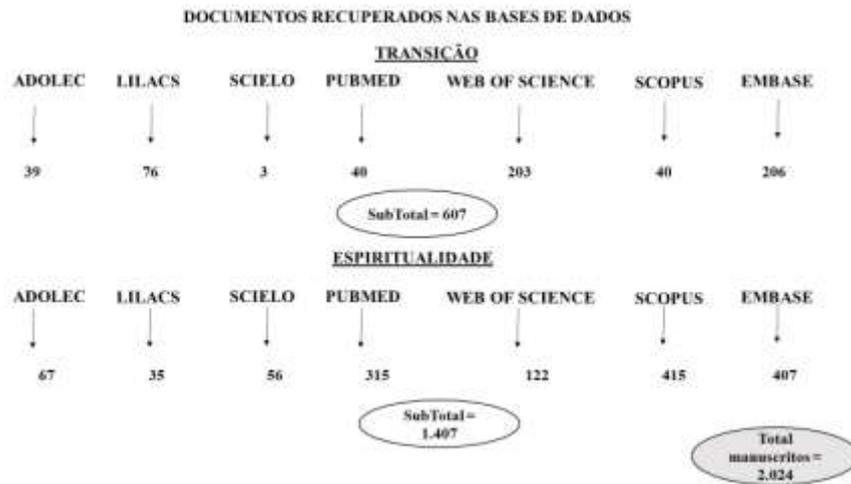
$$\text{CoP} = \frac{\text{Número de referências relevantes recuperadas}}{\text{Número de referências recuperadas pelo Sistema}}$$

Após as buscas com os descritores únicos, verifiquei a Cop de cada agrupamento, tanto do tema da transição quanto da espiritualidade. A partir disso, mesmo que o conjunto de agrupamento de descritores ou MeSH terms tenha sido maior, na maioria das vezes, não foi o adotado em virtude do Cop.

Exemplo disso foi a estratégia da base de dados da PUBME. A priori deveria permanecer com a estratégia que mais documentos recuperaria: 3(("hiv"[MeSH Terms]) OR aids [MeSH Terms]) AND adolescent [MeSH Terms]) OR HEALTH ADOLESCENT [MeSH Terms]) AND HEALTH TRANSITION [MeSH Terms]) OR TRANSITION TO ADULT CARE [MeSH Terms]. Total = 804. Contudo, devido à CoP, permaneceu com a estratégia que obteve 40 documentos recuperados, pois estes encaixavam-se no objeto de estudo. Tendo uma eficiência de 52,5% com o agrupamento, em detrimento de 2,61% em relação ao agrupamento de 804 documentos recuperados.

Após as estratégias de busca e acesso nas bases de dados e bibliotecas, foram verificados 2.024 documentos, conforme Figura 6.

Figura 6 - Ilustração do total de documentos recuperados entre as bases de dados e bibliotecas. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

d) Subestação: Instituinto os Parâmetros da Pesquisa (Critérios de Inclusão e Exclusão das produções)

A PSL preconiza o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Destaca-se que os critérios podem ser reajustados no percurso do estudo. Devem ser claros, precisos e voltados para o objeto do estudo. É nesta etapa em que os tipos de estudos, as características da população e o período de tempo para o qual se limitará a busca (SANDELOWISK, BARROSO, VOILS, 2007).

Dessa maneira, assumi os seguintes critérios de inclusão:

- Resumos disponíveis nas bases de dados;
- Documentos de pesquisa na temática do estudo que estiverem na íntegra *online* e gratuitos;
- Produções por meio dos seguintes parâmetros linguísticos: português, inglês ou espanhol;
- Os artigos deveriam refletir o tema da espiritualidade e HIV/aids sem reportar a outra condição clínica de saúde em adolescentes.
- Sobre a transição, busquei informações que abordassem este processo apenas em adolescentes que viviam com HIV/aids.
- Pesquisas empíricas que apresentassem participantes humanos conduzidas em qualquer paradigma de pesquisa;
- Pesquisas que utilizaram técnicas qualitativas de amostragem, coleta de dados, análise de dados e interpretação.

- Estudos produzidos por quaisquer pesquisadores na área da saúde. Defini área conforme a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)²⁵.

Critérios de exclusão:

- Teses, dissertações, monografias e seus respectivos capítulos.
 - Não especifiquei um parâmetro cronológico para a busca, pois tive a intenção de capturar todos os materiais que estivessem disponíveis e respeitassem os critérios previamente estabelecidos. A pretensão inicial era utilizar delineamentos mistos (qualitativo e quantitativo) quando os resultados qualitativos não pudessem ser separados de resultados quantitativos. Contudo, utilizei documentos em que os delineamentos eram quantitativos, pois caso contrário, teria um decréscimo significativo na condução da PSLM. Diante disso, tanto os resultados quanto as conclusões dos documentos foram avaliados.

Para este trabalho precisei modificar minha estratégia inicial que era excluir artigos que abordassem à religião concomitante com a espiritualidade. Tal conduta foi aplicada em virtude de a maioria dos estudos estarem atrelados à religião e/ou religiosidade a espiritualidade. Assim, consegui evitar perdas de documentos relevantes.

6.4 TERCEIRA ESTAÇÃO: DAS LEITURAS SUCESSIVAS E APLICAÇÃO DOS TESTES DE RELEVÂNCIA

Para dar continuidade aos parâmetros de seleção, reconheço a relevância de leituras com uma organização prévia, que respeitem um encadeamento sequencial em sua conduta. A primeira leitura foi para (re)conhecimento e exploração dos documentos que estavam indexados. Essa leitura é rápida e objetiva, pois avalia os títulos, palavras-chave ou descritores, resumos, conclusões e idioma. Já a segunda leitura é considerada seletiva pois é necessário relacionar o objeto de estudo à PSLM.

a) Subestação: selecionando os documentos

Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade dos documentos, os quais são importantes indicadores de confiabilidade e fidedignidade dos resultados. Ressalta-

²⁵ 2º nível - Área do Conhecimento (Área Básica): conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas. Exemplo: Enfermagem; Fisioterapia; Medicina I, II, e III; Odontologia, entre outras. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>.

se, que tanto a busca em bases de dados, quanto o emprego dos testes de relevância, bem como, as seleções dos artigos devem ser realizados por dois pesquisadores, de forma independente. No caso de desacordo quanto à inclusão de algum artigo, deverá ser consultado um terceiro pesquisador, idealmente, que seja expertise na área do estudo (SANDELOWISK, BARROSO, 2003).

Para tanto, um **Teste de Relevância Preliminar** faz-se necessário nesta etapa. Este teste tem o intuito de refinar a seleção inicial de artigos, os quais serão analisados posteriormente na íntegra. Esta etapa pode ser realizada por apenas um dos pesquisadores, visto que, esta primeira exclusão trata apenas de refinamento da amostra, sendo removidas somente aquelas referências que são óbvias de exclusão (SANDELOWISK, 2003). De um total de **2.024** documentos recuperados, a partir deste teste, permaneceram **1.989** documentos a ser submetidos ao primeiro teste de relevância. Excluí **35** documentos.

Após a realização do teste de relevância preliminar, dois pesquisadores, independentes, ficaram responsáveis por selecionar os documentos. A segunda seleção ocorreu pela análise de títulos, resumos disponíveis, verificação quanto à temática. Nesse teste, senti a necessidade de acrescentar um item sobre ser pesquisa original ou não. Esse item foi acrescido durante a coleta dos dados, pois surgiu em virtude, de muitos documentos, mesmo no seu resumo, apresentarem o tipo de estudo. Essa seleção foi considerada o **Primeiro Teste de relevância** (APÊNDICE E).

Os documentos que não atenderam ao teste de relevância inicial foram excluídos. Em virtude de ter ocorrido um desacordo entre os pesquisadores, foi solicitada a consulta de um terceiro.

Oportunamente, os dois pesquisadores dos testes de relevância foram: 1) a doutoranda e 2) e outro doutorando que também está desenvolvendo uma PSL. Além disso, durante o primeiro teste de relevância houve **232** desacordos, para isso contei com o auxílio de uma estudante de iniciação científica que já tinha realizado, pelo menos um estudo de revisão bibliográfica em bases de dados. Esta bolsista faz parte de um Projeto de Pesquisa o qual Coordeno na UFFS/SC. Após esta discussão entre os dois pesquisadores e a bolsista, os 232 documentos permaneceram na presente pesquisa.

Quadro 10 - Motivos das Exclusões. Porto Alegre, RS, 2017.

MOTIVOS DAS EXCLUSÕES				
BASES DE DADOS E BIBLIOTECAS	NT	NR	NA	PI
TRANSIÇÃO				

ADOLEC (39)	33	2	1	3
LILACS (76)	49	8	16	3
SCIELO (3)	2	-	-	1
PUBMED (40)	16	7	2	15
WEB OF SCIENCE (203)	141	10	9	43
SCOPUS (40)	9	6	4	21
EMBASE (206)	95	78	6	27
SubTotal PIT				113
ESPIRITUALIDADE				
ADOLEC (67)	57	-	-	10
LILACS (35)	-	-	-	0
SCIELO (56)	54	-	-	2
PUBMED (315)	277	18	3	17
WEB OF SCIENCE (122)	108	7	-	7
SCOPUS (415)	398	3	4	10
EMBASE (407)	370	25	3	9
SubTotal PIE				55
Total PIT + PIE				168
Documentos repetidos entre as bases e bibliotecas				70
TOTAL PI				98

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. NT = Não é da temática; NR = não tem resumo; NA = Não é artigo; PI = Procurar na íntegra; PIT = Procurar na íntegra sobre o tema da transição; PIE = Procurar na íntegra sobre o tema da espiritualidade.

De **1.989**, permaneceram **98** para capturar na íntegra. Para capturar os artigos na íntegra, acessei o Portal de Periódicos CAPES por meio do proxy disponibilizado pela UFRGS. Quando o artigo não estava no referido portal, consultei os Currículos Lattes dos pesquisadores, o Researchgate (rede social que inclui pesquisadores das áreas das ciências e é uma base gratuita), o diretório de grupos de pesquisa e, na sequência, o Google acadêmico.

Nesta captura restaram **71 documentos** para o Segundo Teste de Relevância, sendo 50 documentos sobre a transição e 21 sobre espiritualidade.

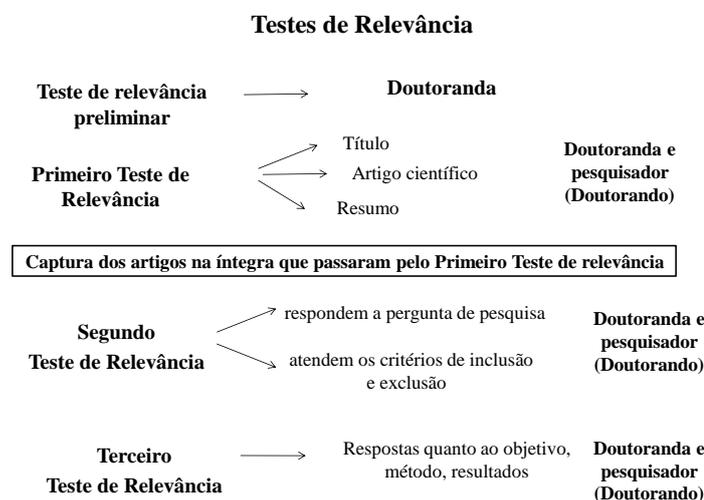
O **Segundo Teste de Relevância** (APÊNDICE F), seguiu a mesma recomendação do Primeiro Teste de relevância (dois pesquisadores). Este teste foi empregado na seleção dos artigos na íntegra. Neste momento avaliei se as produções respondiam à pergunta de pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Dessa forma, se um dos questionamentos apontados apresentasse como resposta uma negação, excluía o estudo da PSLM. A partir deste teste permaneceram 32 documentos sobre a transição e 10 da espiritualidade, totalizando **42 documentos** submetidos ao Terceiro Teste.

O **Terceiro Teste de Relevância**, também foi desenvolvido por dois pesquisadores de forma independente, como os outros testes. Nesse teste, foram formuladas novas questões para orientar a decisão quanto à inclusão ou não de estudos. Estas perguntas foram redigidas de forma que as respostas fossem afirmativas ou negativas (APÊNDICE G).

Neste momento, os pesquisadores responderam às seguintes questões: o objetivo do estudo tem relação com as questões de pesquisa elencada na PSL? A metodologia do estudo permite a sua reprodução? O método está adequado para o alcance dos objetivos propostos no estudo? Os resultados são compatíveis com a metodologia? A aplicabilidade dos resultados é possível na prática clínica? Em relação a esta última questão, ocorreu modificação, pois os estudos qualitativos, em sua maioria, não atendiam a esta especificidade. Diante disso, reorganizei a questão: Os resultados têm potencial de aplicabilidade? Ressalto que o conceito de ‘potencial’ adotado na PSLM compreende a probabilidade de utilização dos resultados no cotidiano de cuidado do enfermeiro, seja ele clínico, político, econômico ou social.

Nesta etapa, mostrou-se necessário o conhecimento sobre os delineamentos de pesquisa, bem como quanto aos seus respectivos métodos de estudos, para que assim, pudéssemos avaliar fidedignamente cada estudo. Desse teste permaneceram 30 documentos sobre a transição e 10 sobre a espiritualidade, totalizando **40** documentos para extrair as informações.

Figura 7 - Testes de Relevância. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

b) Avaliando os documentos quanto aos seus vieses

Para a avaliação crítica da qualidade dos artigos selecionados foi adotado como instrumento o JBI QARI Instrumento de avaliação crítica (ANEXO A) proposto pela Joanna

Briggs Institute. Esse instrumento é composto por dez perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as “falas” dos participantes estão devidamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015). Esse instrumento apresenta-se dividido em duas categorias:

Categoria A: Significa que têm baixo risco de viés. Atendem até, pelo menos, nove dos 10 itens propostos. Os critérios adotados são os seguintes: objetivo claro e justificado; desenho metodológico é apropriado aos objetivos; os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; seleção da amostra intencional; coleta de dados descrita, instrumentos explicitados, processo de saturação; a relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; cuidados éticos; análise densa e fundamentada; resultados são apresentados e discutidos, apontam para o aspecto da credibilidade, fazem uso da triangulação; discorrem sobre as contribuições e implicações do conhecimento, gerado pela pesquisa, bem como suas limitações (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Categoria B: Atendem pelo menos cinco dos 10 itens propostos. Significa que atendem parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado. Pertencem a essa categoria os estudos de caso e amostra de conveniência (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015). Três documentos foram elencados como ‘B’, os quais foram excluídos.

Nesta etapa foi realizada a elaboração de um resumo das particularidades do estudo, para isso foi preservada a integridade, foi apreendido o conteúdo, a metodologia, estilo e estrutura. Também foram respeitadas as diferenças dos resultados entre os diferentes tipos de estudo.

A partir desta avaliação, permaneceram 29 documentos sobre a transição e 8 sobre a espiritualidade, totalizando **37** documentos para fazer parte do Corpus da pesquisa exposto no Quadro 11 (APÊNDICE F) em que os resultados foram submetidos à etapa que segue. Os documentos foram categorizados pela letra ‘T’ de transição seguida pelo número arábico (T1, T2, T3, sucessivamente) e por ‘E’ de espiritualidade, também, seguida pelo número arábico (E1, E2, E3, sucessivamente).

Tabela 2 - Quantitativo de documentos recuperados. Porto Alegre, RS, 2017.

Testes pelos quais os documentos passaram	Tema Transição	Tema Espiritualidade	Total de Documentos
Documentos recuperados	607	1.417	2.024
Teste de Relevância preliminar	607	1382	1.989
1º Teste de Relevância	113	55	168

2° Teste de Relevância	32	10	42
3° Teste de Relevância	30	10	40
Documentos em que o QARI foi aplicado	29	8	37
Total de documentos analisados	37		

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

c) **Extraindo as informações dos documentos**

Nesta etapa foram utilizados, individualmente, os estudos que passaram pelos quatro Testes de Relevância (o preliminar, o primeiro teste de relevância, o segundo teste de relevância e o terceiro teste de relevância). A coleta dos dados incluiu, além daqueles específicos da pergunta inicial (participantes, intervenção e resultados mensurados), o local onde a pesquisa foi realizada, a maneira exata como a intervenção foi executada, tipo de estudo, dados que caracterizam os sujeitos, limitações metodológicas, evidência dos resultados, aplicabilidade dos mesmos, vantagens e desvantagens da utilização. Foi realizada pelos dois pesquisadores, já mencionados, independentes. Podem-se utilizar instrumentos próprios para extrair as informações dos estudos, bem como, utilizar quadros, do tipo sinóptico, para auxiliar nas comparações e possíveis sínteses (SANDELOWISK, BARROSO, 2003). Como previsto, foi necessário contatar um dos autores dos documentos selecionados a fim de obter informações que não foram descritas na apresentação da publicação. Isso ocorreu com dois documentos.

Como o propósito da metassíntese consiste em desenvolver a teoria em um domínio de destino, as conclusões dos artigos foram analisadas juntamente com os seus respectivos resultados. (SANDELOWISK, BARROSO, 2003). Para esta etapa utilizei um instrumento de coleta de dados com os seguintes itens: metodologia, método, fenômeno de interesse, cenário (procedência do estudo o qual remete para onde o estudo foi desenvolvido), local (país, estado ou região em que o estudo foi realizado), a cultura da população do estudo, participantes, análise dos dados, conclusões dos autores e meus comentários, quando necessário (ANEXO B).

d) **Comparando os resultados**

Para facilitar a realização deste item realizei um quadro comparativo dos 37 documentos do qual pude retirar elementos chave, como: finitude, terapia antirretroviral, momento de tensão, carga viral, perda dos cuidadores, medos, sobrevivência, preconceito,

revelação do diagnóstico, mudança da rotina, crenças, religião, oração, qualidade de vida, sexualidade, estigma, consultas, idade, HIV, aids, infância, dificuldades em lidar com a doença, entre outros, para compor a próxima etapa, utilizando os principais resultados e conclusões dos documentos (APÊNDICE I).

6.5 QUARTA ESTAÇÃO: COMPILANDO O METARESUMO

A quarta estação consiste na integração dos resultados. Neste momento foram identificados os padrões, temas comuns ou predomínio de evidências. Foram organizados de maneira lógica e quantitativa as temáticas ou tópicos, assim puderam auxiliar na identificação dos resultados, preparando para a metassíntese.

O metaresumo qualitativo tem a prerrogativa de integrar os resultados e tem como finalidade identificar padrões, temas comuns, ou predomínio de evidência na pesquisa qualitativa. É realizado a partir de uma lógica quantitativa de temáticas ou tópicos e auxilia na identificação das frequências mais elevadas dos resultados. Assim, prepara os resultados para a metassíntese. Para este momento, utiliza-se um cálculo de frequência e intensidade do tamanho do efeito do resultado (SANDELOWSKI, BARROSO, VOILS, 2007).

Essa operação tem o intuito de converter os dados qualitativos em quantitativos, fortalecendo seus significados ao constatar generalizações, além de avaliar a magnitude do resultado abstraído. A avaliação e o tamanho do efeito em estudos qualitativos é um meio de assegurar que os resultados não sejam excessivamente ou pouco valorizados, mas possam servir de base empírica para a metassíntese. Constitui, igualmente, uma maneira de conectar as informações empíricas de resultados quantitativos aos descritivos dos qualitativos (SANDELOWSKI, BARROSO, 2007).

O tamanho do efeito pode ser mensurado segundo o cálculo de **frequência e a intensidade** (DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, 2008). A frequência do tamanho do efeito é desenvolvida com cada um dos resultados abstraídos (já agrupados por tópicos similares) e visa a avaliar a magnitude dos mesmos. Para seu cálculo segue a fórmula:

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de relatórios contidos em um mesmo resultado}) - (\text{N}^\circ \text{ de relatórios duplicados contidos nesse resultado})}{\text{N}^\circ \text{ total de relatórios na amostra} - (\text{N}^\circ \text{ de relatórios dos mesmos estudos com amostra em comum e que contém o mesmo resultado})}$$

(N° total de relatórios na amostra) - (N° de relatórios dos mesmos estudos com amostra em comum e que contém o mesmo resultado)

Já a intensidade do efeito é desenvolvida com resultados abstraídos de um mesmo estudo, é dirigida para determinar a concentração de resultados em cada estudo. Segue a fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de resultado em cada estudo}}{\text{N}^\circ \text{ total de resultados de todos os relatórios (já agrupados)}}$$

Exemplo de tema comum: terapia antirretroviral

Cálculo da frequência:

$$36 - 0/38 - 34 = 9$$

$$\text{Cálculo da intensidade: } 72/38 = 1.90$$

Quadro 12 - Exemplo de metaresumo sobre os elementos extraídos das evidências. Porto Alegre, RS, 2017.

		Elementos extraídos das evidências	Número de evidências/documentos
1	Transição	Medo, inseguranças, finitude, vínculo, vida sexual, referencial, orfandade, mudanças, descobertas.	26 documentos
2		Adesão, tratamento, consulta, esquecimento, abandono, equipe	29 documentos
3		Culpa dos pais por transmitirem, processo, momento de dúvidas, anseios, direito, equipe, sigilo, doença crônica	24 documentos
1	Espiritualidade	Religião, crença, esperança, sentimentos.	8 documentos
2		Bem estar, menores taxas de carga viral, melhora da adesão a medicação, aceitação do diagnóstico, melhora da qualidade de vida.	8 documentos
3		Perdão, compreensão, gratidão, auxílio.	5 documentos

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

6.6 QUINTA ESTAÇÃO: DESENVOLVENDO A METASSÍNTESE

A quinta estação compreende a integração dos resultados de pesquisas segundo uma lógica interpretativa que possibilita nova interpretação dos resultados, mas sem compará-los ou criticá-los. Poderá ser utilizado um enfoque teórico para analisar os resultados do estudo que deverá estar relacionado com o objetivo do estudo de metassíntese, dos resultados selecionados e do produto que se espera obter. A unidade de análise é o Metaresumo qualitativo. Neste estudo utilizei para análise dos dados, a TFD (SANDELOWISK, BARROSO, 2003; MARTINS, 2013; CHARMAZ, 2009).

a) Desenvolvendo a Análise taxonômica

Processo analítico indutivo. As categorias taxonômicas são construídas segundo propriedades ou variações sugeridas pela visibilidade à amplitude conceitual dos resultados. Visa a identificar as relações conceituais fundamentais significativas expressas de forma implícita ou explícita nos resultados os quais tem diferentes relações semânticas na mesma ou entre as diferentes categorias.

A TFD serviu como método de análise nesta investigação. Os dados foram analisados nos **quatro** tipos de codificação: codificação inicial, codificação focalizada, codificação axial e codificação teórica (CHARMAZ, 2009).

A Codificação inicial ocorreu a partir dos fragmentos dos dados, por meio das palavras, linhas ou segmentos de dados. Neste estudo, foram analisados os resultados e as conclusões de cada documento. Foi com a organização do metaresumo que pude analisar os elementos mais frequentes, por meio das frases, selecionei as palavras palavras-chave. Assim, pude, detalhadamente, examinar os dados, comparar as diferenças e similaridades. Neste momento, foram utilizados os códigos os quais são as unidades de análise conforme o fenômeno de interesse (Quadro 13).

Quadro 13 - Exemplo de Codificação inicial. Porto Alegre, RS, 2017.

Palavras extraídas do metaresumo Transição	Codificação
Medo inseguranças finitude vínculo vida sexual referencial orfandade mudanças descobertas	Sentindo medo por ter uma doença crônica Tornando-se adulto sendo adolescente Aproximando-se da morte Deixando os vínculos com os profissionais da pediatria Enfrentando os desafios sem referencial
Palavras extraídas do metaresumo Espiritualidade	Codificação
carga viral adesão a medicação diagnóstico qualidade de vida bem estar	Melhorando a condição clínica Retornando a aderir o medicamento Aceitando o diagnóstico Sentindo-se bem por continuar a viver

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Com a realização da codificação inicial pude passar para a codificação focalizada. Assim, as palavras foram codificadas. Cada vez que aparecia a palavra ‘medo’ era categorizado com T1 e assim, sucessivamente (Quadro 14). Essa etapa é fundamental para imprimir validade as palavras retiradas e, posteriormente, para a formulação de seus códigos.

Quadro 14 - Exemplo de Codificação focalizada. Porto Alegre, RS, 2017.

Palavras extraídas do metaresumo	Código
Transição	
medo	T1
inseguranças	T2
finitude	T3
Palavras extraídas do metaresumo	Código
Espiritualidade	
carga viral	E1
adesão a medicação	E2
diagnóstico	E3

T = transição; E = espiritualidade. Os algarismos arábicos foram escolhidos como uma maneira sequencial. Este quadro é apenas um exemplo do que foi realizado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A codificação focalizada utiliza os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar quantidades de dados. Dentro da codificação focalizada, a partir dos códigos instituídos nesta fase, tem-se a codificação teórica, as quais especificam as relações possíveis entre as categorias. No presente estudo, foram lidos os seguimentos e palavras a fim de possibilitar a extração dos códigos mais significativos para que a partir deles, possa iniciar a codificação teórica dos estudos.

A codificação axial especifica as propriedades e as dimensões de uma categoria, relaciona as categorias com as subcategorias e reagrupa os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. Essa categorização inclui três componentes: a) condições, circunstâncias ou situações, as quais determinam a estrutura dos fenômenos estudados; b) ações/interações, rotina dos participantes ou suas respostas estratégicas a questões, eventos ou problemas; c) consequências, efeitos das ações/interações (CHARMAZ, 2009).

Quadro 15 - Exemplo²⁶ de Codificação axial. Porto Alegre, RS, 2017.

Códigos	Categoria
Tornando-se adulto sendo adolescente Deixando os vínculos com os profissionais da pediatria Enfrentando os desafios sem referencial	Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência
Sentindo medo por ter uma doença crônica Aproximando-se da morte	Percebendo que convive com uma doença crônica
Códigos	Codificação
Retornando a aderir o medicamento Aceitando o diagnóstico	Sentindo-se seguro para continuar a viver diante das matizes do HIV
Melhorando sua condição clínica Sentindo-se bem por continuar a viver	Resignificando sua vida

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

²⁶Aponto como exemplo em virtude de ter realizado outros códigos.

A codificação teórica segue os códigos selecionados durante a codificação focalizada. Assim, os códigos teóricos estabelecem as relações possíveis entre as categorias. Nesta etapa, foi analisada as subcategorias, as quais surgiram da fase anterior, para posterior, realizar as categorias por meio do material empírico.

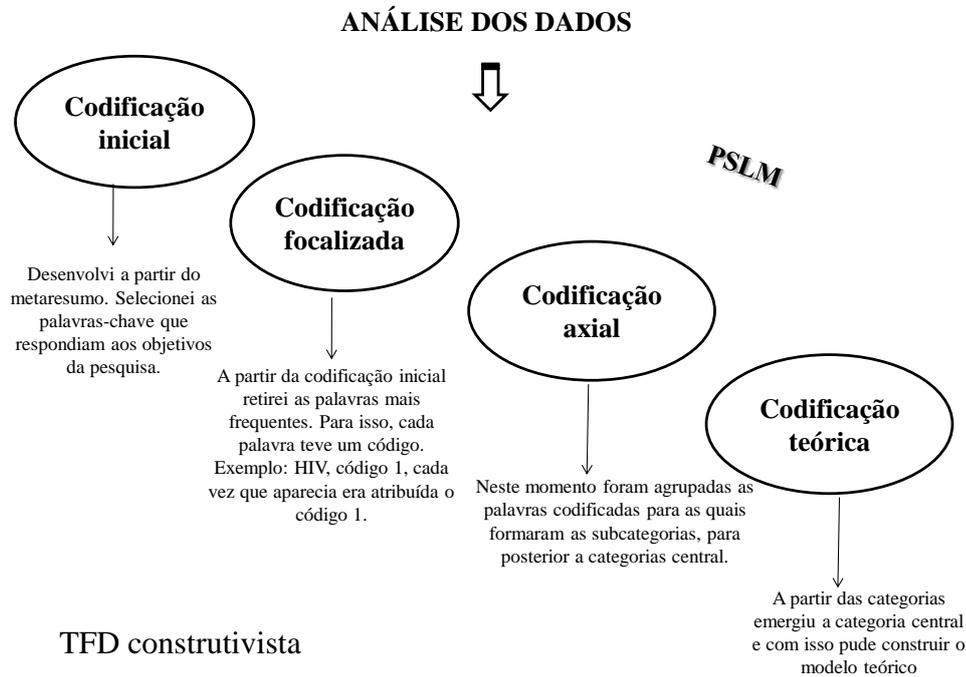
Quadro 16 - Exemplo²⁷ de Codificação teórica. Porto Alegre, RS, 2017.

