UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIVIANA COLBACHO BETTARELLO

Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em ambiente
hospitalar

RIBEIRÃO PRETO

2020

VIVIANA COLBAHCO BETTARELLO

Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em ambiente
hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientador: Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Bettarello, Viviana Colbacho

Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em ambiente hospitalar. Ribeirão Preto, 2020.

102 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Elucir Gir

1. HIV. 2. AIDS. 3. Diagnóstico Tardio. 4. Hospitalização.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)”

BETTARELLO, Viviana Colbacho

Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em ambiente hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A Deus,

por esta vitória e conquista, por me capacitar, abençoar e a não desistir.

*Aos meus pais **Júlio e Eloisa,***

Que sempre me apoiaram na realização deste sonho e que se abdicaram de tantas coisas em prol dos meus estudos, apoiando, orando e torcendo, não há palavras que possam exprimir todo sentimento de gratidão e amor.

*Ao meu companheiro e noivo **Flávio,***

Por estar ao meu lado nos últimos dias, incentivando e dando forças para não desistir, pelos atos de amor, carinho, compreensão e paciência. Obrigado por suportar minha ausência, meu estresse, reclamações e angústias.

AGRADECIMENTOS

*A minha orientadora **Profª Drª. Elucir Gir**, por ter acreditado em meus questionamentos, por ajudar a refletir sobre minhas hipóteses, pela oportunidade de aprofundar meu conhecimento científico e a trabalhar ao seu lado. Obrigada pela sabedoria e ensinamento, minha sincera admiração e respeito.*

*Aos Professores **Drª Renata Karina Reis e Dr. Fernando Belíssimo**, pelas valiosas contribuições no Exame de qualificação.*

*A **Profª Drª Miyeko Hayashida** por todo o conhecimento, disponibilidade em esclarecer as dúvidas e sua colaboração na organização e análise dos dados.*

*A minha colega **Nádia Bruna da Silva Negrinho**, por apresentar o universo complexo e encantador da USP-Ribeirão, pela ajuda na elaboração das hipóteses, esclarecer dúvidas, auxiliar no desenvolvimento do estudo e pelo ombro amigo que sempre esteve presente.*

*A **Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca**, por permitir o desenvolvimento deste estudo.*

*A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, pela excelência e qualidade de ensino mantida por seus ilustres docentes.*

A todos os colegas e professores que fizeram parte desta trajetória.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a obtenção deste título.

Muito Obrigada!

RESUMO

BETTARELLO, V. C. **Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em ambiente hospitalar.** 2020. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: A aids é uma manifestação clínica decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. No Brasil de 1980 a junho 2019 foram notificados 966.058 casos de aids, com média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. A maior incidência concentra-se nos indivíduos de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, porém nota-se envelhecimento da população e aumento do diagnóstico tardio. A apresentação tardia leva ao atraso no tratamento, ao aumento da mortalidade e da transmissão do vírus. **Objetivo:** Analisar a proporção e percepções de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV. **Materiais e Métodos:** Estudo misto, analítico e descritivo. Desenvolvido em um serviço de atendimento hospitalar, composto por pacientes que tiveram o diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV durante internação no período de janeiro de 2014 a agosto de 2019. Foram analisados prontuários, fichas de notificações e realizado entrevistas com os recém-diagnosticado. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa através do número CAAE 03221272.0.0000.5438. **Resultados:** Compuseram a amostra 136 pacientes diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV com faixa etária entre 20 e 76 anos e média de 44,2 anos. 68,4% eram do sexo masculino, 63,2% brancos, 64,7% solteiros, 40,4% possuíam o ensino fundamental incompleto, 54,4% eram tabagistas e 48,5% etilistas. O período de internação variou de 1 a 69 dias, com média de 13,4 dias e 39,7% evoluíram a óbito. A principal causa de internação foi febre 19,1% e o diagnóstico de internação foi pneumocistose (14,7%). Houve associação significativa entre as variáveis: situação conjugal e sexo ($p=0,001$), diagnóstico de internação e mortalidade ($p=0,004$), número de dias internados e óbito ($p<0,001$) e número de dias internados e diagnóstico de internação ($p<0,001$). O acompanhamento da infecção pelo HIV nos serviços de saúde é visto como benefício adquirido. As barreiras ou dificuldades estão relacionadas ao abandono e/ou afastamento de amigos e companheiros, a autoestima, a depressão e ao preconceito tanto no âmbito familiar, social e trabalhista. Em quase todas as falas há o relato quanto à falta de informação na sociedade ocasionando o preconceito. Poucos consideraram a transmissão como um fator de

