

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira  
Programa de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde  
PIC – FPS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS AO  
ABANDONO DO TRATAMENTO EM PACIENTES ADULTOS  
COM aids**

Estudante PIC: Manoela Macedo Lobo Estelita<sup>1</sup>

Orientadores: Ana Rodrigues Falbo<sup>2</sup>

Co-orientador: Edvaldo Souza<sup>3</sup>

Estudantes colaboradores: Amyr Kelner<sup>4</sup> Luisa Martins Pimentel<sup>5</sup> Erika Bushatsky de Alencar<sup>6</sup>

---

1 Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Bolsista de Iniciação Científica da FPS.

2 Coordenadora do Grupo de Estudos da Saúde da Criança da Diretoria de Pesquisa do IMIP. Doutora em Saúde Pública pela ENSP. Coordenadora de tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

3 Médico Assistente do SAE-IMIP. Doutor em Saúde Materno Infantil do IMIP. Coordenador de tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

4 Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

5 Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

6 Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Recife, agosto de 2012

## RESUMO

**Objetivos:** conhecer o perfil de pacientes com aids que abandonaram o Serviço de Atendimento Especializado do IMIP e os fatores associados. **Método:** estudo de caso controle, envolvendo 102 pacientes adultos, sendo 51 casos (abandono do tratamento) e 51 controles (em seguimento atual no serviço). Informações abrangeram o período de 2005 a 2012. Foi verificada a distribuição de frequência das variáveis estudadas e a mediana para a idade. A verificação da associação foi feita pela análise bivariada, com o teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5,0%. **Resultados:** a mediana de idade dos casos foi de 31 anos, a maior parte era do sexo feminino (74,5%), de não brancos (89,4%) e procedentes da Região Metropolitana do Recife (90,2%). Mais da metade deles tinha menos de oito anos de escolaridade (59,1%). A maior parte apresentava Contagem de CD4 moderada (75,8%), sem sinais e sintomas no momento do diagnóstico (60,9%) e sem história de hospitalização durante a doença (83,7%). O contato anterior com outro serviço de saúde foi mais frequente nos casos (46,5%) que nos controles (16,1%) ( $P < 0,001$  – OR= 4,52 IC= 1,31 a 16,49). **Conclusão:** os pacientes que abandonaram o tratamento no SAE tinham uma mediana de idade de 31 anos, eram mulheres, não brancas, com menos de oito anos de escolaridade, procedentes da Região Metropolitana do Recife e tiveram contato anterior com outro serviço de saúde. O tamanho da amostra e a ausência de informações para a análise podem ter comprometido o delineamento desse perfil.

**Palavras-chave:** aids, TARV, pacientes que abandonam o tratamento, perfil epidemiológico, fatores de risco.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the characteristics of patients with AIDS who have left the Service Specializing IMIP and associated factors. **Methods:** A case-control study, involving 102 adult patients, 51 cases (abandonment of treatment) and 51 controls (in the current tracking service). Information covered the period from 2005 to 2012. Was observed frequency distribution of the variables and the median for age. A check was made of the association in the bivariate analysis, the chi-square test. The significance level was 5.0%. **Results:** The median age of cases was 31 years, most were female (74.5%), non-whites (89.4%) and coming in the Metropolitan Region of Recife (90.2%). More than half of them had less than eight years of education (59.1%). Most had moderate CD4 count (75.8%), with no signs and symptoms at diagnosis (60.9%) and no history of hospitalization for the disease (83.7%). The previous contact with another health service was more frequent in cases (46.5%) than in controls (16.1%) ( $P < 0.001$  - OR = 4.52 CI = 1.31 to 16.49). **Conclusion:** Patients who left treatment in SAE had a median age of 31 years were female, nonwhite, less than eight in education, coming from the Metropolitan Region of Recife and had previous contact with another health service. The sample size and lack of information for the analysis may have compromised the design of the profile.