Códigos Transição	SubCategoria	Categoria	Categoria Central
Tornando-se adulto sendo adolescente Deixando os vínculos com os profissionais da pediatria Enfrentando os desafios sem referencial	Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência	Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica	Transitando com HIV/aids: transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade
Sentindo medo por ter uma doença crônica Aproximando-se da morte	Percebendo que convive com uma doença crônica		
Códigos Espiritualidade	SubCategoria	Resignificando sua vida frente os matizes do HIV	
Retornando a aderir o medicamento Aceitando o diagnóstico	Sentindo-se seguro para continuar com sua condição		
Melhorando a condição clínica Sentindo-se bem por continuar a viver	Reconduzindo a sua vida		

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

²⁷ Aponto como exemplo em virtude de ter realizado outros códigos e subcategorias durante a análise até finalizar com esta estrutura apresentada.

Figura 8 - Análise dos dados. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

b) Realizando as comparações objetivas constantes

Foram realizadas discussões que visam a identificar as semelhanças e diferenças entre tipos de resultados do fenômeno em estudo. Além disso, tive a possibilidade de esclarecer a definição dos atributos do fenômeno em estudo. A partir disso aponta-se a metassíntese, a qual é formada pelos conceitos oriundos do que foi descrito acima a fim de compor as categorias.

Perto do final da análise de dados, diagramas foram usados para identificar os links e as inter-relações entre as categorias. Durante a fase final da síntese de dados foram revistos, por exemplo, condições causais, o contexto, a ação/estratégias interacionais e consequências. É nesta fase que poderão retornar as produções a fim de possibilitar clarificar as relações entre as subcategorias e a categoria central bem como introduzir novas produções (SANDELOWISK, DOCHERTHY, EMDEN, 1997; CHARMAZ 2009; CROSSETTI, GOES, BRUM, 2016). Foi nesta fase que entrelacei o tema da transição com o da espiritualidade transpondo-os por meio das quatro Estações do ano, expostas na sexta estação.

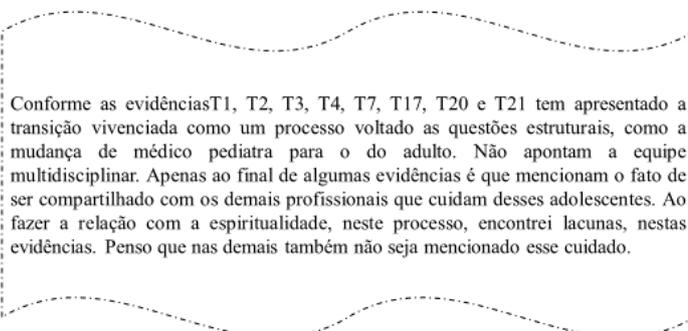
6.7 SEXTA ESTAÇÃO: CONSTRUINDO O MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL

O modelo teórico de cuidado foi constituído a partir do resultado da metassíntese que apontou as categorias relevantes necessárias para representar o fenômeno. As categorias determinaram as relações entre os conceitos a fim de estipular uma categoria central (CHARMAZ, 2009). A categoria central agregou as demais. O modelo teórico de cuidado foi representado por meio da ilustração dessas categorias (CHARMAZ, 2009).

Para isso, também, contei com a amostragem teórica, que em um primeiro momento, forneceu os dados. Estabeleci impressões transitórias sobre os dados e, a partir de então, analisei as impressões por meio de uma nova investigação empírica. A redação dos memorandos, os quais são o registro escrito do processo de análise dos dados, representando o pensamento abstrato que se tem sobre ele, foi o fio condutor para esta etapa (CHARMAZ, 2009; CROSSETTI, GOES, BRUM, 2016).

Os memorandos foram sendo desenvolvidos ao longo da estação de análise (Figura 9). Foram um total de 20 memorandos, todos desenvolvidos em conformidade com a estrutura abaixo. As linhas tracejadas, emergiram por entender que ao longo do processo de análise dos dados, poderia acrescentar as impressões, ideias e conceitos apontados por mim em qualquer momento.

Figura 9 - Exemplo de Memorando realizado durante a análise dos dados. Porto Alegre, RS, 2017.



Conforme as evidências T1, T2, T3, T4, T7, T17, T20 e T21 tem apresentado a transição vivenciada como um processo voltado as questões estruturais, como a mudança de médico pediatra para o do adulto. Não apontam a equipe multidisciplinar. Apenas ao final de algumas evidências é que mencionam o fato de ser compartilhado com os demais profissionais que cuidam desses adolescentes. Ao fazer a relação com a espiritualidade, neste processo, encontrei lacunas, nestas evidências. Penso que nas demais também não seja mencionado esse cuidado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Amostragem teórica não apresenta qualquer relação com a representatividade da população ou com generalizações estatísticas. Aponta para o desenvolvimento conceitual e teórico. Sendo que o seu principal objetivo é a aquisição dos dados para auxiliar na explicitação das categorias. A amostragem teórica pode ser empregada nas distintas fases da pesquisa, para isso é necessário que se tenha categorias, previamente constituídas a fim de nortear essa etapa e conduzir para uma nova coleta de dados (CHARMAZ, 2009).

Assim, a etapa de amostragem teórica do presente estudo teve seu início após as primeiras leituras dos artigos, os quais conduziram para outras bases de dados, sites, a partir das referências utilizadas, com os elementos surgidos dos próprios dados. A amostragem teórica fez parte de todo o processo da presente pesquisa.

Destaca-se que construção do modelo teórico de cuidado ocorreu concomitante ao desenvolvimento da coleta e análise dos dados da literatura. Está representado no item: apresentando e discutindo os resultados.

6.8 DELINEANDO A DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA

Cabe salientar que toda e qualquer produção analisada remete à autoria de um determinado pesquisador. Assim, foram seguidos os preceitos da Lei N. 9.610/98, no intuito de preservar e respeitar as ideias, conceitos e definições dos autores das produções analisadas, as quais devem ser apresentadas fidedignamente, como também, descritas e citadas (BRASIL, 1998).

7 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em 3 momentos: 7.1 Caracterizando as evidências científicas analisadas; 7.2 Apresentando as categorias que originaram o modelo teórico de cuidado espiritual com as suas subcategorias exibidas conforme as quatro estações do ano.

Primeira categoria: Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica, sendo desvelada pelas seguintes estações. Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição) e Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção).

Segunda categoria: Resignificando sua vida frente os matizes do HIV, da qual emergiram duas subcategorias descritas conforme as estações do ano. Primavera: Reconduzindo a vida (renovação) e Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização).

Excertos dos documentos analisados introduzem cada estação e direcionam para a discussão das evidências por meio dos códigos que compuseram o Corpus da Pesquisa (quadro 11, item Apêndices), Transição (T) e Espiritualidade (E). Na PSL, as evidências analisadas são confrontadas com outros estudos a fim de possibilitar a compreensão do fenômeno de interesse da PSLM. O terceiro momento o 7.3 é Delineando o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual.

Ao realizar a apresentação dos conceitos estruturantes utilizei os códigos T e E, conforme explicitiei acima, para distinguir dos autores que lancei para a discussão das evidências da pesquisa.

O presente capítulo tem o intuito de conduzir as evidências como uma única abordagem sem, necessariamente, fragmentá-las e apresentá-las, separadamente, pois o modelo teórico de cuidado espiritual constituído neste estudo, aglutinou os documentos analisados.

7.1 Caracterizando as evidências analisadas

As 37 evidências foram caracterizadas conforme os seguintes itens: metodologia, método, fenômeno de interesse, cenário (procedência do estudo o qual remete onde o estudo foi desenvolvido), local (país, estado ou região em que o estudo foi realizado) e participantes. Mesmo que enfoque tenha sido o adolescente que vive com HIV/aids, algumas evidências, utilizaram os cuidadores e os profissionais de saúde para complementar suas pesquisas.

A PSLM não exige a realização de uma caracterização da produção. Tomei a liberdade em desenvolvê-la em virtude do quantitativo de estudos analisados serem oriundos de outros países em detrimento do Brasil. Além disso, reitero a importância de discorrer esses resultados, pois o tema da transição do HIV/aids agregado a espiritualidade é considerado uma inovação do cuidado devido as lacunas que ainda permeiam o tema.

Ao entrar em contato com as bases de dados e bibliotecas, encontrei, uma evidência que aborda a transição e a espiritualidade no cotidiano do adolescente que vive com HIV/aids. Contudo, essa evidência é do corrente ano, o que inviabilizou constituir parte do Corpus da presente pesquisa.

Justifico a ausência desta evidência, pois a etapa de coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2016 a janeiro de 2017. Conforme meu entendimento sobre o processo de seleção das evidências, o ano corrente não se faz presente no Corpus da pesquisa. Justifico, ainda, pelo fato dos cenários utilizados na pesquisa finalizarem suas indexações até o final de cada ano, mesmo que tenha bases de dados que realizem suas indexações após o ano previsto para o volume do periódico.

Quanto a metodologia conforme Pollit, Beck (2011) foi discriminada entre qualitativo, quantitativo e misto. Assim, as evidências mostraram que 15 pesquisas são qualitativas e 22 são quantitativas. Em relação ao método: 13 são evidências oriundas de métodos qualitativos descritivos exploratórios, duas de teoria fundamentada nos dados; 18 evidências de métodos quantitativos descritivos, duas coortes, uma transversal e uma longitudinal.

Sobre o fenômeno de interesse, 14 evidências informaram que a transição precisa ser realizada como um processo e não em um único momento, três discutiram as experiências dos adolescentes em transitar para a clínica do adulto a partir da mudança de especialidade médica, duas evidências relataram a aproximação dos adolescentes que transitam com as drogas, três ponderaram a qualidade de vida do adolescente que vive com HIV/aids no processo de transição. Quinze estudos discorreram sobre relação entre a transição e não adesão ao tratamento.

Em relação a procedência, os estudos, foram, majoritariamente, desenvolvidos em outros países como Canadá, Estados Unidos da América (EUA), África, Austrália, Itália, Espanha, Reino Unido, Holanda, sendo a América do Sul, representada por dois estudos Nacionais. Quanto ao país de publicação, os EUA, representam 90%.

Quanto aos participantes, as 37 evidências entrevistaram ou questionaram os adolescentes. Sendo uma evidência com adultos jovens que já haviam vivenciado o processo de transição, três incluíram a família e três os profissionais de saúde.

7.2 Apresentando as categorias e as subcategorias do Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta

A partir das evidências desenvolvi as subcategorias do Modelo Teórico Espiritual pensando nas estações do ano. Entendi, que assim, como as estações, tem características próprias os adolescentes que vivem com HIV/aids em transição para a vida adulta, também perpassam por momentos que se assemelham as manifestações de cada estação.

Assim, subdividi em 4 respeitando a denominação e característica de cada estação. Para definir o adolescente, pensei na estrutura de uma árvore, em determinados momentos, desponta como uma árvore com frutos para colher (**outono**), em outro momento, é necessário perder as folhas, frutos e flores (**inverno**) para se render a sua existência e poder reflorescer (**primavera**) para seguir em frente com a sua condição (**verão**).

Contudo, assim como as estações do ano, não necessariamente, o adolescente vivencia em uma única direção as estações em sua vida, podendo movimentar-se conforme as imposições dos matizes do HIV/aids em seu cotidiano:

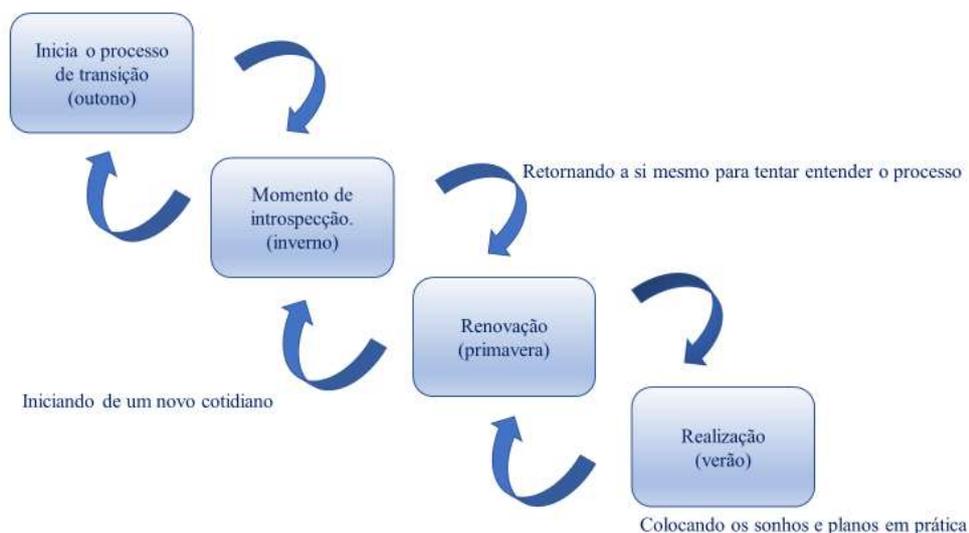
Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição).

Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção).

Estação - Primavera: Reconduzindo a vida (renovação).

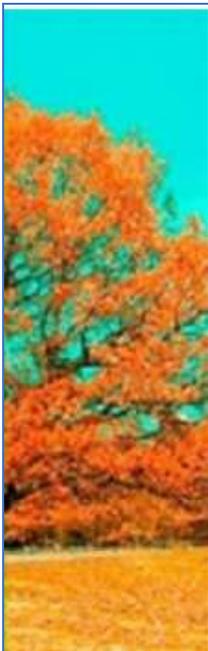
Estação - Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização).

Figura 10 - Movimento do adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta.



7.2.1 Categoria: Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica

7.2.1.1 Subcategoria Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição)



“Entender essa doença é difícil, pois é vivenciar o silenciamento dos familiares e a proximidade da finitude. Apresenta sentimentos, como medo, receio por se descobrir com uma doença para sempre. Difícil entender que preciso sair daqui gosto dos profissionais. Por isso a transição precisa ser realizada como um processo uma vez que é entendida como perder uma parte da família.” (T1, T2, T3, T4, T7, T8, T11, T12, T17, T20, T21, T24, T25, T26, T28, T29, E2, E3).

As evidências científicas analisadas apontam que para o adolescente é difícil entender a condição que vivenciam. Pois para muitos, é passada de gerações (transmissão vertical) e para outros, resume-se a vivências de uma adolescência sem o devido cuidado (transmissão horizontal). Muito embora, saibam da sua condição e dos cuidados que permeiam o HIV ainda sim, é complicado ter uma doença para a vida toda.

Os adolescentes expressaram a necessidade de um tempo prolongado para se adaptarem ao processo de transição. Preocupações em se afastar da equipe pediátrica e sentimentos de interrupção, abandono ou rejeição, foram mencionados. Como o outono remete ao período de mudanças, este item tem o intuito de refletir a necessidade, mas, também, como as evidências científicas discorrem a respeito do processo de transição do adolescente com HIV/aids para a vida adulta.

Essa situação de vivenciar o HIV durante as fases da vida só foi possível a partir das modificações das políticas de prevenção da transmissão vertical. Nos primeiros anos da epidemia a medicina não contava com tratamento pediátrico específico. A partir dos anos de 1985 a 1996 as crianças iniciaram os tratamentos com monoterapia ou terapia de combinação (WENZEL, et al. 2009). Desde então, a terapia antirretroviral (TARV) foi utilizada e com isso tem possibilitado as crianças sobreviverem à fase da adolescência e adentrar para a vida adulta, especialmente, no Brasil, pois a TARV tem sido, amplamente, distribuída, desde 1996 (BRASIL, 2015).

Mesmo para os adolescentes que se infectaram por transmissão horizontal as orientações nacionais de cuidados e vigilância foram modificando, refletindo novas conquistas políticas e técnicas. Assim, o diagnóstico de HIV tem sido realizado cada vez mais cedo, e monitorados adequadamente (JR RAMOS, et al., 2011).

Consequentemente, a aids tem sido reconhecida como uma doença crônica uma vez que tem se comportado por meio dos seguintes fatores: a qualificação de drogas que inibem, controla e/ou dissipa os vetores/causas da doença, a utilização de uso de recursos tecnológicos que permitem a detecção precoce de alterações orgânicas e físicas em populações bem como, o incremento dos recursos e políticas públicas em saúde. Ademais, o desenvolvimento tecnológico e científico tem possibilitado diagnosticar prematuramente a doença e antecipar a terapêutica adequada, com promissores resultados para o controle da evolução e mesmo caracterizar as dificuldades e desenvolver medidas ineficazes para a manutenção da qualidade de vida das pessoas (FREITAS, MENDES, 2007; JR RAMOS, et al., 2011).

Assim, a ciência contribui não só pela descoberta medicamentosa, mas também investigações que ampliam a análise de alterar as situações da vida, para oferecer as melhores condições para a vida humana (FREITAS, MENDES, 2007).

A condição de doença crônica aponta para mudanças na rotina do adolescente que vive com HIV/aids, ao transitar para a vida adulta, e segundo a OMS (2003), as condições crônicas de saúde, constituem problemas de saúde ou alterações nas circunstâncias de saúde, que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as condições crônicas envolvem agravos transmissíveis e não transmissíveis bem como incapacidades estruturais. Dentre as condições crônicas, encontra-se o HIV pois impõe limitações como ingestão frequente de medicações, mudanças corporais, consultas de saúde regulares, revelação do diagnóstico para terceiros, perda de familiares, especialmente a mãe, medo da morte, entre outros (RIBEIRO, et al., 2013; BRUM, et al., 2015).

Além da condição própria imposta pelo cotidiano matizado pelo HIV/aids, o adolescente necessita vivenciar a transição dos seus cuidados a saúde. Em um primeiro momento parece ser apenas clínica. Contudo, com o avançar das discussões e da própria vivência do adolescente, entende-se que a transição vai além de questões biológicas (mudança corporal pela modificação da TARV) e cronológicas (idade em passar para a clínica do adulto). A transição ocupa espaços complexos do seu cotidiano: como a compreensão do seu diagnóstico, situações que permeiam a adesão, como o vínculo que era estipulado com a equipe da pediatria, a comunicação com a família, o preconceito e as relações sociais que, encontram-se intrinsecamente associadas a condição soropositiva, como a exemplo da formação de uma família (T4, T7, T8, T11, T12, T17, T20, T21, T24, T25, T26).

Diante desse cenário, as evidências apontaram que a transição seja vislumbrada como um processo que abarque o cotidiano do adolescente e não apenas os cuidados clínicos de saúde. Para isso, destacam a relevância de se realizar um planejamento baseados em protocolos para que esse processo seja desenvolvido da melhor maneira possível, uma vez que a mortalidade tem aumentado em decorrência de uma transição ineficaz (T1, T2, T3, T4, T7, T8, T11, T12, T17, T20, T21, T24, T25, T26, T28, T29).

Contudo, as evidências distinguem sobre etapas, momentos e situações para a plena realização do processo de transição. Uma dessas distinções, é sobre a idade que o processo deve iniciar. O estudo T12 discorre que a abordagem leve em consideração a individualidade do adolescente sem se preocupar com uma idade específica. Corroborando com este achado, o estudo T1 contribui apontando que este tempo não seja contabilizado em dias, meses ou anos, mas que seja medido pelas experiências constitutivas de cada adolescente.

Contudo, a literatura discorre que precisa ter uma idade específica, e que deve ser realizado entre 17-21 anos de idade e que tenha uma duração de 6 a 8 anos. Neste estudo, em especial, ao analisarem, esta relação, os pesquisadores afirmam que 100% dos adolescentes que vivenciaram este processo, nestes recortes temporais, permaneceram no serviço de saúde. Bem como afirma que 21 anos de idade é a idade máxima para realizar a transição (KRALIK, VISENTIN, VAN LOON, 2006).

Em contrapartida, a Sociedade Pediátrica do Canadá, relata em seu documento que a preparação para a transição deveria iniciar-se na infância, com a participação ativa da família no cuidado da criança. À medida que entra na adolescência, o jovem deveria, progressivamente, receber maior informação e responsabilidade para gerir seu cotidiano permeado pela doença. Com o aproximar da idade de transferência, os profissionais de saúde deveriam prover o adolescente de informação, adequada ao seu estágio de desenvolvimento, bem como das capacidades de negociação e comunicação requeridas pelo seu processo de crescimento (CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, 2007).

Concordando com as informações acima, Nunes e Sasseti (2010) relatam que a transição deveria começar antes da criança chegar à adolescência, continuar até ao adolescente ser capaz de tomar conta de si próprio. Acrescentam que o processo de transição precisa ser prolongado mesmo após a transferência para o serviço de adultos. Mas reiteram a necessidade de seguir uma demarcação temporal. O plano de transição deverá ser iniciado com o adolescente e sua família entre os 11 e os 14 anos.

Corroborando com o estudo que aponta outras patologias consideradas crônicas, a idade cronológica não deve ser o único fator tido em conta para a transferência. A idade da transferência deve ser decidida para cada caso e com a colaboração do adolescente e da sua família. Deve priorizar a avaliação do desenvolvimento físico, da maturidade emocional e cognitiva (BRITISH DIABETIC ASSOCIATION, 2008).

Quando os adolescentes remetem que a transição é como perder uma parte da família (T12, T21, T24, T25, T26, T28, T29) remetem a equipe de saúde os quais sentiam-se seguros. Ao serem transferidos para outra equipe, o medo da discriminação e do preconceito aumenta à medida que o vínculo com a equipe pediátrica se desfaz. Afirmam que perdem as referências de cuidado.

Assim, como a transição exige uma preparação, as equipes pediátricas devem organizar espaços para que os adolescentes conheçam a equipe de saúde que irá cuidá-los brevemente. Esses momentos precisam ser permeados de um cuidado individualizado e adaptados ao desenvolvimento do adolescente e às peculiaridades do período de transição em

que vivencia e se também é almejada pelo adolescente e família (DOVEY-PEARCE et al., 2005, MACHADO, SUCCI, TURATO, 2010).

O serviço de saúde é considerado um espaço adequado para (re)construção de vínculo e interação entre o profissional de saúde, o adolescente e o familiar. Sendo este espaço, um local de investimento de ações assistenciais e existenciais destes indivíduos, que é vivenciado pelo adolescente com HIV/aids. De tal modo, os serviços precisam estar estruturados para este cuidado, e proporcionar profissionais sensibilizados para uma escuta ativa, orientação e aconselhamento. No Brasil a transição do adolescente entre os serviços é considerada um desafio, em virtude da falta de planejamento, serviços adultos pouco preparados para receber os adolescentes, falta de comunicação entre os serviços de referência e falta de apoio institucional (PAIVA et al., 2011; PAULA, CABRAL, SOUZA, 2011; BADUY, FEUERWERKEL, ZUCOLI, 2011).

A transição, não é somente a mudança de um serviço de saúde para outro, juntamente a esse processo, agrega-se um amadurecimento bio-psico-social. Simboliza um período de tempo em que o adolescente precisa assumir a responsabilidade pelo seu tratamento e a ter consciência de que vive uma condição crônica que necessita de rotinas de cuidado. Neste sentido, o serviço de saúde adulto necessita estar sensível a este processo ao orientar, principalmente, o sentido que a transição significa para o adolescente e por meio disso, discorrer sobre a (co)responsabilização do seu cuidado. As consultas que antes eram realizadas com a presença de um cuidador, agora passam a serem realizadas com o próprio adolescente. Esse momento precisa ser inserido no cotidiano de cuidado, paulatinamente, sob pena do adolescente deixar de comparecer as consultas (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Conforme Maturo (et al., 2011), torna-se necessário entrelaçar os cuidados no processo de transição entre a família e os profissionais da saúde. Discorrem também, que para esse processo ocorrer, satisfatoriamente, é fundamental que o adolescente colabore almejando a transição. Essa união entre família e profissionais precisa estar vinculada aos dois serviços, ao de pediatria e ao do adulto. O estudo em questão, apresenta um protocolo que é composto por cinco fases, que tem início quando o adolescente completa 23 anos. Nesta idade o adolescente tem maturidade para dar início ao processo de transição, que ocorre em média dentro de 12 meses. Esse protocolo visa preparar o adolescente para a transferência a partir de consultas com o médico do serviço de saúde adulto ainda no serviço infantil, por meio de idas ao serviço de saúde adulto, do acompanhamento com psiquiatra junto a equipe multidisciplinar e o acompanhamento telefônico por mais um ano com o adolescente pelo serviço de saúde infantil após a transição definitiva, o que garante, segundo os profissionais e

participantes da pesquisa, o sucesso da transição, oferecendo um processo menos doloroso ao adolescente, e a continuidade da assistência e adesão mesmo após a mudança de serviço.

Validando tal informação, a transição precisa ser planejada e determinada deve ser compreendida como processo, não um período de tempo. Precisa possibilitar o adolescente não apenas para passar para a clínica de adulto, mas equipá-lo para assumir responsabilidade e o cuidado com sua própria saúde (HARIS, 2014).

Embora os estudos apontados acima (HARIS, 2014; TRAD; ESPERIDIÃO, 2009; MATURO et al., 2011) não discutam a relevância do cuidado espiritual neste processo, é necessário incorporar nestes momentos, suas crenças, valores e visão de mundo (VIJAIAN et al., 2009). Quando um adolescente passa pela revelação do seu diagnóstico, de HIV/aids, facetas da sua vida são afetadas, com a descoberta. Assim, a espiritualidade é uma das áreas que começa a ter destaque na vida desse adolescente.

A revelação é considerada um processo que se inicia com a descoberta da situação sorológica dos pais, no caso de transmissão vertical, ou da descoberta do diagnóstico da própria criança ou adolescente. Segue com a sensibilização, preparo e apoio dos pais, cuidadores ou responsáveis legais para planejarem contar para a criança ou o adolescente o diagnóstico, o que culmina no momento em que acontece a revelação propriamente dita. E se mantém diante dos desdobramentos desse momento na vida da família. Sendo assim, envolve desde avaliações cognitivas da criança ou do adolescente para a revelação, perpassa pelo momento em que a família e a equipe de saúde sentirem necessidade de desenvolvê-lo, até o acompanhamento das implicações de revelar (BRUM, 2013; BRUM, 2014).

A demora e o silêncio da revelação do diagnóstico podem resultar na descoberta por outros modos, quando a criança ou o adolescente escuta conversas da família, na escola, no serviço de saúde, ou pelos meios de comunicação. Isso potencializa a chance de as informações sobre a aids serem incorretas e imprecisas, ocasionando confusão e desconfiança. O segredo do diagnóstico pode gerar outras repercussões, especialmente na autonomia de cuidado das crianças e/ou adolescentes, e como na entrada na escola, no início da vida sexual e na adesão ao tratamento (BRUM, 2013).

Tendo em vista a mudança do adolescente para um novo serviço de saúde, a revelação do diagnóstico, pode ser considerada ponto fundamental para uma transição positiva uma vez que é considerada uma das principais metas para que o adolescente compreenda a sua doença (CERVIA, et al., 2013).

