

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Negligência no Tratamento de Crianças HIV Positivas”

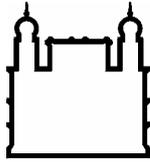
por

Fernanda Colares de Borba Netto

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza

Rio de Janeiro, julho de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Negligência no Tratamento de Crianças HIV Positivas”

apresentada por

Fernanda Colares de Borba Netto

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ferreira

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza – Orientadora

Agradecimentos

Agradeço imensamente tanto aos que participaram diretamente deste trabalho, como aos que somaram comigo o dia a dia desta fase de vida:

À minha orientadora Edinilsa Ramos de Souza, que acompanhou de perto toda essa jornada, e cujos conselhos e “brincas” permitiram a realização deste projeto;

À Ana Lúcia Ferreira, que me apresentou o tema da violência contra a criança no terceiro período da Faculdade de Medicina, foi minha professora na graduação, internato e residência, foi de fundamental ajuda na decisão e inscrição para o mestrado e hoje participa da banca, estando diretamente envolvida na conclusão desta etapa;

Ao professor Francisco Inácio Bastos, por toda a sua contribuição para o enriquecimento do projeto;

A todos os meus professores da ENSP por todos os ensinamentos no decorrer deste percurso;

A todos envolvidos na coleta de dados, desde os médicos do ambulatório (Thalita e Ricardo Hugo) aos trabalhadores do arquivo médico e aquelas crianças cujos dados eu pesquisei;

Aos meus colegas da turma de Epidemio 2006 (Anna Verônica, Carmen, Cunhate, Daniel, Hérica, Leonardo, Juliana, Mara, Rosana) e outros agregados, que foram imprescindíveis nesta etapa de minha vida;

Às minhas amigas queridas, Nanda e KK, que me apoiaram em toda a caminhada;

Àqueles cuja ausência física não significa distância em meu coração: Vovô, Lúcia e Laura;

À minha família, que, sempre presente na minha vida, me ajudou a chegar até aqui. Mãe, Bia e Naná: amo vocês;

E aos meus dois grandes amores, Cedric e Heitor, a quem eu agradeço todos os dias por estarem na minha vida.

Resumo

Introdução: A violência contra a criança é uma realidade mundial. A não-adesão aos tratamentos pode ser indicativa de negligência em relação aos cuidados médicos. A questão da negligência em relação aos tratamentos médicos é de extrema importância quando se trata de HIV/AIDS, particularmente em crianças.

Objetivo: Realizar estudo exploratório acerca da negligência no tratamento de crianças portadoras do vírus HIV, atendidas em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

Metodologia: Estudo retrospectivo de dados secundários (prontuário médico), das crianças de 0-12 anos portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), atendidas no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do hospital pediátrico de uma universidade pública federal, localizada no município do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2006.

Resultados: Cerca de 15% dos pacientes não faltou nenhuma vez durante o tempo de observação deste estudo, 68,3% apresentaram uma média menor do que uma falta por ano; 12,5% dos pacientes tiveram faltas e demoraram mais de seis meses para retornar ao ambulatório. 29,7% dos pacientes tiveram adesão inadequada aos medicamentos; destes, 39,5% melhoraram a adesão com as medidas tomadas pela equipe. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre adesão aos medicamentos e cor, realização de exames e município de residência, falta às consultas e município de residência, realização de exames e cor.

Conclusões: Utilizando-se a definição ampliada de negligência, podemos constatar a existência negligência em relação ao tratamento de crianças soropositivas.

A associação entre a raça e a adesão às medicações chama a atenção para uma maior vulnerabilidade dos indivíduos de raça negra em relação aos de raça branca no que diz respeito à adequada tomada de medicamentos, e a associação de realização de exames e falta às consultas com o município de residência sugerem que o apoio social pode funcionar como um importante fator de proteção.

Palavras-chave: Negligência, Adesão, Tratamento, HIV/AIDS, Criança.

Abstract

Introduction: Violence against children is a worldwide problem. Non-compliance with medical treatment may indicate the presence of medical neglect. Medical neglect is extremely important regarding the treatment of AIDS/HIV infection, particularly in children.

Objective: To perform an exploratory study regarding medical neglect of HIV infected children assisted at a university hospital in Rio de Janeiro city.

Methods: It's a retrospective study, performed using secondary database (medical records), of 0 to 12-year-old HIV infected children assisted at a university hospital in Rio de Janeiro city.

Results: About 15% of the patients didn't miss any medical appointments during the observation time of the study; 68,3% of the patients had less than one missed appointment per year, and 12,5% of the patients missed appointments and lasted more than 6 months to return to the hospital. 29,7% of the children had inadequate compliance with medication, and of these, only 39,5% had improved their compliance after the medical team's interventions. A statistically significant association was found between compliance with medications and skin color, performed exams and city of residence, missed appointments and city of residence and performed exams and skin color.

Conclusions: If a broad definition of neglect is used, one can conclude that medical neglect regarding the treatment of HIV positive children is present on the studied sample.

The association between race and compliance with medication brings attention to the greater vulnerability that black colored people have in comparison with white colored people concerning adequate intake of medication. The association between performed complementary exams and missed appointments with city of residence suggests that social support may work as an important protection factor.

Key words: Neglect, Treatment, HIV/AIDS, Children.

Sumário

1. Introdução.....	07
2. Marcos Teóricos.....	13
2.1 A Violência e a Saúde Pública.....	14
Histórico e classificação da violência contra a criança.....	20
2.2 Breve caracterização clínica e epidemiológica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	28
A Epidemiologia da Epidemia de Aids.....	36
2.3 Breve caracterização da adesão ao tratamento.....	38
Adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.....	40
3. Objetivos.....	44
4. Metodologia.....	46
4.1 Delineamento do estudo.....	47
4.2 Base de dados.....	47
4.3 População de estudo.....	48
4.4 Instrumento.....	48
4.5 Coleta de dados.....	49
4.6 Processamento dos dados.....	50
4.7 Análise dos dados.....	54
4.8 Considerações éticas.....	57
5. Resultados.....	58
Caracterização sócio-epidemiológica dos casos estudados.....	60
Caracterização do acompanhamento dos casos.....	70
6. Discussão.....	94
7. Considerações finais.....	109
8. Referências Bibliográficas.....	114

9. Apêndices.....	128
Lista de quadros e tabelas.....	129
Lista de gráficos.....	131
Lista de siglas e abreviações.....	133
10. Anexos.....	134
Anexo 1.....	135
Anexo 2.....	136
Anexo 3.....	142
Anexo 4.....	146
Anexo 5.....	147

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A realização deste estudo foi motivada por dois problemas importantes de saúde pública: a violência contra a criança, em especial a negligência, e o grande contingente de crianças infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O objeto deste estudo é a população de crianças infectadas pelo HIV que estão em tratamento em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro.

A violência contra a criança é uma realidade mundial, e em saúde pública, o problema vem ganhando atenção especial nas últimas décadas. No Brasil, foi realizado um estudo em 2003 sobre a produção bibliográfica nacional da década de 1990, e, em relação à questão da violência contra a criança e o adolescente, a temática dos maus-tratos correspondeu à maior produção científica na área da Saúde Pública.¹

Pesquisas realizadas em diferentes países, com registros das instituições de atendimento às crianças vítimas de violência, assim como dados primários, obtidos dos profissionais que atendiam as crianças e famílias, mostraram aumento da incidência das diferentes formas de violência, não só aumento das notificações, mas também dos casos confirmados após investigação nos últimos 20 anos.²

Só no ano de 2004, houve cerca de 872.000 casos de violência confirmados pelo *Child Protective Services* (CPS), nos Estados Unidos.³ No Canadá, um estudo realizado em 1998, com uma amostra de 51 centros de proteção à criança resultou em uma amostra nacional de 7.672 investigações

de maus-tratos contra crianças. Dessas, após investigação, 45% foram confirmadas, e 22% permaneceram como casos suspeitos, embora não pudessem ser comprovadas.⁴

Na realidade brasileira, apesar da grande produção acadêmica sobre o tema, são raras as estatísticas de abrangência nacional. Desde 2003, o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia), do Ministério da Justiça, compila as estatísticas de 1.635 conselhos tutelares, distribuídos em 15 estados brasileiros, incluindo notificações de maus-tratos e de violações dos direitos da criança. No período de 1999 a 2004, foram contabilizadas 174.851 notificações.⁵

Além disso, estudos regionais trazem estatísticas que ajudam a dimensionar o problema. Um estudo das notificações de maus-tratos à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro revelou que, no período de 2000 a 2002, foram registrados 3.103 casos.⁶ Um outro estudo, com dados dos registros de ocorrência das vítimas de violência (crianças e adolescentes) nos Conselhos Tutelares I e II de Feira de Santana, Bahia, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004 encontrou a notificação de 1.293 casos.⁷

Classificar a violência em várias modalidades é uma maneira didática de estudar o problema. Assim, podemos classificá-la em abuso físico, sexual, psicológico e negligência.

De todas essas formas, em muitos estudos, a negligência é o tipo mais freqüentemente observado, sendo responsável por 62,4% dos casos confirmados nos dados do Child Protective Services de 2004², 40% no estudo

realizado no Canadá em 1998 ⁴, e cerca de 56% no estudo realizado em Feira de Santana em 2003-2004. ⁷

A negligência pode ser definida como a omissão de cuidados básicos e de proteção à criança. ⁸ Um dos tipos de cuidado básico é o cuidado com a saúde, estando aí incluída a adesão aos tratamentos médicos propostos. Dessa forma, em crianças, a não-adesão aos tratamentos (não seguir adequadamente as orientações de tratamento recomendadas pelo médico ou outro profissional de saúde) pode ser indicativa de negligência em relação aos cuidados médicos.

Esse subtipo de negligência, em particular, vem se tornando um importante problema de saúde pública, uma vez que, anualmente, são gastos milhões de dólares em internações hospitalares, visitas médicas e com a introdução de novos medicamentos, os quais poderiam ser evitados com uma melhor adesão aos tratamentos propostos. ^{9,10}

Sabe-se que a não-adesão ao tratamento é maior nas patologias crônicas, em relação às agudas. ¹¹ Sendo assim, a questão da negligência em relação aos tratamentos médicos é de extrema importância quando se trata de HIV/AIDS, particularmente em crianças.

De acordo com dados do DATASUS, desde o surgimento da AIDS no Brasil em 1982, já foram notificados 433.867 casos até o ano de 2006, sendo destes, 19.835 casos em menores de 13 anos, com 12.326 casos na região Sudeste e aproximadamente 30% no Rio de Janeiro (3.601 casos). ¹²

Atualmente existe a proposta terapêutica denominada de "*High Active Antiretroviral Therapy*" (HAART). Nos países com amplo acesso à terapia anti-

retroviral efetiva, os benefícios clínicos são expressivos, com cada vez menos pessoas progredindo para AIDS e a taxa de mortalidade por HIV/AIDS ajustada por idade caindo até 70%. Além disso, essa terapia se tem mostrado altamente eficaz em reduzir a necessidade do uso de antibióticos e internações hospitalares e tem melhorado, dessa maneira, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes.^{13,14} No Brasil, essa medicação é distribuída gratuitamente nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, a taxa média de aderência à terapia anti-retroviral pode variar de 33-88% em adultos, dependendo do estudo¹⁵, em crianças, a maioria dos estudos mostra níveis de adesão abaixo do satisfatório.¹⁶

Em nosso país, o Estatuto da Criança e do Adolescente é um instrumento legal para garantir os direitos da criança. Nele está determinado que a criança deve ser protegida de qualquer forma de violência e de que cabe à família, à sociedade e ao poder público garantir essa proteção.¹⁷ Como a não-adesão ao tratamento da infecção pelo HIV/AIDS pode ser considerada uma forma de violência contra a criança (negligência), devemos estar atentos a ela, procurando quais fatores a propiciam, buscando meios de evitá-la e de proteger as crianças. Isso inclui não só questões relacionadas com as famílias, mas questões estruturais e sociais também, pois como citado anteriormente, a criança deve ser cuidada por todos: família, sociedade e poder público.

A identificação desses possíveis preditores da ocorrência de abusos é muito importante, pois essa informação pode ser usada para direcionar os recursos

para os pontos que indiquem maior necessidade de intervenção dos serviços de proteção à criança, para a prevenção de abusos futuros.

Existem poucos estudos brasileiros tratando da não-adesão ao tratamento de crianças infectadas pelo HIV como negligência em relação aos cuidados médicos. Mesmo na literatura internacional este aspecto é pouco explorado.

Assim, realizamos este estudo com a proposta de conhecer melhor a população de crianças infectadas pelo HIV atendidas em um hospital universitário, investigando associações entre a ocorrência de negligência no tratamento e características das famílias onde ela ocorre, além de possíveis fatores estruturais que possam estar envolvidos. Dessa forma, buscamos subsidiar o desenvolvimento de programas visando melhorar a adesão ao tratamento de crianças infectadas pelo HIV, e a consequente proteção dessas crianças.

CAPÍTULO II

MARCOS TEÓRICOS

1. A violência e a saúde pública

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, saúde seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Sem entrar no mérito de quão inatingível ou utópica é essa definição, entendemos que a saúde é uma questão complexa, que além dos fatores biomédicos, incorpora também determinantes sociais e culturais.

Então, levando-se em conta esse conceito mais amplo de saúde, todos os fatores que causam agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência, devem pertencer ao campo de estudo da saúde pública. Dessa forma, a violência é um tema importante a ser discutido nesse campo, pois a violência pode afetar a saúde e até produzir a morte.¹⁸

A presença de violência numa sociedade tem sido identificada através de suas formas mais graves, as causas externas de mortalidade (Capítulo XX da Classificação Internacional das Doenças – décima revisão). As mortes violentas têm apresentado um comportamento ascendente em vários países. No Brasil, de acordo com os dados do DATASUS de 2005, esse grupo de causas ocupa o terceiro lugar na mortalidade geral, sendo a primeira causa nas faixas etárias mais jovens.¹⁹

No entanto, esse dado isolado não consegue dar conta de todos os tipos de violência existentes em nossa sociedade. Para efeitos didáticos, podemos classificar a violência brasileira em sete categorias²⁰:

Violência criminal - é praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública: polícia, ministério público e poder judiciário.

Existem delinqüentes pobres e ricos, embora a sociedade tenda a ver apenas os pobres como criminosos. Freqüentemente os crimes dos ricos são mais sutis e cometidos usando poder e dinheiro, para ter mais poder, mais dinheiro e submeter mais pessoas. Poucos deles são apanhados e punidos. Os pobres, ao contrário, são os que enchem as delegacias e penitenciárias públicas.

Os fatores que potencializam o aumento da violência criminal são, principalmente, a corrupção e a impunidade, pois a sensação de que o crime compensa cria na sociedade um sentimento de impotência e alimenta o clima de desconfiança em relação à legalidade, aos políticos e à política.²⁰

Violência estrutural – esse termo foi desenvolvido por Johan Galtung e teólogos liberais nos anos de 1960, e descreve estruturas sociais – econômicas, políticas, legais, religiosas e culturais – que impedem indivíduos, grupos e sociedades de atingirem todo o seu potencial.²¹

Ela é considerada como um tipo de violência, pois causa danos às pessoas, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. E é chamada de estrutural, pois é constituída por estruturas sociais ubíquas e normatizadas por instituições estáveis.²² Ela é quase invisível, por ser tão ordinária na nossa

maneira de entendimento do mundo e por ser cometida por instituições consagradas por sua tradição e poder. E costuma ser considerada como algo natural, que não se pode contestar sob o pretexto da desestabilização da ordem. Assim, os meios de comunicação costumam dispensar-lhe um espaço muito menor que o dedicado à criminalidade e delinqüência, sem vinculá-la como uma manifestação de violência. A própria população que é atingida a atribui à simples inapetência ou desonestidade governamental. ²³

A desigualdade no acesso aos recursos políticos, representação legal, saúde e educação são exemplos de violência estrutural. A educação e a saúde são as necessidades mais vitais para a existência e reprodução do ser humano, seja enquanto indivíduo ou mesmo como espécie. Por articularem os processos biológicos e cognitivos indispensáveis não apenas à preservação da vida, mas à elevação de sua qualidade, consagram-se como direitos básicos do cidadão e, por conseqüência, deveres do Estado, conforme estabelecem os artigos 196, 205 e 206 da Constituição Federal. Ao restringi-los e/ou negá-los a uma parcela da população, não resolvendo os problemas coletivos, o poder público, além de infringir a legislação, diminui-lhe consideravelmente o número de oportunidades e opções, marginalizando-a do cerne da sociedade, num processo que caracteriza a violência estrutural. ²³

Violência institucional - é aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações

burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional.

No caso do setor saúde, a tentativa de criar um programa transversal de humanização do SUS, em última instância, é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários.²⁰

Violência interpessoal - existe quando a interação entre os indivíduos ocorre com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, costumando produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte.

É importante distinguir entre conflito e violência. O conflito sempre existiu nas relações entre casais, entre pais e filhos, entre vizinhos, entre chefes e subordinado, por exemplo. O que é terrível, portanto, no caso das interações entre as pessoas, é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas.

O crescimento das taxas de morte e de internação por violências em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais - das formas violentas de resolver conflitos - entre os brasileiros.²⁰

Violência intrafamiliar - diz respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. É um fenômeno universal que têm séculos de história, formando uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos.

Esse tipo de violência tem muitas manifestações, mas as mais comuns, sobretudo no Brasil, são as que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor. Ou ainda, colocam crianças e jovens sob o domínio - e não sob a proteção - dos adultos.²⁰

Violência auto-infligida - assim são chamados os suicídios, as tentativas, as ideações de se matar e as auto-mutilações. No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100.000 em média se suicidam e um número difícil de se calcular tenta se auto-infligir a morte.

Os estudiosos da violência chamam atenção para o fato de que existe uma relação muito forte entre homicídios e suicídios: ambos expressam sintomas destruidores da sociedade.²⁰

Violência cultural - Podem ser classificadas nesta categoria, todas as formas de violência que são naturalizadas na cultura de um povo, de um grupo ou de uma sociedade. Toda cultura tende a adotar como certos, alguns

comportamentos e práticas e rechaçar outros. A violência cultural se apresenta inicialmente sobre a forma de discriminações e preconceitos que se transformam em verdadeiros mitos, prejudicando, oprimindo ou às vezes até eliminando os diferentes.²⁰

Existem três tipos de violência cultural que demonstram a dificuldade que a sociedade tem de viver com diferenças e de ultrapassar os padrões falsamente tidos como normais:

a) Violência de gênero - constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas pelas mulheres. Esse tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias.

b) Violência racial – uma das mais cruéis e insidiosas formas de violência cultural é a discriminação por raça. No Brasil, essa manifestação ocorre principalmente contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata. Estudiosos mostram que geralmente a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica: no Brasil, os negros possuem menor escolaridade e menores salários.

c) Violência contra a pessoa deficiente – este tipo de violência revela de forma aguda a dificuldade que a sociedade tem de conviver com os diferentes, tendendo a isolar os deficientes físicos e mentais, a menosprezá-los, a molestá-los e a não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades.

É importante ressaltar que devido à complexidade inerente a cada uma das facetas da violência, ela deve ser entendida e abordada em rede; não esquecendo, no entanto, que a violência estrutural é o pano de fundo para todas as outras formas de violência.

Assim, pode-se dizer que a pobreza está articulada com a violência estrutural, e que no Brasil não ocorreu a universalização das leis e os direitos humanos não são extensivos às camadas mais pobres da população.

É fundamental que os profissionais de saúde tenham sempre em mente a existência dessas dificuldades. A distribuição e evolução de muitas doenças infecciosas, em especial a AIDS, estão tão fortemente ligadas a estruturas sociais que é impossível para os profissionais que tratam dessas doenças ignorar esses fatores. Assim é que, tomando como exemplo o caso da AIDS, a susceptibilidade a adquirir a infecção e pior prognóstico são agravados por fatores como pobreza, iniquidade de gênero e racismo.²⁴

Histórico e classificação da violência contra a criança

A definição da violência não é estática, variando ao longo dos anos e entre as diferentes culturas do globo. Isso porque o papel das crianças na sociedade variou muito ao longo da História.

O infanticídio (morte do neonato pelos pais) era aceito pelas sociedades antigas, sendo facultado aos pais greco-romanos aceitar ou renegar o filho recém-nascido, condenando-o à morte.²⁵ Além disso, era comum condenar à

morte crianças portadoras de deficiências ou malformações, pois acreditava-se que elas não seriam socialmente úteis, justificando-se assim, a sua eliminação.⁸

Na Bíblia, temos a história de Herodes, o rei dos Judeus, que, decidido a eliminar Jesus (que ele acreditava iria lhe roubar o trono), mas não sabendo como encontrá-lo, ordenou que todas as crianças com menos de dois anos fossem mortas.