risco. **Considerações finais:** 60,7% foram diagnosticados em fase tardia da infecção pelo HIV durante internação hospitalar. A maior lacuna permanece em aumentar o conhecimento sorológico das pessoas vivendo com HIV. Apesar das inúmeras estratégias e dos avanços na comunidade científica quanto à infecção a vulnerabilidade social e o preconceito permitem o avanço da epidemia, é necessário investimento em diagnóstico precoce, prevenção, intervenções e inovações nos programas que causem maior impacto. É indispensável à realização de novos estudos em pequenos centros populacionais que abordem o diagnóstico em fase tardia da infecção.

Palavras chaves: 1. HIV. 2. AIDS. 3. Diagnóstico Tardio. 4. Hospitalização.

ABSTRACT

BETTARELLO, V. C. **Proportion of seropositive people diagnosed with HIV in a hospital setting.** 2020. 102 f. Dissertation (Master's degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: SIDA is clinical manifestation resulting from HIV infection. In Brazil from 1980 to June of 2019 have been notified 966.058 cases of SIDA, with an average of 39 thousand new cases in the last five years. The highest incidence is concentrates in individuals aged 25 to 39 years old, of both genders, however there is an aging of the population and an increase in late diagnosis. Late presentation leads to delayed treatment, increased mortality and virus transmission. **Objective:** To analyze the proportion of seropositive people diagnosed in a hospital setting. **Materials e Methods:** Mixed study, analytical and descriptive. Developed in a hospital care service, composed of patients who were diagnosed with HIV/SIDA seropositivity during hospitalization from January 2014 to August 2019. Medical records and notification forms were analyzed and interviews. Approved by CEP through number CAAE 03221272.0.0000.5438. **Results:** A sample comprised 136 HIV seropositive patients aged between 20 and 76 years old and an averaged of 44,2 years old. 68,4% were male, 63,2% were White, 64,7% were single, 40,4% had incomplete primary school, 54,4% were smokers and 48,5% were alcoholics. The hospitalization period ranged from 1 to 69 days, with an average of 13,4 days and 39,7% evolved to death. The main cause of hospitalization was fever 19,1% and the diagnosis of hospitalization was pneumocystosis (14,7%). There was a significant association between the variables: marital status and gender ($p=0,001$), diagnosis of hospitalization and mortality ($p=0,004$), number of days hospitalized and death ($p<0,001$). Monitoring HIV infection in health services is seen as an acquired benefit. Barriers or difficulties are related to abandonment and/or withdrawal from friends and companions, the self-esteem, depression, and prejudice in both families, social and labour area. In almost all speeches there is a report about the lack of information in society causing prejudice. Few considered transmission as a risk factor. **Final considerations:** 60,7 % were diagnosed in a hospital, the biggest gap remains in increasing the serological knowledge of

HIV/SIDA patients. Despite the innumerable strategies and advances in the scientific community as for infection, social vulnerability and prejudice allows the epidemic to advance, investment in early diagnosis, prevention, interventions and innovations in programs that have the greatest impact is necessary. It is essential to carry out new studies in small population centers that address late presentation in a hospital environment, as well as using the MCS in this population.

Keywords: 1. HIV. 2. AIDS. 3. Late Diagnosis. 4. Hospitalization.