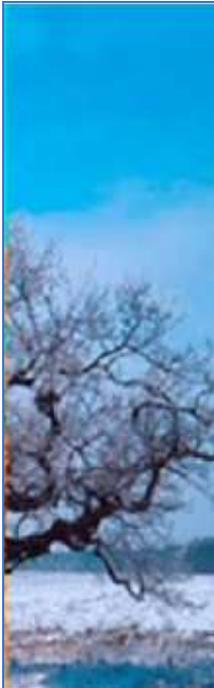
Em um estudo realizado por Santos, Rodrigues, Almeida (2010) os adolescentes expressaram dificuldades ao lidar com o conhecimento do diagnóstico, pois, além de ser uma

doença ainda sem cura, apenas com controle dos sinais e sintomas, é uma síndrome que resulta em discriminação. Além do estigma, o adolescente lida constantemente com o medo da morte, pois o fato de uma doença interromper a vida de um indivíduo nesta faixa etária significa destruir um futuro desejável. Em virtude disso, a espiritualidade tem sido uma maneira de auxiliar a suportarem o peso do diagnóstico, como busca para salvação, acreditando que esta trará o conforto e, por que não a cura (E2, E3).

Os adolescentes com HIV estão abertos aos cuidados espirituais da equipe de saúde e, por isso, os serviços precisam considerar o cuidado espiritual no processo de transição, pois pode ser uma ferramenta para o adolescente (re)significar seu cotidiano de cuidado. Essa abertura, normalmente, é facilitada devido ao adolescente perceber a proximidade da finitude por ter uma doença incurável (LYON et al., 2011; IRONSON et al., 2002; SMITH, DENTON, 2005).

Sugere-se que a equipe de saúde inicie essa relação com a espiritualidade desde a tenra infância. Pois a compressão da espiritualidade, quando avaliada conjuntamente com a condição clínica, pode acarretar em mudança positivas no seu processo saúde doença. Além disso, a equipe pode contar com o auxílio de outros profissionais como: Capelão, Sacerdote, Pastor ou outro conselheiro espiritual, culturalmente, apropriado para a necessidade de cada adolescente e família.

7.2.1.2 Subcategoria: Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção)



“Sou adolescente mas preciso cuidar da saúde como um adulto. Tenho dúvidas, se poderei ter uma família. Meu corpo está mudando devido a esse tratamento? Não sei se preciso continuar tomando esses remédios” (T2, T3, T6, T7, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T22, T27, T29, E1, E2, E6, E7).

Nesta presente estação o adolescente mostra-se tentando ser adulto sendo adolescente. Questiona-se sobre as modificações corporais que estão atreladas ao próprio processo de adolecer e ao tratamento. O tratamento é visto como algo negativo que o impede de seguir com suas atividades (T2, T3, T6, T7, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T22, T27, T29).

A adolescência em si é um período de transição, tanto física como psicológica. É caracterizada pelo desenvolvimento de uma identidade, pela consolidação da autonomia e maturidade sexual. Dessa forma, entende-se que a adolescência se caracteriza como processo natural do ser humano, cercada de diversas transformações. Esta se deve às rápidas mudanças, tanto no que se referem a questões biológicas quanto à vivência de novas necessidades, sentimentos, desejos, maneiras de refletir, compreender e agir, de viver no mundo em meio à relação que está sendo (re) construída consigo e com os outros (SENNA, DASSEN, 2012).

Em interface com a epidemia da aids, nos casos dos adolescentes, esses fatores resultam em um paradoxo do processo de desenvolvimento do ser adolescente versus o processo de estar adolecendo e ter HIV/aids (PAULA, 2014). Situações próprias da adolescência que vivenciam, tem uma dimensão maior quando associadas ao HIV/aids, especialmente, no que tange ao corpo e as relações com o outro, sendo esta, sexual ou não. A doença crônica, também, afeta o estilo de vida, a educação, os relacionamentos, o funcionamento físico e acarreta em estresse quanto ao planejamento para o futuro (GANNONI SHUTE, 2010).

Independente do tipo de exposição, o adolescente com HIV/aids enfrenta dificuldades semelhantes. Agregado a fase da adolescência, surge também o confronto da transição do serviço infantil para o serviço adulto e o rompimento de relacionamentos estabelecidos durante a infância com os serviços e profissionais que o acompanhavam (BRASIL, 2009).

No entanto, para os que se infectaram por transmissão vertical, o hospital de acompanhamento constitui o cenário do tratamento, lugar frequentado desde a infância, que representa cuidado, mas que precisa estar preparado para atendê-lo nos seus processos de desenvolvimento e adoecimento, com profissionais capacitados, espaços específicos, e o acompanhamento voltado para o desenvolvimento da autonomia do adolescente (SOUZA; CABRAL; PAULA, 2011).

Diante deste cenário, corrobora-se que a adolescência, por si só, é ser permeada por dificuldades e transformações, no entanto, o tratamento da aids na adolescência representa um grande desafio, uma vez que a aids constitui uma doença estigmatizada socialmente por ser

contagiosa, crônica e incurável (KOURROUSKI, LIMA, 2009). O tratamento inclui desde alterações físicas a emocionais. O estudo T11 aponta que quase todos os participantes, adolescentes, relataram alterações físicas associadas à infecção pelo HIV manifestadas como alterações corporais associadas aos efeitos colaterais da TARV. Alterações de imagem são comuns, como a perda de peso e alterações cutâneas associadas. Neste estudo, os adolescentes expressaram angústia com relação a essas mudanças físicas e sentiram-se preocupados com o impacto dessas mudanças na imagem corporal, uma vez que estas modificações podem revelar sua condição sorológica para terceiros.

Além dos problemas relacionados a imagem, outros fatores interferem no cotidiano do adolescente que transita para a vida adulta, como por exemplo: distúrbios de leitura/aprendizagem, relatam que o HIV, frequentemente, influencia no seu desempenho escolar. O comprometimento da linguagem, também foi mencionado. Concomitante a isso, foi associado a uma carga viral de mais de 400 cópias/ml, e iniciação da TARV (JUD, et al., 2009). Uzark e colaboradores (2015) examinaram o desenvolvimento de 117 crianças infectadas pelo HIV em comparação com 422 crianças expostas ao HIV, e observou que o HIV compromete o desenvolvimento cognitivo em todos os domínios. Destacam a relevância do acompanhamento físico, psicológico e cognitivo e que lacunas são evidenciadas quanto ao comprometimento no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes que vivem com HIV/aids, especialmente durante a transição.

O próprio tratamento com a TARV apresenta especificidades para esse público, visto que esses adolescentes estão em fase de mudanças e transformações físicas, que não mais o caracteriza como criança, contudo seu desenvolvimento ainda não é equivalente ao de um adulto. Desta maneira o manejo com a doença se apresenta complexo, exigindo que fatores como marcadores biológicos, a evolução da doença e adesão ao tratamento sejam considerados. Assim, a TARV apresenta peculiaridades para tratamento do adolescente, advindas também dessa fase de transição, em que a decisão pela TARV e sua dosagem de medicamentos é realizada em conformidade com os estágios de puberdade no qual o adolescente se encontra, podendo ser utilizado para o tratamento doses pediátricas, calculadas a partir do peso do adolescente, ou mesmo doses de adulto, que precisam ser reavaliadas a cada consulta e transformação do adolescente, sendo essa decisão feita a partir da fase da adolescência segundo estadiamento da puberdade de Tanner e/ou resistência medicamentosa (BRASIL, 2009).

A escolha da TARV deve também considerar o estilo de vida do adolescente, assim como seus hábitos, estudos, trabalho, prática de esportes e articulação familiar, a fim de que a

comodidade posológica e a diminuição de eventos adversos levem o adolescente à uma melhor adesão ao tratamento (BRASIL, 2009).

No estudo T9 mais de 50% dos adolescentes entrevistados, relataram dificuldade de adesão aos seus regimes farmacológicos atuais. Após um ano de pós-transferência, verificou-se uma proporção de pacientes com contagem de CD4 > 500 células/mm³ de 64 para 29% e uma diminuição estatisticamente significativa na contagem absoluta de CD4 (média de 370 vs 524 células/mm³). Já no estudo, T10, aponta que no momento da transferência, a idade média era de 18,9 anos, a contagem média de células TCD4 era 627,5 células/ml, 64,2% apresentaram mais de 350 células de T CD4/ml e 47,3% tinham mais que 200 cópias de carga viral/ml. Resistência e mutações do vírus foram, associadas, significativamente entre os pacientes transferidos em comparação com não transferidos. Apesar de um bom controle imunológico e virológico antes da transferência, foi encontrado altos níveis de resistência a três fármacos em adolescentes infectados com HIV transferidos para unidades adultas.

No estudo T12, consta, também, a diminuição da imunidade e transmissibilidade do HIV associada a maiores cargas virais. Portanto, os adolescentes devem estar adequadamente preparados para a transição, uma vez que o sucesso deste processo pode estar associado ao emocional de cada adolescente e diretamente, a adesão a TARV.

Assim, o estudo T14 apresenta que a transferência para a clínica do adulto, quando não realizada em conformidade com as expectativas do adolescente, implica em óbitos, sendo suas principais causas: suicídio, avanço da doença, bronquiectasias, não adesão, sendo baixa a aderência e resistência à TARV. O estudo T2, discorre que os adolescentes que vivem com HIV/aids apresentam um maior risco de adoecimento quando iniciam seu processo de transição. Começam a faltar as consultas e logo abandonam o tratamento. Os estudos T22, T27 e T29 reiteram a relevância do processo de transição ser elaborada, processualmente, pois falha na transição poderá acarretar em problemas de adesão, aumento do consumo de substâncias psicoativas, problemas de saúde mental e até mesmo, a gestação não planejada.

A não adesão é o desafio mais importante para a transição bem-sucedida e seus fatores precisam ser avaliados continuamente, pois podem mudar com o tempo, necessitando de diferentes abordagens para enfrentá-los. As barreiras que impedem uma boa adesão incluem o estilo de vida, o esquecimento, a preocupação com a revelação do seu diagnóstico, dormir antes de ingerir a TARV, estar longe de casa, incluindo a escola bem como fatores físicos, como problemas comportamentais e cognitivos (T2, T3, T6, T7, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T22, T27, T29).

A não adesão a TARV agregada a transição, pode progredir para problemas de ordem física e psicossocial. Pacientes adolescentes com doenças crônicas como fibrose cística, doença congênita, doenças cardíacas, diabetes e HIV, frequentemente, apresentam uma diminuição na adesão ao tratamento. Essa diminuição acarreta em maior morbidade e mortalidade. Contudo, sabe-se que o sucesso clínico, imunológico e virológico dependem de pelo menos 95% de aderência. A não adesão foi associada a um diagnóstico de aids, possivelmente refletindo um padrão crônico de não adesão resultando na progressão da doença (SOUZA, et al., 2010).

Além disso, a idade dos adolescentes tem sido relacionada a baixa adesão. Adolescentes acima de 15 anos de idade têm um maior risco de não adesão em comparação com adolescentes mais jovens. As barreiras relacionadas à medicação são também comuns e incluem a fadiga do tratamento, complexidade dos regimes, incluindo a carga e a dosagem e a palatabilidade, como por exemplo do nelfinavir e ritonavir. Assim, sempre que possível os regimes devem ser simplificados sendo relevante a combinação de uma dose fixa de todos os comprimidos. No entanto, à medida que os adolescentes atingem idades mais avançadas se tornam mais propensos a modificações do tratamento, pois a tolerância interfere na carga viral, exigindo regimes complexos, e conseqüentemente, resistência aos regimes adotados, levando ao desenvolvimento de resistência e redução das opções de tratamento, com morbidade e mortalidade acentuada. Além disso, efeitos adversos náuseas e diarreia, a toxicidades a longo prazo, tais lipodistrofia, também, pode causar a não adesão (AGWU, FAIRLIE, 2013).

Discorrendo sobre a distribuição de gordura (lipodistrofia), essa intersecamente, associada a revelação para terceiros da sua condição e com os relacionamentos entre seus pares. Assim como, associa-se as condições sociais, uso de substâncias psicoativas, angústia, depressão (MURPHY et al., 2008).

Os estudos T22, T23, T24 inserem questionamentos quanto ao envolvimento do adolescente no processo de transição, ao evidenciar a necessidade do compromisso com sua própria saúde. Apontam estratégias para maximizar a adesão durante o processo de transição, como investir na capacidade cognitiva adolescentes, na maturidade emocional, reduzir a dependência de cuidadores para a supervisão e administração de medicamentos, e reiterar, por meio das crenças, pessoais de cada família e adolescente a relevância da TARV na qualidade da sua vida. Já, os estudos T17, T8, T9 apontam a necessidade de incorporar momentos de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes durante o processo de transição.

No estudo desenvolvido por Naar-King, Jen (2011) utilizar estratégias para aumentar a adesão no período de transição pode possibilitar um aumento da imunidade e, conseqüente

redução da mortalidade dos adolescentes. Embora se possa antecipar que as células TCD4 possam diminuir com a idade e com a duração da terapia, esta situação, provavelmente está associada à não aderência. O mesmo estudo, indicou que 44% dos adolescentes que participaram da pesquisa mencionaram que o maior desafio, durante a transição, para se manter a adesão a TARV são em decorrência dos horários, pois ao adentrar no mundo dos adultos, novos desafios e responsabilidades lhe são atribuídas, como o acesso ao mundo do trabalho, por exemplo. Com isso, o regime terapêutico é influenciado, também pela não prevenção do adolescente durante suas relações sexuais, mesmo os dois sendo soropositivos. Essa situação pode acarretar em falha na TARV e deterioração terapêutica. Inferem que quanto antes o adolescente assumir suas responsabilidades maiores serão os cuidados consigo e com os outros (NAAR-KING, JEN, 2011).

As questões de saúde mental são uma preocupação significativa entre as pessoas que vivem com a infecção pelo HIV durante o processo de transição. Só o fato de conviverem com o HIV já perpassam por estresse oriundos da própria condição clínica. Ao mesmo tempo, que necessitam continuar com o tratamento precisam se inserir em outro contexto de saúde, a ascender a clínica dos adultos. Estas situações impõe um aumento da taxa de morbidade psiquiátrica, especialmente a depressão, que está relacionada com os efeitos físicos do HIV e com os efeitos da TARV (MARTIN, et al., 2007).

Esses problemas psiquiátricos, podem aproximar os adolescentes do uso de substâncias psicoativas, como as drogas ilícitas. A equipe de saúde que cuida desses adolescentes precisa atentar para a saúde mental, além da adesão ao tratamento. Necessitam compreender que a transição pode causar estresses, ansiedades, medos, inseguranças, principalmente, por seguirem com outra equipe de saúde (FAIR et al., 2012).

Assim, juntamente com as alterações normativas de desenvolvimento da adolescência interagem com estas, as características únicas da doença, necessitando, apoio multidisciplinar incluindo à adesão ao medicamento, aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva, planejamento gravidez, bem como a transmissão da doença. Serviços de saúde mental e educação e planejamento vocacional podem ser um alicerçar o gerenciamento dessas questões podendo resultar em benefícios e avanços na adesão ao tratamento (KOENIGA, NESHEIMA, ABRAMOWITZ, 2011).

Associado a isto, os profissionais que atendem este adolescente podem inserir o cuidado espiritual durante o processo de transição, pois a espiritualidade poderá auxiliar na compressão da necessidade do tratamento (E3, E4, E5, E6, E7, E8).

Dessa forma, adesão à terapia antirretroviral transcende a ingestão de medicamentos. Está relacionada principalmente aos aspectos referentes à qualidade de vida e a um conjunto de ações, tais como a disponibilização de acesso aos serviços, a regularidade nas consultas, a aquisição dos medicamentos, a oferta e a realização de exames, a adequação de hábitos cotidianos, o vínculo com os profissionais, a garantia de referência e contrarreferência, os cuidados com a alimentação e higiene e o uso de medidas de prevenção, além do acesso à informação e da própria espiritualidade vivenciada pela pessoa.

7.3.2 Categoria: Resignificando sua vida frente os matizes do HIV

7.3.2.1 Subcategoria: Estação - Primavera: Reconduzindo a vida (renovação)



“Melhorando a condição clínica. Sentindo-se bem por continuar a viver” (T12, T14, T5, T6, T7, T18, T22, T24, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8).

Conforme as evidências analisadas, após o adolescente que vive com HIV/aids vivenciar momentos de turbulência sobre a transição, relacionado a sua condição clínica, especialmente a TARV, ao adentrar nesta estação, começa um processo de recondução da sua vida. O cuidado espiritual neste momento, torna-se fundamental ao possibilitar novos referenciais e condutas para reassumir o controle de sua vida.

Mesmo diante dessa situação, os adolescentes manifestam a ideia de se submeterem a todos os tratamentos, cuidando da saúde como uma maneira de prolongar a vida, buscando manter atividades normais, sem interferência das mudanças que a doença traz. Esse cuidado com a saúde está diretamente relacionado com a esperança de cura. O indivíduo que vivencia o processo natural da adolescência não está apegado a fé, espiritualidade e religiosidade, porém, quando se descobre com uma doença crônico-degenerativa, utiliza-se da fé para viver essa nova e diferente vida que lhe foi apresentada (SMITH, et al, 2016).

No estudo E7 aponta que os profissionais da saúde precisam considerar a espiritualidade como um fator que pode influenciar a adesão à medicação em adolescentes que transitam para a vida adulta. Na medida em que os adolescentes que vivem com HIV/aids transitam para a idade adulta, torna-se necessários desenvolver uma íntima relação entre o cuidado clínico e o cuidado espiritual, pois é por meio deste, que o sentido a vida e a (re)inserção ao cotidiano torna-se factível.

O estudo T8 reitera que benefícios como o bem-estar emocional foram encontrados em adolescentes que transitam para a vida adulta com HIV quando associados as crenças religiosas. Assim como a qualidade de vida foi significativamente mais elevada entre os adolescentes que apresentavam uma religião específica ou baseavam sua vida na dimensão espiritual.

A espiritualidade pode ser um indicador de bem-estar quando agregada a afiliação religiosa. Práticas como a oração possibilitam uma melhora da condição clínica das pessoas que vivem com HIV/aids. O nível Espiritualidade/religião (medido pela afirmação da crença espiritual ou religiosa ou envolvimento em práticas espirituais ou religiosas) em pacientes com HIV foi associada tanto direta como indiretamente, com o sentimento de que a vida era melhor após o diagnóstico de HIV (SZAFLARSKI et al., 2006). Níveis mais elevados de práticas espirituais têm sido associados a melhora da saúde mental, melhor funcionamento cognitivo e social bem como encontra-se atrelada a minimização dos sintomas da doença (TREVINO et al., 2010). Tais autores corroboram com as evidências analisadas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8).

Em um estudo longitudinal de quatro anos com 100 soropositivos, Ironson (et al., 2006) descobriram que os participantes relataram um aumento nas práticas espirituais após o diagnóstico de HIV e, conseqüentemente, apresentaram menores taxas de perda de células CD4 e minimização da carga viral comparados com os participantes cujas práticas espirituais diminuíram após o diagnóstico. Além disso, os pesquisadores levantaram a hipótese de que seus achados resultariam na melhoria da adesão à medicação.

A qualidade de vida foi associada, positivamente a presença de práticas espirituais, sejam elas de cunho religioso ou não. Para a equipe que cuida dos adolescentes, em transição para a vida adulta o cuidado espiritual deve ser parte integrante das ações em saúde (SZAFLARSKI et al., 2006).

Adolescentes em transição para vida adulta apresentam características que auxiliam na compreensão do cuidado espiritual, pois decisões sobre valores pessoais e morais mediante o próprio tratamento podem ser fatores de aproximação deste cuidado ao seu cotidiano. A utilização das crenças espirituais pode oferecer esperança e apoio, melhorar a depressão, e reforçar o seu sentido na vida. Além disso, a partir de uma melhor compreensão das necessidades espirituais obter uma visão útil sobre a conexão entre espiritualidade e saúde resulta na melhora de sua condição clínica (E7, E8).

O estudo E2 apresentou a necessidade de desenvolver o cuidado espiritual com 45 adolescentes, sendo 53% foram infectados por transmissão vertical. Desses quatro dos 45 (9%) já haviam sido questionados pelo médico sobre suas crenças religiosas/espirituais e apenas 8 (18%) já tinham compartilhado essas crenças com seu médico. A maioria dos adolescentes sugere que os profissionais de saúde precisam levar em consideração suas crenças espirituais durante algumas consultas, especialmente, a partir de uma doença que, constantemente, aproxima os adolescentes da sua finitude (67%). Além disso, ressaltam a importância de que os médicos orem com eles (42%).

Dessa forma, o reconhecimento da importância da vida impulsiona a força necessária para realizar o tratamento. O desejo de viver é tão grande que contribui para a superação das barreiras impostas à adesão à terapia medicamentosa (COSTA, 2009).

A terapia medicamentosa é essencial para a continuidade da vida, demonstrando que a representação do viver com HIV/aids mantém relações com a terapia antirretroviral e as representações desta tecnologia. Assim, o abandono à terapêutica está diretamente relacionado ao pensamento de que a morte está próxima e de querer morrer, e então, não existe mais motivo para se viver. O egoísmo, um sentimento que dificulta a vivência da

espiritualidade, também é citado como razão da não adesão, além de outros elementos, tais como preconceito, solidão, medo, desespero e falta de apoio familiar (SANTO et al., 2013).

O estudo E3 aponta a necessidade de uma avaliação da espiritualidade no cuidado dos adolescentes que vivem com HIV/aids. Reitera que a comunicação é decisória para um cuidado espiritual adequado. Além disso, deve se levar em consideração o processo de hospitalização associado ao cuidado espiritual para que possa ser implementado na prática clínica.

As pessoas atribuíram mudanças subjetivas específicas de bem-estar (exemplo ansiedade reduzida, aumento da força por meio da oração e da meditação (RIDGE, et al., 2008). A participação em terapias espirituais e psicológicas pode estar relacionada com os resultados clínicos benéficos em indivíduos HIV-positivo, incluindo a melhoria da sobrevivência (FITZPATRICK, et al., 2007). Correlações significativas foram encontradas entre espiritualidade e fatores clínicos: nível de CD4, a TARV, comorbidade da doença, contagem carga viral e infecções oportunistas. A espiritualidade foi associada com menor depressão e um menor nível de dor (RAMER, et al., 2006).

Os estudos E4 e E6 apontam a necessidade de lidar com o estigma dentro dos lares e escolas, por meio de um cuidado espiritual, uma vez que o HIV/aids é permeado pelo preconceito e discriminação, especialmente, entre os adolescentes que transitam para a fase adulta. Nestes estudos, quando o cuidado espiritual era empregado o próprio ambiente familiar do adolescente era melhorado ao proporcionar-lhe segurança e apoio. Esses diálogos permitiram uma melhora na adesão à medicação bem como quanto ao seu comportamento frente ao cuidado de si.

Existe relação entre a perspectiva espiritual e o processo de enfrentamento e adaptação ao HIV/aids nos vários espaços que os adolescentes percorrem (PÉREZ-GIRALDO, VELOZA-GÓMEZ, ORTIZ-PINILLA, 2012). Conforme estudo, o aumento da espiritualidade foi associado com a diminuição dos sintomas relacionados ao HIV. O componente existencial da espiritualidade é um contribuinte essencial para a saúde deste adolescente (COOB 2012).

A espiritualidade, indiretamente, relaciona-se com a melhoria das condições de uma doença crônica por meio de um melhor apoio social. Destaca-se a importância e a utilidade em se avaliar a religiosidade e espiritualidade como construções distintas de enfrentamento e do viver com HIV (STEGLITZ, et al., 2012). A espiritualidade e a religião serviram como fontes de apoio, fortalecendo em como lidar com a doença, permitindo uma melhor adesão ao tratamento, e a aliviar o sofrimento (CAIXETA, et al., 2012).

Ressalta-se que dimensões da religiosidade/espiritualidade estão relacionados não apenas a maior sobrevivência pessoas, mas também em grande número de medidas psicossociais que apresentam benefícios (angústia, esperança, otimismo, menos ansiedade), bem como se relaciona com comportamentos benéficos (sexo seguro, menor uso de álcool, fumar menos, sentem-se com maior vontade de revelar seu diagnóstico ao parceiro), e fisiológica (menos de cortisol) (IRONSON, et al., 2002).

Encontrou-se relações entre o apoio social, e resolução de problemas, satisfação com relação a vida em relação a gênero e raça, apontando maiores níveis de espiritualidade entre as pessoas vivendo com HIV/aids. A evidências E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 sinlizam a relevância da espiritualidade na qualidade de vida dos adolescentes, concordando com os estudos apresentados a seguir. A espiritualidade possui relação estreita com a melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas. As evidencias apontam que pacientes com HIV/aids que apresentam escores mais elevados de bem-estar espiritual tendem a ser mais esperançosos. A religiosidade e espiritualidade em pessoas com HIV/aids podem auxiliar como apoio social no ajustamento psicológico e no enfrentamento da doença bem como promover a esperança.

7.3.2.2 Subcategoria: Estação - Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização)



“O adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta destaca que o cuidado espiritual contribui para o processo de transição” (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T5, T6, T7, T18, T19, 120, T21, T22, T23, T24, T25, T27, T28, T29, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8).

A estação da primavera e do verão, encontram-se intimamente ligadas pois ao (re)significar a sua vida diante do HIV, o adolescente que transita para a vida do adulto, vivencia as estações com esperança e fé no futuro. Nesta estação, o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta destaca que o cuidado espiritual contribui para o processo de transição de uma maneira singular e condizente com a necessidade de cada família. Nesta estação, foram aglutinados os 37 documentos analisados a fim de conferir possibilidade de reflexões acerca do cuidado espiritual associado a transição para a vida adulta.

As evidências apontam que a transição do adolescente que vive com HIV/aids para a vida adulta é permeada pela condição clínica associada a adesão ao tratamento. Além disso, destacam que problemas específicos da condição de adolescer, contrapõe com as expectativas de torna-se responsável pelo seu cuidado. Os documentos analisados, muito embora, reiterem a relevância de um cuidado integral, neste processo de transição, destacam aspectos atrelados aos questionamentos como revelação do diagnóstico, compreensão da sua condição crônica, vivências acerca da maturidade sexual, entre outras. Apontam também, dificuldades de fazerem com que o adolescente imprima sentido a sua transição. Essa lacuna, pode ser, e neste estudo, é suprida pelo cuidado espiritual.

Sendo o cuidado espiritual parte da vida do ser humano as necessidades espirituais são indissociáveis das necessidades fundamentais. Na realidade, integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, que podem incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar, sendo que, a sua expressão e intensidade não se processa de igual forma na pessoa saudável e doente. A espiritualidade, como fator integrador das diferentes dimensões do ser humano, manifesta-se associada à doença, à perda ou quando o ser humano é confrontado com o sofrimento físico ou a morte. Reitera-se, oportunamente, que o conceito atribuído no presente estudo, separa os conceitos de religião e espiritualidade. Sendo a religião uma das possibilidades de a pessoa expressar a sua espiritualidade (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8).

Nesse início de século, o envolvimento espiritual vem ganhando relevância e reconhecimento como indicador de saúde, na busca da promoção de um cuidado integral. Nessa perspectiva, demonstra-se que o envolvimento espiritual está relacionado a indicadores mais elevados de saúde mental e bem-estar. Os grupos de pessoas que atribuem significado ao cuidado espiritual, caracterizam-se por menor consumo e abuso de drogas ilícitas e lícitas, menor incidência de suicídios e menor prevalência de depressões, comprovando que a

espiritualidade tem impacto na saúde física e mental e funciona como fator de proteção contra o desenvolvimento de doenças.

Mesmo que atualmente existam movimentos e políticas que contribuem para a realização de um cuidado total do ser humano, sabe-se que o modelo clínico biomédico ainda é o que se encontra arraigado nos serviços de saúde. Com isso, a espiritualidade ainda não integra um espaço específico nos serviços de saúde e, encontra-se aquém das discussões no meio acadêmico, ou tem sido incorporada de forma tímida, fazendo com que os grupos ou instituições específicas, como as religiosas, é que abarquem estas questões quase exclusivamente (SANTO, TOSOLI, OLIVEIRA, 2013).

Sabe-se que 87% dos brasileiros considera a religião um importante aspecto de suas vidas. Esses dados ratificam um estudo realizado com enfoque no envolvimento religioso e sua relação com variáveis sociodemográficas que evidenciou que, entre os entrevistados, 95% tinham uma religião, 83% consideravam a religião muito importante e 37% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. Pode-se dizer que mais de 90% da população, independente da religião que professa, utiliza a religiosidade e a espiritualidade com o objetivo, entre outros, de conseguir força e conforto diante das adversidades da vida, como as doenças e a morte (BORGES, SANTOS, PRINHEIRO, 2015).

As crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar o modo como pacientes e profissionais de saúde percebem a saúde e a doença e como interagem com os outros. Afirma-se que há razões clínicas para abordar a religiosidade e a espiritualidade na prática de saúde, dentre as quais se destacam: muitos pacientes são religiosos e gostariam de abordar estes temas nos cuidados em saúde; as crenças religiosas afetam decisões médicas e podem criar obstáculos na adesão aos tratamentos; as religiões influenciam os cuidados em saúde na comunidade; muitos pacientes têm necessidades espirituais relacionadas à doença que podem afetar sua saúde mental e tais demandas precisam ser atendidas. O não atendimento dessas demandas podem ter consequências significativas em termos de qualidade de vida, satisfação com os cuidados, e demanda, algumas vezes, de serviços fúteis de cuidado em saúde (BORGES, SANTOS, PINHEIRO, 2015).

Apesar do crescimento de estudos referentes a essa temática e suas interfaces com a saúde, existe lacunas na produção do conhecimento acerca da expressão da espiritualidade no viver de pessoas que convivem com o HIV. O que se pode observar nos estudos relacionados ao HIV é o aparecimento da espiritualidade na maneira de enfrentamento da doença, conforme as evidências analisadas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8).

Adolescentes que transitam para a vida do adulto estão em uma encruzilhada de desenvolvimento em que suas características e seu funcionamento interpelam dimensões do cuidado do mundo do adulto. Estão crescendo independentes das suas famílias, procurando e fazendo estreita relação interpessoal com suas crenças e valores. Embora a espiritualidade seja uma possibilidade de cuidado entre os adolescentes que transitam para a vida adulta, menos de 1% das pesquisas exploraram a espiritualidade no cotidiano de cuidados. Além disso, em muitos casos, pesquisas que são realizadas com adolescentes em transição para a vida adulta, majoritariamente, as vozes são de adultos mais velhos (isto é, 18-65 anos de idade) deixando de apresentar a visão do adolescente sobre o cuidado espiritual (ROEHLKEPARTAIN et al., 2005).

Uma pesquisa com 3290 adolescentes americanos relatou que 95% dos respondentes declararam crença em Deus, com 85% declarando que a religião é importante em sua vida. Mais de 50% relatam frequentar serviços religiosos pelo menos uma vez ao mês, 50% afirmam orar com frequência (SMITH, DENTON, 2005).

Os adolescentes relatam que geralmente, iniciam uma relação com Deus ou com sua espiritualidade entre os 12 e 20 anos de idade. A essa situação temporal, cabe destaque, pois a transição dos cuidados para o adulto, dos que vivem com HIV/aids, ocorre, majoritariamente neste intervalo. Assim, configura-se, essencial, entrelaçar o cuidado espiritual ao processo de transição do adolescente, uma vez que a tendência é corroborar para um movimento permeado pelas suas escolhas, autonomia e responsabilidade pelo seu próprio cuidado, conforme as evidências analisadas (T1, T2, T3, T4, T5, T11, T12, T13, T14, T19, 120, T21, T24, T25, T27, T28, T29).

Esta estação da vida, o verão, descrito para este trabalho, como uma analogia, não é meramente simbólica, pois é saber aproveitar a oportunidade de abertura que o próprio adolescente conduz em direção ao cuidado de si ao possibilitar um cuidado espiritual centrado na sua crença. Esse momento de segurança, proposto no estudo, refere-se a reorganização da equipe de saúde, especialmente do profissional Enfermeiro, em desenvolver um cuidado espiritual durante o processo de transição (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T5, T6, T7, T18, T19, 120, T21, T22, T23, T24, T25, T27, T28, T29).

A espiritualidade tem muitas definições que geralmente se concentram na individualidade e experiências positivas. Entre essas definições, a espiritualidade tem sido a crença em um poder superior no universo, sentindo uma conexão com todas as criaturas vivas, um reconhecimento de que a vida tem propósito e significado e provem de valores pessoais (KOENIG, 2005).

A espiritualidade pode ser um indicador de bem-estar. Afiliação religiosa e práticas como a oração podem ser comum entre pacientes com infecção pelo HIV. Assim, a espiritualidade oferece um sentido para a vida, garantindo um espaço onde encontrar consolo e energia para enfrentar a incerteza e o medo, a discriminação e o preconceito, a solidão, a dor e a proximidade da morte. O caminho da espiritualidade parece despontar como uma das trajetórias principais para lidar com problemas de saúde, incluindo-se o HIV (MENEGHEL et al., 2008).

A espiritualidade tem sido descrita, de modo geral, por meio de elementos conceituais mais comuns, sendo estes: 'sentido', que estaria relacionado a um significado ontológico para vida, advindo por meio das mais diversas experiências; 'valores', composto por crenças e padrões culturalmente aceitos, estimados através de comportamentos comuns para determinados povos; 'transcendência', que seriam experiências que permeiam o campo da subjetividade; 'conectividade', intimamente relacionado ao relacionamento com Deus, com os outros, com a natureza e consigo mesmo e, por fim, 'tornar-se', caracterizado pela busca do ser humano por um desdobramento da vida, a busca por um sentido pleno para existência (ROSS, 2006).

A religião, por sua vez, pode ser compreendida como a sistematização de elementos ritualísticos e simbólicos, que configuram e determinam o modo como as pessoas acessam o divino e o sagrado. A execussão destes ritos é denominada de religiosidade. Religiosidade e espiritualidade são um marco, especialmente a partir do momento em que as crenças e práticas religiosas/espirituais têm demonstrado ser de forte impacto no auxílio para enfrentamento nas mais diversas situações de desequilíbrio na saúde das pessoas, preparo para morte e, até mesmo, nas relações interpessoais dos profissionais. Este fato apresentou particular relevância a partir do ano 2000, quando as publicações sobre espiritualidade em saúde cresceram consideravelmente (KOENIG, 2005).

A espiritualidade é uma dimensão do cuidar e o enfermeiro deve reconhecer que os adolescentes expressam as necessidades espirituais de forma sutil e, por vezes, a doença afigura-se num contexto vivencial desencadeador de sofrimento. Enquanto a resposta ao processo de saúde/doença, o cuidado espiritual precisa ser o foco de atenção da intervenção do enfermeiro. Assim propõe-se ações para auxiliar os pacientes a desenvolverem seu cuidado espiritual: encaminhar para algum líder espiritual; rezar/orar; respeitar as crenças e práticas religiosas; fomentar a fé; estar (pre)sente; aumentar a esperança; proporcionar música; escuta ativa; falar e apoiar; respeitar a dignidade e privacidade; incentivar a procura de significado e propósito da vida; leitura; tentar aproximar familiares e amigos, desenvolver o toque

terapêutico; meditação; imaginação guiada; proporcionar momentos de descontração. Verifica-se que estas intervenções, mais do que no campo do fazer, relacionam-se com um modo de estar e ser do enfermeiro, profundamente enraizado em uma atitude ética de solicitude para com o sofrimento do outro e com a necessidade de encontrar sentido (CALDEIRA, BRANCO, VIEIRA, 2011).

Apesar das evidências analisadas, em sua maioria, considerarem a transição sob o ponto de vista da especialidade médica (T1, T2, T3, T4, T5, T11, T12, T13, T14, T19, T20, T21, T24, T25, T27, T28, T29), mesmo assim, referem-se a necessidade da inserção de outros profissionais da área da saúde. Uma das evidências (T8) retrata a gestão da transição dos profissionais enfermeiros.

Assim, a Enfermagem como parte integrante do cuidado do adolescente que transita para a vida adulta, precisa considerar a espiritualidade e as práticas religiosas dentro do seu espaço de cuidado a fim de impulsionar o adolescente para a concretização de seus sonhos e objetivos e continuar a viver com esperança. Destaca-se a relevância da espiritualidade no cuidado à pessoa com HIV como uma inovação nas práticas de cuidado de Enfermagem. Desse modo, a equipe de Enfermagem constitui-se como uma chave para que a pessoa que vive com HIV encontre sentido para a sua existência e para a sua doença, de modo a cuidar de si e do outro, contribuindo para o desenvolvimento da sua responsabilidade e autonomia, principalmente, quando o sujeito é o adolescente que transita para a fase adulta (SANTO et al., 2013).

7. 4 Delineando o Modelo de Cuidado Espiritual

As evidências apontaram que o adolescente que transita para a vida adulta com uma condição crônica como o HIV/aids se vê imerso de sentimentos contraditórios ao torna-se adulto sendo adolescente necessitando deixar os vínculos com os profissionais da pediatria para estar aberto a outros profissionais. Os desafios que enfrenta neste momento, são agregados a sua condição de ser adolescente, com seus medos, inseguranças, facilidades e dificuldades. Sente-se sozinho e sem referenciais para vivenciar este momento de transição. Entendem que a transição deveria ser processual, sem recorte temporal para seu início, mas sim, por meio, das relações que estabelece ao longo dos anos de tratamento com os serviços de saúde e com a sua família.

Ao mesmo tempo que vivencia a transição sente medo por ter uma doença crônica que, inevitavelmente, o aproxima da sua finitude. Questiona como conduzirá sua vida frente ao preconceito e estigma que a própria condição lhe impõe. Vivencia o pavor da revelação do diagnóstico pois, na maioria das vezes, é confrontado com a notícia do HIV/aids na sua vida, no decorrer da sua adolescência.

Com isso, questiona a necessidade do tratamento, uma vez que passou a infância (para os que se infectaram pela transmissão vertical) e um período da adolescência sem entender sua real necessidade. Destaca que, como será transferido para a clínica de atendimento aos adultos pode gerir sua vida sem interferência das demais pessoas que o rodeiam.

Contudo, ao entrar em contato com a sua espiritualidade, começa a retornar a aderir o medicamento e aceitar o diagnóstico. Cuida da sua condição clínica e impõe sentido e propósito para a sua existência. Diante disso, entendo que o adolescente que transita para a vida adulta perpassa por estações, assim como as quatro estações do ano:

Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição)

Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção)

Estação - Primavera: Reconduzindo a vida (renovação)

Estação -Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização)

Considerarei a espiritualidade como o fio condutor entre as estações. Assim, exponho como a raiz de uma árvore, que fornece e supre as suas necessidades. E que independente da estação, consegue ampar todas as estruturas (galhos, folhas, frutos). Assim como na vida do adolescente que transita para a vida adulta vivendo com HIV/aids.

Assim, aponto o outono como um momento de passagem entre as estações (verão e inverno). É um momento de preparação. Ao mesmo tempo que sugere beleza, também é destacado por momentos de melancolia. A transição é a marca da estação, sendo entendido como um tempo de mudança. Já, o inverno, vislumbro como algo introspectivo, assim como a própria estação do ano. As folhas das árvores caem e os galhos permanecem secos. Momento de reclusão em si mesmo permitindo-se aos questionamentos impostos pelas vivências e experiências. Quanto a primavera, entendo como momento de possibilidades, reconduzir os caminhos a partir da estação anterior. É o (re)florescimento da vida em si mesma. O verão, infiro como um período de realizações, de expor e desenvolver os sonhos que foram (re)planejados ao longo do tempo. Aponto que, assim como no decorrer das estações do ano ocorrem períodos em que existe em um dia a vivência das quatro estações, assim é na vida do adolescente, o qual perpassa por um ir e vir de possibilidades. Por isso, ao desenvolver o modelo, não segui, exatamente, a ordem das estações do ano, sequencialmente.

Diante deste cenário, entendo que o adolescente necessita passar pelas quatro estações em seu processo de transição, não apenas clínica, como, as evidências desta pesquisa, em sua maioria recomenda, mas também, precisa ser resignificada a sua dimensão existencial, abarcando desde sua compreensão sobre a sua condição até mesmo como vislumbra suas relações com as pessoas de seu cotidiano. Imersa nesses achados, entendo que o adolescente que transita para a vida adulta com HIV/aids vai **adolescendo transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade**, considerada a categoria central do modelo. Este caminho, abstraí do entrelaçamento entre as evidências científicas sobre a transição e da espiritualidade do adolescente que vive com HIV/aids. Com isso, pude expor, a partir do recorte das estações do ano o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual: Transitando com HIV/aids: transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade (Figura 11).

Figura 11 - Modelo Teórico de Cuidado Espiritual Preliminar: Transitando com HIV/aids: transpondo as estações de sua vida alicerçado na espiritualidade. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017. Imagens retiradas do Google imagens.

Após o desenvolvimento do modelo preliminar, obtive elementos para realizar a definição dos metaparadigmas do Modelo de Cuidado Espiritual. Considero um metaparadigma o conjunto de elementos constitutivos de um modelo teórico ou de uma teoria. Neste estudo, do Modelo de Cuidado Espiritual. Para isso, conceituo: Enfermagem, Ser humano, Cuidado, Sociedade/Ambiente e Saúde e doença.

Assim, trilharei tais proposições, a partir dos pressupostos advindos das vivências e experiências dos adolescentes que vivem com HIV/aids em transição para a vida adulta, a partir das evidências científicas analisadas, as quais foram, constantemente, (des)construídas a medida em imersão nos dados.

Abstrai que a Enfermagem é acima de tudo, é um estar e ser-no-mundo, uns com os outros, de modo a possibilitar um vir-a-ser-mais. Ou seja, é para além de uma profissão, que se constrói socialmente, é uma oportunidade de se (re)inventar a si mesmo e aos outros, por

meio dos constructos teóricos advindos de uma práxis que permita o acesso ao ser de maneira ética e singular.

Assim, para o adolescente que transita para a fase adulta a Enfermagem é uma possibilidade de acesso ao 'ser do humano', no qual o cuidado é o meio para isso. No processo de transição para o adulto, encontra-se atrelada às demais profissões, contudo, o cuidado só existe, porque é gerenciado pela Enfermagem. É considerada uma profissão que vivencia, o mais próximo, a finitude do ser humano e por isso é permeada pela espiritualidade em seu cotidiano de trabalho. No tocante as estações do ano definidas para compor as subcategorias e sustentar as categorias do estudo, aponto como a árvore como um todo, com suas flores, folhas, frutos e caule. Sendo a raiz o cuidado espiritual ao adolescente.

Ao conceber o ser humano, afirmo, por meio das evidências científicas, que é ser-com os outros, que ele só existe em relação com os demais, na qual as tais relações sejam permeadas pela intersubjetividade, e por vezes, pela empatia (re)construída por ambos em seus encontros. Entendo que o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta se compreende como ser humano no momento em que se consegue se relacionar com os profissionais de saúde e com sua família.

O ser humano é percebido com um ser holístico, no qual a dimensão espiritual precisa ser considerada mediante as suas vivências. Neste estudo, o ser humano é como a primavera, a cada (re)encontro ocorre o desabrochar de um sentimento, emoção, perspectivas, sonhos e objetivos, assim como uma flor ou fruto.

Deste modo, considero que o cuidado seja permeado por essas relações, onde os sentimentos, os gestos, a entrega, o dito e não-dito possam ser identificados, com seus respectivos significados, ao desenvolver um dos procedimentos técnico-científico representativos do cuidado.

Além disso, o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta, aponta que o cuidado, também precisa ser desenvolvido a partir de suas concepções, valores e crenças onde a espiritualidade possa ser expressa por meio da religiosidade. Quanto ao cuidado, referente as estações do ano, represento por meio de uma árvore repleta de frutos, onde a estação primordial, o outono, informa que podem ser colhidos para seu sustento.

Conceituo sociedade-ambiente como elementos constitutivos do ser humano, ou seja, do adolescente que transita para a fase adulta, onde ele interage, a partir de suas concepções advindas da sua construção enquanto sociedade no meio em que vivencia suas experiências. Essa concepção, é entendida, também, como reflexos da sua base familiar. Esta base, normalmente, é repleta de significados e crenças espirituais, as quais o adolescente que vive

com HIV/aids em transição para a vida adulta, demonstra ao sentir-se abandonado quando a equipe da pediatria ‘transfere’ seus cuidados para a especialidade do adulto.

Assim, corroborando com as estações do ano, sociedade/ambiente são todas as estações que o adolescente perpassa ao longo do seu processo de transição. Assim conforme a árvore passa por modificações ao longo das estações, assim é o adolescente que transita para a vida adulta.

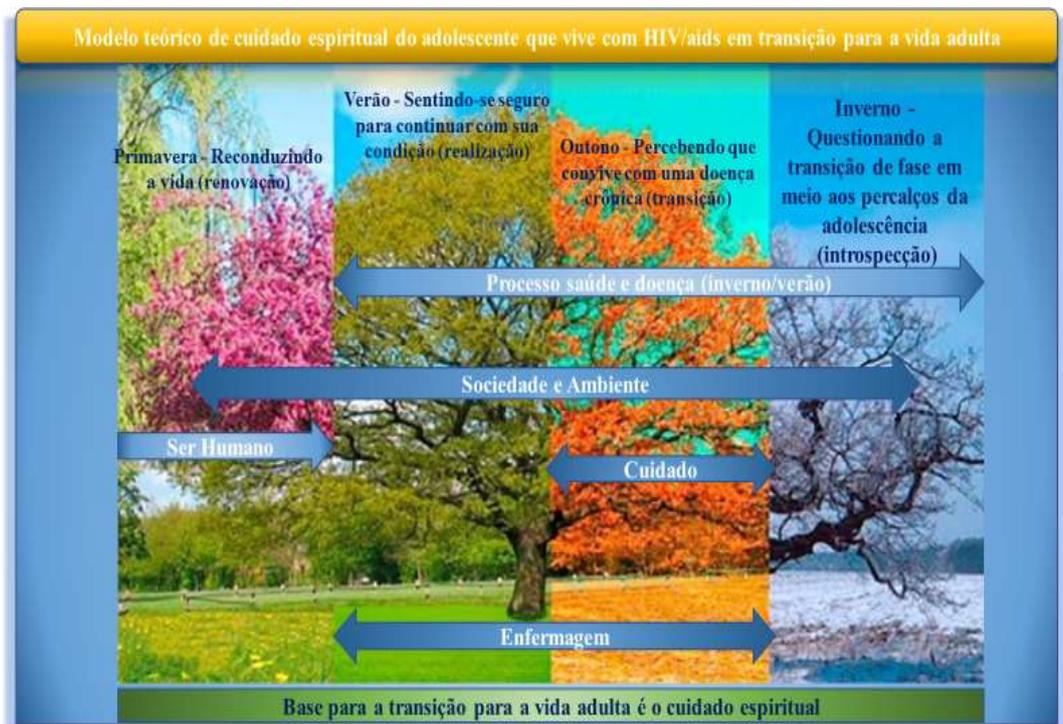
Percebo a saúde e a doença como reflexos das relações que os adolescentes estabelecem entre a sociedade-ambiente bem como com os outros e, que assim, como a transição, entendo como um processo de estar ou ser saudável e/ou estar ou ser doente. Onde cada um administra esse processo, em conformidade com as suas vivências/experiências, crenças, valores atribuídos pelos seus (pre)conceitos e (pre)supostos. Destaco, a relevância do cuidado espiritual neste processo, o qual foi elencado, como a base para sua compreensão da doença, aceitação e para que possa continuar a viver.

Ao realizar a analogia das estações do ano, percebo o processo saúde e doença, como as extremidades das estações, o inverno e o verão. O inverno como algo de introspecção e, até mesmo, uma negação da sua condição sororpositiva. Quanto ao verão, entendi como sendo a possibilidade, da ‘cura’, (destaco cura como a extensão do cuidado no qual não necessariamente, é a remissão do HIV, até porque ainda não existe, mas sim como o processo de aceitação de sua condição e recondução da sua vida).

Como a simbologia da árvore, o adolescente, no período de inverno perde suas folhas (forças) a vida fica sem cor, e, por isso, reluta em aceitar sua condição. Quando chega o verão, a partir da luz emanada pela estação, consegue manter suas flores com suas cores vibrantes e reconduzir e/ou concretizar seus sonhos e planos para o futuro mesmo em meio ao HIV.

De posse desses conceitos, realizei o modelo teórico de cuidado espiritual esboçado abaixo (Figura 12).

Figura 12 - Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017. Imagens retiradas do Google imagens.

A figura 4, expressa no Referencial teórico metodológico, demonstrei como foi a construção de um modelo teórico de cuidado, para sua inserção, juntamente ao processo de Enfermagem. A figura 13 aponta uma possibilidade de desenvolver o presente modelo no cotidiano clínico. A partir das evidências, inferi, que o Enfermeiro pode ser o mediador na realização de um cuidado espiritual na transição para a vida adulta do adolescente que vive com HIV/aids.

Figura 13 - Aplicando o Modelo Teórico de Cuidado Espiritual para o adolescente que vive com HIV/aids em transição para a vida adulta. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017. Imagens retiradas do Google imagens.

8 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esta PSLM concluo com a realização do Modelo de cuidado espiritual ao adolescente que vive com HIV/aids na transição para a vida adulta por meio de duas categorias: Adolescendo e enfrentando os desafios impostos pela condição crônica, sendo desvelada pelas estações: Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica (transição) e Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência (introspecção).

E, Resignificando sua vida frente os matizes do HIV, da qual emergiram duas subcategorias: Estação - Primavera: Reconduzindo a vida (renovação) e Estação -Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição (realização). Estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica. Momento de transição; Estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência Momento de introspecção; Estação - Primavera: Reconduzindo a vida. Momento de renovação; Estação - Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição. Momento de realização.

Em cada estação perpassa por momentos em que os matizes do HIV/aids é que dirigem a sua vida. Ao pensar nas estações, referi-me devido as mudanças, desde a negação a aceitação do diagnóstico e poder seguir com a vida a partir de um cuidado espiritual.

Na estação - Outono: Percebendo que convive com uma doença crônica. Momento de transição. Para o adolescente que transita para vida adulta com HIV/aids, é difícil entender a doença, pois a proximidade com a finitude afasta de si as possibilidades de um cotidiano de cuidado de si. Entender essa doença é difícil, pois é vivenciar o silenciamento dos familiares e a proximidade da finitude.

A cronicidade impõe situações como a transição. Contudo, entende a dinâmica da transição como algo ruim por deixar a equipe de saúde a qual detinha confiança e segurança quanto ao seu cuidado. As evidências analisadas apontam para um cuidado específico na transição, para os adolescentes que foram infectados verticalmente. Destaca-se a necessidade de centrar esforços, na transição dos adolescentes que se infectaram horizontalmente. Se por um lado, os que vivenciam os matizes do HIV/aids desde a infância, ainda permeiam sentimentos de medos, inseguranças e incertezas quanto a transição, os que se infectaram durante a adolescência, também precisam de esclarecimentos sobre a condição clínica que enfrentarão ao iniciarem o processo de transição.

Na estação - Inverno: Questionando a transição de fase em meio aos percalços da adolescência Momento de introspecção. Entende-se como adolescente muito embora, precise cuidar da saúde como um adulto. Aponta dúvidas quanto as mudanças corporais e sobre o tratamento.

Na estação - Primavera: Reconduzindo a vida. Momento de renovação. Ao entrar na primavera, entende a necessidade de cuidado de si a partir do cuidado espiritual. Sente-se bem por continuar a viver.

Na estação -Verão: Sentindo-se seguro para continuar com sua condição. Momento de realização. Consegue (re)significar sua vida em torno do cuidado espiritual o qual aponta para a esperança da concretização dos seus sonhos e planos. Entende a relevância de um novo vínculo propondo a inserção de um cuidado centrado na integralidade do seu ser.

Os documentos analisados revelaram a predominância de produção do conhecimento internacional. No Brasil, constato que, ainda são incipientes discussões sobre o processo de transição, quíça a articulação com o cuidado espiritual. Embora os estudos tenham descrito que a transição deve ser processual, lacunas da produção do conhecimento dificultam a sua operacionalização.

A equipe de saúde tem um papel relvante no cuidado espiritual do adolescente, mesmo diante das lacunas existentes no cuidado de Enfermagem, no que tange a espiritualidade, reitera-se que o modelo de cuidado apresentado no estudo, aborda a interdisciplinaridade desse processo.

Parece claro que, para a enfermagem que os cuidados espirituais são considerados relevantes, mas carecem de uma atenção mais cuidada e sistematizada. Uma das lacunas postas encontra-se durante o percurso da academia. Neste espaço, ainda é incipiente as discussões sobre o cuidado espiritual, e quando por ventura, ocorre, sempre existe uma intrínseca associação com alguma, determinada religião, fomentando discussões para além do cuidado e do processo saúde doença, forçando diálogos extremistas de sobre um único ponto de vista.

Sugiro a condução de espaços de interlocução coletiva para que a transição para a vida adulta possa ser realizada, com sucesso, conforme as evidências deste estudo descrevem. Destaco a relevante, preocupação quanto a adesão a TARV e sua condição associada ao cuidado espiritual. Entendo que ao ignorar as necessidades espirituais pode-se inferir em problemas como a morbidade e mortalidade apontada nas evidências analisadas. Além disso, acrescento a relevância de transpor este cuidado biológico, para um cuidado que atente, verdadeiramente, para as várias dimensões do ser-humano, como a espiritual.

No entanto, para que possa firmar um cuidado condizente, que respeite as diferenças e singularidades, impostas pela adolescência, considero fundamental, que o cuidado espiritual, no percurso da transição, seja a raiz que sustenta as demais dimensões.

Entendo o quanto é difícil associar a competência do cuidado do corpo físico à competência para cuidar da dimensão espiritual a fim de atender à integralidade do ser humano e à humanização, principalmente, para os profissionais da saúde, os quais, pragmatas, ainda sim, superam seus desafios em direção ao cuidado do outro.

Contudo, proponho a seguinte estrutura de utilização do modelo teórico de cuidado espiritual: entendi que é por meio do diálogo sobre o processo saúde doença que se inicia o processo de transição.

O Ser Humano, neste contexto, compreendi como a nova equipe de saúde. É neste momento que o Enfermeiro pode auxiliar o adolescente que vive com HIV/aids a estabelecer novas relações com a equipe do adulto. Que o meio ambiente/sociedade, seja um espaço destinado ao adolescente nos serviços de saúde levando em consideração a participação da família e da equipe multiprofissional.

O cuidado holístico é apontado na perspectiva em respeitar as crenças e valores do adolescente e sua família em relação a sua espiritualidade. Podendo ser proporcionado, momentos de oração, reza, entrega, entre outros, juntamente com os respectivos líderes espirituais.

Quanto a Enfermagem, esta pode estar possibilitando o vínculo, o acolhimento, as discussões sobre a própria adolescência. Entendo que a Enfermagem é uma das responsáveis para a realização da abertura do adolescente e da equipe multiprofissional para o cuidado espiritual. Assim, entendo que a base para a plena (mencionada pelas evidências científicas analisadas no estudo) transição para a vida adulta está no desenvolvimento do cuidado espiritual.

Diante disso, exponho que a utilização de um modelo pautado no cuidado espiritual tem a prerrogativa de minimizar os, potenciais danos que o HIV/aids pode vir a causar, como baixa adesão, não comparecimento as consultas, aumento de carga viral, diminuição de TCD4, aumento de doenças oportunistas, (re)conhecimento das suas potencialidades e limites, enfrentamento do preconceito e discriminação, entre outras, ao adolescente em transição para a vida adulta. Pois ao considerar a espiritualidade, o Enfermeiro, em especial, permite a (re)abertura do adolescente para o cuidado com sua própria saúde, designando ele como (co)responsável pela sua recuperação e/ou manutenção da sua condição clínica.

Lacunas, como a inserção do adolescente que vive com HIV/aids na transição para a vida adulta no mercado de trabalho não constaram nas evidências científicas bem como quanto ao processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente como um todo (nutrição, medidas antropométricas, responsabilidades, organização com a sua própria vida) durante o processo de transição. São situações que, o modelo de cuidado espiritual desenvolvido pode sanar ao entender essas situações do cotidiano como partes, intrínsecas, das estações que vivencia.