No século XV, a “figura infantil” era a representação do ingênuo, do inocente, do bom - a oposição da violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza, de inocência e de esperança de uma vida melhor.²⁶

O século XVI se caracterizou como a época das agressões e violências contra as crianças, pois surgiram os “colégios” que abrigavam estudantes pobres e sem famílias, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus tratos e humilhações deliberadas.²⁶ É nessa época que se tem os primeiros relatos sobre a criança brasileira, com a chegada dos Jesuítas no Brasil. Os índios protegiam seus filhos e não os castigavam, o que não os impedia, entretanto, de serem cruéis com filhos dos inimigos, que engordavam, matavam e comiam. Os Jesuítas introduziram os castigos e ameaças no Brasil Colonial, sendo atribuída ao padre Luis da Grã, em 1553, a frase: “sem castigo não se fará vida”.⁸

No século XVIII, com a ascensão da burguesia e a preocupação da medicina, surgem os primeiros relatos sobre violência doméstica, que até então era considerada normal e de pouca relevância.²⁷

Em 1824, foi instalada na cidade de São Paulo, a Roda da Santa Casa, que representava amparo para os filhos tidos fora do casamento ou mesmo quando a situação de penúria das mães podia obrigá-las a abandoná-los. Ela foi idealizada em Portugal, e tinha como objetivo evitar que as crianças fossem devoradas pelos cães, quando abandonadas. A Roda era um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura, onde eram colocadas as crianças. A mãe batia na madeira e girava, avisando ao porteiro da Santa Casa que, do lado de dentro para não ver seu rosto, recolhia o abandonado. O último registro da Roda data de 23 de janeiro de 1951 e estatísticas indicam que, entre 1903 e 1932, a mortalidade destas crianças situava-se entre 16,7 a 33,1%. Apesar da finalidade humana, a Roda permitia o abandono e ainda preservava o anonimato.²⁸

A compreensão do abuso e negligência contra a criança, como um fenômeno capaz de comprometer seu potencial desenvolvimento, data da segunda metade do século XIX.²⁹

Na área médica, o primeiro autor, neste campo, foi Ambroise Tardieu, decano dos legistas parisienses, que em 1860 demonstrou, à necropsia, a presença de várias lesões impostas às crianças. Apesar desta importante contribuição, o assunto não mereceu a devida repercussão no meio médico e, em toda a primeira metade do século, muitas fraturas devido a maus-tratos foram atribuídas à sífilis e ao raquitismo.³⁰

Nos Estados Unidos, em 1874, houve o caso de Mary Ellen Wilson, que, abandonada pela mãe e com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob os

cuidados da madrasta e do marido, que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que, como criança, fazia parte do reino animal.⁸

Em 1946, John Caffey, um radiologista pediátrico norte-americano, publicou um estudo onde analisou fraturas de ossos longos associadas a hematoma subdural, condições inexplicadas por qualquer doença de base. Silverman, também radiologista, em 1953 ampliou o estudo, analisando fraturas causadas por traumatismos infligidos às crianças por seus pais.^{8,30}

Em 1959, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cujo principal objetivo era assegurar uma infância feliz, em condições de gozar dos direitos e liberdades nela enunciados: direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; à alimentação, moradia e assistência médica adequados para a criança e a mãe; ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho.²⁶

A aceitação do maltrato à infância como objeto de investigação surge com a descrição da *Síndrome da Criança Espancada*, publicado em 1962 por Kempe e colaboradores e que foi reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. Esta síndrome ocorria em crianças de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos.^{8, 29,30}

A partir daí, a área da saúde começou a preocupar-se com a questão da violência contra as crianças, principalmente a Pediatria. Em 1973 foi descrito por um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança na literatura nacional.⁸

No Brasil, o Estatuto da criança e do Adolescente, de 1990, estabelece, em seus artigos quarto e quinto que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, e que cabe à família, à comunidade, à sociedade em geral e ao poder público assegurar a efetivação desses direitos. Além disso, nele também se destaca o papel dos profissionais de saúde e de educação quanto à identificação e notificação de casos de violência.¹⁷

Em 1997, a obrigatoriedade da notificação também é assegurada pelo Conselho Federal de Medicina e, em 2001, através da Portaria 1968/2001, o Ministério da Saúde torna obrigatório para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes.²⁷

Há varias modalidades de violência contra a criança. Para que se torne mais fácil e didático entendê-la e estudá-la, ela pode ser subdividida em:

1. **Física:** Uso da força com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes; O agente agressor é alguém mais velho, mais forte ou poderoso que a vítima.

2. **Psicológica:** Rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas de forma tal que cause danos na sua estruturação psíquica.
3. **Sexual:** Abuso de poder no qual a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um indivíduo em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado do que ela, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física. São incluídos neste tipo de violência a manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência;
4. **Negligência e abandono:** A primeira é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento. Já o abandono ocorre quando há ausência física do responsável pela criança.^{31,32}

Como explicitado anteriormente, a negligência usualmente é definida como omissões dos pais ou responsáveis no cuidado que resultam em dano real ou potencial à criança. A negligência pode ocorrer em várias instâncias das necessidades da criança, sejam elas físicas (alimentação, saúde, vestuário), emocionais (carinho, afeto) ou ambientais (segurança, oportunidades, recursos). Alguns estudiosos excluem situações relacionadas com a pobreza.³³

Atualmente na literatura, existe um grande debate sobre como definir a negligência, uma vez que ela pode ser analisada a partir de vários pontos: utilizando-se definições bem amplas (incluindo todos os atos que possam prejudicar o desenvolvimento da criança) ou restritas (incluindo somente atos que levem a danos mais graves); focando do ponto de vista da não atenção às necessidades básicas da criança, da omissão dos pais, ou de ambos; e ainda, levando-se em conta a intencionalidade dos pais na omissão.^{34,35}

No entanto, existe uma linha de pensamento, que é a aqui adotada, que sugere uma forma mais rica e construtiva de se encarar a negligência contra a criança.

Esse novo enfoque tem como objetivo promover a maior segurança e saúde da criança; busca ampliar o leque de responsabilidade pelo seu cuidado, não culpabilizar os pais e envolver outros co-responsáveis, como a família, a comunidade e a própria sociedade.³³ Sendo assim, pode-se dizer que há negligência quando as necessidades básicas da criança não são adequadamente satisfeitas. Dentre as necessidades básicas da criança estão incluídas alimentação, vestimenta, proteção, segurança, educação, carinho e saúde.

Uma vez que essa definição mais ampla é utilizada, a questão sócio-econômica se mostra um fator muito importante e que não pode ser esquecido, porque diante da pobreza e miséria a que muitas famílias estão submetidas, muitas vezes várias formas de violência afloram nas relações intrafamiliares, inclusive os maus tratos às crianças.

No entanto, é preciso ressaltar primeiramente que a violência contra a criança não ocorre apenas entre as famílias de classes sociais socio-economicamente menos favorecidas e que nem todas as famílias pobres maltratam seus filhos. Tais constatações sugerem que se deve estudar melhor por que, independente da classe social, alguns pais conseguem cuidar adequadamente de seus filhos, enquanto outros não o fazem; que outras questões estão envolvidas nessa complexa rede de determinações, inclusive fatores estruturais, políticos e sócio-culturais.³⁶

Como dito anteriormente, a saúde é uma necessidade básica da criança. Dessa forma, existe um subtipo especial de negligência a ser estudado, que é a negligência em relação aos cuidados médicos (esse subtipo responde por 2,1% de todos os casos de violência notificados ao Child Protective Services no ano de 2004³).

A negligência em relação aos cuidados médicos pode ocorrer quando há falhas em realizar desde medidas preventivas de saúde, como imunizações, até a não-implementação das orientações dadas pelos médicos e a não-adesão aos tratamentos prescritos.³⁷

Os gastos anuais com novos medicamentos e internações hospitalares que poderiam ser evitados com melhor adesão aos tratamentos propostos, tornam a negligência em relação aos cuidados médicos um problema sério de saúde pública.

O tratamento das crianças infectadas pelo HIV é complexo, difícil de ser seguido adequadamente, além de geralmente os pais também estarem

infectados, implicando na existência de outros fatores importantes para a não-adesão ao tratamento. Dessa forma essas crianças podem estar sujeitas à negligência em relação aos cuidados médicos, sendo extremamente importante estudar esses casos.

2. Breve caracterização clínica e epidemiológica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença infecciosa causada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana). Este vírus pertence à família *Retroviridae*, existindo dois subtipos, o HIV-1 e o HIV-2. Em nosso país, o HIV-2 é uma causa rara de infecção, pois ele é mais prevalente na África, principalmente no sul e oeste africanos.³⁸ O HIV é um retrovírus, ou seja, é um tipo de vírus que, para se reproduzir, utiliza um processo de conversão reversa de seu material genético, utilizando uma enzima específica (transcriptase reversa) e outras enzimas das células do indivíduo infectado.³⁹

A transmissão deste vírus pode se dar através do contato sexual com parceiro infectado, através do contato com sangue contaminado, (por meio de transfusão sanguínea, compartilhamento de seringas e agulhas etc.), ou através de transmissão vertical, da mãe para o filho (durante a gestação, no momento do parto, ou através do aleitamento materno).³⁸

O HIV infecta células do sistema imunológico, ou seja, linfócitos que expressam o marcador CD4 na superfície celular. Assim, a infecção pelo HIV pode ser considerada uma doença do sistema imunológico caracterizada pela

perda progressiva dos linfócitos CD4, resultando em imunodeficiência, uma vez que esses linfócitos são cruciais para a defesa do organismo contra vários organismos patogênicos. Os indivíduos infectados apresentam infecções por organismos que normalmente não infectam indivíduos com o sistema imunológico intacto, as chamadas infecções oportunistas. ⁴⁰

O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser feito através da pesquisa de anticorpos contra o HIV através dos métodos ELISA e Western Blot. O anticorpo pode ser detectado corretamente em adultos e crianças a partir de 18 meses de idade. Um teste positivo pelo método ELISA deve ser confirmado por um novo teste por este mesmo método, associado a mais um teste através do método Western Blot, todos na mesma amostra de sangue para reduzir a taxa de falso-positivo a apenas 1: 100.000. ⁴¹

Como todos os recém-nascidos recebem anticorpos maternos através da placenta durante a gestação, uma criança nascida de mãe infectada pelo HIV também apresentará anticorpos para o HIV independente de estar infectada ou não. Como esses anticorpos podem persistir no sangue do bebê por 15 meses ou mais, os testes de detecção de anticorpos contra o HIV não informarão corretamente o diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses. Nestes casos, devem-se realizar testes para detecção de vírus ou produtos virais. ⁴¹ Estes testes podem ser: detecção do antígeno p24, que é uma proteína do HIV, cultura para o HIV (tem alto custo e exige de 7-28 dias para resultado definitivo), reação em cadeia de polimerase (PCR) para HIV, que detecta o DNA proviral do HIV através da sua amplificação em até um milhão de

vezes, e a PCR-RNA do HIV, que pesquisa o vírus livre no sangue, sendo possível além de detectá-lo, quantificá-lo, o que é muito útil para o controle do tratamento.⁴²

A contagem dos linfócitos CD4 é um dado importante na avaliação no paciente infectado pelo HIV. Conforme a contagem dessas células vai caindo, mais susceptível a infecções vai ficando o indivíduo infectado pelo HIV, pois a imunidade contra vários patógenos será comprometida.⁴⁰

Desde a infecção pelo HIV até o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Humana propriamente dita, há toda uma gama de manifestações clínicas e laboratoriais que o indivíduo infectado pode apresentar. O quadro 1 apresenta a classificação dos vários estágios da doença em crianças.

QUADRO 1. Classificação dos estágios da infecção pelo HIV segundo características clínicas e imunológicas.

<i>Categorias Imunológicas</i>	Categorias Clínicas			
	<i>N: Ausência de sinais ou sintomas</i>	<i>A: Sinais ou sintomas leves</i>	<i>B: Sinais ou sintomas moderados</i>	<i>C: Sinais ou sintomas graves</i>
1: Sem evidência de imunossupressão	N1	A1	B1	C1
2: Evidência de imunossupressão moderada	N2	A2	B2	C2
3: Evidência de Imunossupressão severa	N3	A3	B3	C3

Nas categorias imunológicas, temos:

Categoria N: Assintomático

Estão incluídas nesta categoria as crianças que não apresentam sinais ou sintomas resultantes da infecção pelo HIV ou apenas um dos sinais ou sintomas da categoria A.

Categoria A: Sintomático Leve

Crianças com duas ou mais condições listadas abaixo, porém nenhuma das categorias B ou C;

- Linfadenomegalia (> 0,5 cm em dois sítios diferentes)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatite
- Parotidite
- Otite Média, sinusite, infecção do trato respiratório superior recorrente ou persistente.

Categoria B: Sintomático Moderado

Crianças com uma ou mais condições listadas abaixo, porém nenhuma da categoria C;

- Anemia (hemoglobina < 8g/dl), neutropenia (contagem de neutrófilos <1.000/mm³) ou trombocitopenia (contagem de plaquetas < 100.000/mm³) com duração igual ou superior a 30 dias,
- Episódio único de pneumonia, meningite ou sepse,
- Candidíase de orofaringe que persiste por mais de dois meses em criança maior de seis meses de idade,
- Miocardiopatia,
- Infecção por citomegalovírus (CMV) com início antes de um mês de idade,
- Diarréia recorrente ou crônica,
- Hepatite,
- Estomatite herpética recorrente (mais de dois episódios em dois anos),
- Bronquite, pneumonite ou esofagite pelo vírus herpes simplex (VHS) com início antes de um mês de idade,
- Herpes zoster envolvendo mais de um dermatomo, ou, pelo menos, dois episódios,
- Leiomiossarcoma,
- Pneumonia intersticial linfocítica,
- Nefropatia,

- Nocardiose,
- Febre persistente (com duração maior que um mês),
- Toxoplasmose com início antes de um mês de idade,
- Varicela disseminada ou complicada.

Categoria C: Sintomático Grave

Crianças que apresentam qualquer doença definidora da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, segundo critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1987, com exceção de Pneumonia Intersticial Linfocítica ⁴³;

- Infecções bacterianas graves e múltiplas (\geq dois episódios em dois anos) – sepse, pneumonia, meningite, osteomielite, artrite, abscessos de órgãos internos ou cavidades,
- Candidíase de esôfago ou pulmonar,
- Coccidiomicose disseminada,
- Criptococose extra-pulmonar,
- Criptosporidiose ou isosporíase com diarreia por mais de um mês,
- Doença por CMV com início após um mês de idade e em local além de fígado, baço e linfonodos,
- Encefalopatia,

- Infecção pelo VHS causando úlcera mucocutânea com duração superior a um mês ou bronquite, pneumonite ou esofagite após um mês de idade,
- Histoplasmose disseminada,
- Sarcoma de Kaposi,
- Linfoma primário de cérebro,
- Outros tipos específicos de linfoma,
- Tuberculose disseminada ou extra-pulmonar,
- Outras micobacterioses disseminadas,
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*,
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva,
- Septicemia por salmonelas não-tifóides recorrente,
- Toxoplasmose cerebral após um mês de idade,
- “Wasting syndrome” ou síndrome de emaciação – Perda de peso >10% da linha de base OU queda de pelo menos dois percentis no gráfico peso x idade OU duas medidas consecutivas (com 30 dias ou mais de intervalo) abaixo do quinto percentil E diarreia crônica (superior a 30 dias) OU febre persistente (por 30 dias ou mais).

Nas categorias imunológicas, o grau de imunossupressão é dado segundo a contagem de linfócitos CD4 (número absoluto e percentual) de acordo com a faixa etária, como mostrado no quadro 2.

QUADRO 2. Classificação das categorias imunológicas da infecção pelo HIV em crianças, segundo faixa etária e contagem dos linfócitos CD4.

<i>Categoria Imunológica</i>	Idade da Criança					
	< 12 meses		1 – 5 anos		6 – 12 anos	
	Cel/mm³	(%)	Cel/mm³	(%)	Cel/mm³	(%)
1: Sem evidência de imunossupressão	≥1,500	(≥25)	≥1,000	(≥25)	≥500	(≥25)
2: Evidência de imunossupressão moderada	750–1,499	(15-24)	500–999	(15–24)	200–499	(15–24)
3: Evidência de imunossupressão severa	<750	(<15)	<500	(<15)	<200	(<15)

A meta do tratamento seria erradicar todas as células infectadas pelo vírus e curar a infecção. Os agentes usados são chamados de drogas antiretrovirais, uma vez que suprimem a replicação viral do HIV, que é um retrovírus.

A zidovudina (AZT) foi a primeira droga antiretroviral aprovada para uso em crianças. No entanto, cepas do HIV resistentes ao AZT emergem após cerca de 6-12 meses, limitando seu uso como agente único.⁴⁰

Novos agentes surgiram ao longo dos anos, e o seu uso combinado suprime a replicação viral, melhorando e revertendo alguns sintomas da infecção, melhorando a sobrevivência e a qualidade de vida. Novos tipos de testes para monitorizar a carga viral plasmática permitem a detecção de um mínimo de 50 cópias de RNA/ml. Embora a supressão da viremia plasmática a níveis inferiores a esse seja possível, a presença do vírus em santuários como o

sistema nervoso central, linfonodos etc., torna impossível por ora a cura da infecção. ⁴⁰

De acordo com recomendações do Ministério da Saúde, os parâmetros para início da terapia medicamentosa baseiam-se na classificação da infecção pelo HIV em crianças conforme critérios do CDC já citados. Nas categorias N1 e A1, a recomendação é de acompanhamento clínico e laboratorial regulares, sem tratamento. Nas categorias N2 e B1, pode-se considerar que a introdução da terapia dependerá da evolução clínica e laboratorial, sendo recomendado o acompanhamento clínico-laboratorial a intervalos inferiores a três meses. Nas outras categorias, é recomendado o tratamento ⁴⁴, como mostra o quadro 3.

QUADRO 3. Indicações para início de terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV, de acordo com a classificação do CDC/1994.

Alteração Imunológica	N	A	B	C
Ausente (1)	N1	A1	B1	C1
Moderada (2)	N2	A2	B2	C2
Grave (3)	N3	A3	B3	C3

■ Não tratar, observar ■ Considerar tratamento ■ Tratar

A Epidemiologia da Epidemia de Aids

Em 1982, ocorreu na Califórnia e em Nova York um surto de pneumonia causada por *Pneumocystis carinii*, e simultaneamente notou-se uma ocorrência de Sarcoma de Kaposi 50 vezes maior do que o esperado em homossexuais masculinos. Esses eventos combinados proporcionaram a definição de uma

síndrome de imunodeficiência nunca antes descrita. Surgia então a AIDS.⁴¹ Em menos de uma década, essa doença, antes desconhecida se tornou uma questão de saúde pública em várias nações do mundo, inclusive no Brasil.

Em nosso país, no início da epidemia, na década de 1980, a AIDS atingia, principalmente, as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, e os casos caracterizavam-se, em sua maioria, por serem do sexo masculino, por terem alto nível socioeconômico e por pertencerem às categorias de transmissão homossexuais/bissexuais, além dos casos portadores de hemofilia ou em receptores de sangue.^{45,46,47}

Já na década de 1990, o perfil epidemiológico começou a mudar, havendo a disseminação da epidemia para outras regiões do país, aumentando o acometimento de indivíduos heterossexuais e mulheres. Além disso, houve aumento na incidência em pessoas de classe social mais baixa e com menor nível de escolaridade. Ocorriam a *heterossexualização*, a *feminização*, a *pauperização* e a *interiorização* da epidemia.^{45,46,47} O aumento da participação feminina na epidemia trouxe consigo o aumento do número de crianças infectadas devido à transmissão vertical da doença, durante a gestação, parto e amamentação.^{47,48}

Em 1989, a descoberta da zidovudina (AZT) trouxe novas perspectivas terapêuticas. Em 1992, o Ministério da Saúde no Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT, e em 1995, foram acrescentados a didanosina (ddl) e a zalcitabina (ddC). No entanto, foi em 1996, com o advento de uma nova proposta terapêutica denominada de "*High Active Antiretroviral Therapy*"

(HAART), que houve uma expressiva melhora na sobrevivência e qualidade de vida dos indivíduos soropositivos.⁴⁶

Além disso, em 1994, houve a divulgação do protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076), mostrando que o uso da zidovudina (AZT) pela gestante infectada e pelo recém-nascido, durante as primeiras semanas de vida, pode reduzir em cerca de 70% o risco de a criança ser infectada. Dessa forma, pôde-se reduzir substancialmente as taxas de transmissão vertical da doença.⁴⁸

3. Breve caracterização da adesão ao tratamento

A definição de adesão ao tratamento mais utilizada na literatura é aquela estabelecida por Haynes, Taylor e Sackett em 1979, onde adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde.⁴⁹

O que pode ser observado nos vários estudos sobre adesão é que as taxas são mais altas nos pacientes com doenças agudas do que nos pacientes com doenças crônicas.¹¹

Em Pediatria um conjunto amplo de investigações tem concluído pela existência de índices globais de não adesão entre 50% e 89% . O problema não é específico de uma patologia, mas abrange problemáticas diversas.⁵⁰ Aproximadamente 30-70% dos pacientes com doenças crônicas apresentam

adesão ruim devido à duração do tratamento, utilização de múltiplos medicamentos e períodos de remissão dos sintomas.⁵¹

A relevância da questão da adesão ao tratamento é indiscutível, uma vez que da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia.⁵² De todas as internações hospitalares clínicas nos Estados Unidos, 33-69% estão relacionadas com má-adesão ao tratamento, com um custo resultante de aproximadamente 100 bilhões de dólares por ano.¹¹

No Brasil, para o tratamento de algumas doenças crônicas, os serviços públicos de assistência à saúde que estão integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) podem fornecer os medicamentos aos pacientes, utilizando-se de programas especiais (medicamentos essenciais ou de alto custo, de liberação excepcional). Assim, o baixo grau de adesão ao tratamento ou a má utilização destes medicamentos pode, também, afetar a otimização do funcionamento do SUS e da utilização dos seus recursos.⁵³

Há varias maneiras de se aferir a adesão ao tratamento medicamentoso. Cada método possui vantagens e desvantagens e nenhum pode ser considerado padrão ouro. Podemos dividir os métodos em diretos e indiretos. São exemplos de métodos diretos a dosagem da concentração da droga ou seus metabólitos no sangue ou urina, detecção de marcadores biológicos no sangue ou a terapia observada. No entanto, esses métodos são mais caros e passíveis de distorção pelo paciente, por exemplo, tomando corretamente a medicação nos dias que antecedem a realização do exame. O auto-relato do

paciente, contagem de comprimidos, monitorização do retil das prescrições, utilização de questionários e diários pelos pacientes são exemplos de métodos indiretos. Esses métodos são de mais fácil execução e têm um custo menor do que o método direto, no entanto, também são sujeitos a erro, e podem acabar superestimando a adesão. ¹¹

As taxas de adesão consideradas satisfatórias variam de acordo com a patologia estudada. Assim, em algumas doenças como a hipertensão, uma adesão de 80% é considerada boa. No caso da infecção pelo HIV, estudos recentes demonstraram que é necessário tomar entre 90% a 95% das doses para atingir o objetivo terapêutico. ⁵⁴

Adesão ao tratamento da infecção pelo HIV

A terapia antiretroviral tem se mostrado altamente eficaz em reduzir a necessidade do uso de antibióticos e internações hospitalares e tem melhorado, dessa maneira, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes infectados pelo HIV. ^{13,14,55}

Entretanto, a eficácia está diretamente relacionada com o acesso ao tratamento e uma excelente adesão. Num estudo realizado por Wiener et al foi observado que nos pacientes com carga viral < 10.000, 75% haviam tomado 100% das doses das medicações na semana anterior, enquanto que entre aqueles com carga viral ≥ 10.000 , somente 36% referiram ter tomado toda a medicação. ⁵⁶

Assim, a adesão é peça de extrema importância no tratamento dos pacientes infectados pelo HIV, pois é sabido que uma supressão viral a longo termo necessita de uma adesão quase perfeita (95% ou mais), uma vez que poucas omissões de doses, ou mesmo atrasos na administração do medicamento, podem induzir o surgimento de cepas resistentes e a falha terapêutica.^{13,57} Além disso, como há resistência cruzada, a não-adesão a um agente anti-retroviral, pode gerar resistência não somente a essa droga, como a toda a classe de agentes.⁵⁸ E como o número e as combinações de medicamentos existentes são limitados, o uso inadequado pode levar a situações em que não haja mais opções terapêuticas, resultando até mesmo em óbito do paciente.