**Keywords:** AIDS, HAART, patients who discontinue treatment, epidemiology, risk factors.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais que apresentavam comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível.<sup>1</sup>

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da aids representa fenômeno mundial de expressiva magnitude pela sua elevada frequência e morbimortalidade. Considerando o impacto causado às populações desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral <sup>2,3</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número estimado de novas infecções por HIV no mundo, em 2008, foi de 2.7 milhões de pessoas, o que eleva para aproximadamente 33.4 milhões de seres humanos infectados em todo o mundo. Na América Latina, o número aproximado foi de 170.000 pessoas, aumentando para dois milhões o número total de indivíduos com HIV nesta região. Estima-se que um terço das pessoas que vivem com HIV na América Latina residem no Brasil<sup>4</sup>. No estado de Pernambuco, desde 1987, ano do primeiro caso na população pediátrica do estado<sup>5</sup>, até 2007 foram diagnosticados 448 casos de AIDS na população de 0-13 anos, dos quais 89% são de transmissão vertical<sup>6,7</sup>.

Desde o início da epidemia, em 1980, até 2010, foram notificados à Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, 592.914 casos de aids. Desses casos, 385.818 são de indivíduos do sexo masculino e 207.080 do sexo feminino, com 16

casos de sexo ignorado. Com registro de ocorrência de casos em quase todo o território nacional, a distribuição da AIDS, no entanto, não se mostra homogênea quanto às regiões de residência, sexo, idade, grau de escolaridade, nem no que se refere às categorias de transmissão<sup>8</sup>

No início, a AIDS caracterizava-se por uma evolução fulminante e fatal na quase totalidade dos casos. A partir de 1991, com a disponibilização de uso das primeiras drogas antirretrovirais, a AIDS passou a ser vista como uma doença crônica, com períodos de progressão e estabilidade<sup>9</sup>.

Contudo, somente a partir de 1997, com a utilização da terapia antirretroviral combinada (TARV), combinação de pelo menos três drogas antirretrovirais (ARV), modificou significativamente a evolução e o prognóstico dos indivíduos com infecção pelo HIV/AIDS, tornando a AIDS uma doença passível de controle medicamentoso, apesar da impossibilidade de erradicação do vírus e suspensão de tratamento até o momento atual<sup>10-15</sup>.

Os primeiros anti-retrovirais permitiam benefícios temporários, em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica e os efeitos limitados sobre a redução da carga viral. Com o advento de novas classes de ARV – inibidores da protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos – foi possível alcançar, mediante a terapia anti-retroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV<sup>16,17,18</sup>.

Com o uso generalizado da terapia antirretroviral (TARV) combinada obteve-se uma significativa queda na mortalidade e aumento da sobrevida dos pacientes com

HIV/AIDS<sup>19</sup>. Além disso, o maior acesso a recursos diagnósticos e a melhor estruturação dos Serviços de Saúde reduziu o número das hospitalizações e das infecções oportunistas, proporcionando significativa melhoria da qualidade de vida destes pacientes<sup>20</sup>.

Desde a consolidação do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) em 1988, o Brasil vem desenvolvendo importantes medidas de prevenção e combate à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Entre elas: a testagem obrigatória dos bancos de sangue e a promulgação da lei nº 9.313 de 1996, que passou a garantir no Brasil o acesso ao tratamento anti-retroviral a todas as pessoas que vivem com HIV/Aids, dentro dos parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde<sup>21</sup>.

Atribui-se a essas políticas parte do sucesso do tratamento, da redução nos indicadores de morbidade e de mortalidade e redução das internações devido ao HIV em anos recentes<sup>22</sup>. Atualmente, dos 17 tipos de ARV distribuídos, oito são produzidos por laboratórios brasileiros, o que tem proporcionado uma significativa redução dos custos. Em 2008, cerca de 200 mil pessoas infectadas pelo HIV estão em tratamento no Brasil e os gastos do Ministério da Saúde, considerando apenas estes medicamentos, representam R\$ 1 bilhão<sup>8</sup>.