Quanto ao método realizado no estudo, destaco a lacuna da produção de conhecimento, Nacional, sobre os procedimentos metodológicos da metassíntese. A literatura insere possibilidades para PSL com delineamentos quantitativos, mas para os desenhos qualitativos, ainda, deixa possibilidades de realização para o próprio pesquisador. A partir disso, realizei a pesquisa por meio das seis, estações, delineadas no percurso metodológico.

A utilização de uma das etapas da prática baseada em evidência (PBE), foi fundamental para a consolidação do modelo de cuidado espiritual. Entendo, que para dar continuidade a PBE é necessário percorrer a realização de pesquisas em que sejam utilizadas o Modelo teórico e cuidado espiritual. Assim como, desenvolver a sua validação com a equipe multiprofissional.

Destaco, também, a necessidade de se realizar sensibilizações a respeito das bases de dados e sobre as bases/bibliotecas científicas, principalmente, no que tange aos comandos que cada base/biblioteca, compreende para a recuperação dos documentos. Essa sensibilização, precisa compreender, não apenas o âmbito acadêmico, mas os profissionais que já encontram-se inseridos nos serviços de saúde para que possam utilizar a melhor evidência para o seu cuidado, atentando assim, para a qualidade de sua assistência.

Assim como as bases de dados e bibliotecas, as diferenças e semelhanças entre as pesquisas bibliográficas urgem no contexto da Enfermagem. Ainda, constato, dificuldades no desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica. A confusão em organizar e sistematizar permeiam as pesquisas bibliográficas. Entendo que existam no mínimo, quatro, tipos de pesquisa bibliográficas: a bibliométrica, a narrativa da literatura, a integrativa da literatura e a sistemática. Cada uma possui características distintas quanto ao seu percurso de desenvolvimento. Atualmente, todas as pesquisas bibliográficas precisam atender a uma certa organização, mesmo não sendo uma pesquisa sistemática da literatura. A diferenças entre elas, sob a minha ótica, encontra-se na pergunta de pesquisa, a qual explorei na justificativa do presente estudo.

Como limitação do estudo, pontuo a natureza do estudo, ou seja, revisão sistemática da literatura. No entanto, ao finalizar a condução desta pesquisa, considero a relevância e a necessidade de estudos que envolvam delineamentos qualitativos para aplicação na prática clínica. Defino a limitação do estudo a não validação do modelo de cuidado espiritual.

Cumprido destacar que este estudo possibilitará discussões sobre a dimensão do cuidado espiritual na pesquisa, por meio da continuidade e até mesmo, a realização de outros estudos. Na extensão, para que seja repensado espaços em que o adolescente possa dialogar sobre sua condição crônica associada as suas crenças. No ensino, para que a dimensão espiritual seja abordada, transversalmente, durante o processo de formação acadêmica. E na assistência, que a partir do apresentado, ao longo do estudo, o modelo possa ser utilizado como uma das possibilidades de cuidado ao adolescente que vive com HIV/aids na transição para a vida adulta.

REFERÊNCIAS

ABREU, W. C. Transições e Contextos Multiculturais: **contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais**. Coimbra: Formasau, 2008.

AGWU, A. L, et al. Aging and Loss to Follow-up Among Youth Living With Human Immunodeficiency Virus in the HIV Research Network. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, p. 345-351, 2015.

AGWU, A. L.; FAIRLIE, L. Antiretroviral treatment, management challenges and outcomes in perinatally HIV-infected adolescents. **Journal of the International AIDS Society**, v.16, 2013.

AMADO C. R.; LEAL M. M. O adolescente portador de patologia crônica. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

AMARANTE, A. G. M.; SOARES, C. B. **Políticas Públicas de saúde voltadas a adolescência e à juventude no Brasil**. In: BORGES, A.LV.; FUJIMORI, E. (Org). *Enfermagem e a saúde do adolescente na Atenção Básica*. São Paulo: Manole, 2009. p. 42-60.

ANTOINE DE SANT-EXUPÉRY. **O pequeno príncipe**. Tradução de Dom Marcos Barbosa. Rio de Janeiro: Agir, 2009, 96p.

AYRES, J. R. C. M, et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface comun saúde educ**, v. 16, n. 40, p.67-81, 2012.

BACKES, D. S.; et. al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 46, n. 5, p. 1254-1259, 2012. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 12 dez 2016.

BADUY, R. S, FEUERWERKEL, ZUCOLI. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional IST/AIDS. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 20 dez 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>> Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília, 2014. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf>. Acesso em: 27 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 116 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008**. Brasília, 2010, 207 p.

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. Manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Série Manuais, nº85, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. 2007. Disponível: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/politicas-e-programas/013.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, em direito de adolescentes. 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescências e reflexões sobre o tema**. Saber Viver. edição especial, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação sobre direitos autorais. 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 7 dez. 2015.

BERNSTEIN, N., D'ANGELO, J. L.; LYON, M. E. An Exploratory Study of HIV+ Adolescents' Spirituality: Will you pray with Me? **Relig Health**, v. 52, p. 1253-1266, 2013.

BITTENCOURT, G. K. **Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico de Enfermagem**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BORGES, M. S.; SANTOS, M. B. C.; PINHEIRO, T. G. Social representations about religion and spirituality. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 609-616, 2015.

BRITISH DIABETIC ASSOCIATION. **Care recommendation: Transition from paediatric to adult services**. London: British Diabetic Association; 2008.

BRUM, C. N. de et al. Vivência da revelação do diagnóstico para o adolescente que tem HIV. **Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso)**, v. 25, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-17610015.pdf>. Acesso em: 7 jan 2017.

BRUM, C. N. de et al. Disclosure of the HIV diagnosis to the teenager: ways of being everyday. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 679-684, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0679.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2016.

BRUM, C. N. de et al. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologia de pesquisa para a enfermagem a saúde da teoria a prática. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 123-142.

BRUM, C. N. de; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura; desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologia de pesquisa para a enfermagem a saúde da teoria a prática. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 77-95.

BRUM, C. N. de. **Ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-soropositividade-de-HIV/aids: contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2013.

BRUM, C. N. de; PAULA, C. C. de; PADOIN, S. M. M. Significações da revelação do diagnóstico para o adolescente que tem HIV/AIDS: possibilidades para enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 6, p. 1253-1255, 2012.

BUBADUÉ, R. M. et al. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/aids em transição da infância para a adolescência. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 705-712, 2013.

CALDEIRA, S.; BRANCO, Z. C.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Referência - Revista de Enfermagem Referência**, v. III, n. 5, 2011.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Transition to adult care for youth with special health care needs. **Paediatr Child Heal.**, v. 12, n. 9, p. 785-788, 2007.

CARVALHO, F. T, et al. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 9, p. 2023-33, 2007.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia ciência e profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-16, 2010.

CAIXETA, C. R. C. B, et al. O apoio espiritual para as pessoas que vivem com HIV/AIDS: Um estudo brasileiro exploratório, descritivo. **Sciences**, v. 14, n. 14, p. 514-519, 2012.

CARRICO, A.W, et al. A Path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, p.51- 58, 2006.

CASSIANI, S. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-

88, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2014.

CASAREZ, R. L. P.; MILES, M. S. Spirituality: A Cultural Strength for African American Mothers With HIV. **Clin Nurs Res**, v. 17, n. 118, p. 117-132, 2008.

CASTELO-BRANCO, M. Z.; BRITO, D.; FERNANDES-SOUSA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. **Aquichan**, v. 14, n. 1, p. 100-108, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/741/74130041009/>>. Acesso em: 21 abr 2016.

CASTRO, A. A, et al. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. Online. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>. Acesso em: 23 ago 2010.

CERVIA, J. S. Easing the Transition of HIV-Infected Adolescents to Adult Care. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 27, n. 12, p. 692-696, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868277/pdf/apc.2013.0253.pdf>>. Acesso em: 10 out 2015.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada. Guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 272p.

CHEN, T.; TURNER, S. **A Qualitative meta-analysis on web-based distance learning in higher education: a grounded theory approach**. 2001. Disponível em: <http://faculty.ksu.edu.sa/manal.m/DocLib2/Qualitative%20Meta%20Analysis%20on%20Web%20Based%20Distance%20Learning%20in%20Higher%20Education.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2015.

CHIDA, Y.; STEPTOE, A.; POWELL, L. H. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. **Psychother Psychosom.**, v. 78, n. 2, p.81-90, 2009.

COBB, R. K. How Well Does Spirituality Predict Health Status in Adults Living with HIV-Disease: A Neuman Systems Model Study. **Nursing Science Quarterly**, n. 25, v. 4, p. 347-355, 2012.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. DA PESQUISA À PRÁTICA DE ENFERMAGEM APLICANDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 845-850, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a26v15n4.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2016.

COFEN. Resolução COFEN-358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 22 mai 2015.

COLEMAN, C. L.; HOLZEMER, W. L. Spirituality Psychological Well-Being, and HIV Symptoms for African Americans Living with HIV Disease. **Journal of The Association Of Nurses In Aids Care**, v.10, n. 1, p. 42-50, 1999.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Comunicação Científica**, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

COTTON, S, et al. Changes in Religiousness and Spirituality Attributed to HIV/AIDS Are There Sex and Race Differences? **J Gen Intern MED**, v. 21, p.14-20, 2006.

COSTA, D. A. M.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, p. 631-637, 2009.

CROSSETTI, M. G. O, et. al. **Associação entre Metassíntese e Teoria Fundamentada em Dados nas Pesquisas em enfermagem: uma possibilidade de buscas de evidências científicas**. In: Investigação Qualitativa em Saúde - CIAIQ 2016, 2016, Portugal. Investigação Qualitativa em Saúde - CIAIQ 2016, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/788/775>>. Acesso em: 30 ago 2016.

CROSSETTI, M. G. O.; GOES, M. G. O.; BRUM, C. N. de. Application of Constructivist Grounded Theory in Nursing Research. **The Qualitative Report (Online)**, v. 21, p. 48-53, 2016. Disponível em: <<http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2610&context=tqr>>. Acesso em: 10 jul 2016.

CULLUM, N, et al. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382 p.

CRUZ, E. F. Infâncias, adolescências e aids. **Educ Rev**, v. 23, n. 46, p. 363-384, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a15n46.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

DALLAS R. H, et al. Longitudinal Pediatric Palliative Care: Quality of Life & Spiritual Struggle (Face): Design and methods. **Contemporary Clinical Trials**, v. 33, p. 1033-1043, 2012.

DALMIDA, S. G, et al. The Meaning and Use of Spirituality Among African American Women Living With HIV/AIDS. **West J Nurs Res**, v.34, n.6, p. 734-736, 2012.

DANTAS, C. C, et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-379, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf>. Acesso em: 31 jul 2012.

DAMIÃO, E. B. C.; ANGELO, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n.1, p. 66-71, 2001.

DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. **Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-28052008-113144/pt-br.php>>. Acesso em: 20 dez 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem Baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 115-118, 2003.

DOVEY-PEARCE, G, et al. Young adults' (16-25years) suggestions for providing developmentally appropriate diabetes services: a qualitative study. **Health Soc Care Community**., v. 13, n. 5, p. 409-419, 2005.

DUARTE E. C.; BARRETO S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n.4, p. 529-32. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2015.

DUARTE, E. D, et al. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01009.pdf>. Acesso em: 10 fev 2014.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 1-260, 2014.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf>. Acesso em: 12 dez 2016.

FAIR, C. D.; GOLDSTEIN, B.; DIZNEY, R. Congruence of Transition Perspectives Between Adolescents With Perinatally-Acquired HIV and Their Guardians: An Exploratory Qualitative Study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, p. 684-690, 2015.

FAIR, C. D, et al. "It's Like Losing a Part of My Family": Transition Expectations of Adolescents Living with Perinatally Acquired HIV and Their Guardians. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 26, n. 7, p. 1-8, 2012.

FÁVERO, L.; WALL, M.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 534-542, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a32.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FARO, A. M. Técnica Delphi na validação de intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 31, n. 2, p. 259-73, 1997.

FERREIRA, M. A. Enfermagem - arte e ciência do cuidado. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 664-666, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a01v15n4.pdf>>. Acesso em: 09 jun 2016.

FINGELD, D. L. Metasynthesis: the state of the art - so far. **Qual Health Research**, v. 13, n. 7, p. 893-904, 2003.

FINFGELD-CONNETT, D. Meta-synthesis: The state of the art - So far. **Qual Health Research**, v. 58, n. 6, p. 708-714, 2003.

FISH, R, et al. Mortality in perinatally HIV-infected young people in England following transition to adult care: an HIV Young Persons Network (HYPNet) audit. **HIV Medicine**, v. 15, p. 239-244, 2014.

FITZPATRICK, A. L, et al. Survival in HIV-1-positive adults Practicing psychological or spiritual activities for one year. **Altern Ther Health Mtd.** v. 13, n. 5, p. 1-24, 2007.

FLORENTINO, F. R. A.; CANABARRO, S. T. **A criança e o adolescente: o que e por que cuidar.** 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. 632 p.

FREITAS, U. F. Continuidades e permanências: o cuidado das crianças em um passeio pela história. In: **A criança e o adolescente: o que e por que cuidar.** 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 23-43.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da Saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.15, n.4, p.590-7, 2007.

GANNONI, A. F.; SHUTE, R. H. Parental and child perspectives on adaptation to childhood chronic illness: A qualitative study. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 15, p. 39-53, 2010.

GASPAR, J. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n.1, p. 230-236, 2011.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GALVÃO, M. C.; SAWADA, N. O.; MENDES, A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GARQUE, K. C. G. D. Teoria Fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MUELLER, S. P. M. **Métodos para a pesquisa em Ciências da Informação.** Brasília: Thesaurus, 2007, p. 107-142.

GARVEY, K. C.; MARKOWITZ, J. T.; LAFFEL, L. M. B. Transition to adult care for youth with type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v. 12, n. 5, p.533-541, 2012.

GERRISH, K.; CLAYTON, J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. **Journal of Nursing Management**, v. 12, p. 114-123, 2004.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 375p.

GILLIAM, P. P, et al. Transition of Adolescents With HIV to Adult Care: Characteristics and Current Practices of the Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 22, n. 4, p. 283-294, 2011.

GILLUM, R. F.; INGRAM, D. D. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Psychosom Med.**, v. 68, n. 3, p. 382-385. 2006.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GOOGLE. Imagens. Borboleta: Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=borboleta&espv=2&biw=1366&bih=662&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi22tGQiP_RAhWDTJAKHWWWhAeEQ_AUIBigB#tbm=isch&q=borboleta+para+colrir&imgc=RIQg65wfgXx63M>. Acesso em: 20 jan 2017.

GUIMARÃES, C. A. Medicina baseada em evidências. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 36, n. 5, p. 369-370, 2009.

GRASSEL, J. T, et al. **Implicações da utilização o brinquedo terapêutico no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: revisão integrativa**. In: Claudia Zamberlan, Hilda Maria Barbosa de Freitas. (Org.). Trabalho Final de Graduação: contribuições para o cuidado de enfermagem. 1ed.Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2015, p. 231-247.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL; E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia**, v. 19, n. 42, p. 59-65, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/08.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

HALL, B. A. Patterns of Spirituality in Persons with Advanced HIV Diseases. **Research in Nursing & Health**, v. 21, p.143-153, 1998.

HARRIS, R. J. Complexities and challenges of transition to adult services in adolescents with vertically transmitted HIV infection. **Fam Plann Reprod Health Care**, v. 41, p. 64-67, 2015.

HOGA, L. A. K.; MATHEUS, M. C. C.; SOARES, C. B. **Metassíntese: síntese de estudos qualitativos**. (In) BARBOSA, D.; TAMINATO, M.; FRAM, D. BELASCO, A. Enfermagem Baseada em evidências. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 105-115.

HOVISH, K. et al. Transition Experiences of Mental Health Service Users, Parents, and Professionals in the United Kingdom: A Qualitative Study. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 35, n. 3, p. 251-257, 2012.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2012.

HUNT, M. **How science takes stock: the story of meta-analysis**. USA: Russell Sage Foundation, 1997.

INZAULE, S. C, et al. Long-Term Antiretroviral Treatment Adherence in HIV-Infected Adolescents and Adults in Uganda: A Qualitative Study. **PLOS ONE**, v. 29, p. 1-15, 2016.

IRONSON, G.; STUETZLE, R.; FLETCHER, M. A. An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 years in people with HIV. **Gen Intern Med**, v. 21, p. 62-68, 2006.

IRONSON, G.; STUETZLE, R.; FLETCHER, M. A. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, p. 62-68, 2006.

IRONSON, G, et al. The Ironson–Woods Spirituality/Religiousness Index Is Associated With Long Survival, Health Behaviors, Less Distress, and Low Cortisol in People With HIV/AIDS. **Ann Behav Med**, v. 24, n.1, p. 34-48, 2002.

JEFFRIES, W. L, et al. An exploration of religion and spirituality among young, HIV-infected gay and bisexual men in the USA. **Culture, Health & Sexuality**, v. 16, n. 9, p. 1070-1083, 2014.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewers Manual**. 2015. Disponível em: <[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual%20Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews%202015_v2.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2015.

JOSEPH S, C. Easing the Transition of HIV-Infected Adolescents to Adult Care AIDS **Patient Care and Stds**. v. 27, n. 12, p. 692-696, 2013.

JUDD A, et al. Vertically acquired HIV diagnosed in adolescence and early adulthood in the United Kingdom and Ireland: findings from national surveillance. **HIV Med**, v. 10, n. 4, p. 253-256, 2009.

JUSTO, A. P. **A influência do estilo parental no stress do adolescente**. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2005.

JR RAMOS, A. N, et al. AIDS in Brazilian Children: History, Surveillance, Antiretroviral Therapy, and Epidemiologic Transition, 1984-2008. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 25, n. 4, p. 246-255, 2011.

KACANEK, D, et al. Psychiatric symptoms and antiretroviral non-adherence in US youth with perinatal HIV: A longitudinal study. **AIDS**, v. 29, n. 10, p. 1227-1237, 2015.

KAKKAR, F, et al. Health outcomes and the transition experience of HIV-infected adolescents after transfer to adult care in Québec, Canada. **BMC Pediatrics**, v. 16, n. 109, p. 1-7, 2016.

KATUSIIME, C.; PARKES-RATANSKI, R.; KAMBUGU, A. Transitioning behaviourally infected HIVpositive young people into adult care: Experiences from the young person's point of view. **SAJHIVMED**, v. 14, n. 1, p. 21-24, 2013.

KING, D. E.; MAINOUS, A. G.; PEARSON, W. S. C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. **Diabetes Care**, v. 25, n. 7, p. 1172-1176, 2002.

KOENIG, L. J., NESHEIMA, S.; ABRAMOWITZ, SUSAN. Adolescents with perinatally acquired HIV. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 23, p.321-327, 2011.

KOENIG, L. J. Adolescents with perinatally acquired HIV: emerging behavioral and health needs for long-term survivors. **Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 23, p. 321-327, 2011.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. **Southern Med J.**; v. 98, n. 12, p. 1235-1236, 2005.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOERICH, C, et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 115-123, 2015.

KOURROUSKI, M. F. C.; LIMA, R. A. G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/aids. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 947-952, 2009.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: a literature review. **J Adv Nurs**, v. 55, p. 320-329, 2006.

KREMER, H.; IRONSON G.; KAPLAN L. The fork in the road: HIV as a potential positive turning point and the role of spirituality. **AIDS care**, v. 21, n. 3, p. 368-377, 2009.

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2011.

KUYAVA, J; PEDRO, E. N. R.; BOTENE, D. Z. A. Crianças que vivem com AIDS e suas experiências com o uso de antirretrovirais. **Rev. Gaúcha de Enferm**, v. 33, n. 3, p. 58-64, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/08.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LANCASTER, F. W. **Indexação e resumos: teoria e prática**. Tradução de Antonio Agenor Briquet de Lemos. 2. ed. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

LEVIN, J. S.; MARKIDES, K. S.; RAY, L. A. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. **Gerontologist.**, v. 36, n. 4, p. 454-463, 1996.

LI, L, et al. Antiretroviral therapy adherence among patients living with HIV/AIDS in Thailand. **Nursing Health sci**, v. 12, p. 212-220, 2010.

LITWINCZUK, K.M.; GROH, C. J. The relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. **JANAC**, v. 18, n. 3, p. 14-22, 2007.

LOCKENHOFF, C. E, et al. Five Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiosity and mental health of people Living with HIV. **Journal of Personality**, v. 77, n.5, p. 1411-1436, 2009.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática da literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.

LOPES, A. C, et al. **O brinquedo como instrumento de cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: revisão integrativa**. Trabalho Final de Graduação: contribuições para o cuidado de enfermagem. 1ed.Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2015, p. 215-230.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med.**, v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46276/49930>>. Acesso em: 12 abr 2016.

LOVATTO, P. A, et al. Meta-análise em pesquisas científicas - enfoque em metodologias. **Revista Brasileira de Zootecnia**, v. 36, p. 285-294, 2007.

LUTGENDORF, S. K. et al. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychol**, v. 23, n. 25, p. 465-475, 2004.

LYON, M. E, et al. An exploratory study of spirituality in HIV infected adolescents and their families: family centered advance care planning and medication adherence. **J Adolesc Health**, v. 48, n. 6, p. 633-636, 2011.

LYON, M. E, et al. Spiritual Well-Being Among HIV-Infected Adolescents and Their Families. **J Relig Health**, v. 53, p. 637-653, 2014.

LYON, M. E, et al. The Role of Religiousness/Spirituality in Health-Related Quality of Life Among Adolescents with HIV: A Latent Profile Analysis. **J Relig Health**, v. 55, p. 1688-1699, 2016.

MAAS, T. **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem**. 2006. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. 2006.

MACÊDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRAND, K. C. L. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. **Rev. Gaúcha de Enferm**, v. 33, n. 3, p. 52-57, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MACHADO, D. M, et al. Adolescents growing with HIV/AIDS: experiences of the transition from pediatrics to adult care. **Braz j infect dis.**, v. 6, n. 3, p. 229-234, 2016.

MACHADO, D. M.; SUCCI, R. C.; TURATO, E. R. Transitioning adolescents living with HIV/AIDS to adult-oriented health care: an emerging challenge. **J Pediatr**, v. 86, n. 6, p. 465-472, 2010.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

MAMAN, S, et al. The role of religion in HIV-positive women's disclosure experiences and coping strategies in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 5, p. 965-970, 2009.

MARTIN, S. M, et al. Patient, caregiver and regimen characteristics associated with adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected children and adolescents. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 26, p. 61-67, 2007.

MARTINS, C. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em letras. **Atos de pesquisa em educação**, v. 8, n. 3, p. 1033-1048, 2013.

MARTINEZ, J, et al. Transitioning Youths Into Care: Linking Identified HIV-Infected Youth at Outreach Sites in the Community to Hospital-based Clinics and or Community-based Health Centers. **Journal of adolescent health**, v. 33, n. esp, p. 23-30, 2003.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. Especial-Nefrologia, p. 543-545, 2009.

MATURO, D, et al. Development of a Protocol for Transitioning Adolescents With HIV Infection to Adult Care. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 25, n. 1, p. 16-23, 2011.

MATURO, D. et al. Transitioning Adolescents and Young Adults With HIV Infection to Adult Care: Pilot Testing the “Movin’ Out” Transitioning Protocol. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, p. e29-e35, 2015.

MCEWEN, M. **Filosofia, ciência e enfermagem**. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Bases teóricas para enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.27-47.

MCCULLOUGH, M. E, HOYT, LARSON. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. **Health Psychol.**, v. 19, n. 3, p. 211-222, 2000.

MCSHERRY, W, et al. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. **J Clin Nurs**, n. 13, v. 8, p. 934-941, 2004.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

MENEGHEL, S. N, et al. Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 220-228, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

MICCAS, F.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. Metassíntese: Uma Experiência de Pesquisa sobre Educação Permanente em Saúde. **Investigação Cualitativa en Salud**, v. 2, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Crhis%20Netto%20de%20Brum/Downloads/841-3324-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2016.

MULDER, M. H, et al. Drug Resistance Prevalence among Vertically HIVInfected Patients Transferred from Pediatric Care to Adult Units in Spain. **PLOS ONE**, v. 7, n. 12, 2012.

MURPHY, D. A. HIV-positive mothers' disclosure of their Serostatus to their young children: a rewieu. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v.13, n. 2, p. 105-122, 2008.

MUTUMBA, M, et al. Psychosocial Challenges and Strategies for Coping with HIV Among Adolescents in Uganda: A Qualitative Study. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 29, n. 2, p. 86-95, 2015.

NAAR-KING, S.; JEN, K. **Interventionist Procedures for Adherence to Weight Loss Recommendations in Black Adolescents**, 2011.

NETO, J. M. R. et al. Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 162-168, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>>. Acesso em: 20 dez 2016.

NEWMAN, C, et al. Bridging Worlds, Breaking Rules: Clinician Perspectives on Transitioning Young People with Perinatally Acquired HIV Into Adult Care in a Low Prevalence Setting. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 28, n. 7, p. 381-193, 2014.

NUNES, P.; SASSETTI, L. Transferência ou transição? A passagem da pediatria para a medicina de adultos. **Saúde Infant.**, v. 32, n. 3, p. 121-124, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Crhis%20Netto%20de%20Brum/Downloads/06_transf_trans.pdf>. Acesso em: 10 out 2016.

OLIVEIRA, A. A. S. et al. Metassíntese. Apontamentos para sistematização de revisões amplas e crítica interna à produção científica. **Investigação qualitativa em saúde**. v. 1, p. 147-152, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Cerca de 350 mil adolescentes foram infectadas pelo HIV em 2014**. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/10/cerca-de-350-mil-adolescentes-foram-infectadas-pelo-hiv-em-2014/#.WLZadDvyvIU>>. Acesso em: 25 jul 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Child and adolescent health and development**. Geneva; 2004.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

OKUNO, M. F. P.; BELASCO, A.; BARBOSA. **Evolução da pesquisa em enfermagem até a prática baseada em evidências**. (In) BARBOSA, D.; TAMINATO, M.; FRAM, D. BELASCO, A. *Enfermagem Baseada em evidências*. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 1-7.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. A ocupação da mulher com HIV/aids: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, v. 18, n. 4, p. 241-246, 2006. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista18-4-2006/CAP4AOcupacaodaMulhercomHIV.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

PAIVA, V, et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, 2011.

PARKA, J.; NACHMAN, S. The link between religion and HAART adherence in pediatric HIV patients. **AIDS care**, v. 22, n. 5, p. 556-561, 2010.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O. O (não)dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 658-664, 2011.

PAULA, C. C, et al. **Implantação da estratégia grupal com adolescentes que vivem com HIV/aids: relato de experiência**. In: 32º Seminário de Extensão Universitária da Região Sul, 2014, Curitiba/Paraná, 2014. p. 1-6.

PAULA, C. C, et al. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, p. 1-8, 2013c.

PAULA, C. C, et al. Cotidiano de adolescentes com o vírus da imunodeficiência humana em tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 500-508, 2013b.

PAULA, C. C, et al. HIV/AIDS na infância e na adolescência: tendências da produção científica brasileira. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 31, p. 277-286, 2013a.

PAULA, C. C, et al. Morbimortalidade de Adolescentes com HIV/Aids em Serviço de Referência no Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, p. 44-48, 2012.

PEARLSTEIN, S. L. Youth in Transition: Life Skills Among Perinatally HIV-Infected and HIV-Exposed Adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 39, n. 3, p. 294-305, 2014.

PEDROLO, E, et al. A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta Para Prática Profissional Do Enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 760-763, 2009.

PÉREZ-GIRALDO, B.; VELOZA-GÓMEZ, M. M.; ORTIZ-PINILLA, J. E. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. **Invest Educ Enferm**, v.30, n. 3, p. 330-338, 2012.

PÉREZ, J. E, et al. Spiritual Striving, Acceptance Coping, and Depressive Symptoms among Adults Living with HIV/AIDS. **J Health Psychol**, v. 14, n. 1, p. 88-97, 2009.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 4, p. 491-498, 2006.