No entanto, se a adesão já é complicada em indivíduos com outras doenças crônicas, ela é particularmente difícil no tratamento antiretroviral, uma vez que os esquemas terapêuticos normalmente utilizam múltiplas drogas, necessitam de tomadas freqüentes de medicação e possuem vários efeitos colaterais. Além disso, em crianças, há questões adicionais, pois eles são dependentes de um cuidador adulto para seguir o tratamento, além da intolerância ao gosto e forma de administração das medicações, e o fato de, na maioria das vezes, os próprios pais também estarem doentes (necessitando lidar com questões relativas à aceitação da sua doença e o seu tratamento).^{59,60}

Também é importante considerar que a criança é um indivíduo em fase de crescimento, com ganho progressivo de peso ao longo do tempo. As avaliações de peso e altura são importantes para aferir o status nutricional e de saúde da

criança.⁶¹ Como as crianças infectadas pelo HIV frequentemente apresentam problemas nutricionais e até mesmo “wasting syndrome”, é importante manter avaliações periódicas destes índices antropométricos.⁶² Outra questão relevante na mensuração do peso é que as doses das medicações são calculadas de acordo com o peso da criança, assim, medidas seriadas são importantes para ajuste das mesmas.

Uma particularidade no tratamento das crianças em geral é a necessidade da administração de vacinas, como prevenção de inúmeras doenças. Nas crianças infectadas pelo HIV, a imunização é geralmente segura e benéfica, apesar do HIV induzir uma supressão imunológica e reduzir o benefício proporcionado pelas vacinas quando comparado com crianças não infectadas. Dessa maneira, elas devem ser imunizadas com as vacinas do calendário básico, exceto as crianças com imunossupressão severa, que não devem receber as vacinas BCG, tríplice viral e contra a febre amarela.

Essas crianças têm indicação de vacinação especial. A produção de anticorpos contra hepatite B após vacinação é menor do que em crianças não infectadas pelo HIV, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde aplicar-se uma quarta dose da vacina, 6 a 12 meses após a terceira dose e a utilização do dobro da dose de rotina. A vacina contra influenza deve ser aplicada a partir de seis meses de idade e repetida em dose única anual, levando-se em conta a sazonalidade da infecção. A vacina contra varicela deve ser aplicada apenas em crianças nas categorias N1 e A1. As crianças até dois anos deverão ser

vacinadas contra o pneumococo com a vacina 7-valente e as maiores de dois anos, com a 23-valente.⁶³

Dessa maneira, a boa adesão ao tratamento da criança infectada pelo HIV não se resume apenas à adesão aos medicamentos. Deve-se buscar que haja seguimento adequado às consultas, verificar a realização correta das vacinas, além da realização dos exames solicitados pela equipe médica a fim de monitorizar a resposta terapêutica e o comparecimento às consultas de outras especialidades médicas quando estas forem necessárias. Então, neste estudo consideraremos negligência no tratamento de crianças infectadas pelo HIV a administração inadequada da medicação, a falta às consultas médicas, o atraso na realização de vacinas, o não-comparecimento às consultas de especialidades médicas a que a criança foi encaminhada, e a não-realização dos exames complementares solicitados.

É bom lembrar que tais situações dependem não apenas do cuidado que os pais têm com os filhos, mas também do acesso, acolhimento e tratamento adequado oferecido pelo sistema de saúde. Mesmo não sendo objetos específicos deste estudo, outros fatores como as longas distâncias até o hospital, o tempo gasto para o comparecimento às consultas e a realização de exames, que muitas vezes implicam em faltas ao trabalho (frequentemente no setor informal da economia, onde a perda do dia de trabalho gera perda da remuneração), por exemplo, também podem interferir na adesão ao tratamento, conforme comentado anteriormente.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Investigar a negligência no tratamento de crianças portadoras do vírus HIV, atendidas em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- Traçar o perfil sócio-econômico e demográfico das crianças portadoras do vírus HIV atendidas neste hospital e de suas famílias.
- Caracterizar a epidemiologia da doença nestes pacientes.
- Estimar a prevalência de não-adesão ao tratamento das crianças HIV+ atendidas neste hospital.
- Identificar fatores associados à negligência no tratamento das crianças HIV+ nesta população.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

1. Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo exploratório, retrospectivo de revisão de dados secundários, no período de 1 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006.

2. Base de dados

A base de dados é secundária. Foram analisados os registros dos prontuários médicos das crianças portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), atendidas no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do hospital pediátrico de uma universidade pública federal, localizada no município do Rio de Janeiro, na área Programática 3.1, no período de 1 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006.

No município do Rio de Janeiro, existem cerca de 40 unidades de saúde que prestam assistência aos indivíduos adultos portadores da infecção pelo HIV e cerca de 10 unidades que prestam assistência à criança portadora desta infecção. O hospital onde foi realizado o estudo é uma dessas unidades.

Este hospital existe há 54 anos, e presta assistência hospitalar e ambulatorial secundária e terciária, além de desenvolver atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão na área da saúde da criança e do adolescente, assistindo crianças de 0 a 13 anos em cerca de 30 especialidades pediátricas. É uma unidade de saúde de média e alta complexidade, referência para o município do Rio de Janeiro, além de outros municípios do estado.

3. População de estudo

Foram incluídas no estudo todas as crianças de 0 a 12 anos incompletos, que possuíam diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e estavam em tratamento no Ambulatório de DIP do hospital referido no período de 01 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006. Ou seja, foram incluídas as crianças que iniciaram o acompanhamento nesse período e aquelas que haviam iniciado o acompanhamento antes do período do estudo.

Existem várias definições para a divisão das faixas etárias em crianças e adolescentes. Neste estudo optamos por utilizar a do Estatuto da Criança e do Adolescente, que define como criança o indivíduo que tem até 12 anos incompletos.

4. Instrumento:

A fonte de informação utilizada como base de dados neste estudo consistiu em dois instrumentos:

1) O prontuário médico do paciente, que fica armazenado no setor de prontuários do hospital, ao qual o pesquisador teve acesso mediante agendamento, e que pode ser consultado na sala de pesquisa, localizada no próprio setor. Neste prontuário, foram coletados os dados referentes às consultas realizadas pelos pacientes no período de estudo. Cada visita do

paciente ao ambulatório de DIP é anotada em uma ficha padronizada de consulta ambulatorial. (Anexo 1)

2) A ficha de registro do paciente no serviço, que contém dados demográficos, informações sobre a forma de contágio, manifestações clínicas da doença e tratamentos realizados. Esta ficha de registro fica armazenada na sala do ambulatório de DIP, e é revista e atualizada periodicamente pelos responsáveis pelo ambulatório. (Anexo 2)

A partir destas fontes, os dados foram coletados em um formulário próprio da pesquisa, contendo as seguintes variáveis: (Anexo 3)

1) dados demográficos da criança: idade, sexo, raça, local de residência, parentesco do responsável, escolaridade da mãe e do responsável, renda familiar.

2) dados epidemiológicos: tipo de transmissão; sorologias materna, paterna e de outros familiares; óbito materno, paterno e de irmãos; caso índice na família; idade da criança ao diagnóstico.

3) evolução: data de óbito ou perda de acompanhamento.

4) consultas: faltas; não-realização de exames solicitados; não-realização de vacinas recomendadas; não-comparecimento a consultas de especialidades para as quais tenha sido encaminhado; adesão à medicação.

5. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada pelo próprio pesquisador. Foram pesquisados 145 prontuários médicos e 181 fichas de registro do paciente no

serviço. Sua realização coleta durou cerca de três meses. O pesquisador teve acesso tanto aos prontuários quanto às fichas de registro sem empecilhos após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa. Eram disponibilizados por dia 10 ou 20 prontuários, dependendo das vagas para o agendamento da consulta. A maior dificuldade encontrada foi a não-localização do prontuário na data marcada para a pesquisa do mesmo, pelo fato deste estar em consulta ou não ter sido devolvido por outros pesquisadores, profissionais de saúde ou estudantes. Foram feitas três tentativas, em dias diferentes, para a localização de cada prontuário. Os que não puderam ser encontrados foram considerados perdas.

6. Processamento dos dados

O banco de dados foi construído com o programa Microsoft Office Excel 2003. A digitação foi realizada por dois digitadores independentes, e foi feita a posterior confrontação entre os dados para avaliar incongruências e erros de digitação. Houve menos de 5% de erros entre os dois digitadores.

O banco contava com as seguintes variáveis:

- Número de identificação do sujeito da pesquisa
- Idade – variável numérica contínua, medida em meses, na metade do período de estudo (01/07/2004);
- Sexo – variável categórica, dividida nos tipos: masculino e feminino;
- Cor – variável categórica, dividida nos tipos: branca, negra, parda e ignorada;
- Bairro de residência – variável nominal;

- Município de residência – variável nominal;
 - Parentesco do responsável – variável nominal;
 - Escolaridade da mãe – variável categórica, dividida nos tipos: analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo e ignorada;
 - Escolaridade do responsável – variável categórica, dividida nos tipos: analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo e ignorada;
 - Renda familiar (em salários mínimos) – variável numérica contínua;
 - Tipo de transmissão – variável categórica, dividida nos tipos: vertical, sexual, transfusional, uso de drogas endovenosas e ignorada;
 - Sorologia Materna – variável categórica, dividida nos tipos: positiva, negativa, não-realizada e ignorada;
 - Sorologia Paterna – variável categórica, dividida nos tipos: positiva, negativa, não-realizada e ignorada;
- O item sorologia “não-realizada” é relativo aos casos em que o indivíduo não realizou o exame, seja por falecimento, ou por se recusar a realizá-lo; o item sorologia “ignorada” diz respeito aos casos em que essa informação é desconhecida, seja por motivos de adoção, ou nos casos em que o pai ou a mãe não são os cuidadores da criança e não mantêm contato com os responsáveis por ela (casos de abandono, por exemplo).
- História de óbito materno – variável categórica, dividida nos tipos: sim, não e ignorado;

- História de óbito paterno – variável categórica, dividida nos tipos: sim, não e ignorado;
- História de óbito de irmãos pelo HIV – variável categórica, dividida nos tipos: sim, não e ignorado;
- Caso índice na família – variável categórica, dividida nos tipos: paciente, mãe, pai, irmão e ignorado;
- Presença de outro familiar infectado pelo HIV – variável categórica, dividida nos tipos: sim, não e ignorado;
- Grau de parentesco do outro familiar infectado pelo HIV – variável categórica, dividida nos tipos: mãe, pai, irmão e outros;
- Idade em que o paciente foi identificado como soropositivo – variável numérica contínua, medida em meses;
- Classificação ao diagnóstico – variável nominal;
- Idade em que iniciou o acompanhamento no serviço – variável numérica contínua, medida em meses;
- Número de faltas nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Presença de falta por um período maior do que seis meses – variável categórica, dividida nos tipos: sim e não;
- Adesão às medicações nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006. Essa variável é de construção algo complexa. Nas fichas de consulta ambulatorial, existe o item “adesão às medicações” que é preenchido pelo

profissional que realiza a consulta ao paciente. Este item admite as respostas "sim e não".

Para a construção da variável, marcou-se o item "não" caso o paciente apresentasse essa resposta em duas ou mais consultas durante um ano; "sim" caso o paciente apresentasse essa resposta em todas as consultas do ano e/ou apenas uma resposta "não" neste ano; e "não utilizou medicações" caso o paciente não estivesse em uso de medicação naquele ano. Desse modo, esta variável categórica ficou dividida nos tipos: sim, não, não utilizou medicação e ignorada.

- Número de exames solicitados nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de exames realizados nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de exames não-disponíveis nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de vacinas indicadas nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de vacinas realizadas nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de vacinas não-disponíveis nos anos de 2002, 2003, 2004,2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de encaminhamentos a outras especialidades solicitadas nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 – variável numérica contínua;

- Número de comparecimentos a outras especialidades nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 – variável numérica contínua;
- Número de consultas não-disponíveis de outras especialidades nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 – variável numérica contínua;

7. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 e R Project for Statistical Computing versão 2.6.1.

Inicialmente, as variáveis referentes ao acompanhamento (faltas, adesão aos medicamentos, realização de exames, realização de vacinas e comparecimento às consultas de especialidades) tiveram que ser processadas.

- Faltas – foi calculada a média aritmética das faltas computadas em cada ano em que o paciente esteve no estudo. Posteriormente, essa variável foi categorizada em “menos de uma falta por ano” e “uma ou mais faltas por ano”;
- Adesão aos medicamentos – essa variável foi subdividida. Primeiro foi criada uma variável com três categorias: 0 (adesão total), 1 (pelo menos 1 ano com não-adesão) e 2 (paciente não estava em uso de medicação). Depois, foi criada uma variável de melhora, ou seja, para os pacientes que apresentaram algum ano com não-adesão, mas que posteriormente apresentaram adesão aos medicamentos: 0 (houve melhora) e 1 (não houve melhora da adesão);

- Realização de exames – essa variável também deu origem a duas novas variáveis. Foi calculada uma razão com o número de exames realizados em relação ao número de exames solicitados – essa razão representa os exames solicitados aos quais a equipe de saúde efetivamente teve acesso, para efeito de acompanhamento do tratamento, excluindo os exames que não estavam disponíveis (não realização por falta de kits, material insuficiente etc.). Em seguida foi calculada uma outra razão, com os exames realizados somados aos exames não-disponíveis em relação aos exames solicitados – essa variável representa os exames que a família procurou realizar. Posteriormente essas variáveis foram categorizadas em “menos de 70% de exames realizados” e “70% ou mais de exames realizados”. Não existe um consenso na literatura sobre qual seria a razão ideal de realização desses procedimentos. Assim, optamos por utilizar o limite de 70% uma vez que 70-80% seria a taxa de adesão aceitável para o tratamento da maioria das doenças.
- Vacinação – Assim como a variável anterior, essa variável também deu origem a duas novas variáveis, sendo calculada a razão entre o número de vacinas efetivamente aplicadas em relação ao número de vacinas indicadas, e entre as vacinas efetivamente aplicadas somadas às vacinas não-disponíveis em relação às vacinas indicadas. Posteriormente essas variáveis foram categorizadas em

“menos de 70% de vacinas efetivamente aplicadas” e “70% ou mais de vacinas realizadas”

- Comparecimento às consultas de especialidades – Essa variável foi processada como as anteriores. Foi calculada a razão entre o número de consultas realizadas em relação ao número de consultas às quais o paciente foi encaminhado, e a razão entre as consultas realizadas somados às consultas não-disponíveis em relação às consultas às quais o paciente foi encaminhado. Posteriormente essas variáveis foram categorizadas em “menos de 70% de consultas realizadas” e “70% ou mais de consultas realizadas”

Algumas das variáveis epidemiológicas também foram processadas para análise.

- Local de residência – A variável com o município de residência do paciente foi categorizada em “município do Rio de Janeiro” e “outros municípios do estado”. Quanto aos residentes do município do Rio de Janeiro, foi investigado à qual Área Programática (A.P.) o bairro de residência do paciente pertencia, e posteriormente categorizada em “A.P. circunvizinha à A.P. 3.1”, “A.P. intermediária” e “A.P. mais distante da A.P. 3.1”. Veja os mapas anexos para melhor compreensão da divisão. (Anexos 4 e 5)
- Escolaridade da mãe e responsável – essas variáveis foram categorizadas em “escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental” (analfabeto, 1º grau incompleto e 1º grau completo)

e “escolaridade maior do que o ensino fundamental” (2º grau completo e incompleto e superior completo e incompleto).

- Óbito dos pais – a partir dessa variável foi criada uma nova variável, “óbito de ambos os pais” e “tem pelo menos um dos pais vivos”.

Em seguida foram realizadas análises univariadas e bivariadas. Para as análises bivariadas foram construídas tabelas 2x2 contemplando as variáveis de acompanhamento e as variáveis epidemiológicas. Foi realizado o teste qui-quadrado para verificação de significância estatística das associações entre elas. As que apresentaram associação significativa foram incluídas na realização de regressão logística, permitindo o cálculo do Odds Ratio e o cálculo dos intervalos de confiança. O nível de significância estatística considerado foi de 95% ($p = 0,05$).

8. Considerações éticas

O estudo foi realizado em concordância com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ele foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e do Hospital onde a pesquisa foi realizada, e está registrado no SISNEP sob o número CAAE - 0125.0.031.000-07.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

No período de 1 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006, foram atendidas no ambulatório de DIP do hospital de estudo 189 crianças entre 0 e 12 anos. Destas, foi possível localizar a ficha de registro do serviço de 181 e o prontuário médico de 145. Assim, para as variáveis sócio-epidemiológicas, cujas informações foram obtidas através da ficha de registro do serviço, o número de pacientes estudados foi de 181, enquanto, para as variáveis de acompanhamento, cujas informações foram obtidas através do prontuário médico, esse número foi de 145 pacientes.

Das crianças inseridas no estudo, 13 evoluíram para óbito no período estudado, o que corresponde a 6,5% dos casos. O prontuário médico destes pacientes encontrava-se arquivado em um depósito localizado fora do hospital. Desta forma, não houve tempo hábil para consultá-los dentro do prazo estabelecido para a coleta dos dados, não sendo possível coletar os dados de acompanhamento desses pacientes. Assim, eles não puderam ser incluídos no estudo.

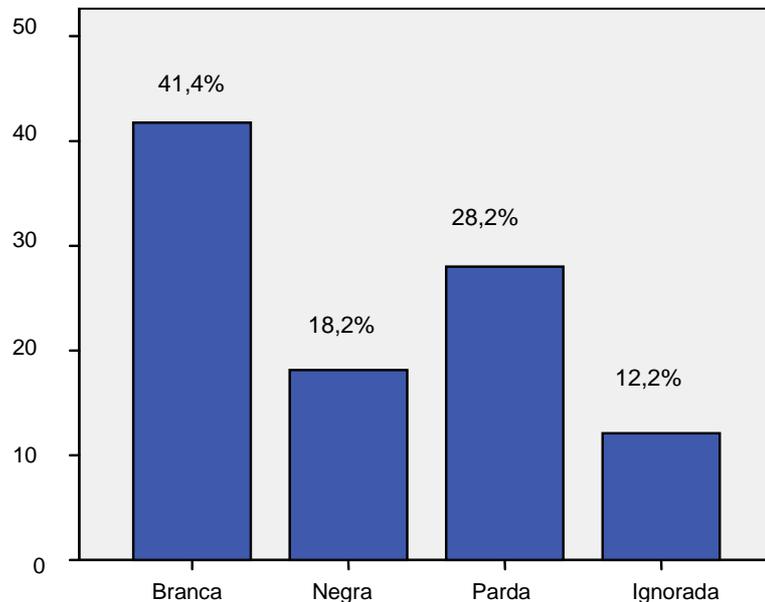
Caracterização sócio-epidemiológica dos casos estudados

O período de acompanhamento do estudo foi de cinco anos e foram incluídas tanto as crianças até 12 anos que já vinham em acompanhamento, quanto aquelas que iniciaram o acompanhamento ao longo dos anos do estudo (2002 a 2006). Dessa forma, para se ter uma idéia da média etária do grupo de crianças em atendimento no ambulatório durante esses anos, calculou-se a média de idade no meio do período do estudo (1 de julho de 2004), buscando-se equilibrar a entrada e saída de crianças no estudo, ou seja, as que completaram 13 anos e saíram e as que nasceram ou iniciaram o acompanhamento depois que o estudo já havia começado. Assim, a média de idade das crianças atendidas no meio do período era de 76,6 meses (6 anos e 4 meses), com desvio padrão de 37,8 meses (3 anos e 2 meses), e mediana de 80 meses (6 anos e 8 meses).

Cerca de 43% das crianças eram do sexo masculino, enquanto 57% eram do sexo feminino.