RESUMEN

BETTARELLO, V. C. **Proporción de personas VIH positivas diagnosticadas en un hospital.** 2020. 102 f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: La SIDA es una manifestación clínica resultante de la infección por VIH. En Brasil, desde 1980 hasta junio de 2019, se notificaron 966.058 casos de SIDA, con un promedio de 39 mil casos nuevos en los últimos cinco años. La mayor incidencia se concentra en individuos entre 25 y 39 años, de ambos sexos, pero hay una población que envejece y un aumento en el diagnóstico tardío. La presentación tardía conduce a un retraso en el tratamiento, mayor mortalidad y transmisión del virus. **Objetivo:** Analizar la proporción de personas VIH positivas diagnosticadas en un hospital. **Materiales y métodos:** Estudio mixto, analítico y descriptivo. Desarrollado en un servicio de atención hospitalaria, compuesto por pacientes que fueron diagnosticados con seropositividad al VIH/SIDA durante la hospitalización desde enero de 2014 hasta agosto de 2019. Se analizaron los registros médicos y los formularios de notificación y se realizaron entrevistas basadas con el recién diagnosticado. Aprobado por CEP a través del número CAAE 03221272.0.0000.5438. **Resultados:** La muestra comprendió 136 pacientes seropositivos al VIH, de edades comprendidas entre 20 y 76 años y un promedio de 44,2 años. El 68,4% eran hombres, 63,2% blancos, 64,7% solteros, 40,4% tenían educación primaria incompleta, 54,4% fumadores y 48,5% alcohólicos. El período de hospitalización varió de 1 a 69 días, con un promedio de 13,4 días y el 39,7% falleció. La principal causa de hospitalización fue la fiebre 19,1% y el diagnóstico de hospitalización fue pneumocistosis (14,7%). Hubo una asociación significativa entre las variables: estado civil y sexo ($p = 0,001$), diagnóstico de hospitalización y mortalidad ($p = 0,004$), número de días de hospitalización y muerte ($p < 0,001$) y número de días de hospitalización y diagnóstico de hospitalización ($p < 0,001$). El monitoreo de la infección por VIH en los servicios de salud se considera un beneficio adquirido. Las barreras o dificultades están relacionadas con el abandono y/o la retirada de amigos y compañeros, la autoestima, la depresión y los prejuicios en las esferas familiar, social y laboral. En casi todos los discursos hay un informe sobre la falta de información en la sociedad, lo que causa

prejuicios. Pocos consideraron la transmisión como un factor de riesgo. **Consideraciones finales:** 60,7% fueran diagnosticados en un hospital, la mayor brecha sigue siendo el aumento del conocimiento serológico de los pacientes con VIH/SIDA. A pesar de las innumerables estrategias y avances en la comunidad científica con respecto a la infección, la vulnerabilidad social y los prejuicios, la epidemia puede avanzar, es necesaria la inversión en diagnóstico temprano, prevención, intervenciones e innovaciones en los programas que tienen el mayor impacto. Es esencial llevar a cabo nuevos estudios en pequeños centros de población que aborden la presentación tardía en un entorno hospitalario, así como el uso de la MCS en esta población.

Palabras clave: 1. VIH. 2. SIDA. 3. Diagnóstico tardío. 4. Hospitalización.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136). Franca- SP, 2014 a junho 2019

Tabela 2 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis sociodemográficas. em Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Tabela 3 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis ocupação e tipo de ocupação. Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Tabela 4 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis referentes à internação. Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Tabela 5 – Associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e escolaridade) com mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado (n=136). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Tabela 7 – Associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e escolaridade) de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado (n=136). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Tabela 8 – Associação entre as variáveis relacionadas à internação (diagnóstico e causa da internação) e mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado e Teste Fisher (n=136). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

LISTA DE SIGLAS

ABC	Abacavir
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AZT	Zidovudina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDP	Centro de Detenção Provisória
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DRS	Direção Regional de Saúde
DTG	Dolutegravir
EFZ	Efavirenz
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESF	Estratégias Saúde da Família
ETR	Etravirina
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INI	Inibidor de Integrase
IO	Infecções Oportunistas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITRN/ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo/ Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeo
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
NVP	Nevirapina
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV	Terapia Antiretroviral
TC	Lamivudina
TDF	Tenofovir
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade de Dispensação de Medicamentos
UNAIDS	United Nations Program on HIV/AIDS
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	17
2. Introdução.....	19
3. Revisão da Literatura.....	22
3.1 A Infecção pelo HIV/aids	23
3.2 A Epidemiologia da infecção pelo HIV/aids no Brasil e no Mundo.....	24
3.3 Prevalência de pessoas soropositivas ao HIV e diagnóstico tardio de HIV/aids	26
3.4 O tratamento da infecção pelo HIV/aids	28
3.5 Redes de Atenção em Saúde e Políticas de Saúde para pessoas com infecção para o HIV.....	30
4. Referencial Teórico.....	33
4.1 O Modelo de Crenças em Saúde	34
5. Objetivos.....	37
5.1 Objetivo Geral.....	38
5.2 Objetivo Específicos.....	38
6. Materiais e Métodos.....	39
6.1 Local.....	40
6.2 Coleta de Dados.....	41
6.3 Análise de Dados.....	43
6.4 Aspectos Éticos.....	44
7. Resultados	46
7.1 Apresentação Dados Quantitativos.....	47
7.2 Apresentação Dados Qualitativos.....	54
8. Discussão.....	61
8.1 Dados Quantitativos.....	62
8.2 Dados Qualitativos.....	69
9. Conclusão.....	72
10. Considerações Finais.....	75
Referências.....	79
Apêndices.....	90
Anexos.....	98

1. APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira em uma instituição de atendimento terciário, trabalhei por três anos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e recentemente no setor de Clínica Médica. Neste período de experiência observei casos frequentes de pacientes infectados pelo HIV sem diagnóstico prévio e em sua maioria evoluíram a óbito.