PETERSON, J. L.; JHONSON, M. A.; TENZEK, K. E. Spirituality is a life line: women living whit HIV/aids and the role of spirituality in their support system. **J. interdisciplin fem thought**, v. 4, p. 1-26, 2010.

PINTO, C. M. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em letras. **Atos de pesquisa em educação**, v. 8, n. 3, p.1033-1048, 2013. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/UFFS/Desktop/4023-13261-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

PHILLIPS, K, et al. Spiritual well-being, sleep Disturbance, and mental and Physical health status in HIV-infected individuals. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 27, p.125-139, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª ed Porto Alegre: Artmed; 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm**, v. 22, n. 4, p.434-438, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre, 2009.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol.**, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.

PUCHALSKI, C.; ROMMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. palliate med.**, v. 3, p. 129-137, 2000.

RABUSKE, M. M. **Comunicação de Diagnósticos de Soropositividade Para o HIV e de Aids para Adolescentes e Adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais**. 2009. 249 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

REATO, L. F. N. **Hebiatria - Medicina da Adolescência**. Editora: Roca. 2007. 536p.

ROCHA, K. R. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 113-116, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/UFFS/Desktop/modelo%20de%20cuidado.pdf>. Acesso em: 10. Jan. 2016.
RAMER, L. et al. The Effect of HIV/AIDS Disease Progression on Spirituality and Self-Transcendence in a Multicultural Population. **J Transcult Nurs**, v. 17, p. 280-289, 2006.

REW, L.; WONG, Y. J. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. **Journal of Adolescent Health**, v. 38, n. 4, p. 433-442, 2006.

RIBEIRO, A. C, et al. O cotidiano do adolescente que tem HIV/aids: Impessoalidade e disposição ao temor. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 680-686, 2013.

RIDGE, D, et al. Like a prayer: the role of spirituality and religion for people living with HIV in the UK. **Sociology of Health & Illness**, v. 30, n. 3, p.413-428, 2008.

RIGHETTI, A, et al. Transitioning HIV-infected Children and Adolescents into Adult Care: An Italian Real-life Experience. **JANAC**, v. 26, n. 5, p. 653-659, 2015.

RITT-OLSON, A, et al. The protective influence of spirituality and “Health-as-a-Value” against monthly substance use among adolescents varying in risk. **Journal of Adolescent Health**, v. 34, n. 3, p. 192-199, 2004.

ROSA, T. E.; BENÍCIO, M. H. D. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **Bol Inst. Saúde**, v. 47, p. 80-83, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a20_bisn47.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. **J Clin Nurs.**, v. 15, n. 7, p. 852-862, 2006.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Lost in Transition: moving young people between child and adult health services.** London: RCN, 2007.

ROSEN, D. S, et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. **J Adolesc Health**, v. 33, p. 309-311, 2003.

SAAD M.; MASSIERO, D. Espiritualidade baseada em evidencias. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SALLY, D, et al. Retention, Adherence, and Compliance: Special Needs of HIV-Infected Adolescent Girls and Young Women. **Journal of adolescent health**, v. 33, n. 2S, p. 39-45, 2003.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: um Guia para Síntese Críteriosa da Evidência Científica. **Rev. bras. fisioter São Carlos**, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Classifying the findings in qualitative studies. **Qual Health Res**, v. 13, n. 7, p. 905-923, 2003.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Qualitative Metasynthesis: issues and techniques. **Research in Nursing & Health**, v. 20, p. 365-371, 1997.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Digital Library Project. **Qualitative metasummary method.** Chapel Hill (USA): University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Disponível em: <<http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J.; VOILS, C. I. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. **Research in Nursing & Health**, v. 30, n. 1, p. 99-111, 2007.

SANTIS, J. P, et al. Integration versus Disintegration: A Grounded Theory Study of Adolescent and Young Adult Development in the Context of Perinatally-acquired HIV Infection. **J Pediatr Nurs.**, v. 29, n. 5, p. 422-435, 2014.

SANTO, C. C. E, et al. Adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 458-463, 2013.

SANTO, C. E. C.; TOSOLI, G. A. M.; OLIVEIRA, D.C. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. **Referência - Revista de Enfermagem**, v. III, n. 10, p. 15-24, 2013.

SANTOS, F. C, et al. Desafios gerenciais na transição do adolescente com HIV/Aids por transmissão vertical em serviços de referência. **Rev. Eletr. Enf**, v. 16, n. 2, p. 408-416, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21666>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

SANTOS, C. C.; PIMENTA, C. A.; NOBRE, M. C. The Pico Estrategy for the Research Question Constuction and Evidence Search. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, C. P.; RODRIGUES, B. M. R. D.; ALMEIDA, I. S. Vivência das adolescentes e jovens com HIV: um estudo fenomenológico. **Adolesc Saude.**, v. 7, n. 1, p. 40-44, 2010.

SANTOS, E, et al. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, v. 49, p. 153-171, 2015. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2016.

SANTOS, F. C. **Transição do adolescente com HIV/aids para os serviços de referência adulto**. 2015, 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianopolis, 2015.

SAWYER, S. M.; BLAIR, S.; BOWES, G. Chronic illness in adolescents: transfer or transition to adult services? **J Paediatr Child Health.**, v. 33, p. 88-90, 1997.

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. **Soc Indic Res.**, v. 72, n. 2, p. 153-188, 2005.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, p. 101-108, 2012.

SEPHTON, S. E, et al. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. **Breast J.**, v. 7, n. 5, p. 345-353, 2001.

SCARINCI, E. G. et al. Spiritual Well-Being and Spiritual Practices in HIV-Infected Women: A Preliminary Study. **JANAC**, v. 20, n. 1, p. 69-76, 2009.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 3, p. 455-462, p. 2006.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 989-995, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a28.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SHARMA, N. Attitudes Toward Transitioning in Youth With Perinatally Acquired HIV and Their Family Caregivers. **Journal of the association of nurses in aids care**, v. 25, n. 2, p. 168-175, 2014.

SCOCHI, C. G, et al. Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 80-89, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea11.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2016.

SIMONI, J. M.; MARTONE, M. G.; KERWIN, J. F. Spirituality and Psychological Adaptation Among Women With HIV/AIDS: Implications for Counseling. **Journal of Counseling Psychology**, v. 49, n. 2, p.139-147, 2002.

SIU, G. E.; KENNEDY, C. E.; BAKEERA-KITAKA, S. Young people with HIV attending a transition clinic in Kampala, Uganda: An exploratory study of social context, illness trajectories, and pathways to HIV testing and treatment. **Children and Youth Services Review**, v. 65, p. 9-16, 2016.

SMITH, S. T, et. al. Reconnecting to Spirituality: Christian-Identified Adolescents and Emerging Adult Young Men's Journey from Diagnosis of HIV to Coping. **Relig Health**, v. 56, p. 188-204, 2016.

SMITH, C.; DENTON, M. L. **Soul searching: the religious and spiritual lives of American teenagers**. New York: Oxford University Press, 2005.

SOARES, M. S.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Cuidados de Enfermagem a uma Paciente com Aids À Luz da Variável Espiritual do Modelo Teórico de Betty Neuman. **Cienc. cuid. Saúde**, v. 3, n. 2, p. 187-194, 2004. Disponível em: <<http://www.eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../5425/3477>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

SOMLAI, A. M.; HECKMAN, T. G. Correlates of spirituality and well-being in a community sample of people living with HIV disease. **Mental Health, Religion & Culture**, v. 3, n.1, p. 57-70, 2000.

SOUZA E, et al. Long-term follow-up outcomes of perinatally HIV-infected adolescents: infection control but school failure. **J Trop Pediatr.**, v. 56, p.421-426, 2010.

STEIN, R. E. et al. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. **The Journal of pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 342-347, 1993.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STEGLITZ, J, et al. Divinity and Distress: The Impact of Religion and Spirituality on the Mental Health of HIV-Positive Adults in Tanzania. **AIDS Behav**, v. 16, p. 2392-2398, 2012.

SZAFLARSKI, M, et al. Multidimensional Assessment of Spirituality/ Religion in Patients with HIV: Conceptual Framework Refinement and empirical. **J Relig Health**, v. 51, p.1239-1260, 2012.

SZAFLARSKI, M, et al. Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients' Perceptions of Living with HIV/AIDS. **J. Gen Intern Med**, v. 21, p. 28-38, 2006.

TANNER, A. E, et al. Transitioning HIV-Positive Adolescents to Adult Care: Lessons Learned from Twelve Adolescent Medicine Clinics. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, p. 537-543, 2016.

TARTARO, J.; LUECKEN, L. J.; GUNN, H. E. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. **J Health Psychol.**, v. 10, n. 6, p. 753-766, 2005.

TASSIOPOULOS, K. Following young people with perinatal HIV infection from adolescence into adulthood: the protocol for PHACS AMP Up, a prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 6, p.1-8, 2016.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface**. v.13, supl. 1., 2009.

TRANCOSO, A. E. R. **Juventudes: o conceito na produção científica brasileira**. 2012. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Alagoas, 2012.

TREVINO, K. M, et al. Religious coping and physiological, psychological, social and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. **AIDS Behavior**, v. 14, p. 379-389, 2010.

TUCK, I.; THINGANJAN, W. An exploration of the meaning of Spirituality voiced by persons living With HIV disease and healthy adults. **Mental Health Nursing**, v.28, p.151-166, 2007.

TULLOCH, O, et al. From Transmission to Transition: Lessons Learnt from the Thai Paediatric Antiretroviral Programme. **PLOS ONE**, v. 9, n. 6, 2014.

VALENZUELA, J. M, et al. Transition to Adult Services among Behaviorally Infected Adolescents with HIV-A Qualitative Study. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 36, n. 2, p. 134-140, 2011.

VANCE DAVID, et al. Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. **Clin Interv Aging**, v. 6, p. 101-109, 2011.

VIJAYAN, T, et al. We never thought this would happen: Transitioning care of adolescents with perinatally acquired HIV infection from pediatrics to internal medicine. **AIDS Care**, v, 21, n. 10, p. 1222-1229, 2009.

VINER, R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? **Archives of Disease in Childhood**, v. 81, (sl), p. 271-275, 1999.

VILAÇA, M. E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

VITALLE, M. S. S; MEDEIROS, E. H. G. R. O adolescente. In: PUCCINI, R. F; HILÁRIO, O. E. **Semiologia da criança e do adolescente**. Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo: Guanabara Koogan, 2008.

VITALLE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. São Paulo: Manole, 2008, 650p.

WEAVER, A. J., FLANNELLY, K. J., STROCK, A. L. A review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. **Adolescence**, v. 40, n. p. 761-776, 2005.

WEIJSENFELD, A. M, et al. Virological and Social Outcomes of HIV-Infected Adolescents and Young Adults in The Netherlands Before and After Transition to Adult Care. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, p. 1105-1112, 2016.

WIENER, L. S, et al. The HIV Experience: Youth Identified Barriers for Transitioning from Pediatric to Adult Care. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 36, n. 2, p. 141-154, 2011.

WIENER, L. S, et al. Transition From a Pediatric HIV Intramural Clinical Research Program to Adolescent and Adult Community-Based Care Services: Assessing Transition Readiness. **Soc Work Health Care**, v. 46, n. 1, p. 1-19, 2007.

WENZEL, S. L. et al. A pilot of a tripartite prevention program for Homeless young women in the transition to Adulthood. **Women's Health**, v. 19, p. 193-201, 2009.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância: adolescência, uma fase de oportunidades**. New York. UNICEF, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 27 out. 2014.

UNAIDS. Joint United Programme on HIV/AIDS. Diretrizes de terminologia do UNAIDS/ONUSIDA. 2011.

UZARK, K, et al. Assessment of transition readiness in adolescents and young adults with heart disease. **J Pediatr.**, v. 167, p. 1233-1238, 2015.

YI, M. S, et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. **J Gen Intern MED**, v. 21, p. 21-27, 2006

WHO. **Relatório 2014**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ZIMMER, L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. **J. Adv. Nurs**, v. 53, n. 3, p. 311-318, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Quadro 1 - Artigos da Pesquisa sobre a produção do conhecimento acerca da espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/aids. 30 estudos. LILACS; MEDLINE; SCOPUS; Web of Science, 1998-2014. Porto Alegre,

	Referência	Objetivo	Principais Resultados	Conceito sobre espiritualidade
1	BERNSTEIN; D'ANGELO, J.L. LYON, M.E. An Exploratory Study of HIV+ Adolescents' Spirituality: Will you pray with Me? <i>Relig Health</i> , v. 52, p. 1253-1266, 2013.	Determinar se os adolescentes acham aceitável os médicos explorarem suas crenças espirituais, como parte de seus cuidados médicos, caracterizar o papel da espiritualidade e crenças religiosas em adolescentes com e sem HIV, e para verificar associações entre a espiritualidade/religião e qualidade de vida.	Ambos os adolescentes, com e sem HIV, aprovaram a possibilidade de os médicos abordarem em suas consultas, assuntos espirituais. Assim, acreditam que o médico o compreenderia melhor se soubesse de suas crenças (62%), auxiliaria na compreensão de como as suas crenças influenciam na forma de como lidam com o mal-estar (59%).	Espiritualidade é difícil de definir. Trata-se de olhar para dentro e ter a consciência de que há algo sagrado. Religião organiza a espiritualidade no coletivo por meio das experiências de um grupo de pessoas em um sistema de crenças e práticas.
2	SANTO, C.C.E. et al. Marques, S.C. adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: estudo de representações sociais. <i>Rev. enferm. UERJ</i> , v.21, n.4, p.458-63, 2013.	Analisar as expressões da espiritualidade de pessoas HIV/AIDS no processo de adesão à terapia antirretroviral, a partir de suas representações sociais acerca da própria terapia.	Percebe-se que vivência espiritual se dá principalmente através da vontade de viver, o que faz com que a adesão à terapia medicamentosa seja realizada. Destaca-se, desse modo, a importância da expressão de uma espiritualidade saudável sem interferência negativa no processo de adesão à terapia medicamentosa.	Entende-se espiritualidade como uma dimensão pessoal relacionada à busca de respostas para as questões fundamentais sobre a vida e o seu significado, bem como sobre relacionamento com o sagrado ou o transcendente, a qual pode ou não levar ou culminar no desenvolvimento de rituais religiosos e formação de comunidade. Trata-se de um conjunto de práticas, atitudes, valores e sentimentos que nasce de uma relação consigo próprio, com o divino e com o outro, dando sentido à vida e às histórias pessoais, influenciando e sendo influenciada por fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos.
3	PÉREZ-GIRALDO, B.; VELOZA-GÓMEZ, M.M.; ORTIZ-PINILLA, J.E. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with	Identificar o processo de enfrentamento e adaptação e sua relação com a perspectiva espiritual em paciente com HIV/AIDS.	Existe relação entre a perspectiva espiritual e o processo de enfrentamento e adaptação à doença do HIV/AIDS.	Define a perspectiva espiritual como a visão pessoal de encontrar sentido na vida por meio de um sentido de inter-relação com algo maior do que o próprio ser, que transcende a si mesmo

<p>HIV/AIDS. Invest Educ Enferm. v.30, n. 3, 2012.</p>			<p>e melhora-lo de uma forma que habilita os indivíduos sem desvalorizá-los. Essa inter-relação pode ser intrapessoal (consigo mesmo), interpessoal (com o mundo: outro e da natureza), ou transpessoal (com um ser transcendente: Deus ou um poder superior a origem comum do indivíduo).</p>
<p>4 CAIXETA, C. R. C. B, et al. O apoio espiritual para as pessoas que vivem com HIV/AIDS: Um estudo brasileiro exploratório, descritivo. Nuring and Health Sciences, v. 14, p.14, 514-519, 2012.</p>	<p>Identificou-se a religião e a espiritualidade na experiência dos usuários em um serviço de saúde pública específica para tratamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids.</p>	<p>Espiritualidade e a religião serviram como fontes de apoio, fortalecendo em como lidar com a doença, permitindo uma melhor adesão ao tratamento, auxiliou a aliviar o sofrimento.</p>	<p>Espiritualidade refere-se a uma orientação filosófica, capaz de gerar comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo significados para a vida dos cidadãos. Neste estudo, apoio espiritual foi construído como um recurso sócio-ambiental percebida no contexto da relação do indivíduo com Deus, espiritualidade e religião.</p>
<p>5 DALLAS R. H, et al. Longitudinal Pediatric Palliative Care: Quality of Life & Spiritual Struggle (Face): Design and methods. Contemporary Clinical Trials, v. 33, p. 1033-1043, 2012.</p>	<p>Avaliar ao longo prazo eficácia da intervenção Face em congruência em EOL e preferências de tratamento entre adolescentes com AIDS e sua família, o conflito decisional sobre as decisões de fim de linha, a qualidade de comunicação sobre os cuidados EOL, e a qualidade de vida</p>	<p>Esta intervenção usa formalmente famílias no processo de tomada de decisão do adolescente. A dupla (adolescente e familiar) estará envolvida em conversas sobre preferências de tratamento, que podem ser compartilhados com o adolescente e com o prestador de cuidados de saúde. A partir disso pode-se refletir acerca da melhora da qualidade da assistência espiritual como uma dimensão dos cuidados paliativos.</p>	<p>Não apresenta.</p>
<p>STEGLITZ, J, et al. Divinity and Distress: The Impact of Religion and Spirituality on the Mental Health of HIV-Positive Adults in Tanzania. AIDS Behav, v. 16, p. 2392-2398, 2012.</p>	<p>Examinou a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental no contexto da um quadro para aliviar o stress.</p>	<p>A espiritualidade indiretamente relaciona-se com a melhoria das condições de uma doença crônica por meio de um melhor apoio social. Destaca-se a importância e a utilidade em se avaliar a religiosidade e espiritualidade como construções distintas enfrentamento e do viver</p>	<p>Espiritualidade é visto como uma forma mais pessoal, interior de religião que gira em torno de uma dimensão mais profunda à vida humana. Além disso, no mundo moderno, a espiritualidade pode ser independente</p>

		com HIV.	da religião, e vice-versa.	
6	SZAFLARSKI M, et al. Multidimensional Assessment of Spirituality/ Religion in Patients with HIV: Conceptual Framework Refinement and empirical. J Relig Health, v. 51, p.1239-1260, 2012.	Avaliar a medida da espiritualidade/religião em pacientes com HIV, examinando a estrutura fator subjacente a uma escala de 56 itens espiritualidade/religião.	Como este estudo sugere que a espiritualidade/religião pode ser mensurável com menos itens nas escalas existentes e serem selecionadas, outras técnicas poderia ajudar a criar versões mais curtas de uma avaliação multidimensional de espiritualidade/religião.	Espiritualidade/religião é por vezes usado como um termo guarda-chuva termo para denotar as várias dimensões da espiritualidade e da religião/religiosidade.
7	DALMIDA, S. G, et al.The Meaning and Use of Spirituality Among African American Women Living With HIV/AIDS. West J Nurs Res, v.34, n.6, p. 734-736, 2012.	Descrever o significado e o uso da espiritualidade mulheres africanas que vivem com HIV / AIDS no sudeste dos Estados Unidos.	Destaca-se a importância da espiritualidade na saúde e bem-estar entre as mulheres africanas que vivem com HIV/AIDS. É significativo a importância e papel da espiritualidade entre mulheres e as variadas formas pelas quais eles vivenciam e expressar a espiritualidade.	Espiritualidade pode envolver sentimentos de conexão com o outro, bem como, para encontrar significado na vida. No entanto, cada pessoa e paciente pode definir a sua experiência de espiritualidade de várias e maneiras.
8	COBB, R. K. How Well Does spirituality Predict Health Status in Adults Living with HIV-Disease: A Neuman Systems Model Study. Nursing Science Quarterly, n. 25, v. 4, p. 347-355. 2011.	Examinar a relação entre a espiritualidade e o estado de saúde de 39 homens e mulheres adultos vivendo com HIV.	O aumento da Espiritualidade foi associado com a diminuição dos sintomas relacionados ao HIV. O componente existencial da espiritualidade é um contribuinte essencial para a saúde de adultos vivendo com HIV.	Cada pessoa nasce com uma força de energia espiritual e o corpo tem o potencial de ser alimentada através do uso positivo desta variável. A espiritualidade controla a mente e a mente consciente ou inconscientemente controla o corpo.
9	LYON, M. E, et al. Spirituality in HIV-infected Adolescents and Their Families: Family Centered (FACE) Advance Care Planning and Medication Adherence. Journal of Adolescent Health, v. 48, p. 633-636, 2011.	Explorar o efeito da espiritualidade e crenças religiosas em família e adolescentes utilizando a (FACE) Advance Care Planejamento e adesão à medicação HIV.	Conversas com a família teve um efeito especialmente positivo sobre a adesão à medicação e sobre as crenças espirituais entre os comportamentos dos adolescentes infectados.	Não apresenta.
10	LOCKENHOFF, C. E, et al. Five Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiosity and mental health of people Living with HIV. Journal of Personality, v. 77, n.5,	Examinamos a associação entre cinco fatores de domínios de espiritualidade/religiosidade, bem como sua associação conjunta com a saúde mental.	Ambos os traços de personalidade e espiritualidade/religiosidade (E/R) foram significativamente associados à saúde mental. As análises sugerem que os benefícios de S/R para a saúde mental são em grande parte	Espiritualidade, geralmente, refere-se a experiências subjetivas, não-centrada-igreja do transcendente que impregnam a vida cotidiana com um senso de significado. Algumas conceituações de

	2009.	dependente de traços de personalidade subjacentes de uma pessoa.	espiritualidade também englobam um sentido de comunhão com a humanidade e compaixão para com os outros.
11	PÉREZ, J. E, et al. Spiritual Striving, Acceptance Coping, and Depressive Symptoms among Adults Living with HIV/AIDS. <i>J Health Psychol</i> , v. 14, n. 88, 2009.	Examinaram os efeitos de esforço espiritual, apoio social, e aceitação de enfrentamento de mudanças nos sintomas depressivos entre os adultos vivendo com HIV/AIDS.	Os níveis mais elevados de esforço espiritual preveem níveis mais baixos de sintomas depressivos. A relação entre o esforço espiritual e sintomas depressivos é mediada pelo suporte social e aceitação de enfrentamento
12	KREMER, H.; IRONSON G.; KAPLAN, L. The fork in the road: HIV as a potential positive turning point and the role of spirituality. v. 21, n. 3, p. 368-377, 2009.	Como que as pessoas com HIV percebem sua doença como o ponto de mudança positiva/negativo em suas vidas?	O HIV pode ser visto como tanto positivo quanto um desafio. Pode ser visto como uma oportunidade para a pessoa crescer, tanto espiritualmente quanto psicologicamente, ao chegar a um acordo com este desafio de vida.
13	SCARINCI, E. G, et al. Spiritual Well-Being and Spiritual Practices in HIV-Infected Women: A Preliminary Study. <i>JANAC</i> , v. 20, n. 1, p. 69-76, 2009.	Descrever duas dimensões da espiritualidade (bem-estar espiritual e práticas espirituais) e determinar as relações entre as dimensões de Espiritualidade em mulheres infectadas pelo HIV.	Uma significativa relação positiva foi mostrada entre Contagem de células CD4 e bem-estar espiritual. A espiritualidade é um componente importante na vida e cuidado das mulheres com infecção pelo HIV.
14	CASAREZ, R. L. P.; MILES, M. S. Spirituality: A Cultural Strength for African American Mothers With HIV. <i>Clin Nurs Res</i> , v. 17, n. 118, p. 117-132, 2008.	Descrever como a espiritualidade afetou a vida de mães afro-americanas com o HIV.	As mulheres tratadas com HIV expressaram um relacionamento com Deus. Dois domínios explicam essa relação: Deus no controle e Deus requer nossa participação. Os benefícios da sua relação com Deus é reflete a diminuição do estresse. Isso ocorre em virtude da mulher se preocupar com a sua própria saúde e a de seus filhos.
15	RIDGE, D, et al. Like a prayer: the	Analisamos o papel da	As pessoas atribuíram mudanças subjetivas Espiritualidade diz respeito à busca

	role of spirituality and religion for people living with HIV in the UK. <i>Sociology of Health & Illness</i> , v. 30, n. 3, p.413-428, 2008.	espiritualidade e da religião para pessoas que vivem com HIV.	específicas de bem-estar (exemplo ansiedade reduzida, aumento da força) por meio da oração e da meditação.	individual de entender e atribuir significado à vida e ao sagrado.
16	LITWINCZUK, K. M.; GROH, C. J. The relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. <i>JANAC</i> , v. 18, n. 3, p. 14-22, 2007.	Examinar a relação entre espiritualidade, propósito na vida, e bem-estar em uma amostra de Homens e mulheres HIV-positivas.	A pesquisa mostrou que a espiritualidade tem um efeito positivo sobre a saúde mental e física das pessoas HIV-positivas.	Espiritualidade não é sinônimo de adaptação psicológica de enfrentamento, mas sim é a possibilidade uma pessoa tentar se entender e de se conectar com o transcendente.
17	FITZPATRICK, A. L, et al. Survival in HIV-1-positive adults Practicing psychological or spiritual activities for one year. <i>Altirn Thcr Health Mt:d</i> . v. 13, n. 5, p. 1-24, 2007.	Investigar a associação entre a sobrevivência e o uso de atividades psicológicas e espirituais praticado mais de 1 ano em pacientes HIV-positivo.	Participação em terapias espirituais e psicológicas pode estar relacionada com os resultados clínicos benéficos em indivíduos HIV-positivo, incluindo a melhoria da sobrevivência.	Não apresenta.
18	TUCK, I.; THINGANJAN, W. A An exploration of the meaning of Spirituality voiced by persons living With HIV disease and healthy adults. <i>Mental Health Nursing</i> , v.28, p.151-166, 2007.	Descrever o significado da espiritualidade por adultos que vivem com HIV.	Seis temas foram identificados: Espiritualidade como uma crença em Deus (um poder superior ou religião); A espiritualidade como canal que ajuda; (3) A espiritualidade como fonte; A espiritualidade expressa através de ações como orar, meditar, e frequentar a igreja; Deus está presente e dando; e Espiritualidade como sua essência ou centro.	Não apresenta.
19	YI, M. S, et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. <i>J Gen Intern MED</i> , v.21, p.21-27, 2006.	Explorar as várias facetas específicas de religião, religiosidade e espiritualidade, e sua relações com os sintomas depressivos em pacientes com HIV.	Ajudar a resolver as necessidades espirituais dos pacientes no ambiente de saúde ou na comunidade pode ser uma maneira de diminuir os sintomas depressivos em pacientes com HIV/AIDS.	Espiritualidade é o propósito da vida de um indivíduo e o significado que ele atribui a conexão pessoal à verdade divina. A partir desse ponto de vista, a concepção de espiritualidade, depende mais do contexto individual do que o institucional.
20	CARRICO, A. W, et al. A Path model of the effects of spirituality	Examinou as associações entre espiritualidade, coping reavaliação	A espiritualidade foi a estratégia de coping relacionada com sintomas depressivos mais	Não apresenta.