Em relação à cor, que foi determinada pelo profissional que atendeu a criança, 41,4% eram brancas, 28,2% pardas, 18,2% negras e 12,2% não tinham esse item preenchido na ficha do serviço. (Gráfico 1)

GRÁFICO 1. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo cor. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



Todas as crianças atendidas no ambulatório eram residentes do estado do Rio de Janeiro, sendo 60,4% residentes do município do Rio de Janeiro. As demais, residentes em outros 24 municípios do estado, sendo cerca de 22% moradores dos municípios da Baixada Fluminense. (Gráfico 2)

Das crianças residentes no município do Rio de Janeiro, mais da metade era proveniente da A.P. 3 (53,2%), principalmente da A.P. 3.1 (28,4%), que é a mesma onde se encontra localizado o hospital do estudo. (Gráfico 3)

GRÁFICO 2. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

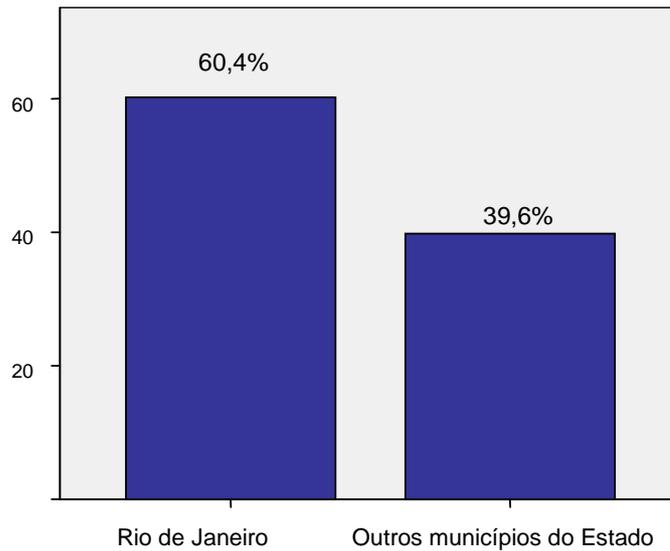
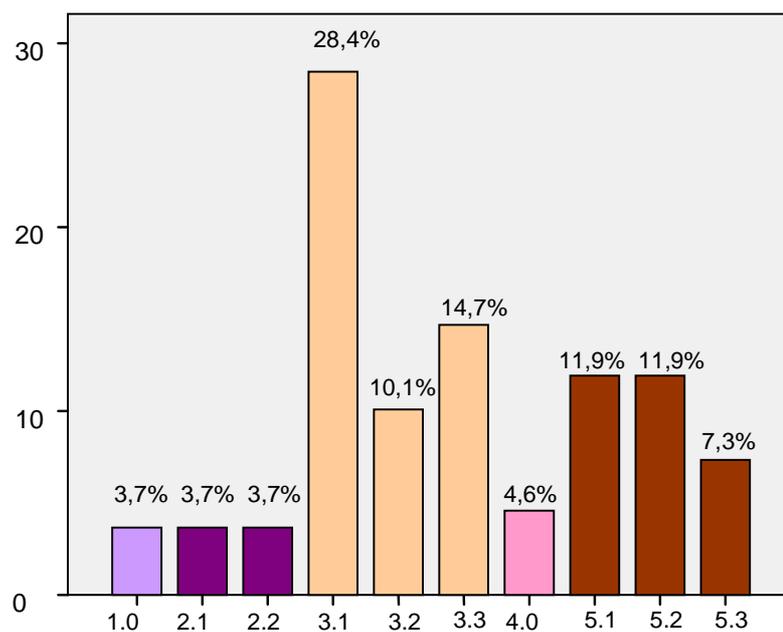
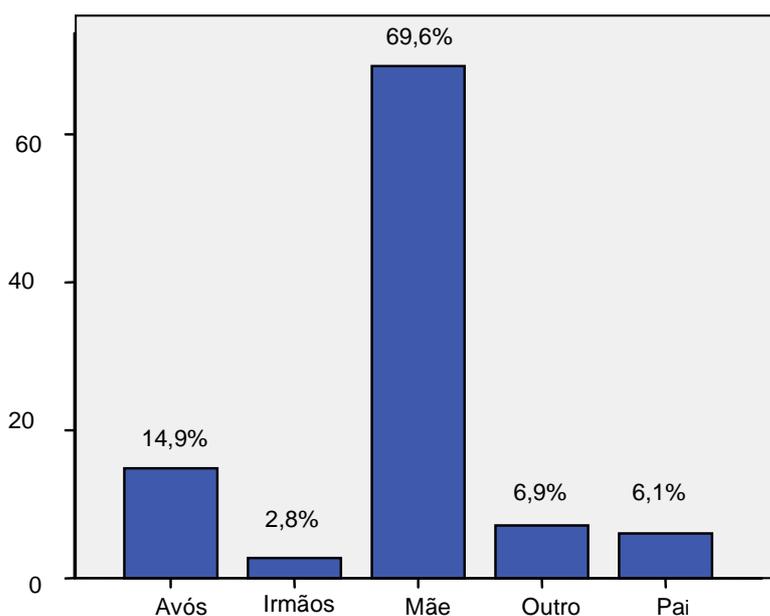


GRÁFICO 3. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro, residentes nesse município, segundo área programática de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



O responsável evidenciado com maior frequência foi a mãe (biológica em 63,5% dos casos, adotiva em 5,5% e madrasta em 0,6%), seguido da avó em 13,8% dos casos. Em apenas 6,1% dos casos o pai era o responsável, sendo 5,5% de pais biológicos e apenas 0,6% de pais adotivos. Os outros responsáveis evidenciados foram irmãos (2,8%), tios (4,5%), primos (0,6%), avô (0,6%) e bisavó (0,6%). Havia três crianças institucionalizadas, porém duas foram adotadas no período do estudo. Somente uma permaneceu institucionalizada por todo o estudo. Esse dado era ignorado em um caso. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo parentesco do responsável. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



A maioria das mães só estudou até o 1º grau: 42,9% incompleto e 24,2% completo. Do restante, 13,2% estudaram até o 2º grau, sendo 7,7% completo e 5,5 incompleto, 3,2% tinham estudo superior (0,5% completo e 2,7% incompleto) e 4,4% eram analfabetas. A informação era ignorada em 12,1%.

Quanto ao responsável pela criança, o panorama é bem semelhante, 65,9% estudaram até o 1º grau (23,6% completo e 42,3%incompleto), 18,1% estudaram até o 2º grau (11,5%completo e 6,6%incompleto), 3,8% tinham estudo superior (1,6% completo e 2,2% incompleto), e 3,8% eram analfabetos. Como havia uma criança institucionalizada, o nível de instrução do responsável não pôde ser avaliado neste caso. A informação era ignorada em 7,7% dos casos. (Tabela 1)

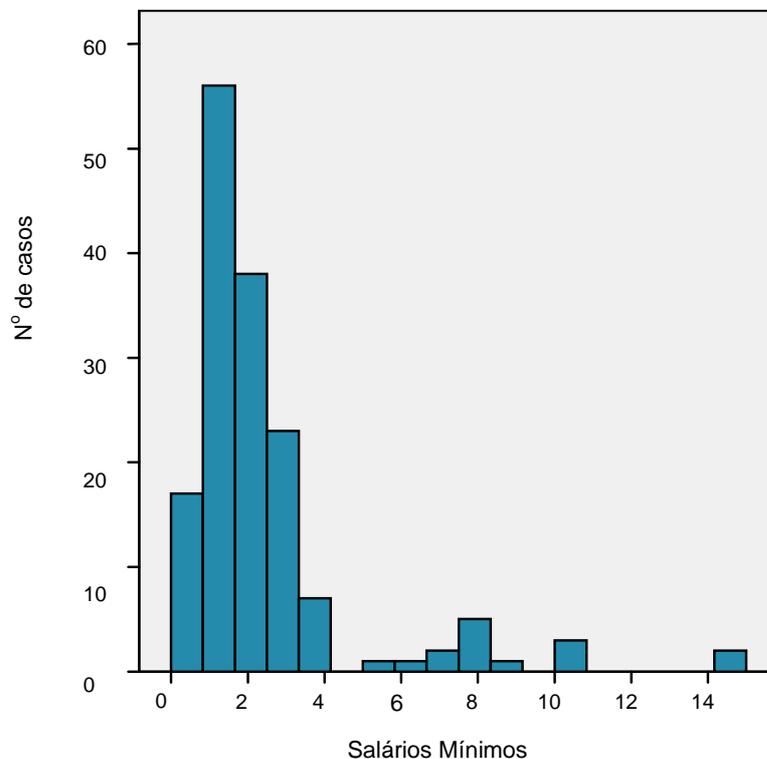
Tabela 1. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo escolaridade da mãe e do responsável. Janeiro 2002/Dezembro 2006

Escolaridade da Mãe/ Responsável	Analfabeto	1º grau incompleto	1º grau completo	2º grau incompleto	2º grau completo	Superior incompleto	Superior completo	Ignorado
Mãe	4,4%	42,9%	24,2%	5,5%	7,7%	2,7%	0,5%	12,1%
Responsável	3,8%	42,3%	23,6%	6,6%	11,5%	2,2%	1,6%	7,7%

A renda familiar variou bastante, de 0 a 15 salários mínimos, com uma média de 2,36 salários e um desvio padrão de 2,5 salários; a mediana foi de dois salários-mínimos, com o percentil 25 correspondendo a um salário-mínimo e o percentil 75 sendo três salários-mínimos. A informação era ignorada em 26 casos.

No gráfico 5, pode-se ver bem essa variabilidade, chamando atenção para o fato da grande maioria das famílias ter renda inferior a 5 salários mínimos.

GRÁFICO 5. Histograma com distribuição da renda familiar das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006



A forma de transmissão predominante foi a vertical, em 93,4% dos casos. Houve apenas um caso de transmissão transfusional, e em 6% dos casos a forma de transmissão era ignorada. Esses casos correspondem principalmente a adoções, em que poucos dados sobre a família biológica da criança são conhecidos e casos em que a mãe faleceu antes que a sorologia pudesse ser realizada.

Dessa maneira, a sorologia materna foi positiva em 93,4% dos casos. Já a sorologia paterna foi positiva em 45,1% dos casos, como mostra a tabela 2, com mais detalhes.

Tabela 2. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo sorologia dos pais. Janeiro 2002/Dezembro 2006

Sorologia	Positiva	Negativa	Não-Realizada	Ignorada
Materna	93,4%	1,1%	2,7%	2,7%
Paterna	45,1%	17,6%	15,4%	21,4%

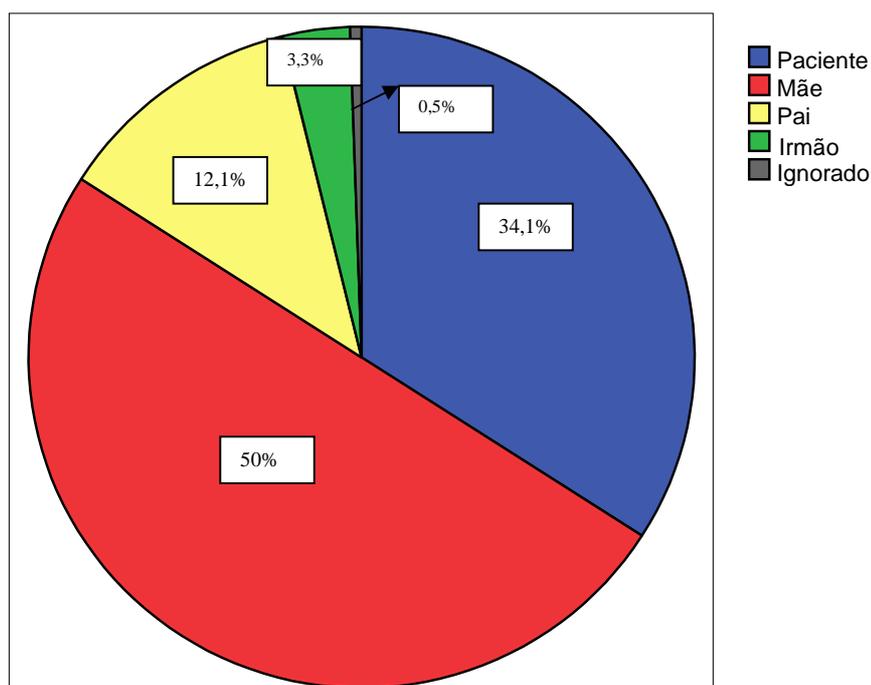
Haviam falecido 28% das mães (3,3% ignorado) e 24,2% dos pais (23,6% ignorado) das crianças do estudo. Eram órfãs de ambos os pais cerca de 11% das crianças. Houve o falecimento de irmãos pelo HIV em 4,4% dos casos. (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo óbitos devido à infecção pelo HIV na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006

Óbito na Família	Sim	Não	Ignorado
Mãe	28%	68,7%	3,3%
Pai	24,2%	52,2%	23,6%
Irmãos	4,4%	90,7%	4,9%

Como pode ser visto no gráfico 6, o caso índice na família foi a mãe na metade dos casos, seguida pelo próprio paciente. O dado era ignorado em apenas um caso.

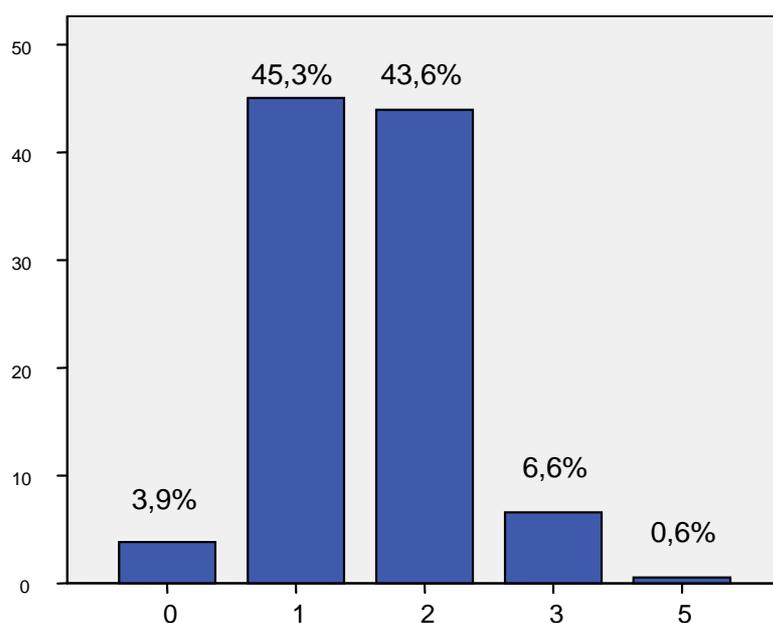
GRÁFICO 6. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo caso índice na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



Como a principal forma de transmissão foi a vertical, em 96,1% dos casos havia outro familiar infectado pelo HIV. Havia apenas um familiar infectado em 45,3%; dois familiares em 43,6% ; três familiares em 6,6% e cinco familiares em apenas um caso. (Gráfico 7)

Assim, nestas famílias em que havia mais de um indivíduo infectado pelo HIV, apenas a mãe era infectada em 42,3%, apenas o pai em 1,6%, ambos os pais em 36,8%. Havia outro filho infectado em 12,1% dos casos.

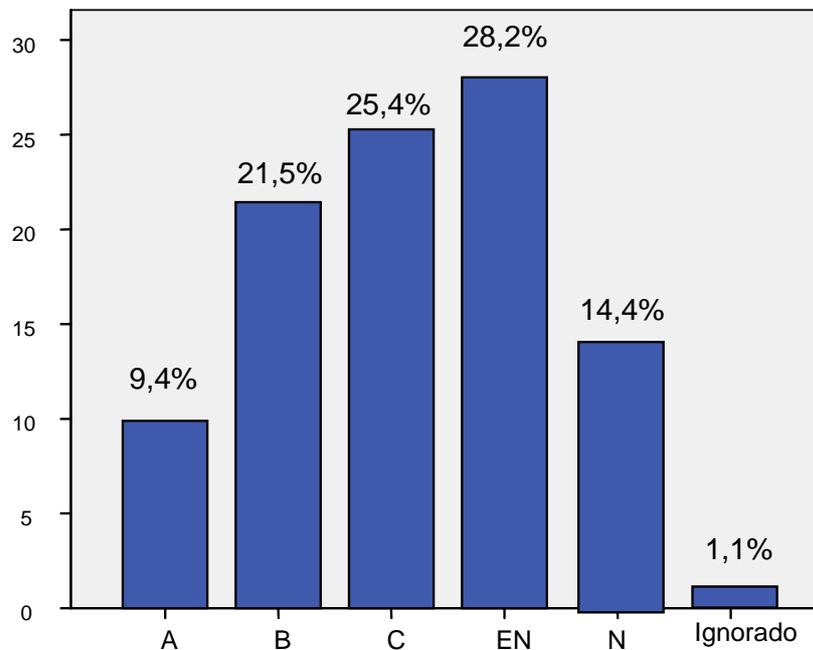
GRÁFICO 7. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo número de pessoas infectadas pelo HIV na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



A idade de identificação dos pacientes como HIV+ variou de 0 a 134 meses (11 anos e 2 meses), sendo a média 36,1 meses (cerca de 3 anos), com desvio padrão de 33,5 meses (cerca de 2 anos e 9 meses).

A classificação ao diagnóstico mais freqüente foi a de exposição neonatal (28,2%), seguida de C – sintomas graves (25,4%), B – sintomas moderados (21,5%), N – assintomático (14,4%) e, por último, A – sintomas leves (9,4%). (Gráfico 8)

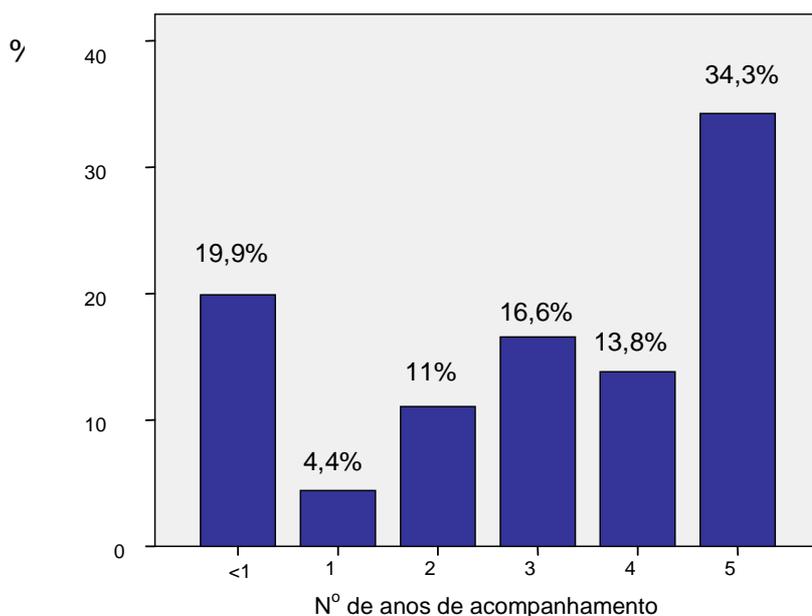
GRÁFICO 8. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo categoria clínica ao diagnóstico. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



Caracterização do acompanhamento dos casos

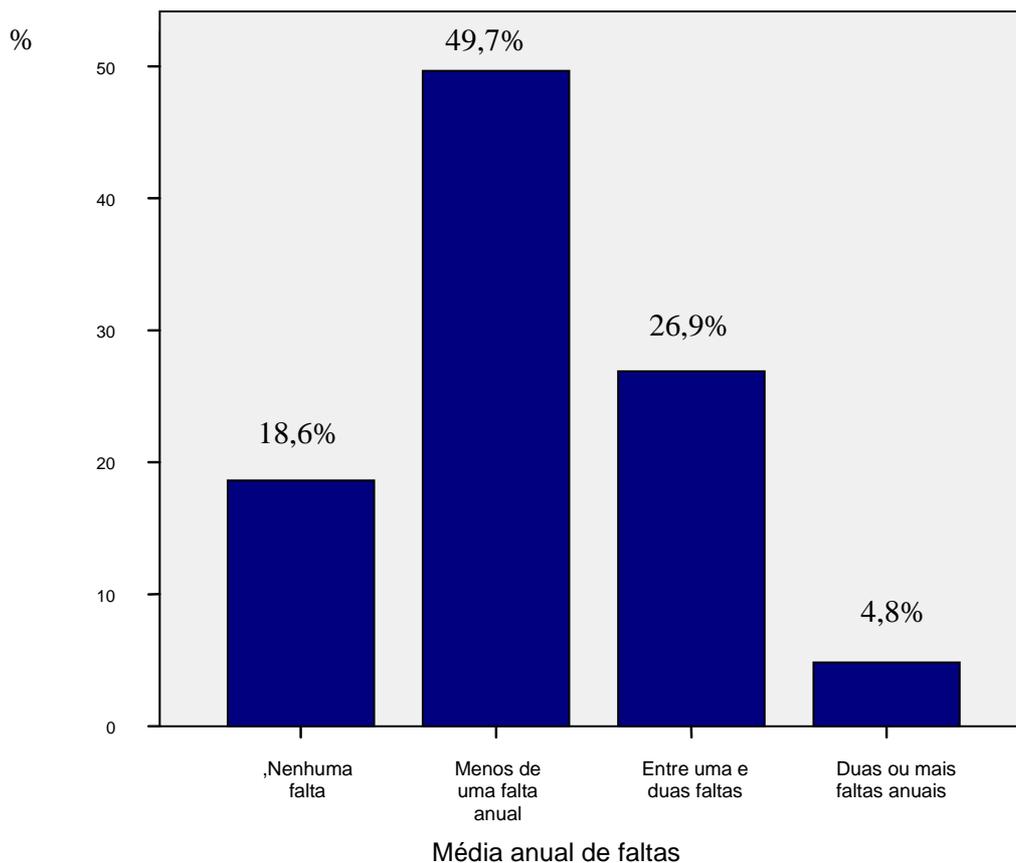
Como já dito anteriormente, não foi possível localizar o prontuário de cerca de 20% dos pacientes. Dos que tiveram o prontuário analisado, a maioria esteve presente ao longo dos cinco anos do estudo. Os outros estiveram presentes apenas parte do tempo, seja porque nasceram ou ingressaram no ambulatório durante o período de estudo, seja porque completaram a idade definida para sair do estudo. O gráfico 9 mostra tempo de participação dos sujeitos do estudo. Pode-se perceber que a maioria participou durante cinco anos, porém o percentual daqueles que participaram menos de um ano do estudo também é considerável.