Apesar dos avanços no tratamento e de suas consequências benéficas, o abandono ao acompanhamento nos serviços e à TARV surge como um grave problema e um grande desafio para todos que lidam com a infecção pelo HIV/aids<sup>1,22,23</sup>. Estima-se que entre 30% a 50% das pessoas em uso de TARV interromperam o seu tratamento por diferentes períodos de tempo e uma ou mais vezes ao longo da história do tratamento<sup>24</sup>. Os motivos apontados para o abandono são variados e incluem o medo da revelação de sua infecção/doença e a possível discriminação consequente, a ocorrência de efeitos

colaterais das drogas, a dificuldade de acesso aos serviços dentre outros. Além do abandono da medicação, pode ocorrer o não comparecimento às consultas, implicando na falta de realização dos exames devidos e quaisquer outras ações relacionadas aos cuidados envolvidos<sup>23</sup>.

Nesses últimos casos, o serviço de saúde termina por perder o contato com o paciente e sem conhecer os motivos que o levaram ao abandono. A abordagem desses casos deve ser centrada no sujeito, levando em consideração aspectos éticos importantes e peculiaridades da infecção pelo HIV/aids, como o estigma, a discriminação ainda presente no contexto da epidemia e, especialmente, no direito que as pessoas soropositivas têm em relação à manutenção do sigilo acerca de seu diagnóstico<sup>23</sup>.

O abandono do tratamento, além de impossibilitar o efeito terapêutico desejado, pode contribuir para o desenvolvimento de resistência viral às drogas utilizadas, com consequente perda da sua ação, comprometendo a efetividade do tratamento em longo prazo. A desistência de progredir o tratamento é, então, muito mais do que uma ameaça individual, mas um desafio para Saúde Pública, tornando-se importante objeto de pesquisa<sup>25,26,27</sup>.

Portanto, o objetivo do estudo foi conhecer o perfil dos pacientes adultos com aids que abandonaram o tratamento do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do IMIP e os fatores associados a tal ocorrência.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caso controle no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a maio de 2012 com as informações abrangendo o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2011.

Foram adotados os critérios utilizados no serviço para definir o grupo do abandono do tratamento (casos): adultos maiores de 19 anos com aids, que participaram de ao menos uma consulta no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do IMIP e que estão há, no mínimo, três meses sem acompanhamento regular neste serviço. Caracteriza-se o acompanhamento regular pelo comparecimento às consultas e/ou recebimento de medicação e/ou realização dos exames laboratoriais indicados, com periodicidade de um a três meses. Do mesmo modo foram utilizados os critérios adotados no serviço para definir o grupo do acompanhamento (controles): adultos maiores de 19 anos com aids que estejam em acompanhamento regular no SAE em uso de TARV.

Os critérios de exclusão do grupo do abandono do tratamento foram pacientes que solicitaram transferência para outros serviços ou para outros estados e do grupo do acompanhamento pacientes que, embora estivessem em acompanhamento regular no momento da coleta de dados apresentavam um histórico de abandono anterior.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no Statcalc do EPI-INFOTM versão 3.5.3, como indicado para os estudos de caso-controle, com nível de significância de 5% e poder de 80%, razão de casos e controles 1:1, e risco do evento de 13,0% em pacientes com tuberculose (parâmetro escolhido como evento ocorrendo em pacientes com outra doença que não a aids) e 30,0% para pacientes com aids encontrou-

se o número total de 90 casos e 90 controles. A amostragem dos controles foi feita por conveniência.

A coleta de dados foi realizada mediante preenchimento de um formulário para registro de dados pelos pesquisadores, contendo as variáveis do estudo de forma que possibilitasse o alcance dos objetivos propostos. Os dados foram coletados dos prontuários médicos e das fichas de notificação do HIV/aids. Os casos foram identificados no arquivo médico do SAE e os controles foram selecionados durante o atendimento no SAE e no período estabelecido para a coleta de dados.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis: condição sociodemográfica (idade, sexo, raça/cor, renda familiar per capita, local da residência, escolaridade - anos de estudo, ocupação, religião e presença de companheiro(a)), condição de vida pregressa (uso de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, encarceramento, profissional do sexo e tipo de prática sexual), variáveis da infecção doença (modo de transmissão, tempo de doença, local do diagnóstico, contato com mais de um serviço de saúde, hospitalizações), variáveis da condição clínica e imunológica ao diagnóstico (sinais e sintomas da doença ao diagnóstico, contagem de CD4 ao diagnóstico, carga viral ao diagnóstico), aspectos relacionados com o tratamento: duração do tratamento, presença de efeitos colaterais, infecções oportunistas, esquema de TARV utilizado).