	on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , v. 61, p.51- 58, 2006.	positiva, e como eles se relacionam com os sintomas depressivos dentro das 24 h por meio do cortisol urinário.	baixos.	
21	RAMER, L. et al. The Effect of HIV/AIDS Disease Progression on Spirituality and Self-Transcendence in a Multicultural Population. <i>J Transcult Nurs</i> , v. 17, p.280-289, 2006.	Avaliar a relação do nível de espiritualidade percebida e auto-transcendência com fatores de risco hipotéticos incluindo aculturação, carga viral, contagem de células CD4, e dados demográficos do paciente e a história médica.	Correlações significativas foram encontradas entre espiritualidade e fatores clínicos: nível de CD4, a HAART, comorbidade da doença, contagem de RNA viral e infecções oportunistas. A espiritualidade foi associada com menor depressão e um menor nível de dor.	A perspectiva espiritual inclui uma dimensão no comportamento que permite crer em um poder superior e um método de se relacionar ou de se comunicar com o poder superior. As crenças a respeito de um maior poder podem ou não pode ser fundamentada na religião convencional.
22	IRONSON, G.; STUETZLE, R.; FLETCHER, M. A. An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 years in people with HIV <i>Gen Intern Med</i> , v. 21, p. 62-68, 2006.	Determinar se as mudanças na espiritualidade/religiosidade estão relacionadas com a progressão da doença.	Quarenta e cinco por cento da amostra apresentou um aumento da religiosidade/espiritualidade após o diagnóstico de HIV. Pessoas que relatam um aumento na espiritualidade /religiosidade após o diagnóstico tiveram significativamente maior preservação de células CD4.	Não apresenta.
23	SZAFLARSKI, M, et al. Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients' Perceptions of Living with HIV/AIDS. <i>J. Gen Intern Med</i> , v. 21, p. 28-38, 2006.	Estimar os efeitos diretos e indiretos da espiritualidade / religião na percepção de dos pacientes com HIV/AIDS.	Cerca de um terço dos pacientes sentiam que a sua vida era melhor agora do que era antes de ser diagnosticado com HIV / AIDS. Um aumento de 1 SD na espiritualidade / religião foi associada com um aumento de 68,50% em chances de sentir que a vida melhorou - 29,97%,	Espiritualidade é cada vez mais usado para representar a dimensão pessoal, subjetiva da experiência religiosa.
24	PHILLIPS, K, et al. Spiritual well-being, sleep Disturbance, and mental and Physical health status in HIV-infected individuals. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , v. 27, p.125-139, 2006.	Determinar a relação entre a angústia espiritual e o estado de saúde e a qualidade do sono em indivíduos infectados pelo HIV.	Uma ampla gama aspectos físico mental, e fatores psicossociais influenciam a qualidade de vida em indivíduos infectados pelo HIV.	O bem-estar espiritual é explicitado por meio de dois componentes: o bem-estar religioso e bem-estar existencial. O bem-estar religioso é definido a partir da relação da pessoa com algo maior. O bem-estar existencial é a associação dos comportamentos éticos e morais de uma pessoa que afetam as interações

			com mundo físico e humano.	
25	COTTON, S, et al. Changes in Religiousness and Spirituality Attributed to HIV/AIDS Are There Sex and Race Differences? J Gen Intern MED, v. 21, p.14-20, 2006.	Descrever as mudanças na religiosidade e espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS e determinar se estas alterações diferem por sexo e raça.	As pessoas com HIV/AIDS relataram mais, ou igualmente mais espirituais do que eram antes de seu diagnóstico de HIV/AIDS e sua condição sorológica afeta as suas experiências sociais com suas comunidades religiosas.	Não apresenta.
26	SIMONI, J. M.; MARTONE, M. G.; KERWIN, J. F. Spirituality and Psychological Adaptation Among Women With HIV/AIDS: Implications for Counseling. Journal of Counseling Psychology, v. 49, n. 2, p.139-147, 2002.	Examinamos a espiritualidade e suas correlações bem como com o mecanismo de coping bem como a frequência de enfrentamento; examinou-se a capacidade de base espiritualmente enfrentamento para explicar variação na adaptação psicológica.	A Espiritualmente foi correlacionada com enfrentamento suas associações, empiricamente, tem demonstrado maior bem-estar psicológico entre mulheres que vivem com HIV/AIDS. Afirmam que o funcionamento espiritual é uma área importante e vital.	As definições de espiritualidade são amplas o suficiente para cobrir as crenças existenciais, tais como a busca de significado e propósito na vida, e incluindo, até mesmo o oculto.
27	IRONSON, G, et al. The Ironson–Woods Spirituality/Religiousness Index Is Associated with Long Survival, Health Behaviors, Less Distress, and Low Cortisol in People With HIV/AIDS. Ann Behav Med, v. 24, n.1, p. 34-48, 2002.	Determinar a confiabilidade e validade de um instrumento que mede tanto a espiritualidade e religiosidade de pessoas com HIV/aids.	Ressalta-se que dimensões da religiosidade/ espiritualidade estão relacionados não apenas à sobrevivência mais longa das pessoas, mas também em grande número de medidas psicossociais apresentam benefícios (angústia, esperança, otimismo, menos ansiedade), bem como se relaciona com comportamentos benéficos (sexo seguro, menor uso de álcool, fumar menos, sentem-se com maior vontade de revelar seu diagnóstico ao parceiro), e fisiológica (menos de cortisol).	Não apresenta
28	SOMLAI, A. M.; HECKMAN, T. G. Correlates of spirituality and well-being in a community sample of people living with HIV disease. Mental Health, Religion & Culture, v. 3, n.1, p. 57-70, 2000.	Analisar as relações entre sua espiritualidade, qualidade de vida, percepção de apoio social e de enfrentamento e adaptação esforços.	Encontrou-se relações entre o apoio social, e resolução de problemas, satisfação com relação a vida em relação a gênero e raça, apontando maiores níveis de espiritualidade entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS.	Não apresenta
29	COLEMAN, C. L.; HOLZEMER, W. L. Spirituality, Psychological	Explorar a contribuição do bem-estar espiritual e os sintomas de	As descobertas sugerem que o bem-estar existencial está relacionado ao bem-estar	O bem-estar existencial e bem-estar religioso, são ambos os conceitos que

<p>Well-Being, and HIV Symptoms for African Americans Living with HIV Disease. <i>Journal of The Association of Nurses In Aids Care</i>, v.10, n. 1, p. 42-50, 1999.</p>	<p>HIV com medições psicológicas de depressão, esperança e ansiedade.</p>	<p>espiritual muito mais do que o bem-estar religioso. O bem-estar espiritual também foi significativamente relacionado com as medições psicológicas dos participantes. Encontrou-se que os sintomas de HIV foram encontrados diminuídos por meio do bem-estar psicológico.</p>	<p>representam o bem-estar espiritual. Bem-estar existencial é uma Indicador de ter significado e propósito de vida, ao passo que bem-estar religioso pertence à relação de um indivíduo com Deus. Ambas estas dimensões permitem um indivíduo transcender em suas circunstâncias de vida individuais.</p>
<p>30 HALL, B. A. Patterns of Spirituality in Persons with Advanced HIV Diseas. <i>Research in Nursing & Health</i>, v. 21, p.143-153,1998.</p>	<p>Conhecer a realidade vivência da espiritualidade em pessoas com HIV.</p>	<p>Três grandes temas: propósito na vida emerge da estigmatização; oportunidades de significado surgem de uma doença sem cura; e depois do sofrimento, espiritualidade emoldura a vida.</p>	<p>Espiritualidade é reconhecida como a autenticidade do ser humanos, compromisso com o mais alto e melhor que se pode ser, e da abertura ao transcendente como uma dimensão de vida.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

APÊNDICE B- Caminho para escolha dos DeCS e MeSH Terms

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA

Para a seleção dos DeCS:

1) Acessei a página inicial, clicando em: consulta ao DeCS.



2) Para ter acesso aos descritores e identificar qual seria o melhor a ser utilizado, parti, prioritariamente, para: consulta por índice; permutado.



3) Assim, fui direcionada para a tela a seguir. Entendo que a facilidade do permutado é auxiliar na compreensão, da maneira que os descritores em saúde, são apresentados na literatura científica. Além de permitir inserir, na sua caixa de texto, apenas a raiz do termo a ser procurado.



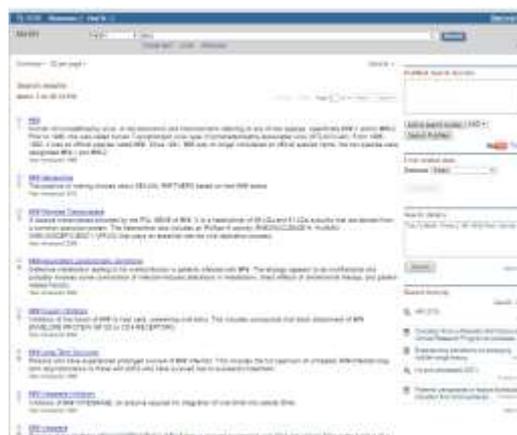
4) Ao clicar em, índice, fui direcionada para a página em que contém as diversas possibilidades para o descritor HIV, que foi utilizado como exemplo, mas os testes foram realizados com termos acima, mencionados a partir das perguntas de pesquisa.



2) Assim descrevi, na caixa de texto: HIV.



3) Ao clicar em: Search, fui redirecionada para a seguinte tela, com as distinções sobre o referido termo.



4) Cliquei em HIV e a base levou-me para as possibilidades da utilização do termo HIV, indexadas no MeSH.



APÊNDICE C- Quadro 2 - Estratégia de busca nas bases de dados. Porto Alegre, RS, 2017.

Descritores e/ou Mesh terms		Bases de dados, portais e bibliotecas						
		PubMed***	NIH***	Web of Science**	Scopus***	LILACS	Scielo	Adolec
Descritor único	Saúde do adolescente	163.513	2.644	69.887	364.629	760	159	35.498
	Adolescente	1.786.744	2.890	277.869	1.968.360	63.358	2.640	154.247
	HIV	84.991	6.052	285.507	252.507	2.862	295	4.932
	AIDS	73.588	7.156	24.466	116.285	9.762	2.900	4.226
	Espiritualidade	6.040	144	12.851	17.105	211	218	149
	Transição da saúde	2.509	2.922	2.085	30.694	91	-	209
	Transição de fase	9.308	904	35.016	-	13	3	35
	Transição para o cuidado do adulto	76	-	-	-	-	-	9
	Transição para assistência do adulto	612	317	-	7.652	2	-	146
Estratégia Integrada*	HIV or AIDS and saúde do adolescente or adolescente and espiritualidade	2.569	10	2.876	54	1.270	2.959	2
	HIV or AIDS and saúde do adolescente or adolescente and Transição da saúde or Transição de fase or Transição para o cuidado do adulto or Transição para assistência do adulto	2.964	17	3.065	148	144	5.515 (somente com transição de fase)	3

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

* Esse é apenas um dos inúmeros caminhos que poderia seguir. Esta estratégia teve o intuito de mostrar que existem produções a serem analisadas. ** Esta base de dados realiza a busca com outros operadores lógicos, além do and e or. Para este momento optou-se por utilizar apenas esses dois. No entanto, para a busca será consultado um profissional bibliotecário para auxiliar na busca e utilização dos demais operadores. *** Nestas bases foram utilizados os MeSH terms, assim como na Web of Science.

APÊNDICE D - Passos realizados para recuperar os documentos nas bases²⁸ de dados e nas bibliotecas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA

1) ADOLEC

1) Para acessar a base ADOLEC, entrei na Biblioteca Virtual em Saúde e, posteriormente, no item: temáticas, foi selecionado: adolescência.



2) A partir disso, apareceu a tela abaixo. No campo 'Search' digitei o descritor: 'HIV'.



3) Após, cliquei no campo: Search.



4) O qual remeteu-me a seguinte tela:

²⁸ As bases de dados Scopus e Web of Science foram acessadas pelo proxy a partir do Portal de Periódicos da CAPES.



5) Ao clicar em: busca avançada, surgiu a seguinte imagem:



6) No campo onde consta: título, resumo, assunto modifiquei para descritor de assunto.



Por meio dos testes, individualmente, dos descritores, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elenquei a seguinte estratégia:



Quando utilizei o filtro: 'adolescente' permaneceram 39 documentos. Estratégia: (tw:(hiv OR aids)) AND (tw:(transição OR transição para o cuidado do adulto)) AND limit:("adolescent").



Assim, para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?**

Estratégia escolhida para recuperação dos documentos:



Quando utilizado o filtro: 'adolescente' permaneceram 67 documentos. Estratégia: (tw:(hiv OR aids)) AND (tw:(transição OR transição para o cuidado do adulto)) AND limit:("adolescent").



2) LILACS

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos descritores, individualmente:

1) Acessei o item pesquisa via formulário iAH



2) Pós, selecionei na barra de rolagem o item: descritor.



3) Escrevi o descritor na caixa de texto.

bvs Pesquisa em bases de dados
biblioteca virtual em saúde

Banco de dados: LILACS Índice Descritor de assuntos

Digite palavra ou início da palavra:
hiv

ou selecione a letra inicial

BC	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
T	U	V	W	X	Y	Z													

Acesso : * permutado alfabético

NOTAS :

- Entre com o descritor em português.
- O índice permutado mostra os descritores que possuem a palavra/parte em qualquer posição.
- O índice alfabético mostra os descritores que iniciam com a palavra/parte.

4) Ao clicar no campo: mostrar índice, remeteu-me para a seguinte tela:

bvs Pesquisa em bases de dados
biblioteca virtual em saúde

Banco de dados: LILACS Índice Descritor de assuntos

Selecione um ou mais termos da lista abaixo:

hiv
anticorpos associados a hiv
antigeno p24 do hiv
antigenos hiv
antigenos associados a hiv
complexo motor cognitivo associado ao hiv
demencia por hiv
doença consumptiva por infeccao pelo hiv
doença de emaciação por infeccao pelo hiv
elemento de resposta ao hiv do hiv

Nova pesquisa no índice

Digite palavra ou início da palavra:

5) Selecionei o descritor.

bvs Pesquisa em bases de dados
biblioteca virtual em saúde

Banco de dados: LILACS Índice Descritor de assuntos

Selecione um ou mais termos da lista abaixo:

hiv
anticorpos associados a hiv
antigeno p24 do hiv
antigenos hiv
antigenos associados a hiv
complexo motor cognitivo associado ao hiv
demencia por hiv
doença consumptiva por infeccao pelo hiv
doença de emaciação por infeccao pelo hiv
elemento de resposta ao hiv do hiv

Nova pesquisa no índice

Digite palavra ou início da palavra:

6) Então, cliquei em: adicionar. O qual remeteu a tela a seguir:

bvs Pesquisa em bases de dados
biblioteca virtual em saúde

Banco de dados: LILACS

1 Pesquisar: "hiv" no campo Descritor de assunto

2 and no campo Palavras

3 and no campo Palavras

7) Assim, após clicar no campo pesquisa para verificar a existência de produções com o referido descritor de assunto.



O descritor “TRANSIÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO” não se encontra no LILACS. Para isso, foi utilizado o termo ‘TRANSIÇÃO’ como palavra.

Utilizando os descritores relacionados à transição as produções são zeradas por isso foi utilizado transição como palavra. Além disso, foram acessados alguns manuscritos para saber como as palavras e/ou descritores são utilizados para se referir à transição.

Para acessar o descritor de assunto na base de dados foi utilizado o campo ‘índice’ a fim de selecioná-lo em conformidade com a maneira que a própria base de dados se reporta.

Por meio dos testes, individualmente, dos descritores, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencaram-se:

Assim, optei por permanecer com a seguinte estratégia:

Já Para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?** Elencaram-se:

Destaca-se que para a estratégia de busca para a referida questão foi suprimido qualquer descritor ou palavra chave que remetesse ao adolescente. Isso foi realizado em decorrência de zerar as

buscas. Assim, foi analisado todas as produções que a base apresentou sobre espiritualidade e HIV/aids.

Na busca foi utilizado o descritor 'religião' por entender que por alguns pesquisadores denominam a religião como uma ferramenta da espiritualidade, utilizando, inclusive como sinônimos. Para tanto, selecionei a seguinte estratégia de recuperação dos documentos.

The screenshot shows the 'Refinar a pesquisa' (Refine search) interface for the LILACS database. The search strategy is as follows:

Item	Operador	Termo	Campo	Índice
1		{ ("HIV") or "AIDS") or "infecções por I	Descritor de assunto	Índice
2	and	{ ("ESPIRITUALIDADE") or "religião"	Palavras	Índice
3	and		Palavras	Índice

Buttons at the bottom: OK CONTINUA, LIMPAR, PESQUISAR.

3) SCIELO

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos descritores, individualmente:

1) Selecionei o campo: coleções de periódicos sendo o país Brasil.

The screenshot shows the SCIELO website interface. The search results are filtered by 'Brasil' and 'Periódicos'. The search criteria are:

- País: Brasil
- Periódicos: Selecionar coleção

Buttons at the bottom: OK CONTINUA, LIMPAR, PESQUISAR.

2) Após, no item: artigos selecionei: Pesquisa de artigos.

The screenshot shows the SCIELO website interface. The search results are filtered by 'Artigos' and 'Pesquisa de artigos'. The search criteria are:

- Artigos: Selecionar coleção
- Pesquisa de artigos: Selecionar coleção

Buttons at the bottom: OK CONTINUA, LIMPAR, PESQUISAR.

3) Fui remetida para a tela abaixo e, posteriormente, clicou-se no índice.

The screenshot shows the SCIELO website interface. The search results are filtered by 'Artigos' and 'Pesquisa de artigos'. The search criteria are:

- Artigos: Selecionar coleção
- Pesquisa de artigos: Selecionar coleção

Buttons at the bottom: OK CONTINUA, LIMPAR, PESQUISAR.

7) Então, cliquei: adicionar. O qual remeteu a tela a seguir:

8) Assim, ao clicar no campo pesquisa apareceu a seguinte tela:

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elencaram-se: Estratégia selecionada com três produções:

Assim, para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?** Realizaram-se as seguintes estratégias de recuperação de documentos: Estratégia selecionada com 56 documentos. Optou-se por não utilizar os descritores que remetessem ao adolescente com a finalidade de ampliar a busca.

períodos artigos
 afa assunto pesquisa autor assunto pesquisa
Coleção da biblioteca
 Base de dados: article Formulário básico
 Pesquisar por: Formulário livre
 Pesquisar no campo
 1 { (HIV) or AIDS } or SOROPOSITIVO Todos os indices índice
 2 and { (ESPIRITUALIDADE) or RELIGIAO Todos os indices índice
 3 and Todos os indices índice
 config limpa pesquisa

4) PUBMED

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos descritores, individualmente:

1) Para ter acesso a referida base acessei pelo MeSH



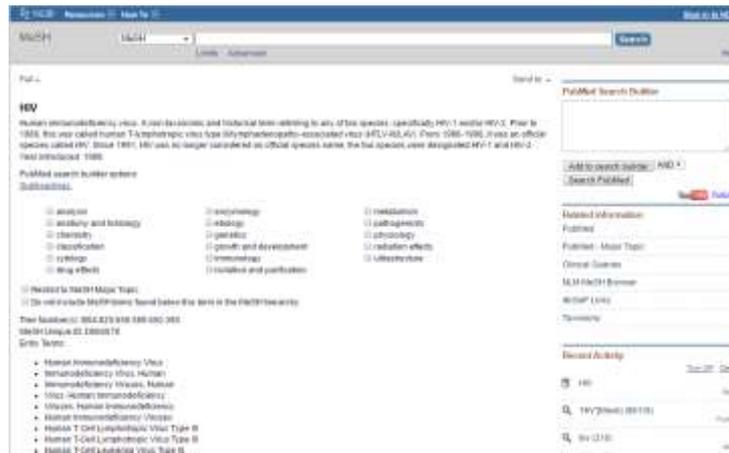
2) Na caixa de texto descrevi o termo 'HIV', após cliquei em 'Search'.



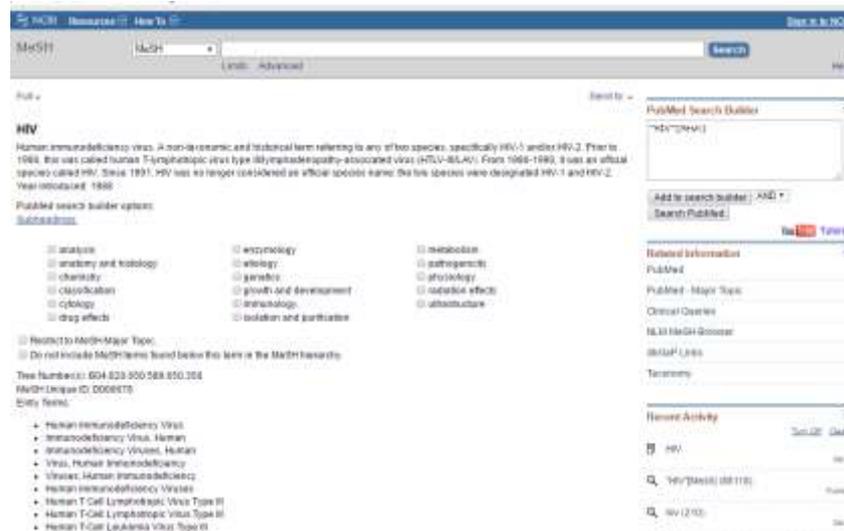
3) A partir desta tela, selecionei 'HIV'.



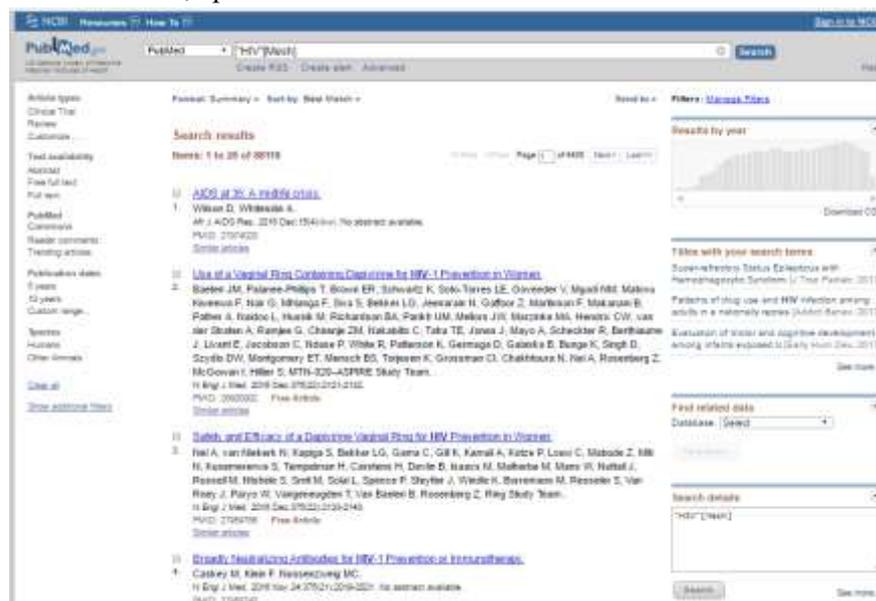
4) Então, a base direcionou-me para a tela a seguir, juntamente com seus 'Entry terms':



5) Ao clicar em ‘Add to search builder’ o MeSH Term ‘HIV’ foi para a caixa de texto.

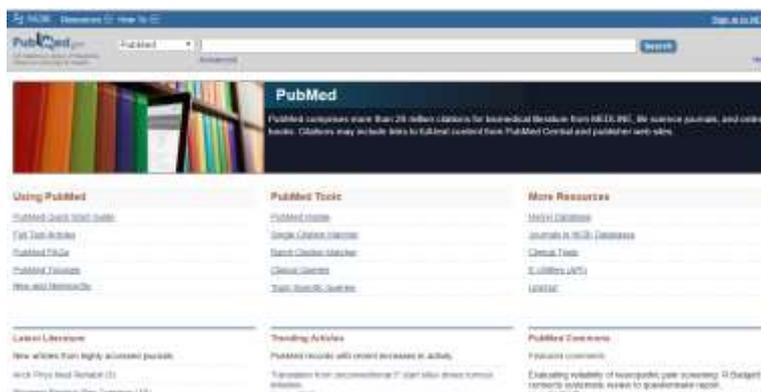


6) Ao clicar em: ‘Search Pubmed, apareceu os resultados dos documentos com o referido MeSH.

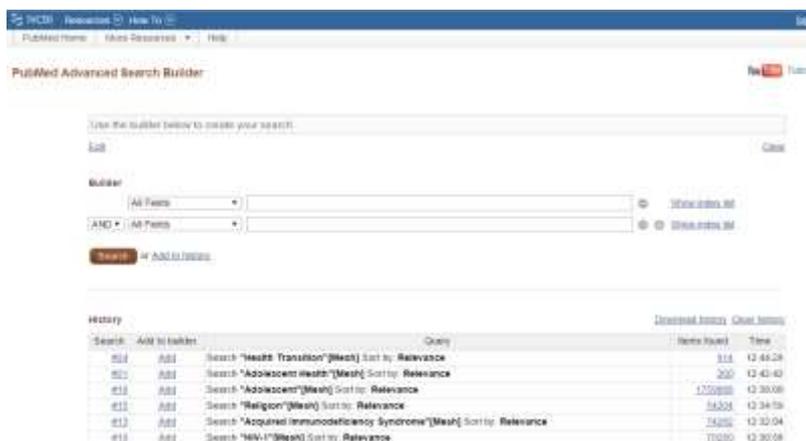


Por meio dos testes, individualmente, dos MeSH Terms, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente.

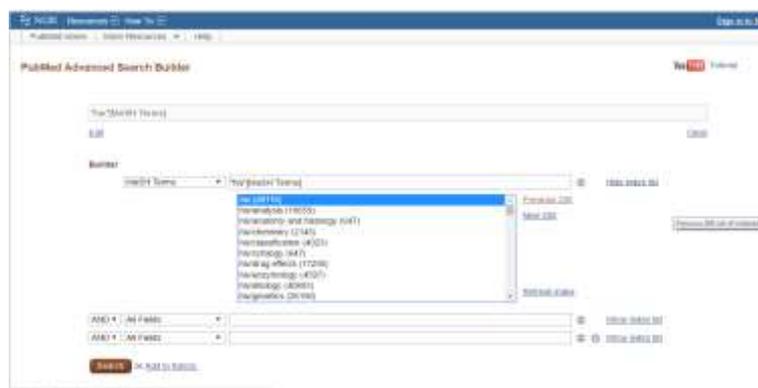
Para realizar as possíveis estratégias de busca acessou-se o ‘Advanced’:



- Após, dei continuidade, por meio dos formulários oferecidos pela base de dados:



- Clicou-se em ‘Hd index list’ para anexar o MeSH Term:



Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Assim, elenquei a seguinte estratégia:

Search	Add to builder	Query	Items found	Date Added
853	Add	Search (["AIDS" OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) Terms"] AND ["ADOLESCENT" OR "HEALTH-ADOLESCENT (MeSH Terms)"] AND ["HEALTH TRANSITION" OR "TRANSITION TO ADULT CARE (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	40	13:47:40
854	Add	Search (["AIDS" OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) Terms"]) Sort by: Relevance	13,381	13:44:58
855	Add	Search ("AIDS" OR "ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (MeSH Terms)") Sort by: Relevance	14,424	13:44:04
856	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	13,381	13:42:55
857	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:00
858	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
859	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
860	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
861	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
862	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
863	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46
864	Add	Search (["AIDS" OR "AIDS (MeSH Terms)"] OR "acquired immunodeficiency syndrome (MeSH Terms) AND adolescent health services (MeSH Terms) AND "health transition (MeSH Terms) AND "transition to adult care (MeSH Terms)"]) Sort by: Relevance	0	13:37:46

Já Para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIVaids?**
Selecionei a seguinte estratégia de recuperação dos documentos.



Na busca foi utilizado o descritor ‘religião’ por entender que por alguns pesquisadores denominam a religião como uma ferramenta da espiritualidade, utilizando, inclusive como sinônimos.

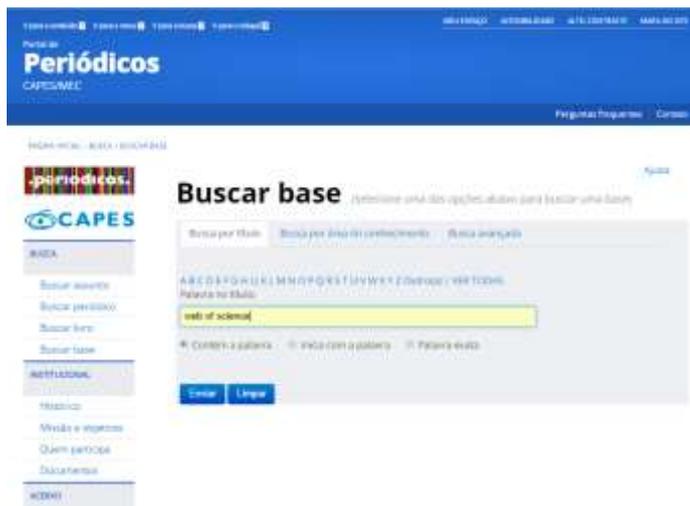
5) Web of Science

Para ter acesso a referida base de dados, necessitei entrar pelo Portal de Periódicos da CAPES a partir da seleção ‘buscar base’.