GRÁFICO 9. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo tempo de acompanhamento no estudo. Janeiro 2002/Dezembro 2006



Pode-se observar que 18,6% dos pacientes não faltou nenhuma vez durante o tempo de observação deste estudo, 49,7% apresentaram uma média menor do que uma falta por ano, 26,9% apresentaram de uma a 1,99 faltas por ano e 4,8% apresentaram média de duas ou mais faltas por ano. Cerca de 12,5% dos pacientes tiveram faltas e demoraram mais de seis meses para retornar ao ambulatório. (Gráfico 10)

GRÁFICO 10. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas às consultas. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



Em relação aos exames realizados, temos duas variáveis. (1) Os exames que foram realizados e aos quais a equipe teve acesso ao resultado na consulta para fins de acompanhamento terapêutico (exames realizados com resultado / exames solicitados). Neste caso não se incluem os exames que o paciente realizou, mas que não estavam disponíveis no prontuário ou para acesso no computador do laboratório na data da consulta devido a extravio, erros de coleta, material insuficiente ou ainda os não realizados por falta de reagentes. (2) Os exames que foram realizados, mas aos quais a equipe teve acesso parcial ao resultado (exames realizados com resultados + exames realizados sem resultado / exames solicitados). Neste caso incluem-se os exames que o paciente fez, mas cujos resultados não estavam disponíveis devido às circunstâncias citadas acima.

Podemos observar que a razão de exames a cujos resultados a equipe teve acesso foi de 1,0 em cerca de 20% dos pacientes, enquanto a razão dos exames que o paciente realizou foi de 1,0 em cerca de 40% dos pacientes. A diferença entre essas duas razões é devida aos exames não disponíveis. Nos gráficos 11 e 12 podemos verificar a distribuição dessas razões.

GRÁFICO 11. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo taxa de exames realizados a cujos resultados a equipe médica teve acesso. Jan 2002/Dez 2006

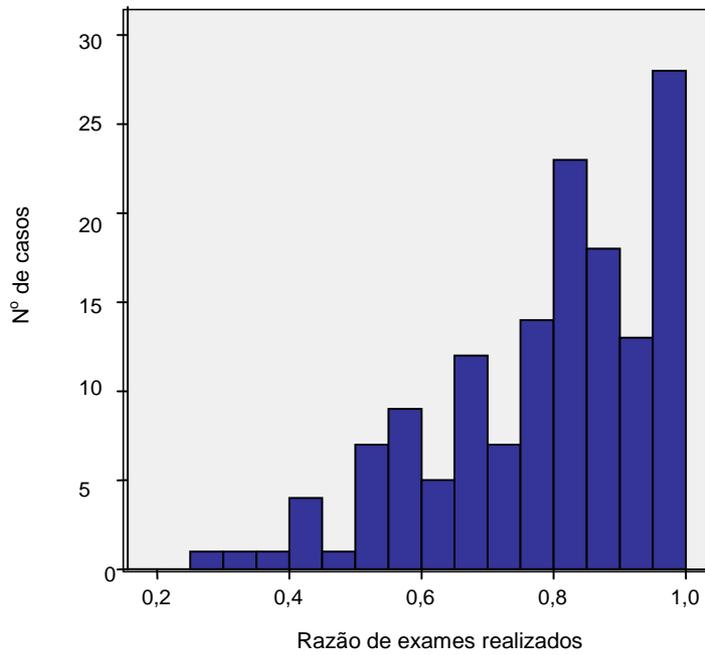
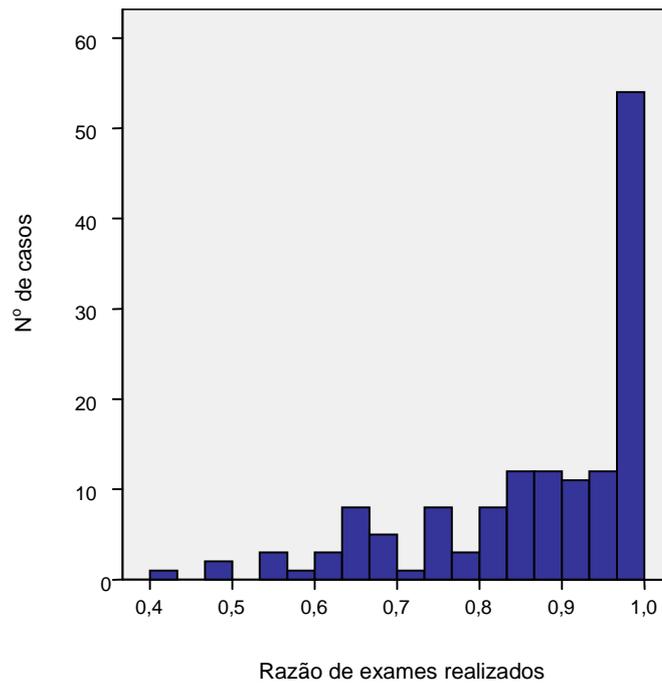


GRÁFICO 12. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo taxa de exames realizados. Janeiro 2002/Dezembro 2006



Em relação às vacinas solicitadas, a variável também foi trabalhada de maneira semelhante aos exames, ou seja, temos as vacinas que a criança efetivamente recebeu, e as vacinas que a família procurou aplicar, recorrendo aos profissionais habilitados (contabilizando as não disponíveis).

No hospital onde foi realizado o estudo há um posto, que oferece as vacinas do calendário básico de vacinação. As vacinas especiais, que são indicadas no paciente HIV+, como a anti-pneumocócica e a anti-influenza também podem ser aplicadas lá, mas devem ser solicitadas ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, que as envia ao hospital para serem aplicadas. Em geral, foram essas as vacinas que estiveram indisponíveis em algum período do tempo do estudo.

Podemos ver nos gráficos 13 e 14 que a grande maioria das vacinas foi administrada aos pacientes, uma vez que 75% dos pacientes tinham razão de 1,0 nas vacinas que a família procurou administrar. Já quando se exclui as não disponíveis, a razão de 1,0 ocorre em apenas 36,6% dos pacientes.

GRÁFICO 13. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo vacinas administradas. Janeiro 2002/Dezembro 2006

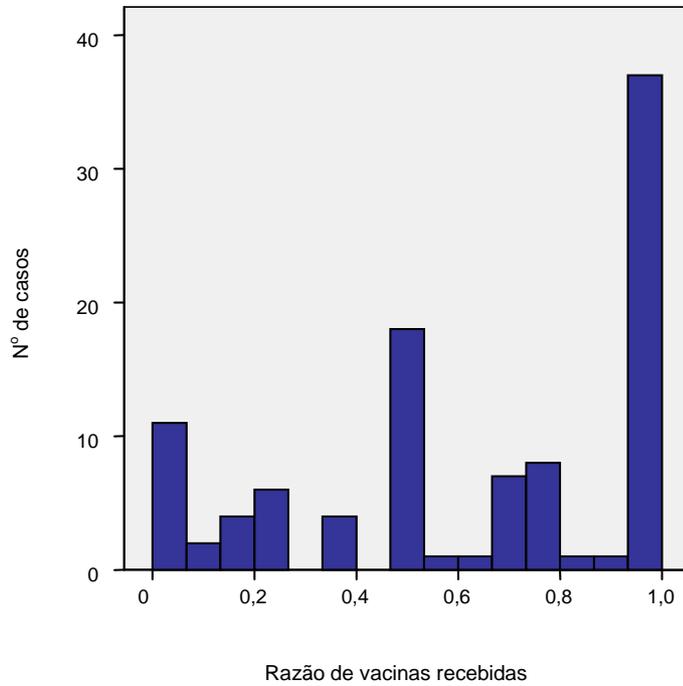
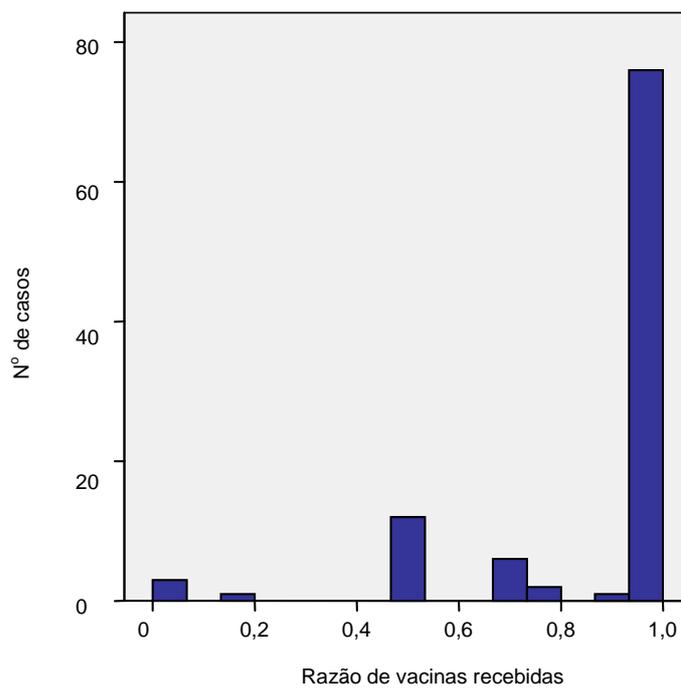


GRÁFICO 14. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo vacinas que a família procurou administrar. Jan 2002/Dez 2006



O comparecimento às consultas de especialidades médicas também foi investigado por meio de duas variáveis, a primeira delas representando as especialidades médicas a que a criança teve acesso, e a segunda as consultas que a família procurou marcar (incluindo as não disponíveis).

Em relação às especialidades a que a criança teve acesso, encontramos a razão de 1,0 em 47% dos casos; em relação às consultas que a família procurou marcar, temos a razão de 1,0 em 60,8% dos casos. (Gráficos 15 e 16)

GRÁFICO 15. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo consultas de especialidades médicas a que tiveram acesso. Janeiro 2002/Dezembro 2006

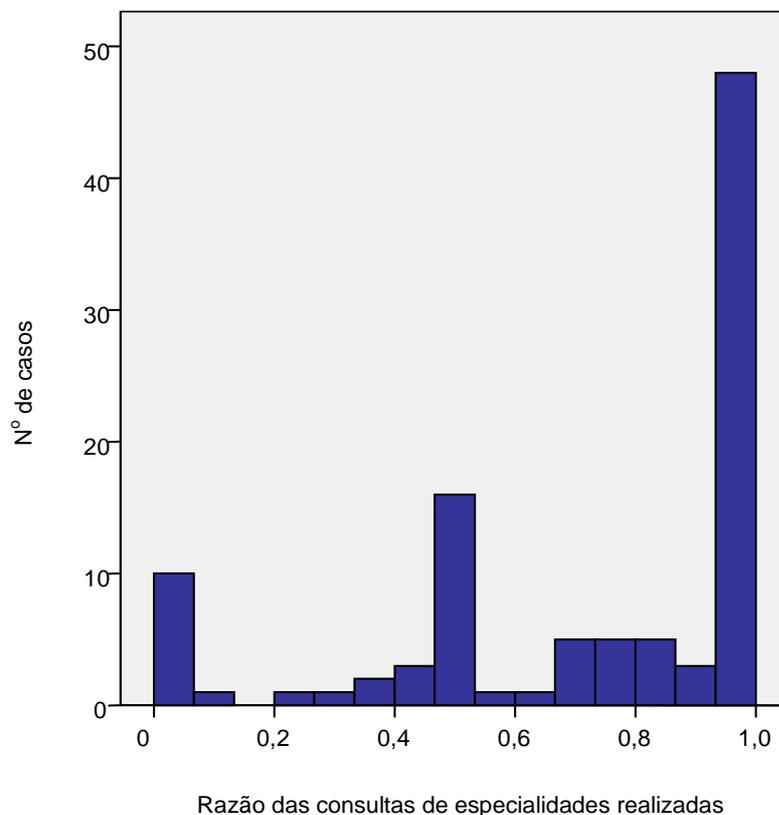
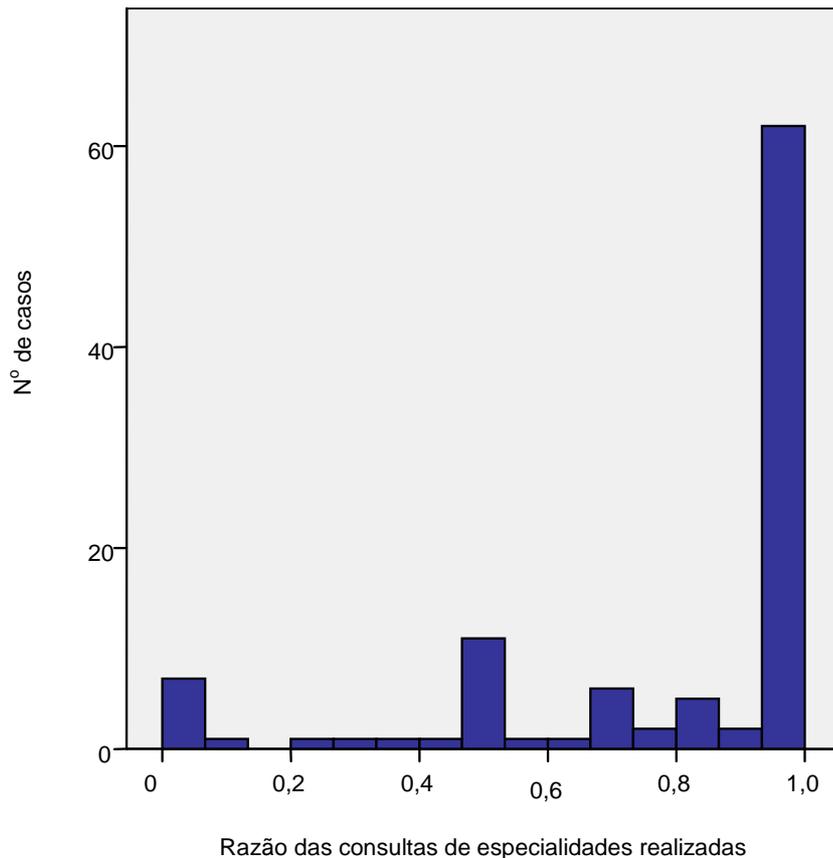


GRÁFICO 16. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo consultas de especialidades médicas que a família procurou marcar. Janeiro 2002/Dezembro 2006



Em relação à adesão aos medicamentos, 17,9% dos pacientes não tiveram indicação para usar medicamentos durante o tempo investigado neste estudo; 52,4% foram classificados como aderentes (“sim” à pergunta sobre adesão) em todas as consultas em que estavam usando medicamentos; 29,7%

dos pacientes foram classificados como não-aderentes (“não” a duas ou mais consultas no mesmo ano, ao longo do tratamento). (Gráfico 17) Dos pacientes que tiveram adesão inadequada, 39,5% melhoraram a adesão com as medidas tomadas pela equipe, ou seja, passaram a receber “sim” na pergunta sobre adesão nas consultas subseqüentes. (Gráfico 18)

GRÁFICO 17. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

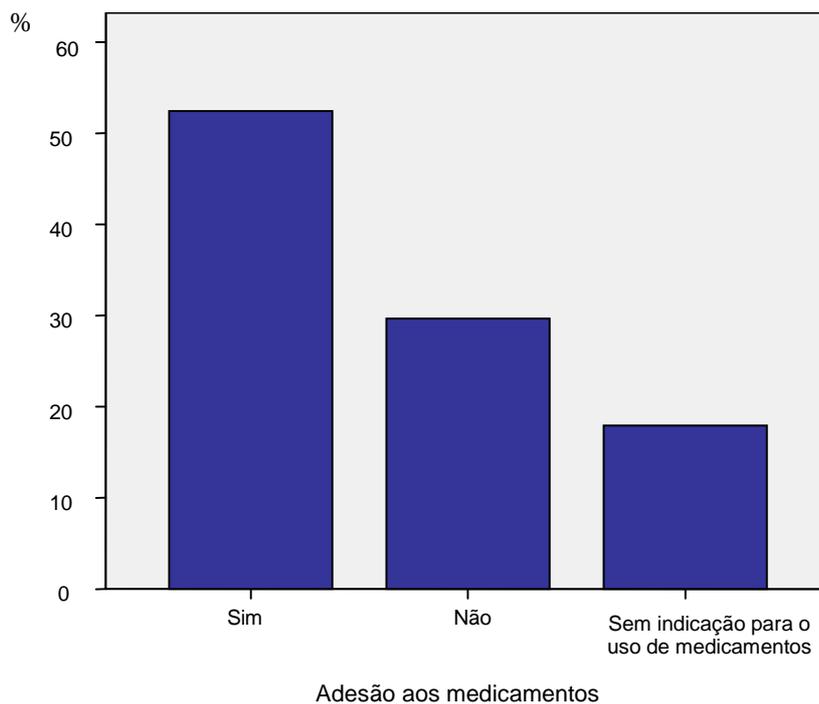
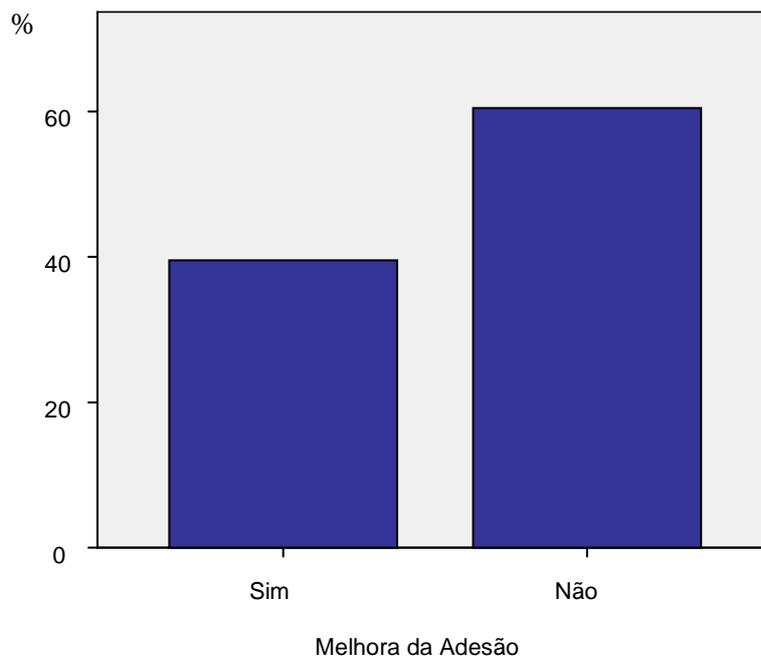


GRÁFICO 18. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo melhora da adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.



A fim de se investigar a associação entre as variáveis sócio-epidemiológicas e as variáveis do acompanhamento dos pacientes sugestivas de negligência no tratamento destas crianças, realizamos análises bivariadas. Para tal, foram construídas tabelas 2x2 compreendendo essas variáveis, com a realização do teste do Qui-quadrado para verificar se havia associação estatisticamente significativa entre elas.

Para se obter maior consistência dos dados, optou-se por incluir somente os pacientes que permaneceram três anos ou mais no estudo (ou seja, mais do que a metade do tempo de estudo). Dessa forma, 64 pacientes (35,4%)

permaneceram menos de três anos no estudo, enquanto 117 pacientes (64,6%) permaneceram por três anos ou mais no estudo, sendo incluídos nesta análise.

Inicialmente, verificou-se a existência de associação entre as variáveis de acompanhamento dos casos. Encontrou-se associação entre: faltas e realização de exames, faltas e adesão, adesão e comparecimento às consultas de especialidades médicas.

Observou-se ainda associação entre a média anual de faltas e a realização de exames. Desse modo, 74,6% dos indivíduos que realizaram mais de 70% dos exames solicitados tiveram menos de uma falta por ano, enquanto os que tiveram média anual de uma ou mais falta corresponderam a apenas 25,5% destes. ($p=0,036$). (Tabela 4)

TABELA 4. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e realização os exames solicitados. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

		Exames				Total	
		≥70%		<70%			
Faltas	<1	73	74,6%	9	50%	82	70,7%
	≥1	25	25,5%	9	50%	34	29,3%
Total		98	100%	18	100%	116	100%

$p= 0,036$

Encontramos também associação entre a média anual de faltas e a adesão aos medicamentos. Assim, 84,4% dos indivíduos que tiveram adesão adequada aos medicamentos tiveram média anual menor do que uma falta, enquanto 15,6% destes tiveram média anual de uma ou mais faltas ($p < 0,0001$). (Tabela 5)

TABELA 5. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

		Adesão				Total	
		Sim		Não			
Faltas	<1	54	84,4%	17	41,4%	71	67,6%
	≥1	10	15,6%	24	58,6%	34	32,4%
Total		64	100%	41	100%	105	100%

$p < 0,0001$

Também podemos constatar associação entre o comparecimento às consultas de especialidades e a adesão aos medicamentos. Dessa maneira, 78,8% dos pacientes com adesão adequada aos medicamentos realizaram mais de 70% das consultas de especialidades médicas a que foram encaminhados, enquanto apenas 21% destes realizaram menos de 70% das consultas ($p = 0,025$). (Tabela 6)

TABELA 6. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos e comparecimento às consultas de especialidades médicas. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

		Adesão				Total	
		Sim		Não			
Especialidades	≥70%	41	78,8%	16	55,1%	57	70,4%
	<70%	11	21,2%	13	44,9%	24	29,6%
Total		52	100%	29	100%	81	100%

p= 0,025

Em seguida, foram analisadas as variáveis de acompanhamento dos casos e as sócio-epidemiológicas, por meio de tabelas 2x2. Encontrou-se associação entre as variáveis: adesão e cor; realização de exames e município de residência e falta às consultas e município de residência.

Assim, observamos que há diferenças estatisticamente significantes (p-valor =0,003) entre os indivíduos das cores branca, negra e parda e a adesão adequada ou inadequada às medicações, com um maior número de indivíduos com adesão inadequada entre aqueles de cor negra. Neste grupo, 71% apresentaram adesão inadequada aos medicamentos, enquanto no grupo dos pardos 37% e no grupo dos brancos apenas 12% apresentaram adesão inadequada. (Tabela 7)

TABELA 7. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos e cor. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

		Adesão				Total	
		Sim		Não			
Cor	Branca	38	76%	12	24%	50	100%
	Negra	5	29%	12	71%	17	100%
	Parda	19	63%	11	37%	30	100%
Total		62	64%	35	35%	97	100%

$p=0,003$

Na tabela 8, pode ser percebida associação com significância estatística (p -valor =0,009) entre as variáveis realização de exames e município de residência, onde vemos que 94% dos indivíduos que residem fora do município do Rio de Janeiro realizaram 70% ou mais dos exames solicitados, enquanto apenas 6% realizaram menos de 70% dos exames. Entre os indivíduos que residem no Rio de Janeiro, 23% realizaram menos de 70% dos exames solicitados.