A partir das informações dos formulários pré-codificados foi construído um banco de dados com dupla entrada, utilizando-se o software EPI-INFO™ versão 3.5.3. Ao término da digitação, os bancos de dados foram comparados e corrigidas as diferenças e inconsistências, consultando-se novamente os formulários e/ou prontuários e por meio do Data Compare, módulo do Epi Info.



A análise dos dados foi efetuada, utilizando-se o programa EPI-INFO™ 3.5.3 para Windows™. Foram construídas tabelas de distribuição de frequência das variáveis estudadas (percentual) e calculada para variável contínua a mediana (incluindo-se os limites mínimo e máximo e quartis) como medida de tendência central e dispersão.

A verificação da associação entre as variáveis estudadas foi feita pela análise bivariada, utilizando-se o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando indicado. Foi utilizado o odds ratio para medir a força da associação, com intervalo de confiança de 95% e o nível de significância adotado nos testes foi de 5,0%.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, para apreciação, somente tendo sido iniciado após a sua aprovação. Foi solicitada e aprovada a dispensa da assinatura do TCLE para os pacientes que abandonaram o seguimento, uma vez que não foi possível a sua localização para tal.

## **RESULTADOS**

Durante o período do estudo foram atendidos no SAE 1500 pacientes, dos quais 307 descontinuaram a terapia antirretroviral. Desses 180 eram infectados pelo vírus HIV, 111 tinham o diagnóstico confirmado de aids, 11 não tinham informações suficientes no prontuário para serem classificados e em cinco ainda não havia a confirmação diagnóstica. Dos 111 pacientes com aids, 20 tinham ficha de notificação incompleta, 26 com diagnóstico no prontuário, mas sem ficha de notificação e 14 haviam sido transferidos. No final foram identificados 51 pacientes que preenchiam os critérios dos casos e potencialmente teriam as informações necessárias para a análise planejada.

Foram identificados inicialmente 51 controles durante o período destinado para a coleta de dados, porém após checagem foi verificado que um paciente era menor de idade e outro não preenchia os critérios da doença aids. Ao final foram incluídos no estudo 51 casos e 49 controles. (Figura 1)

A idade do grupo do abandono do tratamento variou de 20 anos a 52 anos com mediana de 31 anos (1º quartil= 28 anos e 3º quartil= 34 anos). Estudando-se as características sociodemográficas desse grupo foi observado predomínio do sexo feminino (74,5%) e de não brancos (89,4%) e a maior parte dos pacientes era procedente da Região Metropolitana do Recife (90,2%). Mais da metade dos pacientes tinha menos de oito anos de escolaridade (59,1%). (Tabela 1)