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos MeSH Terms, individualmente:



2) Após, escrevi o nome da base no campo de busca.



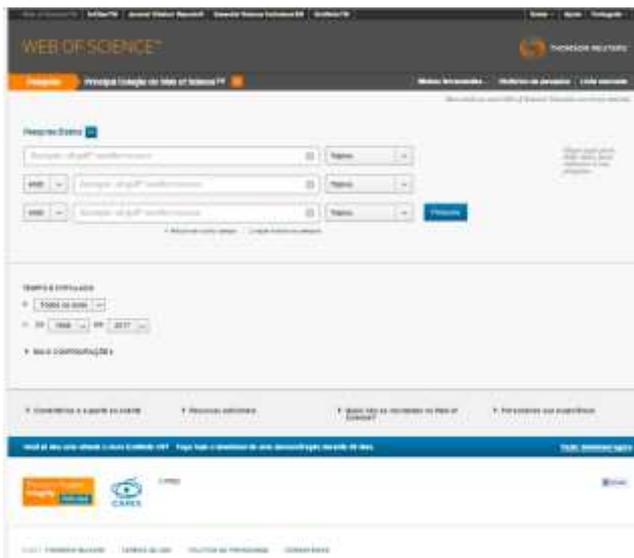
3) Posteriormente, cliquei em 'Enviar' e portal remeteu-me para a seguinte tela:



4) Ao clicar na opção 'Web of Science-Coleção Principal (Thomson Reuters Scinetific)', fui remetida para esta tela:



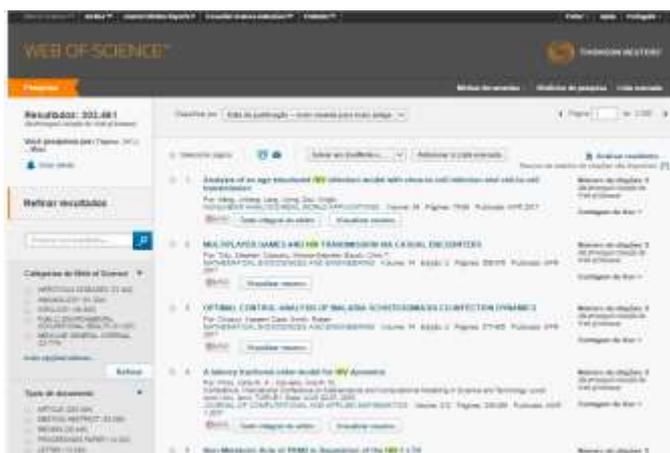
5) Ao ser redirecionada, apareceu a seguinte tela:



6) Assim, os MeSH Terms foram testados, individualmente, como exemplo abaixo:

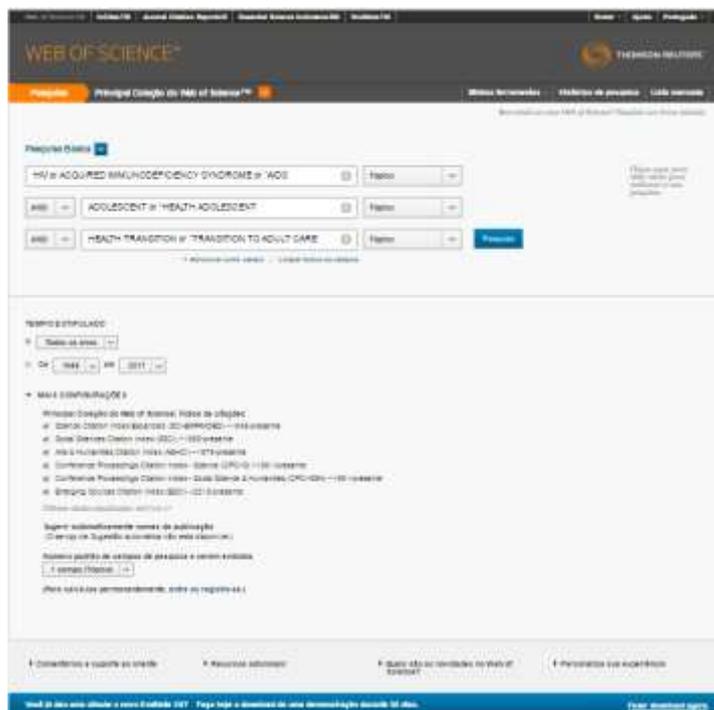


7) Ao clicar em pesquisar, constou o quantitativo de documentos que a base possui com o referido MeSH Term.

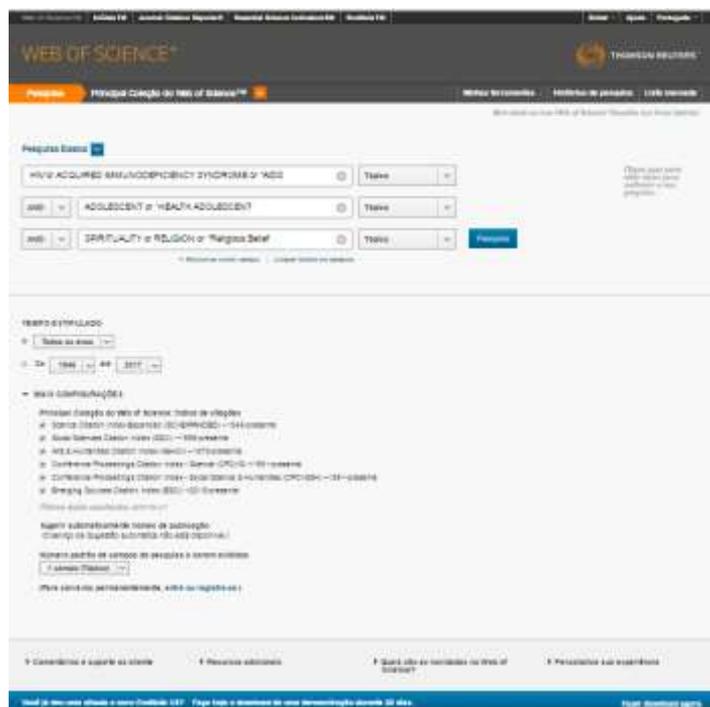


Por meio dos testes, individualmente, dos MeSH Terms, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente. Nesta base de dados, optou-se por utilizar apenas os MeSH Terms exatos. Na referida base, foi utilizado o MeSH Term: 'ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME' e 'AIDS'. Pois aumentava a busca.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Permaneci com a seguinte estratégia de busca:



Já Para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids?**

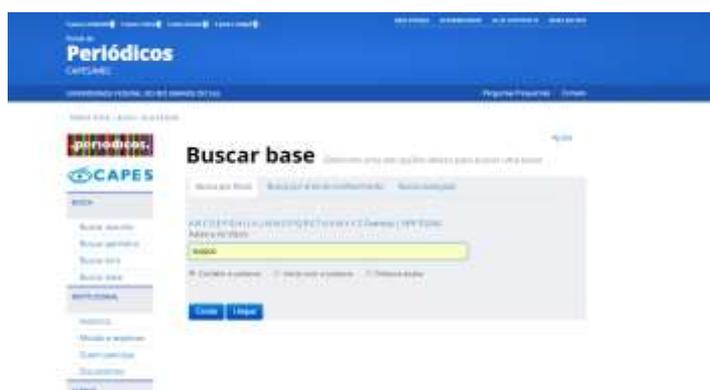


6) SCOPUS

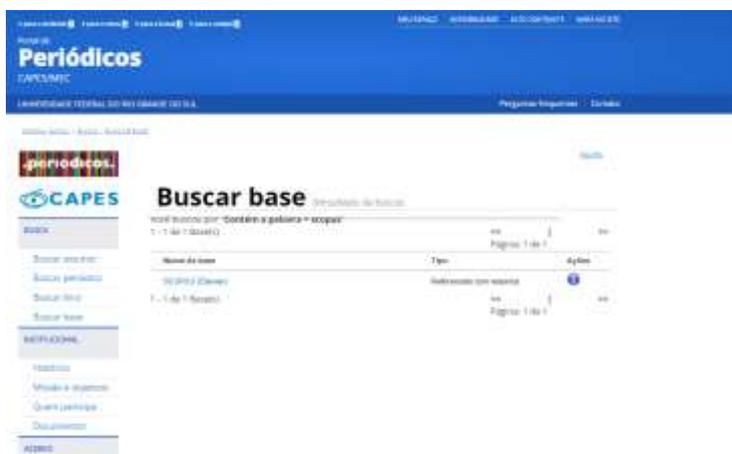
1) Para ter acesso a base de dados Scopus, necessitei entrar pelo Portal de Periódicos da CAPES a partir da seleção 'buscar base'.



2) Na caixa de texto, descrevi o termo Scopus, após cliquei em 'Enviar'.



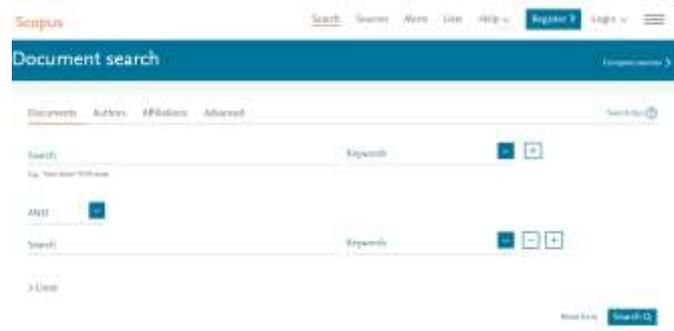
3) A partir desta tela, selecionei 'Scopus'.



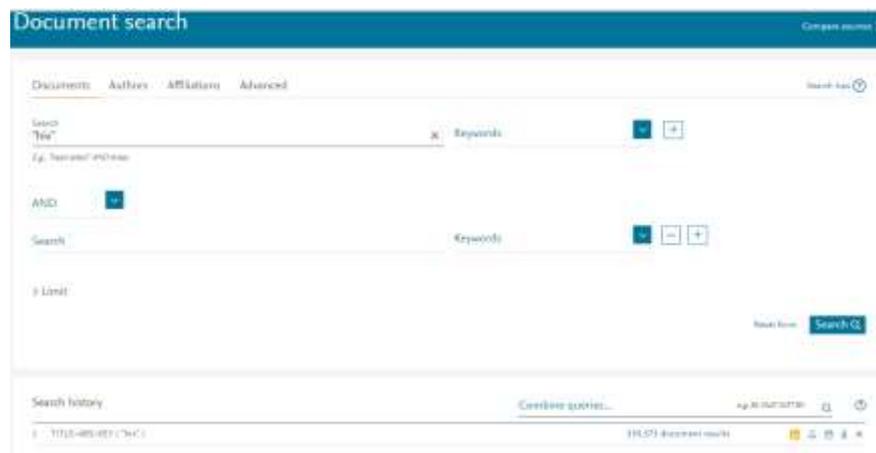
4) Ao clicar em 'SCOPUS Elsevier' o portal remeteu para a seguinte tela:



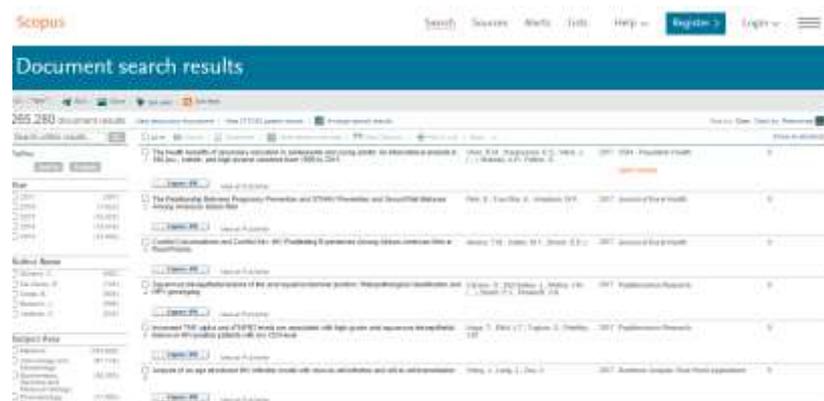
5) Após abriu a seguinte tela com as caixas de texto para a pesquisa avançada.



6) Assim, pude testar todos os MeSH Terms, individualmente, como Keywords, opção dada pela base de dados.

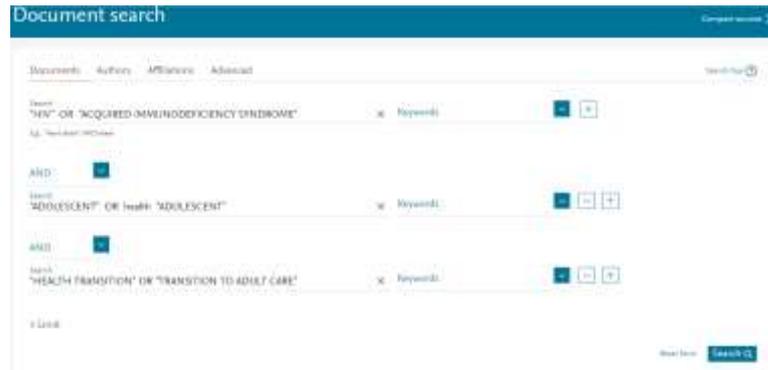


7) Ao clicar em 'Search' a base de dados remeteu-me para a seguinte consulta:

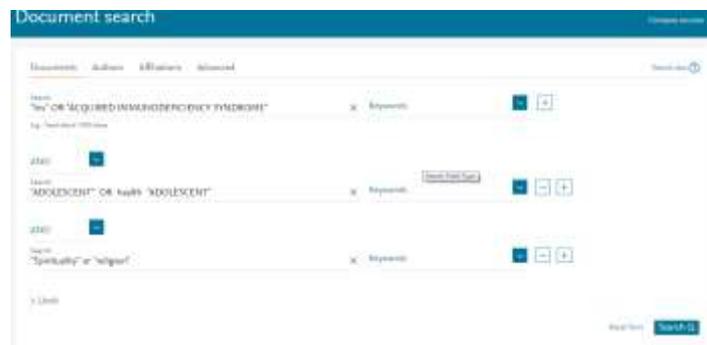


Por meio dos testes, individualmente, dos MeSH Terms, foi possível pensar em estratégias de busca para recuperar os documentos a serem analisados. Para cada pergunta de pesquisa foram realizadas estratégias, separadamente. Nesta base de dados, optou-se por utilizar apenas os MeSH Terms exatos.

Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Assim, optei em permanecer com a seguinte estratégia:



Já Para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids?** Para tanto, selecionei a seguinte estratégia de recuperação dos documentos.

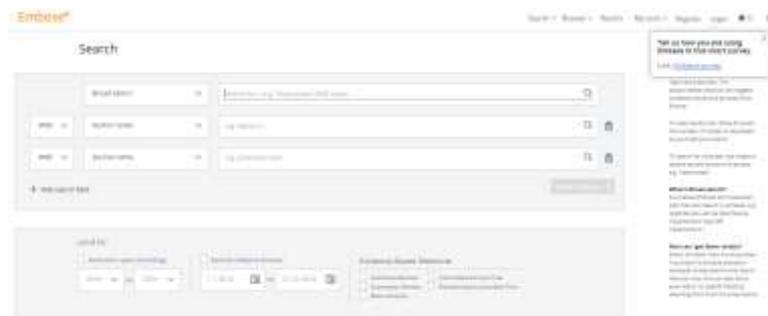


Na busca foi utilizado o descritor 'religião' por entender que por alguns pesquisadores denominam a religião como uma ferramenta da espiritualidade, utilizando, inclusive como sinônimos.

7) EMBASE

Exemplo dos passos seguidos para os testes realizados para todos MeSH Terms, individualmente:

1) Primeiramente, acessei a base de dados:



2) Após, dentro das caixas de texto, delimito o MeSH Term a serem utilizados



3) Ao descrever ‘HIV’ conforme a base orienta, a mesma manda descrever: ‘ Human immunodeficiency vírus.



Assim, para a pergunta: **Como a literatura científica tem apontado a transição para a vida adulta dos adolescentes vivendo com HIV/aids?** Elenquei:



Já Para a questão: **Como é a espiritualidade do adolescente vivendo com HIV/aids?** Permaneci com a seguinte estratégia de busca:



APÊNDICE E - Primeiro Teste de Relevância

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA

Pesquisador:

1 () 2 ()

Nº	Base de dados	Título do artigo	Apresenta Resumo?	É da temática?	É artigo original?	Buscar o artigo na íntegra?
1			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
2			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
3			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
4			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
5			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
6			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
7			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
8			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
9			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído
10*			() Sim () Não	() Sim () Não		() Incluído () Excluído

* O número arábico '10' é meramente ilustrativo, podendo sofrer alterações conforme o desenvolvimento da pesquisa. Na presente pesquisa foram 1.989 documentos avaliados neste momento.

APÊNDICE F - Segundo Teste de Relevância

Avaliação do artigo na íntegra

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE
VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA**

Pesquisador:

1() 2()

Artigo de pesquisa: () Sim () Não

Utiliza seres humanos para a realização da pesquisa? () Sim () Não

Qual a abordagem do estudo? () qualitativa () quantitativa

Qual a técnica de coleta de dados utilizada?

Qual técnica de amostragem utilizada no estudo?

E de análise?

Exclusão:

() teses seus respectivos capítulos

() dissertações seus respectivos capítulos

() monografias e seus respectivos capítulos

Não será estipulado recorte temporal, pois a intenção foi de capturar todos os materiais que estiverem disponíveis e respeitam os critérios previamente estabelecidos e misturados por meio dos métodos de estudos em que os resultados qualitativos não podem ser separados de resultados quantitativos. Na presente pesquisa foram 71 documentos avaliados neste momento.

APÊNDICE G - Terceiro Teste de Relevância**Avaliação do artigo na íntegra**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA

Pesquisadores: 1 () 2 ()

Na presente pesquisa foram 42 documentos avaliados neste momento.

1) O objetivo do estudo tem relação com a questão de pesquisa elencada no projeto da RSL?

() Sim

() Não

Motivo:

2) A metodologia do estudo permite a sua reprodução?

() Sim

() Não

Motivo:

3) O método está adequado para o alcance dos objetivos propostos no estudo?

() Sim

() Não

Motivo:

4) Os resultados são compatíveis com a metodologia?

() Sim

() Não

Motivo:

5) A aplicabilidade dos resultados é possível na prática clínica?

() Sim

() Não

Motivo:

APÊNDICE H - Quadro 11 - Corpus da PSLM, Porto Alegre, RS, 2017

	Código	Referências
		Transição
1	T1	MACHADO, D. M. et al. Adolescents growing with HIV/AIDS: experiences of the transition from pediatrics to adult care. Braz j infect dis. , v. 6, n. 3, p. 229-234, 2016.
2	T2	AGWU, A. L. et al. Aging and Loss to Follow-up Among Youth Living With Human Immunodeficiency Virus in the HIV Research Network. Journal of Adolescent Health , v. 56, p. 345-351, 2015.
3	T3	SHARMA, N. Attitudes Toward Transitioning in Youth With Perinatally Acquired HIV and Their Family Caregivers. Journal of the association of nurses in aids care , v. 25, n. 2, p. 168-175, 2014.
4	T4	NEWMAN, C. et al. Bridging Worlds, Breaking Rules: Clinician Perspectives on Transitioning Young People with Perinatally Acquired HIV Into Adult Care in a Low Prevalence Setting. AIDS PATIENT CARE and STDs , v. 28, n. 7, p. 381-193, 2014.
5	T5	FAIR, C. D.; GOLDSTEIN, B.; DIZNEY, R. Congruence of Transition Perspectives Between Adolescents With Perinatally-Acquired HIV and Their Guardians: An Exploratory Qualitative Study. Journal of Pediatric Nursing , v. 30, p. 684-690, 2015.
6	T6	TASSIOPOULOS, K. Following young people with perinatal HIV infection from adolescence into adulthood: the protocol for PHACS AMP Up, a prospective cohort study. BMJ Open , v. 6, p.1-8, 2016.
7	T7	TULLOCH, O. et al. From Transmission to Transition: Lessons Learnt from the Thai Paediatric Antiretroviral Programme. PLOS ONE , v. 9, n. 6, 2014.
8	T8	KOERICH, C. et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. Esc Anna Nery , v. 19, n. 1, p. 115-123, 2015.
9	T9	KAKKAR, F. et al. Health outcomes and the transition experience of HIV-infected adolescents after transfer to adult care in Québec, Canada. BMC Pediatrics , v. 16, n. 109, p. 1-7, 2016.
10	T10	MULDER, M. H. et al. Drug Resistance Prevalence among Vertically HIV-Infected Patients Transferred from Pediatric Care to Adult Units in Spain. PLOS ONE , v. 7, n. 12, 2012.
11	T11	SANTIS, J. P. et al. Integration versus Disintegration: A Grounded Theory Study of Adolescent and Young Adult Development in the Context of Perinatally-acquired HIV Infection. J Pediatr Nurs. , v. 29, n. 5, p. 422-435, 2014.
12	T12	FAIR, C. D. et al. “It’s Like Losing a Part of My Family”: Transition Expectations of Adolescents Living with Perinatally Acquired HIV and Their Guardians. AIDS PATIENT CARE and STDs , v. 26, n. 7, p. 1-8, 2012.
13	T13	INZAULE, S. C. et al. Long-Term Antiretroviral Treatment Adherence in HIV-Infected Adolescents and Adults in Uganda: A Qualitative Study. PLOS ONE , v. 29, p. 1-15, 2016.
14	T14	FISH, R. et al. Mortality in perinatally HIV-infected young people in England following transition to adult care: an HIV Young Persons Network (HYPNet) audit. HIV Medicine , v. 15, p. 239-244, 2014.
15	T15	KACANEK, D. et al. Psychiatric symptoms and antiretroviral non-adherence in US youth with perinatal HIV: A longitudinal study. AIDS , v. 29, n. 10, p. 1227-1237, 2015.
16	T16	SALLY, D. et al. Retention, Adherence, and Compliance: Special Needs of HIV-Infected Adolescent Girls and Young Women. Journal of adolescent health , v. 33, n. 2S, p. 39-45, 2003.

17	T17	WIENER, L. S. et al. The HIV Experience: Youth Identified Barriers for Transitioning from Pediatric to Adult Care. Journal of Pediatric Psychology , v. 36, n. 2, p. 141-154, 2011.
18	T18	HOVISH, K. et al. Transition Experiences of Mental Health Service Users, Parents, and Professionals in the United Kingdom: A Qualitative Study. Psychiatric Rehabilitation Journal , v. 35, n. 3, p. 251-257, 2012.
19	T19	WIENER, L. et al. Transition From a Pediatric HIV Intramural Clinical Research Program to Adolescent and Adult Community-Based Care Services: Assessing Transition Readiness. Soc Work Health Care , v. 46, n. 1, p. 1-19, 2007.
20	T20	GILLIAM, P. P. et al. Transition of Adolescents With HIV to Adult Care: Characteristics and Current Practices of the Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. J Assoc Nurses AIDS Care , v. 22, n. 4, p. 283-294, 2011.
21	T21	VALENZUELA, J. M. et al. Transition to Adult Services among Behaviorally Infected Adolescents with HIV-A Qualitative Study. Journal of Pediatric Psychology , v. 36, n. 2, p. 134-140, 2011.
22	T22	MATURO, D. et al. Transitioning Adolescents and Young Adults With HIV Infection to Adult Care: Pilot Testing the “Movin’ Out” Transitioning Protocol. Journal of Pediatric Nursing , v. 30, p. e29-e35, 2015.
23	T23	KATUSIIME, C.; PARKES-RATANSKI, R.; KAMBUGU, A. Transitioning behaviourally infected HIVpositive young people into adult care: Experiences from the young person’s point of view. SAJHIVMED , v. 14, n. 1, p. 21-24, 2013.
24	T24	TANNER, A. E. et al. Transitioning HIV-Positive Adolescents to Adult Care: Lessons Learned From Twelve Adolescent Medicine Clinics. Journal of Pediatric Nursing , v. 31, p. 537-543, 2016.
25	T25	RIGHETTI, A. et al. Transitioning HIV-infected Children and Adolescents into Adult Care: An Italian Real-life Experience. JANAC , v. 26, n. 5, p. 653-659, 2015.
26	T26	MARTINEZ, J. et al. Transitioning Youths Into Care: Linking Identified HIV-Infected Youth at Outreach Sites in the Community to Hospital-based Clinics and or Community-based Health Centers. Journal of adolescent health , v. 33, n. esp, p. 23-30, 2003.
27	T27	WEIJSENFELD, A. M. et al. Virological and Social Outcomes of HIV-Infected Adolescents and Young Adults in The Netherlands Before and After Transition to Adult Care. Clinical Infectious Diseases , v. 63, p. 1105-1112, 2016.
28	T28	SIU, G. E.; KENNEDY, C. E.; BAKEERA-KITAKA, S. Young people with HIV attending a transition clinic in Kampala, Uganda: An exploratory study of social context, illness trajectories, and pathways to HIV testing and treatment. Children and Youth Services Review , v. 65, p. 9-16, 2016.
29	T29	PEARLSTEIN, S. L. Youth in Transition: Life Skills Among Perinatally HIV-Infected and HIV-Exposed Adolescents. Journal of Pediatric Psychology , v. 39, n. 3, p. 294-305, 2014.
Espiritualidade		
1	E1	JEFFRIES, W. L. et al. An exploration of religion and spirituality among young, HIV-infected gay and bisexual men in the USA. Culture, Health & Sexuality , v. 16, n. 9, p. 1070-1083, 2014.
2	E2	BERNSTEIN, K.; D’ANGELO, L. J.; LYON, M. E. An Exploratory Study of HIV+ Adolescents’ Spirituality: Will You Pray with Me? J Relig Health , v. 52, p. 1253-1266, 2013.
3	E3	DALLAS, R. H. et al. A Longitudinal Pediatric Palliative Care: Quality of Life & Spiritual Struggle (FACE): Design and Methods. Contemp Clin Trials , v. 33, n. 5, p. 1033-1043, 2012.
4	E4	MUTUMBA, M. et al. Psychosocial Challenges and Strategies for Coping with HIV Among Adolescents in Uganda: A Qualitative Study.

		AIDS PATIENT CARE and STDs , v. 29, n. 2, p. 86-95, 2015.
5	E5	LYON, M. E. et al. Spiritual Well-Being Among HIV-Infected Adolescents and Their Families. J Relig Health , v. 53, p. 637-653, 2014.
6	E6	LYON, M. E. Spirituality in HIV-infected Adolescents and Their Families: FAmily CEntered (FACE) Advance Care Planning and Medication Adherence. Journal of Adolescent Health , v. 48, p. 633-636, 2011.
7	E7	PARKA, J.; NACHMAN, S. The link between religion and HAART adherence in pediatric HIV patients. AIDS care , v. 22, n. 5, p. 556-561, 2010.
8	E8	LYON, M. E., et al. The Role of Religiousness/Spirituality in Health-Related Quality of Life Among Adolescents with HIV: A Latent Profile Analysis. J Relig Health , v. 55, p. 1688-1699, 2016.
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.		

APÊNDICE I - Quadro comparativo resultante do metaresumo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE
VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA**

Cód	Finalidade do estudo	Resultados	Conclusões	Estrutura Teórica	Percepções da pesquisadora
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10*					

* O número arábico '10' é meramente ilustrativo, podendo sofrer alterações conforme o desenvolvimento da pesquisa. Na presente pesquisa foram 38 documentos avaliados neste momento.

ANEXOS

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer Date

Author Year Record Number

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dda Crhis Netto de Brum

ORIENTADORA: Profa Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Projeto: MODELO TEÓRICO DE CUIDADO ESPIRITUAL AO ADOLESCENTE
 VIVENDO COM HIV/AIDS NA TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA**

**JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive
 & Critical Research**

Reviewer Date

Author Year

Journal Record Number

Study Description

Methodology

Method

Phenomena of Interest

Setting

Geographical

Cultural

Participants

Data analysis

Authors Conclusions

Comments

Complete

Yes

No