TABELA 8. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo realização de exames e município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006

		Exames				Total	
		$\geq 70\%$		$< 70\%$			
Município	Rio de Janeiro	49	77%	15	23%	64	100%
	Outros Municípios	49	94%	3	6%	52	100%
Total		98	84%	18	16%	116	100%

$p=0,009$

Na tabela 9, observamos associação entre a média anual de faltas e município de residência. Assim, entre os que residem fora do município do Rio de Janeiro, 79% tiveram média anual menor do que uma falta, enquanto entre os que residem no Rio de Janeiro, esse percentual foi de 63%. No entanto, na relação entre essas variáveis, somente obtém-se significância estatística com nível de confiabilidade de 90% (p -valor = 0,064).

TABELA 9. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006

		Faltas				Total	
		<1		≥1			
Município	Rio de Janeiro	41	63%	24	37%	65	100%
	Outros municípios	41	79%	11	21%	52	100%
Total		82	70%	35	30%	117	100%

$p= 0,064$

A partir das associações encontradas, a fim de se verificar a força das associações e a sua eventual independência frente a potenciais confundidores, como as variáveis são categóricas binomiais, realizamos a regressão logística, tendo sido calculados através dos coeficientes β e do erro padrão, o Odds Ratio (razão de chances) e o intervalo de confiança.

O Odds Ratio é calculado através da fórmula:

$$e^{\beta_1}$$

O intervalo de confiança é calculado através da fórmula:

$$e^{\beta_1 \pm \alpha * \text{erro padrão}}$$

Para a realização da regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e realização de exames obtivemos a seguinte equação:

$$\text{Média anual de faltas} = \beta_0 + \beta_1 * \text{realização de exames}$$

Sendo as variáveis:

Média anual de faltas: 0 -> média anual menor do que uma falta

1 -> média anual maior ou igual a uma falta

Realização de exames: 0 -> realizou 70% ou mais dos exames solicitados

1 -> realizou menos de 70% dos exames solicitados

Os dados obtidos através da realização da regressão logística são apresentados na tabela 10. Dessa maneira, podemos observar que os indivíduos que realizaram menos de 70% dos exames têm razão de chances 2,9

vezes maior de terem média de uma ou mais faltas anuais. Esse resultado é estatisticamente significativo em um nível de confiança de 95% (p-valor=0,041).

TABELA 10. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e realização de exames, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Exames	1,072	0,525	1	0,041	2,920
Intercepto	-2,143	0,661	1	0,001	0,117

Intervalo de Confiança 95% = [1,043; 8,174]

A regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e adesão aos medicamentos gerou a seguinte equação:

$$\text{Média anual de faltas} = \beta_0 + \beta_1 * \text{adesão aos medicamentos}$$

Sendo as variáveis:

Média anual de faltas: 0 -> média anual menor do que uma falta

1 -> média anual maior ou igual a uma falta

Adesão aos medicamentos: 0 -> adesão adequada aos medicamentos

1 -> adesão inadequada aos medicamentos

Na tabela 11 podemos observar os dados obtidos com a realização da regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e adesão aos medicamentos.

Em relação à associação entre essas duas variáveis, é possível perceber que os indivíduos que apresentaram adesão inadequada aos medicamentos têm razão de chances 7,6 vezes maior de terem média anual de uma ou mais faltas. Com um nível de confiabilidade de 95%, este resultado tem significância estatística (p-valor < 0,0001).

TABELA 11. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e adesão aos medicamentos, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Adesão	2,031	0,468	1	<0,0001	7,624
Intercepto	-3,718	0,758	1	0,000	0,024

Intervalo de Confiança 95% = [3,045; 19,073]

A realização da regressão logística entre as variáveis comparecimento às consultas de especialidades médicas e adesão aos medicamentos gerou a seguinte equação:

<p>Comparecimento às consultas de especialidades médicas</p> <p>= $\beta_0 + \beta_1$* adesão aos medicamentos</p>

Sendo as variáveis:

Comparecimento às consultas de especialidades médicas:

0 -> compareceu a 70% ou mais das consultas a que foi encaminhado

1 -> compareceu a menos de 70% das consultas a que foi encaminhado

Adesão aos medicamentos: 0 -> adesão adequada aos medicamentos

1 -> adesão inadequada aos medicamentos

Os dados obtidos com a realização da regressão logística entre as variáveis acima citadas estão contidos na tabela 12.

Neste caso, observamos que os indivíduos que não apresentaram adesão adequada aos medicamentos têm razão de chances três vezes maior de comparecerem a menos de 70% das consultas de especialidades do que os que aderiram aos medicamentos, com significância estatística em um nível de confiança de 95% (p -valor = 0,028).

TABELA 12. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis comparecimento às consultas de especialidades médicas e adesão aos medicamentos, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Adesão	1,108	0,505	1	0,028	3,028
Intercepto	-2,049	0,718	1	0,004	0,129

Intervalo de Confiança 95% = [1,125; 8,148]

A equação gerada com a realização da regressão logística entre as variáveis adesão aos medicamentos e cor foi a seguinte:

$$\text{Adesão aos medicamentos} = \beta_0 + \beta_1 * \text{cor negra} + \beta_2 * \text{cor parda}$$

Sendo as variáveis:

Adesão aos medicamentos: 0 -> adesão adequada aos medicamentos

1 -> adesão inadequada aos medicamentos

Cor: 0 -> cor branca

1 -> cor negra

2 -> cor parda

As informações obtidas com a realização da regressão logística entre essas duas variáveis podem ser observadas na tabela 13.

Ao se analisar a associação entre as variáveis citadas, constatamos que os indivíduos de cor negra têm razão de chances 7,6 vezes maior de apresentarem adesão inadequada aos medicamentos, quando comparados com os de cor branca. Essa associação é estatisticamente significativa com confiabilidade de 95% (p-valor =0,01).

Já em relação aos indivíduos da cor parda, não se encontrou associação estatisticamente significativa com um grau de confiança de 95%.

TABELA 13. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis adesão aos medicamentos e cor, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Cor			2	0,005	
Cor Negra	2,028	0,627	1	0,001	7,600
Cor Parda	0,606	0,503	1	0,228	1,833
Intercepto	-1,153	0,331	1	0,000	0,316

Intervalo de confiança 95%:

Cor Negra = [2.223; 25,969]

Cor Parda = [0,683; 4,912]

Abaixo podemos observar a equação da regressão logística entre as variáveis realização de exames e município de residência:

$\text{Realização de exames} = \beta_0 + \beta_1 * \text{município de residência}$
--

Sendo as variáveis:

Realização de exames: 0 -> realizou 70% ou mais dos exames solicitados

1 -> realizou menos de 70% dos exames solicitados

Município de residência: 0 -> residentes do Rio de Janeiro

1 -> residentes de outros municípios do estado

Podemos observar na tabela 14 os dados obtidos com a realização da regressão logística entre realização de exames e município de residência.

Com a realização desta regressão logística, constatamos que residir fora do município do Rio de Janeiro funciona como um fator de proteção para a realização de exames, ou seja, aqueles que residem fora do município do Rio de Janeiro têm razão de chances 80% menor de realizarem menos de 70% dos exames em relação aos que residem no Rio de Janeiro. Este resultado tem significância estatística com confiabilidade de 95% (p-valor = 0,015).

TABELA 14. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis realização de exames e município de residência, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Reside em outros municípios	-1,609	0,664	1	0,015	0,200
Intercepto	0,426	0,838	1	0,611	1,531

Intervalo de confiança 95%= [0,054; 0,735]

Ao realizarmos a regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e município de residência, obtivemos a seguinte equação:

$$\text{Média anual de faltas} = \beta_0 + \beta_1 * \text{município de residência}$$

Sendo as variáveis:

Média anual de faltas: 0 -> média anual menor do que uma falta

1 -> média anual maior ou igual a uma falta

Município de residência: 0 -> residentes do Rio de Janeiro

1 -> residentes de outros municípios do estado

Através da realização desta última regressão logística, podemos notar que residir fora do município do Rio de Janeiro também funciona como fator de proteção para a média de faltas, ou seja, indivíduos residentes fora do município do Rio de Janeiro têm razão de chances 55% menor de apresentarem média anual de uma ou mais faltas. Este resultado, porém não é estatisticamente significativo com um nível de confiança de 95%, no entanto o é se diminuirmos a confiabilidade para 90%. (Tabela 15)

TABELA 15. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e município de residência, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006

	β	Erro Padrão	Graus de liberdade	p-valor	Odds Ratio
Reside em outros municípios	-0,780	0,426	1	0,067	0,458
Intercepto	0,245	0,616	1	0,691	1,277

Intervalo de confiança 95%= [0,198; 1,056]

Intervalo de confiança 90%= [0,227; 0,921]

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

Através dos resultados apresentados, percebemos que tanto a média de idade, quanto a mediana da idade das crianças atendidas situa-se por volta dos seis anos de idade. Observamos assim, que temos um predomínio de crianças maiores de cinco anos atendidas no ambulatório. Esse fato está de acordo com os dados mais recentes sobre a epidemia de AIDS no Brasil, que indicam uma redução nas taxas absolutas de transmissão vertical, com um decréscimo do número de casos na faixa etária de cinco anos desde 1997 (os casos nesta faixa etária notificados ao Ministério da Saúde variaram de 2,2% no período de 1980-1990 a 3,4% em 1995 e 1,2% em 2001).⁶⁴

A maioria dos responsáveis tinha escolaridade inferior ao ensino fundamental: 47,3% das mães e 46,1% dos responsáveis em geral. Além disto, tanto a média quanto a mediana de renda estavam por volta dos dois salários-mínimos. Isso também está em concordância com o perfil dos indivíduos portadores do HIV no Brasil, observando-se a tendência à pauperização da epidemia desde a metade dos anos 1990.

Conforme já mencionado, a epidemia começou principalmente em indivíduos do sexo masculino, homo ou bissexuais e de alta escolaridade (com oito anos de estudo ou mais). No entanto, com o passar dos anos, a forma de transmissão predominante passou a ser heterossexual, e em indivíduos de nível sócio-econômico mais baixo. De acordo com o boletim epidemiológico de AIDS de 2003, emitido pelo Ministério da Saúde, indivíduos com baixa escolaridade (1 a 7 anos de estudo, ou seja, inferior ao ensino fundamental), representavam 46,3% dos casos da doença em homens e 54,5% em mulheres.

Como o serviço de saúde onde foi realizado o estudo é um hospital pediátrico universitário de referência, foram atendidas crianças provenientes de 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. Desses, cerca de 60% eram residentes do Rio de Janeiro. Dos residentes do Rio de Janeiro, cerca de 28,4% eram provenientes da mesma Área Programática em que se localiza o hospital. Observamos assim, locais de moradias variados e de distâncias variadas até o hospital.

No entanto, o acesso a esse hospital é facilitado pelo fato dos portadores de deficiências e doenças crônicas, incluindo o HIV, terem direito à gratuidade nos transportes coletivos urbanos e intermunicipais do Rio de Janeiro.^{66,67} Além disso, em alguns municípios que não possuem serviço de assistência à criança com HIV, as prefeituras disponibilizam transporte organizado até o hospital.

Em relação aos dados epidemiológicos, podemos observar que 93,4% dos casos tiveram transmissão do tipo vertical, com apenas um caso de transmissão transfusional, e, nos outros não pôde ser identificado o tipo de transmissão, seja por serem crianças adotadas, em que pouco se sabia sobre a família biológica, seja pelo fato de a mãe ter ido a óbito antes de ser realizada a sorologia.

Nos casos de Aids notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) em indivíduos menores de 13 anos de idade, entre os anos de 1995 e 2007, observamos o progressivo aumento da taxa relativa de transmissão por via vertical (de 77% para 97,4%), com a diminuição progressiva da taxa relativa de transmissão por via transfusional (de 8,5%, em 1995, a 0%, em 2007). Como já dito anteriormente, a taxa absoluta de transmissão por via

vertical está em queda; no entanto, relativamente, a transmissão vertical em menores de 13 anos vem aumentando, pois a transmissão por via transfusional foi zero em 2007, graças às melhorias na triagem e testagem dos doadores. A transmissão através do uso de drogas injetáveis se manteve baixa durante todo esse período (sempre inferior a 0,5%), talvez pelo fato de a incidência de uso de drogas injetáveis ir aumentando nas faixas etárias maiores, principalmente na adolescência.⁶⁸

Quanto ao status sorológico dos pais, a sorologia materna é positiva em 93,4% dos casos, visto essa ser a porcentagem de casos de transmissão vertical. Corroborando o fato exposto anteriormente de os casos de transmissão ignorada serem os de crianças adotadas ou filhos de mães que faleceram antes de realizar a sorologia, temos que 5,4% dos casos têm sorologia ignorada ou não-realizada.

Em relação ao pai, observamos que 45,1% têm sorologia positiva, embora somente 17,6% tenham sorologia negativa. Temos um alto percentual de sorologias ignoradas/não-realizadas (15,4% e 21,4% respectivamente, totalizando 36,8%). Os casos de sorologias ignoradas correspondem principalmente àqueles onde o pai da criança é ausente, enquanto as sorologias não-realizadas correspondem tanto aos casos em que os pais faleceram antes de realizar a sorologia, quanto aos indivíduos que se recusaram a realizá-la.

A questão da assimetria de negatividade das sorologias entre o casal, com positividade maior no sexo feminino, advém provavelmente da existência de uma maior vulnerabilidade biológica da mulher de adquirir o vírus em relação aos homens.⁶⁹ Dessa forma o contágio se deu em outro relacionamento sexual

desprotegido ou através de outras vias, como por exemplo, o uso de drogas injetáveis, e o pai da criança não foi contaminado. Além disso, as mulheres são mais freqüentemente testadas no âmbito do pré-natal.

Observamos assim um pouco da dinâmica familiar desses pacientes. Por um lado vemos famílias onde ambos os pais são portadores do HIV e devem também se submeter a tratamento e acompanhamento; por outro, observamos famílias onde apenas a mãe é soropositiva, e o pai ou é soronegativo ou está ausente.

Assim, essas famílias enfrentam a realidade de pais soropositivos que precisam lidar com a sua própria condição de doentes e com todo o custo (físico e emocional) de realizar o seu tratamento e ainda ter que zelar pelo tratamento dos filhos. Além disso, há o agravante das famílias monoparentais, onde geralmente a mãe tem que lidar com essas dificuldades num contexto de pobreza, pois constituem um grupo populacional de baixa renda.

Temos ainda a questão dos órfãos da AIDS. Do total, 28% dos pacientes tinham mãe falecida e 24,2% tinham pai falecido, além de 11% terem ambos os pais falecidos. Nesses casos, outros membros da família, geralmente a avó, devem se adaptar à realidade de cuidar de uma criança com uma doença crônica, cujo tratamento é bastante desgastante.

A taxa geral de mortalidade por AIDS tem apresentado um padrão de redução desde a metade dos anos 1990. No entanto, esta redução não vem ocorrendo de maneira homogênea. As mulheres e os indivíduos de cor negra apresentaram taxa de mortalidade por AIDS mais elevadas, e com padrão de crescimento até o início da presente década. Em geral, os homens e a

população de cor branca têm sido os maiores beneficiários da redução das taxas de mortalidade desde o advento da terapia antiretroviral. Isso chama a atenção para questões estruturais, evidenciando uma iniquidade nos serviços públicos de saúde, provavelmente na questão do acesso e das medidas preventivas, uma vez que o Brasil disponibiliza gratuitamente a medicação.^{47,65}

Sendo assim, a questão dos órfãos da AIDS, principalmente entre as classes sociais mais baixas deve ser uma preocupação da Saúde Pública, tendo em vista que vários estudos identificaram que órfãos por Aids, particularmente portadores do HIV, convivem com várias restrições em seus direitos, tais como: saúde, educação, alimentação, privacidade, sexualidade e reprodução.⁷⁰ Através de vários modelos matemáticos, diferentes estudos tentaram estimar a quantidade de órfãos da AIDS. Cada modelo tem suas limitações, principalmente no que se refere à qualidade da informação e nas variações regionais das taxas de fecundidade, de mortalidade por AIDS etc., que são utilizadas para construí-los. No entanto parece haver certa consistência entre eles, estimando cerca de 30.000 órfãos maternos até os anos de 2000-2002.^{71,72}

Em relação ao diagnóstico, observamos mais uma vez uma possibilidade de falha no Sistema de Saúde com relação ao acesso e à qualidade do pré-natal oferecido às gestantes. Nesta pesquisa, não foram colhidos dados relativos ao pré-natal, no entanto, alguns resultados podem servir para indicar que esse tópico merece estudos mais aprofundados.

O caso índice na família foi a mãe apenas em 50% dos casos, tendo sido o próprio paciente em 34%. Ou seja, chama a atenção que em cerca de um terço

dos casos o paciente foi o caso índice, pois como na quase totalidade dos casos a transmissão se deu por via vertical (93,4%), podemos deduzir que nessas famílias a mãe não foi diagnosticada como infectada durante a gestação.

Estimativas do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PNDST/Aids) revelam que apenas 35% das gestantes infectadas tiveram acesso à terapia antiretroviral, no ano de 2001.⁷³ Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacam-se, pelo menos, as seguintes: ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia para o HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal adequado, porém sem pedido de teste do HIV; atendimento pré-natal adequado, com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo.⁷⁴

O Estudo Sentinela-Parturiente, realizado no Brasil em 2002, mostra resultados alarmantes: com relação às parturientes que satisfazem a todas as recomendações do Ministério da Saúde relativas à detecção precoce da infecção pelo HIV (início do pré-natal no primeiro trimestre, seis ou mais consultas, pedido do teste de HIV e conhecimento do resultado do teste antes do parto), apenas 27% delas, no Brasil, atendem a todas as condições, sendo que essa proporção varia de 10 a 42%, das regiões menos às mais desenvolvidas.⁴⁸

Além disso, a idade ao diagnóstico variou de 0 a 11 anos e dois meses, com média de três anos, e, ao dar entrada no serviço, as duas categorias clínicas mais freqüentes, com cerca de um quarto das crianças em cada uma, eram as

categorias “exposição neonatal” e “C” (sintomas graves). A categoria “B”, que é a de sintomas moderados, veio em terceiro lugar.

Isso mostra que apenas cerca de um quarto das crianças iniciou o acompanhamento por encaminhamento do pré-natal ou maternidade (as que eram da categoria “exposição neonatal”), aproximadamente a mesma proporção que iniciou o acompanhamento e tratamento já em estágio avançado de imunossupressão (categoria C), o que pode sugerir atraso do diagnóstico e dificuldades no acesso ao serviço de saúde.

Percebemos que, em relação ao cuidado oferecido pela família à criança, uma quantidade razoável delas tem acompanhamento com adesão total, ou seja, 15% dos pacientes não tiveram nenhuma falta durante todo o período do estudo, cerca de 30% realizaram todos os exames solicitados, 42% realizaram todas as vacinas solicitadas, cerca de 34% compareceram a todas as consultas de especialidades, e aproximadamente 50% tiveram resposta “sim” para adesão em todas as consultas.

No entanto, a melhoria da sobrevida e da qualidade de vida trazidas com o advento da terapia antiretroviral está diretamente relacionada com a adesão ao tratamento, uma vez que a não-adesão é a principal causa de falência terapêutica. Como a criança é um indivíduo em fase de crescimento e desenvolvimento, outros aspectos devem ser considerados ao se avaliar a adesão ao tratamento, além da correta utilização da medicação (cujos índices ideais são de adesão superior a 95%, segundo preconizado na literatura ⁵⁴): é fundamental um correto seguimento das consultas, uma vez que as doses são calculadas de acordo com o peso; várias doenças e comorbidades podem ser

evitadas com a vacinação, além, é claro, da realização de exames para monitorização de efeitos colaterais das medicações e da eficácia terapêutica.

Sendo assim, é necessário ser rigoroso com a adesão ao tratamento como um todo. Observamos que cerca de 32% dos pacientes tiveram média de faltas superior a uma por ano, sendo que 12,5% ficaram mais de seis meses afastados do ambulatório. Esse é um número alarmante. Seis meses é um longo tempo para se ficar afastado do ambulatório: é necessário ter frequência adequada às consultas para que se possa ter uma correta avaliação antropométrica, calcular corretamente as doses das medicações (doses insuficientes das medicações predispõem resistência do vírus), além de avaliar o surgimento de comorbidades.

Cerca de um terço dos pacientes apresentaram não-adesão à medicação em algum momento do estudo, sendo que desses, menos da metade mostraram melhora dessa adesão posteriormente. Esse é um número elevado, se considerarmos o que já discutimos anteriormente sobre quão importante para um melhor prognóstico da doença e melhor qualidade de vida é a adesão adequada às medicações.

Além disso, 16% realizaram menos de 70% dos exames solicitados, cerca de 22% realizaram menos de 70% das vacinas solicitadas, 30% compareceram a menos de 70% das consultas de especialidades encaminhadas. Isso mostra que há um grupo de famílias que apresenta dificuldades em seguir as orientações e solicitações médicas em relação aos outros aspectos do tratamento.

Os dados mostram ainda que houve vários exames não disponíveis, demora e dificuldade para realizar a vacinação com os imunobiológicos especiais e dificuldade no acesso a determinadas especialidades médicas. Todas essas intempéries levam ao cansaço por parte das famílias, além da desmotivação em relação ao tratamento, contribuindo para diminuir ainda mais a adesão ao tratamento, que já é por si mesma cansativa e trabalhosa.