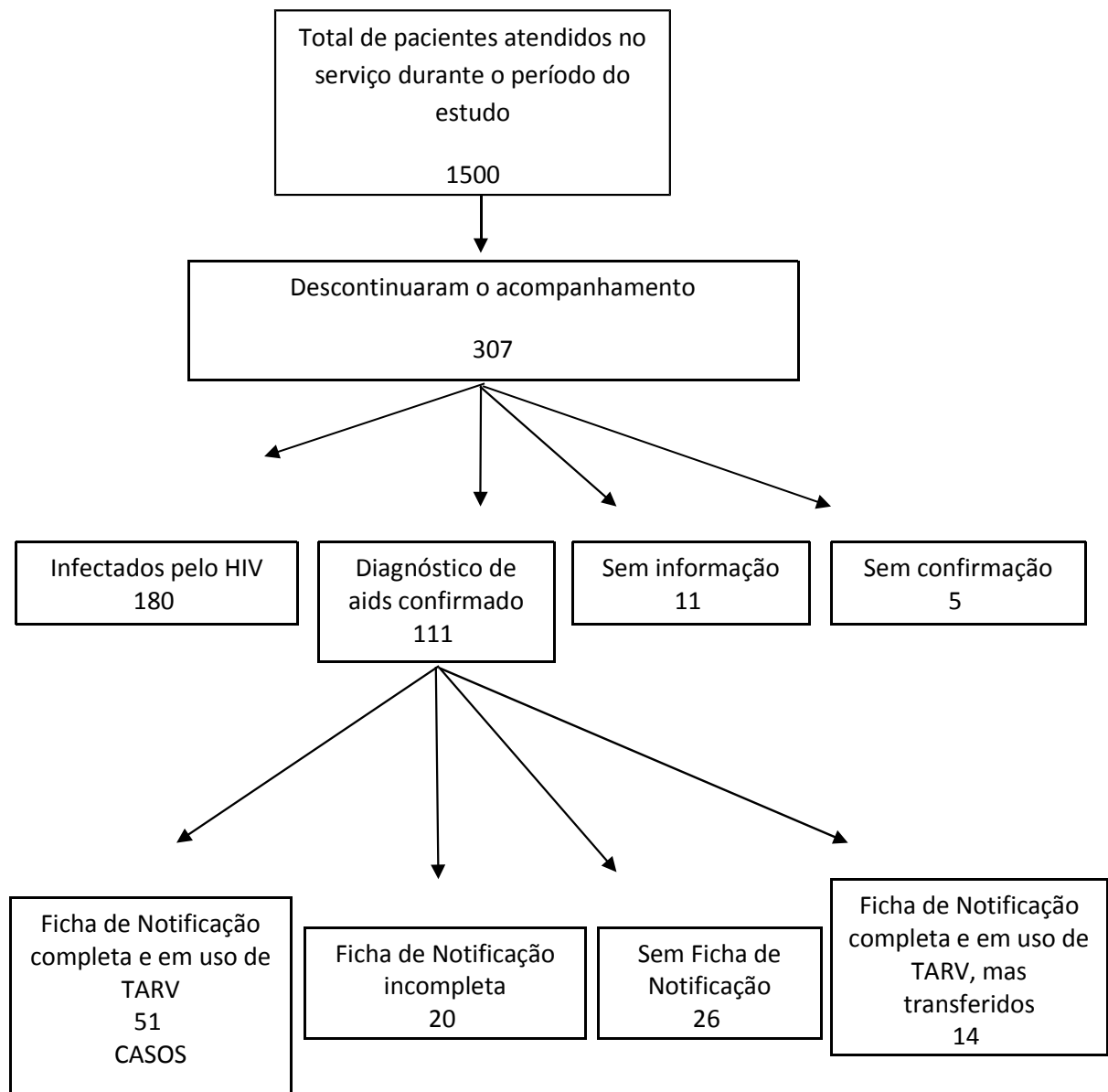
Em relação à condição clínica e imunológica a maior parte dos pacientes apresentava Contagem de CD4 considerada como moderada (75,8%), se apresentava sem sinais e sintomas no momento do diagnóstico (60,9%) e não teve história de hospitalização anterior durante a doença (83,7%). (Tabela 2)

As demais variáveis consideradas importantes para estudo como renda per capita, profissão, religião, presença ou não de companheiro, número de parceiros com os quais já teve relação até o momento, se os pacientes tinham ou não relação sexual com parceiros sabidamente HIV, alcoolismo, tabagismo e o uso de drogas ilícitas não puderam ser consideradas para análise devido a ausência de informações disponíveis nos prontuários sobre as mesmas.

Quando foram comparadas as variáveis passíveis de análise entre os casos e os controles, apenas se verificou diferença com significância estatística em relação ao contato anterior com outro serviço de saúde que foi mais frequente nos casos

(46,5%) quando comparado com os controles (16,1%) ( $P < 0,001$  –  $OR = 4,52$   $IC = 1,31$  a  $16,49$ ).