As políticas de saúde incentivam o diagnóstico precoce e o início do tratamento, a fim de diminuir a morbidade e mortalidade dos pacientes infectados pelo HIV, como também reduzir e/ou eliminar a pandemia da aids.

Ao notar a frequência de pacientes infectados pelo HIV diagnosticados neste serviço, indago que mesmo com tantas políticas públicas e estratégias propostas pelos órgãos de saúde, ainda prevalece pacientes com diagnóstico em fases tardias.

O presente estudo analisa a prevalência, os aspectos e percepções destes casos de infecção ao HIV que obtiveram seu diagnóstico em um ambiente hospitalar. Assim, esta pesquisa fornece subsídios para a implementação de novas estratégias preventivas, com a adoção de novas políticas públicas de saúde que visa o progresso do diagnóstico precoce e o início do tratamento.

2. INTRODUÇÃO

A aids é uma manifestação clínica decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e se caracteriza por imunossupressão decorrente da depleção progressiva dos linfócitos T CD4⁺, células essenciais da imunidade contra infecções e neoplasias (CDC, 2016a).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde de 1980 a junho 2019 foram notificados 966.058 casos de aids, com média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. A taxa de detecção apresentou queda de 5,1% nos últimos 10 anos, no qual em 2016 era de 17,6 casos/100 mil habitantes. Neste mesmo período foram identificados 338.905 óbitos por aids (BRASIL, 2019).

A maior incidência de HIV/aids concentra-se nos indivíduos de 25 a 39 anos, de ambos os sexos e nota-se aumento considerável nos casos acima de 50 anos (BRASIL, 2018).

O perfil da epidemia HIV/aids vem sofrendo mudanças no decorrer dos anos como o aumento na classe masculina, mudanças do comportamento sexual, envelhecimento da população e aumento do diagnóstico em fases tardias da infecção (BRASIL, 2018; QUADROS et al., 2016).

Um dos principais problemas para o controle da evolução da epidemia de HIV/aids é a longa fase assintomática apresentada pela maioria dos pacientes, o que favorece o atraso no diagnóstico e no tratamento. Consequentemente, isso leva ao aumento da morbidade, mortalidade e da transmissão do vírus (SHROSBREE et al., 2013; HORINO et al., 2016; SOUZA JUNIOR, 2015).

Embora a infecção pelo HIV permaneça incurável, existe o tratamento altamente efetivo, diminuindo consideravelmente a morbidade e a mortalidade das pessoas infectadas. Mesmo com os benefícios do tratamento antirretroviral, muitas pessoas infectadas com o HIV ainda são diagnosticadas em fases tardias da doença (CDC, 2016a; PIERI; LAURENTI, 2012; MOREIRA, 2013; SILVA, 2014; JIANG et al., 2015; ZOUFALY et al., 2012).

Corroborando com este aspecto a United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) afirma que a epidemia só terá fim quando o tratamento for disponibilizado de forma igualitária a todos que o necessitam. Para tanto, foram elaboradas estratégias a serem alcançadas até 2020 conhecidas como: META 90-90-90. Estas ações preveem que 90% das pessoas vivendo com o HIV (PVHA) tenham conhecimento do seu diagnóstico, 90% delas

recebam a terapia antirretroviral (TARV) e 90% dos indivíduos em TARV apresentem supressão viral (UNAIDS, 2015).

Alguns pesquisadores com o objetivo de compreender os comportamentos de prevenção e riscos na saúde como o câncer, HIV/aids e hábitos de vida, criaram o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 50 por psicólogos (Rosenstock e outros, como Hochbaum, Kegeles e Leventhal). É composto por quatro dimensões que se inter-relacionam: percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras percebidas (KAUFMAN, et al., 2014; ABRAHAM; SHEERAN, 2007; ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994; PRAÇA; SOUZA; RODRIGUES, 2010; FEIO; OLIVEIRA, 2010).