Assim, identificamos vários entraves para que se possa oferecer o tratamento adequado ao qual a criança tem direito.

Ao realizarmos as análises bivariadas e as regressões logísticas, percebemos que algumas associações mostraram que os indivíduos que não aderem a algum componente do tratamento possuem razão de chances aumentada para não-aderir a outros componentes. Assim, temos que a razão de chances de ter média superior a uma falta por ano é cerca de três vezes maior nos indivíduos que realizaram menos de 70% dos exames solicitados e 7,6 vezes maior nos indivíduos que apresentaram não-adesão às medicações e a razão de chances de comparecer a menos de 70% das consultas de especialidades médicas encaminhadas é três vezes maior nos indivíduos que apresentaram não-adesão às medicações.

Além disso, encontramos associação entre não-adesão às medicações e cor, com razão de chances de 7,6 nos indivíduos de cor negra em relação aos de cor branca.

A cor assinalada na ficha de registro do paciente é determinada pelo médico que atende a criança. Vários estudos mostram que os entrevistadores tendem a classificar os indivíduos de melhores condições socioeconômicas em

categorias de cor/raça mais claras e aqueles com escolaridade, renda familiar e condições socioeconômicas piores, em categorias mais escuras, tornando os grupos étnico-raciais mais desiguais do ponto de vista econômico e social.^{75, 76}

Assim, quando se analisa a questão étnico-racial, várias questões devem ser levadas em consideração. Apesar da grande diversidade étnica da população brasileira, a questão étnico-racial é um ponto de tensão nas análises das desigualdades sociais existentes no país. Vários estudos mostram que existe um caráter assimétrico nas relações raciais, e que as possibilidades de mobilidade social vertical para pretos e pardos permanecem muito aquém das chances dos brancos, mesmo quando se controlam as variáveis ligadas à origem social.⁷⁷

Dessa forma, a cor/raça traz implicações que vão além da estratificação por níveis sócio-econômicos. Ao se analisar as taxas de mortalidade por AIDS, observa-se bem este fato. Desde 1996, a terapia antiretroviral tem sido distribuída gratuitamente e de maneira universal no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, levando a um declínio nas taxas de mortalidade. No entanto, entre indivíduos da cor negra, essa taxa se mantém alta e mostrando crescimento até o início da presente década. Isso provavelmente é devido a maior dificuldade no acesso ao sistema de saúde e questões relativas à aderência.^{47,78}

Assim, a associação entre cor/raça e adesão, onde se observa razão de chances de não ter adesão adequada às medicações muito maior nos negros em relação aos brancos, está de acordo com o panorama de iniquidade racial existente no país, onde os indivíduos de cor negra geralmente possuem menos

anos de estudo e têm pior nível sócio-econômico. Isso leva a maiores dificuldades no acesso ao sistema de saúde, além do acesso à informação e conhecimento.

Na literatura mundial, a questão da associação entre cor/raça e adesão mostra resultados divergentes. Numa revisão sistemática de fatores associados com a adesão à medicação em crianças com HIV, enquanto alguns estudos não encontraram relação entre sexo, raça e idade e a adesão à medicação, outros mostraram associação entre esses fatores.¹⁶

Foi encontrada ainda associação entre realização de exames e faltas com o município de residência. Neste caso, residir fora do município do Rio de Janeiro funcionou como fator de proteção, com as razões de chances sendo de 0,20 para a realização de exames e 0,45 para faltas. No caso das faltas, o $p=0,067$, não tendo significância a nível de 95%, porém se adotarmos um $\alpha=0,10$, ele se mostra estatisticamente significativo.

Como já foi dito anteriormente, no estado e município do Rio de Janeiro os portadores de HIV têm direito a transporte gratuito. No entanto, nos municípios onde não há assistência à criança portadora de HIV as prefeituras muitas vezes disponibilizam transportes para que os pacientes possam se tratar nos hospitais de referência no município do Rio de Janeiro, que é o caso do hospital onde foi realizado o estudo.

Podemos supor que, o fato de ter um transporte organizado, mesmo que os pacientes tenham direito a passagem gratuita nos transportes urbanos, e que muitas vezes a distância seja grande e se gaste muito tempo para realizar a consulta (muitas vezes pacientes com consultas para diferentes especialidades

médicas vão juntos no mesmo transporte, com horários diferentes de atendimento, devendo esperar até que todos sejam atendidos para retornar à sua cidade) funciona como um fator protetor para que eles compareçam às consultas e se dirijam até o hospital para realizar exames.

Desse modo, com esse dado, observamos a importância do apoio social para estes indivíduos. Não existe, na literatura, um consenso sobre a definição de apoio social, que é um conceito complexo, multidimensional.⁷⁹ Uma definição simplificada de apoio social seria a de que ele consiste em provisão ou recebimento de assistência, além da percepção individual do apoio, que pode ser positiva ou negativa.⁸⁰

O apoio social abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende cinco dimensões: emocional, que é o apoio recebido através da confiança, da disponibilidade em ouvir, compartilhar preocupações/medos e compreender problemas; instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; informação que compreende informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los; afetiva, que envolve expressões de amor e afeição; e interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.^{79,81}

O apoio social leva ao aumento da auto-estima e melhora a capacidade de lidar com as adversidades. Estudos têm mostrado o apoio social como preditor positivo da qualidade de vida em indivíduos portadores do HIV.⁸²

A investigação sobre o suporte social das famílias de indivíduos infectados pelo HIV é importante devido às situações de preconceito e discriminação que podem caracterizar as reações sociais à soropositividade, levando, muitas vezes, ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos interpessoais e às dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/AIDS.^{82,83}

Conhecer a rede de apoio social dessas famílias permite avaliar a sua capacidade de interação, pois, na medida em que ela se encontra inserida em uma rede de apoio, ela possuirá maiores recursos disponíveis, permitindo conseguir uma melhor qualidade de vida dos seus membros.⁸³

Finalmente, podemos destacar algumas limitações do estudo. Ele foi realizado com base em dados secundários e determinadas variáveis tiveram que ser utilizadas da maneira que estavam disponíveis. Seus achados podem servir como ponto de partida para estudos posteriores, mais aprofundados.

Como pontos a favor, identificamos que este foi um estudo exploratório, que analisou os dados referentes a todos os pacientes de 0-12 anos atendidos no ambulatório de DIP num período de cinco anos, e que contou com uma amostra de tamanho expressivo (181 pacientes).

Os dados que este estudo gerou podem contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde visando à proteção das crianças e a diminuição da negligência em relação ao tratamento das crianças infectadas pelo HIV.

Há poucos estudos tratando a não-adesão aos tratamentos médicos como negligência no cuidado com a criança na literatura mundial, e menos ainda na literatura nacional. Além disso, trazemos no estudo o tratamento das crianças

infectadas pelo HIV abordando todos os seus aspectos, como comparecimento às consultas, realização de exames, realização de vacinas e comparecimento a consultas de outras especialidades médicas, aspecto não encontrado nos estudos já publicados.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o perfil sócio-demográfico da população estudada, percebemos que ele é similar ao da população brasileira atingida pela AIDS, que é o da pauperização e feminização da epidemia.

Em relação à análise epidemiológica, chama atenção a existência de dados que podem ser indicativos de dificuldades e desigualdades no acesso aos serviços de saúde, além da possibilidade de baixa qualidade do atendimento oferecido por eles. Isso pode ser observado através do alto percentual de casos não diagnosticados durante a gestação e parto, além do diagnóstico tardio e início do acompanhamento em situação de sintomatologia mais grave e imunossupressão severa.

Além disso, não podemos deixar de notar a existência de exames indisponíveis, do atraso na administração dos imunobiológicos especiais e da dificuldade em se marcar consultas em várias especialidades pediátricas. Isso sugere perda da qualidade do serviço prestado, além de contribuir para dificultar e desgastar ainda mais um tratamento que, por si próprio, já é extenuante.

No que diz respeito ao acompanhamento dos casos, observamos que, embora haja um grande contingente de crianças com adesão total ao tratamento (15% sem nenhuma falta, cerca de 30% com todos os exames realizados, 42% com todas as vacinas, cerca de 34% tendo comparecido a todas as consultas de especialidades, e cerca de 50% com resposta “sim” para adesão em todas as consultas), um percentual também expressivo das crianças apresentou adesão abaixo do satisfatório (cerca de 32% dos pacientes com média de falta superior a uma por ano, sendo que 12,5% ficaram mais de seis meses afastados do ambulatório, 16% com menos de 70% dos exames realizados, cerca de 22%

com menos de 70% das vacinas realizadas, 30% com comparecimento inferior a 70% das consultas de especialidades encaminhadas e um terço dos pacientes apresentando não-adesão às medicações em algum momento do estudo, e menos da metade mostrando melhora da adesão posteriormente).

É sabido que a realidade das famílias afetadas pela infecção pelo HIV é dura. A família passa a ter toda a sua estrutura abalada pelo diagnóstico de um ou mais membros, de uma doença incurável, que pode ser fatal e, mesmo nos dias de hoje ainda é altamente estigmatizante. Os pais precisam lidar com a realidade de ser doente, aceitar estarem doentes e terem que realizar o seu próprio tratamento, com todas as implicações que isso traz: tomar várias drogas, que possuem uma infinidade de efeitos colaterais, comparecer às suas consultas médicas, realizar os exames solicitados e ainda manter seus empregos. Além disso, precisam zelar pela saúde de seus filhos, realizar seu acompanhamento médico, administrar drogas que têm gosto ruim, posologia complicada, efeitos colaterais, mais consultas médicas e mais exames a serem realizados... Além disso, nas famílias onde um ou ambos os pais são falecidos, além de lidar com a perda de entes queridos, a família ampliada, muitas vezes representada na figura da avó, tem que assumir o cuidado de uma ou várias crianças doentes e se adaptar a essa nova situação.

No entanto, apesar de todos estarem submetidos a essas condições, vemos que uma parte das famílias consegue superar essas dificuldades e garantir às crianças um tratamento adequado, enquanto outras não conseguem fazê-lo. Assim, utilizando a definição ampliada de negligência, podemos constatar a existência negligência em relação ao tratamento de crianças

soropositivas, o que deve ser motivo para estudos posteriores, buscando aprofundar-se nas causas para que isso ocorra, e nas possibilidades de intervenção.

Ao realizar as análises das associações vemos a raça/cor como fator de risco importante para a não adesão aos medicamentos, com Odds Ratio de 7,6 para a raça negra em relação à branca. Num país de grande diversidade étnica como o Brasil, a existência dessa disparidade chama a atenção para a necessidade de investigação dos fatores sócio-culturais que determinam essa vulnerabilidade dos indivíduos de raça negra em relação ao tratamento da doença.

Além disso, o apoio social desponta como fator importante de proteção, fato esse sugerido pela associação encontrada entre faltas e realização de exames, e município de residência. Apesar de ser direito dos indivíduos soropositivos o passe livre para transporte municipal e intermunicipal, o fato de ter transporte organizado, que muitas vezes pode ser até mais demorado, pode ser o responsável por fazer com que os indivíduos que morem em outros municípios tenham Odds Ratio de 0,20 para exames e 0,45 para faltas em relação aos indivíduos que residem no Rio de Janeiro.

Apesar deste estudo ser exploratório, alguns pontos positivos em relação às possibilidades de intervenção já podem ser percebidos. Cerca de 40% das crianças com não-adesão à medicação, apresentaram melhora após intervenções da equipe (que, em geral, consiste em consultas com uma enfermeira que reforça a importância da adesão e trabalha com o responsável a posologia das medicações, utilizando figuras e cores caso haja dificuldades para

compreender e gravar a ordem correta de administração das medicações). O apoio social, que surge como fator de proteção, conforme explicitado anteriormente, também é um aspecto a ser melhor valorizado e explorado.

Não podemos também deixar de mencionar que, apesar da existência de inúmeros problemas, o sistema de saúde brasileiro possui pontos positivos inexistentes em outras nações menos desenvolvidas ao redor do mundo. É o caso da distribuição gratuita das medicações anti-retrovirais e da possibilidade de realização pelo SUS de exames de ponta que auxiliam o diagnóstico e a terapêutica (contagem dos linfócitos CD4, carga viral através da PCR do RNA do vírus e a realização de genotipagem, por exemplo).

Para finalizar, concluímos que ainda há um longo caminho a se percorrer até que todas as crianças recebam o melhor tratamento que se possa oferecer. Os fatores que impedem que isso aconteça estão distribuídos em uma complexa rede, variando desde questões relativas à dinâmica familiar até questões estruturais e sociais.

Estudos mais aprofundados são necessários para investigar as causas associadas à não-adesão ao tratamento da infecção pelo HIV, determinando a ocorrência de negligência em relação aos cuidados médicos, seja a negligência por parte da própria família, do governo ou da sociedade. Devemos buscar compreender a realidade e tentar encontrar saídas, apontar soluções para modificar essa situação, garantindo às crianças os direitos básicos presentes na constituição: direito à saúde e à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 163-198.
2. Lavergne C, Tourigny M. Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: recension des écrits. Criminologie 2000; 33(1): p. 47-72.
3. U.S. Department of Health & Human Services. Child Maltreatment 2004 – anual report of the Children's Bureau. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm04/index.htm> (acessado em 19/Fev/2007).
4. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect 2003; 27:1427-1439.
5. SIPIA. www.mj.gov.br/sipia (acessado em 18/Fev/2007).
6. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43-78.

7. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007; 12(5): p. 1129-41.
8. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus tratos contra crianças e Adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12(1):42-9.
9. Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics* 2005; 115 (6): p. 718-724.
10. Vitoria MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. <http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html> (acessado 18/Jun/2003).
11. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005; 353: p.487-97.
12. DATASUS. www.datasus.gov.br (acessado em 19/Fev/2007).
13. Machtinger EL, Bangsberg FDR. Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. HIV InSite. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-02-09> (acessado em 25/Jun/2006).
14. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia, J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral

combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cad. Saúde Pública 2003; 19 (Pt 2): p. 593-604.

15. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B et al. Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators. PLoS Med. 2006; 3(11): p.2039-64.
16. Simoni JM, Montgomery A, Martin E, New M, Demas PA et al. Adherence to Antiretroviral Therapy for Pediatric HIV Infection: A Qualitative Systematic Review With Recommendations for Research and Clinical Management. Pediatrics 2007, 119 (6): p.1371-83.
17. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990.
18. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 1999; 4 (1): p. 7-23.
19. DATASUS. www.datasus.gov.br (acessado em 01.06.2008)
20. Minayo, MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: SOUZA, ER (org.). Bases conceituais e histórias da violência e setor saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. p.14-35. Módulo 1, Unidade I do Curso à distância Impactos da Violência na Saúde (FIOCRUZ/ENSP/EAD-CLAVES).

21. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Med*, 2006; 3(10): p 1686-91
22. Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 1990; 6 (3):p. 278-92.
23. Neto OC, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999; 4 (1): p. 33-52
24. Mukherjee JS, Ivers L, Leandre F, Farmer P, Behforouz H. Antiretroviral therapy in resource-poor settings: Decreasing barriers to access and promoting adherence. *JAIDS.*, 2006; 1 (43) Suppl 1:p. S123-26
25. Assis, SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública* 1994,10 (supl.1): 126-34.
26. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev.latino-am.enfermagem* 2000; 8(4): p. 22-29.
27. Leite CN, Oliveira RKF, Camerini MB, Ramos C, Moscardini AC. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. *Arq Ciênc Saúde* 2006; 13(1): p.22-26.
28. Leme PLS. A roda e os expostos da Santa Casa de São Paulo. *Rev Ser Médico* 2002;19: p.40-4.
29. Muza GM. A criança abusada e negligenciada. *Jornal de Pediatria* 1994; 70(1): p.56-60.

30. Santoro MJ. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr Mod* 2002;6(38):279-83.
31. ABRAPIA. Tipos de Violência. http://www.abrapia.org.br/homepage/tipos_de_violencia/tipos_d_e_violencia.html (acessado em 19/Fev/2007).
32. Assis SG, Sousa ER. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *J. Pediatr* 1995; 71(6): p.303-12.
33. Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child Neglect: Guidance for Pediatricians. *Pediatr. Rev.* 2000; 21: p.111-16.
34. Dubowitz H, Pitts SC, Litrownik AJ, Cox CE, Runyan D, Black MM. Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse & Neglect*, 2005; 29: p.493-511.
35. Slack SK, Holl J, Altenbernd L, McDaniel M, Stevens AB. Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research: Issues and Recommendations. *Child Maltreatment*, 2003; 8: p. 98-111.
36. Slack SK, Holl J, McDaniel M, Yoo J, Bolger K. Understanding the Risks of Child Neglect: An Exploration of Poverty and Parenting Characteristics. *Child Maltreatment*, 2004; 9: p. 395-408.

37. Ertem IO, Bingoler BE, Ertem M, Uysal Z, Gozdasoglu S. Medical neglect of a child: challenges for pediatricians in developing countries. *Child Abuse & Neglect*, 2002; 26:p. 751-761.
38. Yogev R, Chadwick EG. Acquired Immunodeficiency Syndrome (Human Immunodeficiency Virus). In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, organizadores. *Nelson Textbook of Pediatrics*, Editora Saunders; 2000 – 16ª ed. Cap 268.
39. Ministério da Saúde. Glossário Temático DST e Aids. 2006 Brasília <http://www.aids.gov.br/leia.htm> (acessado em 12/03/08).
40. Sax PE, Walker BD. Immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus infection. In: Goldman L, Ausiello DA, Arend W, Armitage JO, organizadores. *Cecil Medicine*, Editora Saunders; 2007 – 23ª ed. Cap 408.
41. Borkowsky W. Acquired Immunodeficiency Syndrome and Human Immunodeficiency Virus. In: Gershon A, Hotez P, Katz S, organizadores. *Krugman's Infectious Diseases of Children*, Editora Mosby; 2004 - 11ª ed. Cap1.
42. Lambert JS, Nogueira SA, Abreu TF. Manual para o acompanhamento da criança infectada pelo HIV. 2004 Brasil. Faculdade de Medicina de Petrópolis.
43. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Surveillance Summaries, november 18, 1994. *MMWR* 1994; 43: p.1–10.

44. Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. 2004, Brasília. www.aids.gov.br (acessado em 27/02/2007).
45. Rodrigues AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2004; 37(4): p. 312-317.
46. Sadala MLA, Marques AS. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública, 2006; 22 (11): p. 2369-78.
47. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. Cad. Saúde Pública, 2007; 23 (Supl. 3): p.333-44.
48. Souza PRB, Swarcwald CL, Barbosa A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saúde Pública, 2004; 38(6):764-72.
49. Haynes, D.W. Taylor, & D.L. Sackett. Compliance in health care. Johns Hopkins University Press.1979 p. 1-10.
50. Custódio dos Santos M. Adesão em Pediatria – do modelo biomédico ao modelo transaccional: contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. Psicologia, Saúde & Doenças, 2005; 6 (2): p. 145-56.

51. Gardiner P, Dvorkin L. Promoting Medication Adherence in Children. *American Family Physician*, 2006; 74 (5): p. 793-98.
52. Leite SN, Vasconcellos MP. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003; 8(3): p. 775-83.
53. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2006; 42 (4): p.575-84.
54. Ventura A. Adesão à terapêutica anti-retrovirídica na infecção VIH/SIDA. *Arquivos de Medicina*, 2006; 20(1-2): p. 37-49.
55. Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJP, O'Shaughnessy MV et al. Improved survival among HIV-Infected Individuals Following Initiation of Antiretroviral Therapy. *JAMA*, 1998; 279(6): p. 450-54.
56. Wiener L, Riekert K, Ryder C, Wood LV. Assessing medication adherence in adolescents with HIV when electronic monitoring is not feasible. *AIDS Patient Care*, 2004;18 :527 –38.
57. Giacomet V, Albano F, Starace F, de Franciscis A, Giaquinto C, Castelli G et al. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in children with human immunodeficiency virus

infection: a multicentre, national study. *Acta Paediatr*, 2003; 92: p. 1398-1402.

58. Steele RG, Andreson B, Rindel B, Dreyer ML, Perrin K, Christensen R, et al, Adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive children: examination of the role of the caregiver health beliefs. *AIDS Care*, 2001; 13(Pt 5): p. 617-629.
59. Williams PL, Storm D, Montepiedra G, Nichols S, Kammerer B et al. Predictors of Adherence to Antiretroviral Medications in Children and Adolescents with HIV Infection. *Pediatrics*, 2006; 118(6): p. 1745-57.
60. Wachholz NIR, Ferreira J. Adherence to antiretroviral therapy in children: a study of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23 (Sup 3):p. 424-34.
61. Waterlow JC. Basic concepts in the determination of nutritional requirements of normal infants. In: Tsang R, Nichols B, organizadores. *Nutrition during infancy*. Editora Mosby; 1988:1-19.
62. Leandro-Merhi VA, Vilela MMS, Silva MN, Lopez FA, Barros Filho AA. Evolution of nutritional status of infants infected with the human immunodeficiency virus. *Sao Paulo Med. J*, 2000; 118 (5): p. 148-53.
63. Succi RCM, Machado DM, Gouvêa AFT. Aids na infância. *Revista Pediatria Moderna*, 2007; 43(2): p.53-71.

64. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS 2002; XV (1). <http://www.aids.gov.br> (acessado em 25/Fev/2008).
65. Bastos FI, Swarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad. Saúde Pública, 2000; 16 (Sup. 1): p. 65-76.
66. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Constituição do Estado do Rio de Janeiro de 1989, artigo 245, Da Gratuidade nos Transportes Coletivos.
67. Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 5 de abril de 1990, artigo 401.
68. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS DST 2007; IV (1). <http://www.aids.gov.br> (acessado em 25/Fev/2008).
69. Chiriboga CR. Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL, organizadores. Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
70. França Junior I, Doring M, Stella IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? Rev. Saúde Pública, 2006; 40 (supl.): p.23-30.