**Figura 1. Fluxograma de captação dos casos sujeitos da pesquisa**



## DISCUSSÃO

De acordo com os dados disponíveis foi observado que os pacientes que abandonaram o tratamento no SAE tinham uma mediana de idade de 31 anos, eram em sua maioria mulheres, não brancas, com menos de oito anos de escolaridade e procedentes da Região Metropolitana do Recife.

O predomínio do sexo feminino provavelmente deve-se a presença de um serviço de prenatal e maternidade de alto risco no hospital os quais realizam as medidas de triagem para o HIV/aids nas gestantes e as encaminham para o SAE quando há a identificação de uma dessas condições.

A avaliação da condição clínica e imunológica avaliada pela contagem de CD4, presença de sinais e sintomas no momento do diagnóstico e história de hospitalização anterior durante a doença apontou para uma boa condição clínica no momento do diagnóstico.

O perfil epidemiológico da infecção HIV AIDS é discordante nas diversas literaturas disponíveis. Entretanto, o sexo masculino, a baixa escolaridade e o fato de morar em grandes centros urbanos aparecem associados a doença nesses pacientes.<sup>28</sup>

Quando foram comparados os pacientes que abandonaram o tratamento (casos) e os que estavam em acompanhamento regular no serviço (controles) apenas o contato anterior com outro serviço de saúde foi identificado como fator de risco para o abandono do acompanhamento no SAE.

O processo de estigmatização sofrido em outros serviços e suas repercussões na trajetória dos pacientes antes da chegada ao serviço especializado pode ter contribuído

para o abandono. O estigma é tomado como atributo que desqualifica e desaprova socialmente seu portador. Nasce de processos sociais e históricos, portanto, é passível de transformação.<sup>29</sup> No entanto, no caso da aids, a associação da infecção aos “grupos de risco” permanece no imaginário social, tornando os seus portadores vulneráveis a atos de violência, como: isolamento, julgamento, culpabilização e exclusão.<sup>29</sup>

A postura do profissional, atitude de receber, escutar e tratar os usuários e suas demandas, a qualidade do apoio educacional e emocional prestado e a valorização da perspectiva do indivíduo, são elementos considerados importantes para reduzir o impacto do diagnóstico pelo HIV. O aconselhamento acompanha todo o processo do diagnóstico e deve cumprir as prerrogativas éticas que envolvem a realização do teste anti-HIV, quais sejam, garantir a voluntariedade para realização do mesmo e a confidencialidade do seu resultado, bem como, fornecimento do apoio emocional e educativo necessários.<sup>30</sup>

Os profissionais de saúde fazem parte de grupos sociais e podem ter representações sobre a aids e sobre as pessoas infectadas, que muitas vezes coincidem com o imaginário popular e são incorporadas às suas práticas, chegando, por vezes a desconsiderar os conhecimentos científicos.<sup>31</sup>

Especula-se que posturas discriminatórias por parte de alguns profissionais dos serviços de saúde não especializados em HIV/Aids repercutiram negativamente, levando a uma maior taxa de abandono no grupo que entrou em contato previamente com outro serviço de saúde antes da chegada ao SAE. Ademais, uma discriminação ou tratamento inadequado vivenciados anteriormente podem gerar menor tolerância a ocorrência de falhas no serviço especializado com maior probabilidade de descontinuidade no seguimento.

Além do mais dentro do Serviço Especializado em HIV/Aids, existe o risco de revelação, constituindo o “estigma institucional”.<sup>29,32</sup> De alguma maneira, a possibilidade de estigmatização no serviço pode dificultar ou impedir um paciente de se sentir confortável em frequentá-lo para consultas, apanhar medicação na farmácia, dentre outras atividades realizadas.