Devido à escassez de informações que aborde o tema de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas quando hospitalizados, assim como suas implicações para o prognóstico da doença, este estudo visa verificar a proporção, aspectos e percepções de pacientes diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV, como forma de subsidiar a elaboração de estratégias de implementação do tratamento e alcançar a META 90-90-90.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Infecção pelo vírus HIV/aids

O HIV ataca as células responsáveis pela defesa do organismo levando a imunossupressão progressiva e causa a aids. Infecções oportunistas (IO) e neoplasias desenvolvem-se neste sistema imunológico fragilizado com maior facilidade (CDC, 2016a; BRASIL, 2018).

A transmissão do HIV ocorre por meio das mucosas do trato genital ou retal e durante a relação sexual. O HIV também pode ser transmitido durante a gravidez, no parto, transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos, amamentação e do compartilhamento de agulhas e seringas infectadas (BRASIL, 2018).

Há três estágios da infecção pelo HIV: fase aguda, fase assintomática ou latência clínica e aids. A fase aguda acontece nas primeiras semanas após a infecção pelo HIV. Nesta fase há, acentuado declínio nos níveis de linfócitos T CD4 e elevada replicação viral, tornando o indivíduo altamente infectante. Os sinais e sintomas nesta fase são inespecíficos e se assemelham ao outras infecções. Os principais achados clínicos são: febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite e mialgia, sintomas digestivos e úlceras orais também podem aparecer, porém com menor frequência (BRASIL, 2018).

Na fase de latência o HIV se reproduz em níveis mais baixos e a contagem de células CD4 permanece em torno de 350 cél/mm³ e geralmente os pacientes não apresentam sinais e sintomas. Quando presentes são frequentes linfadenopatia, plaquetopenia e leucopenia. Conforme a infecção avança, o surgimento de infecções é frequente e evolui para a terceira fase, a aids. Nesta última etapa a contagem de linfócitos T CD4 é geralmente abaixo de 200 cél/mm³ e há o aparecimento de IO como pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar e meningite criptocócica, assim como neoplasias (BRASIL, 2018; CDC, 2016a).

Segundo a portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013 para o diagnóstico da infecção pelo HIV são necessários, além do teste laboratorial, informações sobre a história clínica e o risco de exposição para a conclusão diagnóstica. Apesar da ampliação do acesso ao diagnóstico, uma parcela considerável das pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) descobre a infecção em fases tardias da doença devido ao caráter inespecífico ou pelo longo período assintomático, assim como a baixa percepção de vulnerabilidade da população (BRASIL, 2018).

O diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre por meio de exames sorológicos que visam detectar anticorpos anti-HIV. A pesquisa sorológica é feita através de testes com imunoenaios enzimáticos, como a ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), ensaios quimioluminescentes e, menos comumente, imunofluorescência indireta. Os testes moleculares são mais eficazes para a confirmação de infecções agudas e/ou recentes, quando os anticorpos ainda podem não ser detectáveis, período denominado de janela imunológica. O teste molecular também serve para monitorar a resposta ao tratamento antirretroviral. (BRASIL 2018)

A fim de ampliar a capacidade de diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV foi desenvolvida a testagem rápida. Os testes rápidos são realizados em até 30 minutos através de uma amostra de sangue obtida por punção digital ou fluido oral. Este teste reforça a autonomia do indivíduo, descentralizando os serviços no intuito em aumentar o número de pessoas testadas ao HIV (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que todos os testes citados devem ser realizados preferencialmente no âmbito dos serviços de saúde. O auto teste é considerado como triagem, caso apresente um resultado reagente, o indivíduo deve procurar um serviço de saúde para conclusão do diagnóstico e início do tratamento. Obrigatoriamente os resultados são registrados no Ministério da Saúde através das notificações (BRASIL, 2018).

3.2 Epidemiologia da infecção pelo HIV/aids no Brasil e no Mundo

Reconhecida em 1981 nos Estados Unidos a aids tornou-se um marco na humanidade. Segundo dados da UNAIDS 36,9 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo e a taxa de detecção apresentou queda de 3,4 milhões em 1996 para 1,8 milhões em 2017. A maioria das PVHIV (51%) é do sexo feminino, principalmente na África, e com idade entre 15 a 49 anos (UNAIDS 2015; UNAIDS 2017).

Em 2018, um total de 770.000 pessoas morreram por doenças relacionadas à aids em todo o mundo, porém houve diminuição de 33% destas mortes a partir de 2010. A África Subsaariana teve um impacto importante no progresso quanto ao declínio nas mortes, pois possui 53% das pessoas do mundo vivendo com o HIV. Neste mesmo ano (2018) três em cada quatro pessoas (79%) vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico e a cada

quatro de cinco destas pessoas (62%) tinham acesso ao tratamento antirretroviral e destes 53% tinham a carga viral suprimida (UNAIDS, 2018).