71. Swarcwald CL, Andrade CLT, Castilho EA. Estimativa do número de órfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. *Cad. Saúde Pública*, 2000;16 (supl.1): p. 129-34.
72. Fontes MB, Hillis J, Wasek GK. Children affected by AIDS in Brazil: estimates of the number of children at risk of being orphaned and displaced by AIDS in Brazil. *Childhood*. 1998; 5(3):p.345-63.
73. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e Aids. A epidemia de HIV-Aids entre crianças e adolescentes. Brasil, 1991-2001. Brasília (DF); 2001.
74. Rosa H, Goldani MZ, Scanlon T, Silva AAM, Giugliani EJ et al. Barriers for HIV testing during pregnancy in Southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 2006; 40 (2): p.220-225.
75. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(2): p. 423-34.
76. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRMC. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 41 (supl. 2): p.39-46.
77. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos

de autotclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2005; 21 (1): p. 171-80.

- 78.** Fonseca MGP, Lucena FFA, Sousa A, Bastos FI. AIDS mortality, "race or color", and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. Cad. Saúde Pública, 2007; 23 (supl.3): p. 445-55.
- 79.** Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2007; 23 (12): 2982-92.
- 80.** Dias J, Nascimento LC, Mendes IJM, Rocha SMM. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. Texto Contexto Enfermagem, 2007; 16(4): p. 688-95.
- 81.** Chor D, Griep RH, Lopes CS, Farstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: Pré-testes e estudo piloto. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(4), p:887-896.
- 82.** Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicol. Reflex. Crit., 2005; 18 (2): p. 188-95.
- 83.** Delgado J, Dominguez AM, Lobo MA. Red de apoyo a las familias con niños que asisten a los comedores comunitarios en

un barrio capitalino, Santiago de Estero, Argentina. Texto
contexto enfermagem, 2007; 16(4): p.636-44.

APÉNDICES

Lista de Quadros e Tabelas

QUADRO 1	Classificação dos estágios da infecção pelo HIV segundo características clínicas e imunológicas.....	30
QUADRO 2.	Classificação das categorias imunológicas da infecção pelo HIV em crianças, segundo faixa etária e contagem dos linfócitos CD4.....	35
QUADRO 3.	Indicações para início de terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV, de acordo com a classificação do CDC/1994.....	36
TABELA 1.	Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo escolaridade da mãe e do responsável. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	64
TABELA 2.	Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo sorologia dos pais. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	66
TABELA 3.	Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo óbitos devido à infecção pelo HIV na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	67
TABELA 4.	Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e realização os exames solicitados. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	80
TABELA 5.	Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	81
TABELA 6.	Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos e comparecimento às consultas de especialidades médicas. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	82
TABELA 7.	Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos e cor. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	83
TABELA 8.	Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de	

Janeiro segundo realização de exames e município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....83

TABELA 9. Distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas e município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....84

TABELA 10. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e realização de exames, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....86

TABELA 11. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e adesão aos medicamentos, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....87

TABELA 12. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis comparecimento às consultas de especialidades médicas e adesão aos medicamentos, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....88

TABELA 13. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis adesão aos medicamentos e cor, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006....90

TABELA 14. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis realização de exames e município de residência, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....91

TABELA 15. Informações obtidas com a realização de regressão logística entre as variáveis média anual de faltas e município de residência, com os dados das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....93

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo cor. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	61
GRÁFICO 2. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo município de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	62
GRÁFICO 3. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro, residentes nesse município, segundo área programática de residência. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	62
GRÁFICO 4. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo parentesco do responsável. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	63
GRÁFICO 5. Histograma com distribuição da renda familiar das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro. Janeiro 2002/Dezembro 2006....	65
GRÁFICO 6. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo caso índice na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	67
GRÁFICO 7. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo número de pessoas infectadas pelo HIV na família. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	68
GRÁFICO 8. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo categoria clínica ao diagnóstico. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	69
GRÁFICO 9. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo tempo de acompanhamento no estudo. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	70

GRÁFICO 10. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo média anual de faltas às consultas. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	71
GRÁFICO 11. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo taxa de exames realizados a cujos resultados a equipe médica teve acesso. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	73
GRÁFICO 12. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo taxa de exames realizados. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	73
GRÁFICO 13. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo vacinas administradas. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	75
GRÁFICO 14. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo vacinas que a família procurou administrar. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	75
GRÁFICO 15. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo consultas de especialidades médicas a que tiveram acesso. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	76
GRÁFICO 16. Histograma com distribuição das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo consultas de especialidades médicas que a família procurou marcar. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	77
GRÁFICO 17. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	78
GRÁFICO 18. Distribuição percentual das crianças infectadas pelo HIV atendidas em ambulatório de DIP de hospital público universitário do município do Rio de Janeiro segundo melhora da adesão aos medicamentos. Janeiro 2002/Dezembro 2006.....	79

Lista de Siglas e Abreviações

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
A.P.	Área Programática
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMV	Citomegalovírus
CPS	Child Protective Services
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
ddC	Zalcitabina
DDI	Didanosina
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ELISA	Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PACTG	Protocolo do AIDS Clinical Trial Group
PCR	Reação em cadeia da Polimerase
PNDST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
RNA	Ácido Ribonucléico
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
Sipia	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
VHS	Vírus Herpes Simplex

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de Consulta Ambulatorial

SERVIÇO DE AIDS PEDIÁTRICA, AMBULATÓRIO DIP-IMUNO FICHA DE CONSULTA AMBULATORIAL

Nome: _____ Reg.: _____ Data: ____/____/____
Classificação: _____ Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm; PC: _____ cm, SC: _____ m²
Protocolo de pesquisa: () não; () sim
Antiretrovirais: azt, ddi, 3tc, d4t, nvp, efv, nfo, nefl, saq, outro _____
Adesão: () sim; () não; () duvidosa
Profilaxia: smz-tmp; azitro; ganc. sulfadiaz/pirimt; imglob; outra _____
Em ttto de: _____ drogas: _____
Último cd4: _____ %; data: ____/____/____; última c.viral: _____ cóp./ml, data: ____/____/____
Outros exames: _____

Vacinas: () OK; () faltam
HDA: _____

Ex. Físico: T.ax.: _____, Fr.: _____; FC: _____; PA: ____/____ mmHg.

Orofaringe: _____

Ouvidos: _____

parótidas: _____

Pele: _____

Adenopatias: () cervical; () submand.; () axilar; () inguinal; outro: _____

Ap. resp.: _____

Ap CV: _____

Abdomen: fígado _____ cm; baço _____ cm;

Membros: _____

Neurológico: _____

Outros: _____

Impressão: _____

Pedir exames: () Elisa; () Blot; () CV; () cd4; () hemoqr.; () plaq.; () fezes; () urina
bioquímica: () glic; () Ur; () creat; () tgo; () anilz; () lipidogr
outros: _____

Prescrição: () mantida; () alterar: _____

Reconsulta: ____/____/____, atenção para: _____

Carimbo e assinatura

Anexo 2. Ficha de Registro do Paciente

Serviço de AIDS Pediátrica Ambulatório DIP-IMUNO

Nome: _____ Reg.: _____
 DN: ____/____/____ sexo: (M) (F) (I) cor: _____ naturalidade: _____
 Mãe: _____ DN: ____/____/____
 Pai: _____
 Responsável: _____ Parentesco: _____
 End.: _____ Bairro: _____
 Município: _____ CEP: _____ Tel.: _____

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS:

= Tipo de transmissão: (Ver) (Transf) (Sex) (UDV) (Ignorada)

= Se transfusão (antes da sorologia +), data e local: _____

= História de abuso sexual (S) (N)

= Sorologia materna (P) (N) (NR) (I) (não se aplica) Óbito (S) (N) (I) data: ____/____

= Sorologia paterna (P) (N) (NR) (I) (não se aplica) Óbito (S) (N) (I) data: ____/____

Se transmissão vertical:

= Fator de risco materno para infecção pelo HIV (se transmissão vertical):

() uso de droga endovenosa

() transfusão de sangue ou derivados: data e local: _____

() sexual:

() múltiplos parceiros

() parceiro de vida sexual promiscua

() parceiro hemofílico

() parceiro bissexual

() parceiro UDV

() com receptor de sangue infectado pelo HIV

() com infectado pelo HIV, risco não especificado

() outros _____

() não identificado

= Idade da mãe na data do parto: _____ anos

= Diagnóstico da infecção materna ocorreu em relação à gestação:

() antes () durante () após

= Mãe sabia do risco de transmissão vertical do HIV? (S) (N) (resposta não obtida)

= Mãe já tinha alguma informação a respeito da prevenção da transmissão vertical do HIV?

(S) (N) (resposta não obtida)

= Pré natal (S) (N) (I); a partir de _____ semanas. Local: _____

= Foi solicitado anti-HIV no pré natal? (S) (N) (I)

= Programa de Assistência à Gestante HIV+ (S) (N) (I) Local: _____

= Usou ARV na gestação? (S) (N) (I) Em caso positivo:

() ITRN () ITRNN () IP Obs.: indicar na casa o nº de drogas

a partir de _____ semanas. Quais?: _____

() no parto (VO) (IV) Quais?: _____

() no RN, até _____ semanas. Quais?: _____

= Parto () vaginal,

() cesárea: () eletiva () não eletiva. Indicação: _____

() ignorado

= Tempo de ruptura de bolsa: _____ horas () ignorado

= Aleitamento materno () não () sim () ignorado duração: _____ meses

- = Caso índice na família:
 o paciente mãe pai irmão ignorado
- = Outra criança da família já acompanhada por soropositividade para o HIV? (S) (N) (I)
- = Outro familiar infectado pelo HIV? não sim; n° _____
 Quem? _____
- = Óbito de irmãos relacionado à infecção pelo HIV? (S) (N) (I)
- = Irmãos:

Nome	Sexo	Idade	DN	Vivo (S/N/I)	HIV (P/N/I)	Diagnóstico (EN/infectado / não infectado)

Para todos os pacientes:

PesoNasc: _____ kg; EstatNasc: _____ cm.; PerCefNasc: _____ cm.

- = Idade e instituição em que o paciente foi identificado como soropositivo para o HIV
 Idade (em meses ou anos) _____ (I)
 Instituição _____ (I)
 Classificação no diagnóstico _____ (I)
- = Idade e data em que iniciou acompanhamento no IPPMG pela soropositividade ao HIV
 Idade _____ data: ____/____/____
 Classificação na 1ª consulta na DIP-Imuno: _____
- = Motivo para realização da sorologia na criança
 investigação diagnóstica de: _____
 mãe com diagnóstico de infecção pelo HIV
 outro familiar com diagnóstico de infecção pelo HIV
 história prévia de transfusão
 outro, qual? _____
 ignorado
- = Escolaridade da mãe: (analfabeta) (1º) (2º) (3º) grau (completo) (incompleto)
- = Escolaridade do responsável: (analfabeto) (1º) (2º) (3º) grau completo incompleto
- = Renda familiar (salários mínimos) _____

Manifestação inicial da infecção pelo HIV:

- febre adenomegalias hepatomegalia esplenomegalia diarreia crônica
 PCP infecção bacteriana de repetição ↑ parótida plaquetopenia encefalopatia emagrecimento infecção oportunística; Qual? _____
 outra: _____

TRATAMENTO Prévio

- = Uso prévio de antiretrovirais ao iniciar acompanhamento no IPPMG? não sim I
 quais? _____ tempo _____
- = Uso prévio de imunoglobulina IV ao iniciar acompanhamento no IPPMG? não sim I
 tempo _____
- = Uso prévio de profilaxias ao iniciar acompanhamento no IPPMG? não sim I
 quais? _____ tempo _____

Reg.: _____

Doenças definidoras de Aids ou outras marcantes (mês e ano do diagnóstico):

- () Aumento de parótidas: ___/___
- () Candidose oral recorrente ou persistente: ___/___
- () Diarréia crônica ou recorrente: ___/___
- () Infecções respiratórias altas recorrentes (OM, sinusite): ___/___
- () Plaquetopenia: ___/___
- () Miocardiopatia: ___/___
- () Herpes zoster: ___/___
- () LIP: ___/___
- () Episódio único de pneumonia: ___/___
- () Infecção bacteriana grave recorrente: ___/___; quais _____
- () PCP: ___/___
- () Encefalopatia pelo HIV: ___/___
- () Neuropatia periférica pelo HIV: ___/___
- () Retinite por CMV: ___/___
- () Doença por CMV: ___/___; sitio(s) _____
- () Retinite por toxo: ___/___
- () Neurotoxó: ___/___
- () Esofagite: ___/___ Agente: _____
 ___/___ Agente: _____
- () Criptosporidiose: ___/___
- () Micobacteriose: ___/___
- () Tuberculose pulmonar: ___/___
- () Tuberculose extrapulmonar: ___/___; sitio: _____
- () Neoplasia relacionada à Aids: ___/___; Qual: _____
- () Outras: ___/___; quais: _____

Tratamento

= Uso de IGIV? () não () sim

indicação:

data de início: ___ / ___ / ___ data de suspensão: ___ / ___ / ___

motivo:

= Uso de antiretrovirais

Data de início	Drogas	Indicação	Data de Suspens.	Motivo

= Uso de profilaxias para infecções oportunistas

data de início	class. CDC	droga/indicação	Data suspens.	motivo

VACINAÇÃO:

BCG								
Sabin/Salk								
DPT								
HBV								
Hib								
Sarampo								
MMR								
Pneumo								

Consultas em ESPECIALIDADES

Data:									
Neuro									
Oftamo									
Cardio									
Nutro									

Anexo 3. Ficha de Coleta dos Dados

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde



Negligência no Tratamento de Crianças HIV + FICHA DE COLETA

1. Identificação

Ficha nº: _____

Nome: _____

Reg: _____

2. Dados Demográficos

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (9) Ignorado

Cor: (0) Branca (1) Negra (2) Parda (3) Outra (9) Ignorada

Bairro: _____ Município: _____

Parentesco do Responsável: _____

Escolaridade da Mãe:

- (0) Analfabeta
- (1) 1º Grau Completo
- (2) 1º Grau Incompleto
- (3) 2º Grau Completo
- (4) 2º Grau Incompleto
- (5) Superior Completo
- (6) Superior Incompleto
- (9) Ignorado

Escolaridade do Responsável:

- (0) Analfabeto
- (1) 1º Grau Completo
- (2) 1º Grau Incompleto
- (3) 2º Grau Completo
- (4) 2º Grau Incompleto
- (5) Superior Completo
- (6) Superior Incompleto
- (9) Ignorado

Renda Familiar: _____ salários mínimos.

3. Dados Epidemiológicos

Tipo de Transmissão:

- (0) Vertical
- (1) Sexual
- (2) Transfusional
- (3) Drogas Endovenosas
- (9) Ignorada

História de Abuso Sexual: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Sorologia Materna: (0) Negativa (1) Positiva (2) Não Realizada (9) Ignorada

Óbito Materno: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Sorologia Paterna: (0) Negativa (1) Positiva (2) Não Realizada (9) Ignorada

Óbito Paterno: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Caso Índice na Família:

(0) Paciente (1) Mãe (2) Pai (3) Irmão (9) Ignorado

Outro familiar infectado pelo HIV: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim: (0) Mãe (1) Pai (2) Irmão N^o _____ (3) Outro _____

Óbito de Irmãos pelo HIV: (0) Não (1) Sim N^o _____ (9) Ignorado

Idade em que o paciente foi identificado soropositivo:

Classificação no diagnóstico: _____

Data em que iniciou acompanhamento no serviço: ____/____/____

Idade em que iniciou acompanhamento no serviço: _____

4. Tratamento No Serviço

a. Antiretrovirais:

N^o de esquemas de tratamento já realizados: _____

Data de Mudança	Motivo da Mudança

b. Vacinação

Vacina	Doses Recebidas	Doses Faltantes
BCG		
Hepatite B		
Polio		
Haemophilus Influenzae		
DPT		
MMR		
Sarampo		
Influenza		
Pneumococcus		

5. Exames Laboratoriais:

Data												
CV												
CV (log)												

Data												
CD4 (%)												
CD4 (n°)												
CD8												

6. Evolução

Óbito: ____/____/____

Perda de acompanhamento: ____/____/____

Motivo:

7. Consultas

1. Data ____/____/____ Falta à consulta anterior: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Peso: _____ Estatura: _____

Adesão: (0) Sim (1) Não (9) Ignorado

Motivo para não-adesão: _____

Medicamentos ARV em uso: () AZT () DDI () 3TC () d4T () Nvp () Efv
() Rito () Nelf () Saq () _____

Há exames solicitados para esta consulta: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, realizou os exames: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Há vacinas pendentes para esta consulta: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, realizou vacinação: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Foi encaminhado a alguma especialidade: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, compareceu: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Agendado para: ____/____/____.

2. Data ____/____/____ Falta à consulta anterior: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Peso: _____ Estatura: _____

Adesão: (0) Sim (1) Não (9) Ignorado

Motivo para não-adesão: _____

Medicamentos ARV em uso: () AZT () DDI () 3TC () d4T () Nvp () Efv
() Rito () Nelf () Saq () _____

Há exames solicitados para esta consulta: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, realizou os exames: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Há vacinas pendentes para esta consulta: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, realizou vacinação: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Foi encaminhado a alguma especialidade: (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

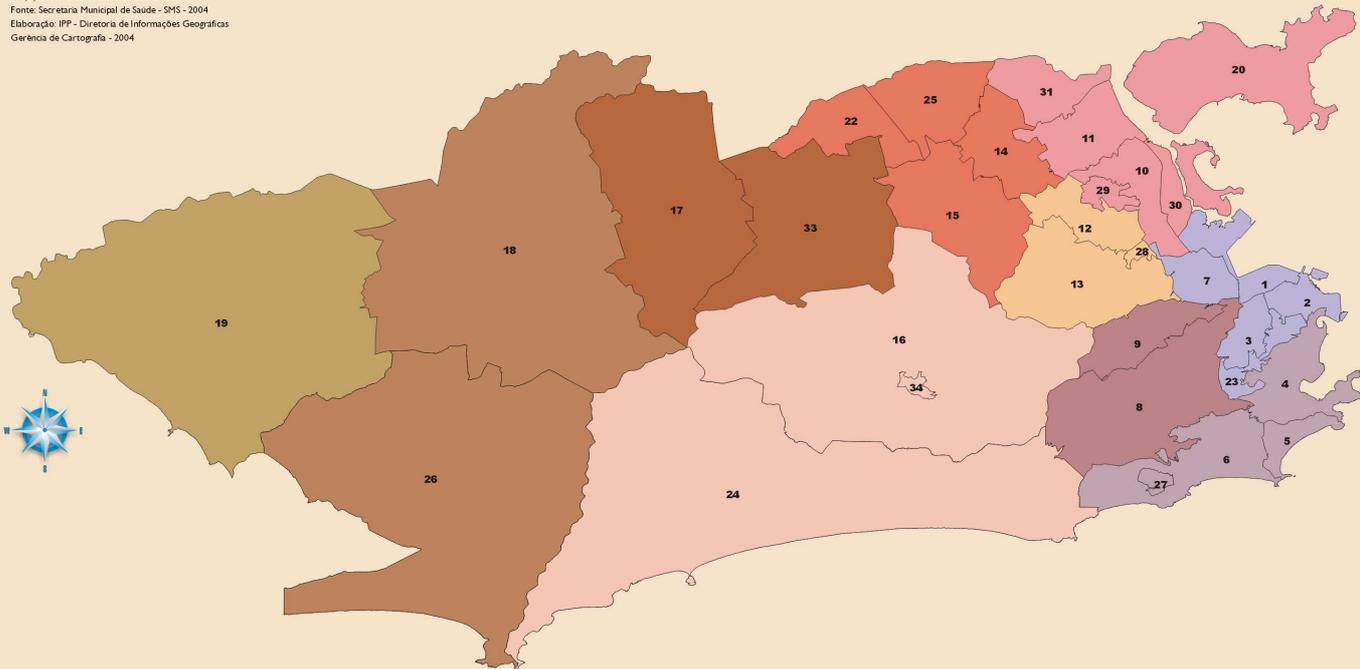
Se sim, compareceu: (0) Sim (1) Não (2) Não disponível (9) Ignorado

Agendado para: ____/____/____.

Anexo 4. Mapa do município do Rio de Janeiro segundo Áreas Programáticas e Regiões Administrativas

Áreas de Planejamento de Saúde (AP's) e Regiões Administrativas - 2004

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Urbanismo - SMU
 Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - IPP
 Escala: 1:275.000
 Projeção Universal Transversa de Mercator
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS - 2004
 Elaboração: IPP - Diretoria de Informações Geográficas
 Gerência de Cartografia - 2004



1. I - Portuária	12. XII - Inhaúma	23. XXIII - Santa Teresa
2. II - Centro	13. XIII - Méier	24. XXIV - Barra da Tijuca
3. III - Rio Comprido	14. XIV - Inrajá	25. XXV - Pavuna
4. IV - Botafogo	15. XV - Madureira	26. XXVI - Guaratiba
5. V - Copacabana	16. XVI - Jacarepaguá	27. XXVII - Rocinha
6. VI - Lagoa	17. XVII - Bangu	28. XXVIII - Jacarezinho
7. VII - São Cristóvão	18. XVIII - Campo Grande	29. XXIX - Complexo do Alemão
8. VIII - Tijuca	19. XIX - Santa Cruz	30. XXX - Maré
9. IX - Vila Isabel	20. XX - Ilha do Governador	31. XXXI - Vigário Geral
10. X - Ramos	21. XXI - Paqueta	32. XXXII - Realengo
11. XI - Penha	22. XXII - Anchieta	33. XXXIII - Resende
		34. XXXIV - Cidade de Deus

	AP 1		AP 3.3
	AP 2.1		AP 4
	AP 2.2		AP 5.1
	AP 3.1		AP 5.2
	AP 3.2		AP 5.3

Anexo 5. Mapa do município do Rio de Janeiro segundo categorização em “A.P. circunvizinha à A.P. 3.1”, “A.P. intermediária” e “A.P. mais distante da A.P. 3.1”.

Áreas de Planejamento de Saúde (AP's) e Regiões Administrativas - 2004