A desatenção aos aspectos psicossociais, em parte é resultante da excessiva segmentação do paciente e do intervencionismo exagerado, efeitos das mudanças da medicina contemporânea em direção à sofisticação tecnológica. Em contraste, as práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos indivíduos. Considerar a presença de um sujeito diante do outro é um desafio diário aos profissionais de saúde.<sup>33</sup>

O não alcance do tamanho ideal da amostra pode ter influenciado nos resultados bem como a ausência de informações para a análise. Portanto, vale salientar que as características encontradas para o grupo do abandono do tratamento no estudo atual podem não configurar um perfil desses pacientes.

A ausência de informações importantes nos prontuários médicos relacionadas a outros potenciais fatores de risco para o abandono no acompanhamento impediram a sua análise, tais como: tabagismo, etilismo, modo de contágio, tipo de prática sexual, uso de drogas, história de encarceramento, escolaridade, uso de drogas ilícitas, drogas injetáveis. A análise dessas informações, a exemplo do achado do contato prévio com outro serviço, poderia ter contribuído para a redução nas taxas de abandono para o acompanhamento no serviço especializado, não só no qual foi realizado o estudo, mas em outros e dessa forma melhorar a evolução da doença em termos de morbimortalidade, bem como na sua disseminação.

Apesar disso, fica como contribuição importante o alerta para que mais atenção seja dedicada à coleta das informações e ao preenchimento adequado do prontuário médico.

## **REFERENCIAS**

1. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília.Ministério da Saúde, 1999 - 3ª edição 142 p.
2. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2001; 34(2): 207-227.
3. Dal Fabbro MMFJ, Cunha RV, Paniago AMM, Lindenberg ASC, Freitas GMB, Nogueira SA. Prospective Study on the Prevention of Vertical Transmission HIV in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, From 1996 to 2001. Braz J Infect Dis. 2005; 9(1):20-27.
4. The Joint United Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update, December 2009. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization, 2009.
5. Souza ES, Silva GA, Guimarães MS. Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) de transmissão vertical; relato de uma caso. Revista do IMIP. 1987;01(2):137-140.
6. Informe epidemiológico SINAN – Secretaria de Saúde do Recife [Online]. 2008 [cited 2009 abril 15]; Disponível em:  
URL:<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/dstaid/boletins.HTML>
7. DST – Aids, Ministério da Saúde [Online]. 2008 junho 30 [cited 2009 abril 15]; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/pe.htm>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Brasília (DF):2010. Ano VII, nº1.

9. McKinney RE Jr, Maha MA, Connor EM, Feinberg J, Scott GB, Wulfsohn M et al. A multicenter trial of oral zidovudine in children with advanced human immunodeficiency virus disease. The Protocol 043 Study Group. *N Engl J Med*. 1991;324(15):1018-25.
10. de Martino M, Tovo PA, Balducci M, Galli L, Gabiano C, Rezza G et al. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. *JAMA*. 2000; 284(22): 2871-2.
11. Gortmaker S, Hughes M, Cervia J, et al, for the Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 219 Team. Effect of combination therapy including protease inhibitors on mortality among children and adolescents infected with HIV-1. *N Engl J Med*. 2001;345:1522-1528.
12. Resino S, Bellon JM, Resino R, Navarro ML, Tomas Ramos J, de Jose MI et al. Extensive implementation of highly active antiretroviral therapy shows great effect on survival and surrogate markers in vertically HIV-infected children. *Clin Infect Dis* 2004; 38:1605–1612.
13. Gibb DM, Duong T, Tookey PA, Sharland M, Tudor-Williams G, Novelli V et al. Decline in mortality, AIDS, and hospital admissions in perinatally HIV-1 infected children in the United Kingdom and Ireland. *BMJ* 2003; 327:1019.
14. Gona P, Van Dyke R, Williams P et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era. *JAMA* 2006;296:292-300.
15. Viani RM, Araneta MR, Deville JG, Spector SA. Decrease in hospitalization and mortality rates among children with perinatally acquired HIV type 1 infection receiving highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2004;39:725.
16. Baer M, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Can Psychol* 2002; 43:115-21.



17. Guarinieri M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31:167-9.
18. Wu AW, Ammassari A, Antinori A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31:95-7.
19. Matida LH, Marcopito LF e Grupo Brasileiro de Estudo da Sobrevida em crianças com aids. Aumento do tempo de tempo de sobrevida das crianças com aids-Brasil. Ministério as Saúde. Boletim epidemiológico DST/Aids Outubro 2001 a março de 2002.
20. Diaz R, Del Bianco R. Resistência do HIV aos anti-retrovirais: utilidade do teste na clínica atual. *Boletim Terapêutico de HIV/Aids, DST e Hepatites Virais* 2003 set. Ano I número 3.
21. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 278 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I)
22. Programa Nacional Controle DST/AIDS, Ministério da Saúde, Brasil. *Boletim Epidemiológico*. 2010. ANO VII, nº1.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Área Técnica. Tratamento do HIV e AIDS. Adesão; 2007. Disponível em [www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD82883FTPBRIE htm](http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD82883FTPBRIE.htm).
24. Castilho EA, Szwarcwald CL, Brito AM. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil. 1999-2002. *Rev.Assoc.Med.Bras*, 52 (2): 86-92; 2006.
25. Davey RT Jr. The changing face of antiretroviral therapeutics in 1997. *Home Healthcare Consultant* 1997 September; 4(8):10-28.
26. Molaghan JB. Adherence issues in HIV therapeutics introduction:the situation. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1997; 8(Suppl):7-9.

27. Unguarski P. Adherence to prescribe HIV-1 protease inhibitors in the home setting. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1997; 8(Suppl): 37-45.
28. Gabriel, Rosimeire; Barbosa, Dulce Aparecida Vianna, Lucila Amaral Carneiro. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.4 citado [2012-08-19], pp. 509-513
29. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. HIV/Aids, Hepatites e outras DST's. Cadernos de Atenção Básica. n 18 série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF) 2006.
31. Sadala MLA, Marques SA. Vintes anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. *Cad. de Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2369-2378
32. UNAIDS. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national Aids programmes. Geneva: Joint United Nations Programmes 2007.
33. Paiva V. Prevenção Posithiva? Abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Raxach JC, Maksud Ivia, Pimenta C, Terto Jr Veriano. *Prevenção Posithiva: estado da arte*. ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS)- Coleção ABIA Políticas Públicas n8. 2009.

## Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de frequência dos pacientes do estudo que **abandonaram o tratamento**, segundo variáveis da condição sociodemográfica. Recife 2005 – 2011

| Variáveis                  | n  | %    |
|----------------------------|----|------|
| <b>Sexo</b>                |    |      |
| Masculino                  | 13 | 25,5 |
| Feminino                   | 38 | 74,5 |
|                            |    |      |
| <b>Raça-cor</b>            |    |      |
| Branca                     | 5  | 10,6 |
| Não branca                 | 42 | 89,4 |
|                            |    |      |
| <b>Procedência</b>         |    |      |
| Zona da Mata               | 4  | 7,8  |
| Agreste                    |    |      |
| Sertão                     | 1  | 2,0  |
| RMR*                       | 46 | 90,2 |
|                            |    |      |
| <b>Escolaridade (anos)</b> |    |      |
| < 8 anos                   | 13 | 59,1 |
| ≥8 anos                    | 9  | 40,9 |

\*Região Metropolitana do Recife

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos pacientes do estudo que **abandonaram o tratamento**, segundo variáveis da condição clínica e imunológica. Recife 2005 – 2011

| Variáveis  | n  | %    |
|--|----|------|
| <b>Contagem de CD4</b>                             |    |      |
| Moderada   | 22 | 75,8 |
| Grave  | 7  | 24,2 |
|  |    |      |
| <b>Sinais e sintomas no momento do diagnóstico</b> |    |      |
| Sim  | 18 | 39,1 |
| Não  | 28 | 60,9 |
|  |    |      |
| <b>História hospitalização anterior</b>            |    |      |
| Sim  | 7  | 16,3 |
| Não  | 36 | 83,7 |