A África obteve o melhor desempenho em relação aos novos diagnósticos com a doença em fases tardias quando comparado a Ásia e ao Pacífico. A maior lacuna permanece em aumentar o conhecimento do status sorológico das PVHIV (UNAIDS, 2017).

A porcentagem de pacientes com doença avançada no início do tratamento permanece alta em muitos países entre os 85 reportados pela UNAIDS. O diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV aumenta significativamente a mortalidade, como apontam os estudos produzidos em Camarões e Gana no qual a taxa de mortalidade, na admissão, foi de 35,5% destes pacientes hospitalizados (PHILLIPS et al., 2018; LUMA et al., 2018; UNAIDS, 2017).

Na Colômbia, estudo em pacientes hospitalizados com HIV revelou que 68,9% tiveram seu diagnóstico em fases tardias da doença e destes, 22% foram diagnosticados durante a internação. No Texas, Estados Unidos, estudo com objetivo semelhante identificou que 36,8% dos pacientes tiveram seu diagnóstico durante a internação (BARRENECHE et al., 2017, SHAHANI et al., 2012).

No Chile, os pacientes soropositivos para o HIV em uma Unidade de Cuidados Intensivos para adultos, apresentou uma porcentagem significativa de diagnóstico em fases tardias e 33,3% dos pacientes morreram durante a internação, sendo a causa da morte associada à aids e as IO's (VERDUGO et al., 2015).

No Brasil o primeiro caso foi diagnosticado em 1983, em paciente do sexo masculino, de alto nível econômico. Inicialmente os pacientes eram, em sua maioria, homossexuais e/ou bissexuais. Entretanto, no final da década de 80 o perfil epidemiológico mudou, devido à falsa associação de que a disseminação era vinculada apenas aos grupos de risco. Com isso, houve aumento do número de casos entre homens heterossexuais (CDC, 1981; SILVA, 2013; UNAIDS, 2015).

O Ministério da Saúde notificou entre 1980 e junho 2019, um total de 966.058 casos de aids no Brasil, com média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos, sendo 633.492 (65,6%) casos em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. Nos últimos 10 anos a taxa de detecção apresentou queda de 5,1%, apresentando em 2016 em total de 17,6 casos/100 mil habitantes (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2019).

A maior incidência de HIV/aids no Brasil concentra-se nos indivíduos de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, no entanto nota-se aumento considerável na população acima de 40 anos. Os estados do Sudeste e do Sul são os que apresentam maiores números de casos, correspondendo respectivamente a 51,3% e 19,9%, porém as regiões Norte e Nordeste mostraram tendência no aumento da detecção (BRASIL, 2019).

Em todas as regiões do Brasil a principal via de transmissão entre homens e mulheres e em todas as faixas etárias é a via sexual. Quanto à orientação sexual no ano de 2016 entre os homens houve o predomínio do homossexualismo nas regiões Sudeste e Centro Oeste (46,5% e 42,8%), enquanto nas demais regiões predominou-se o heterossexualíssimo (BRASIL, 2019).

Ao analisar a distribuição dos indivíduos com HIV/aids no quesito cor, nos últimos 10 anos há uma queda de 20% entre as pessoas brancas e um aumento entre as pessoas autodeclaradas pardas (37,7%). A concentração de casos quanto à escolaridade está nos indivíduos de 5ª a 8ª série incompletos (21,3%), porém percebe-se a diferença entre os sexos, ou seja, os homens com HIV/aids apresentam maior grau de instrução do que as mulheres e o índice de analfabetismo é maior nestas (3,9%) (BRASIL, 2019).

Em estudo realizado por Ribeiro no Brasil, as representações construídas por pessoas com HIV sobre a infecção e a sua influência na busca atrasada por diagnóstico apontou que todos os participantes foram diagnosticados fases tardias ou muito tardias (RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019).

No Brasil foram identificados 338.905 óbitos com maior proporção nas regiões Sudeste e Sul, mesmo com o início da política de tratamento para todos em 2014 a redução da taxa de mortalidade foi de 11,9%. Notam-se poucos estudos no Brasil que abordem o tema do diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV e quanto às ações para ampliar o diagnóstico precoce no país para diminuir os índices de mortalidade (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2019).

3.3 Prevalência de pessoas soropositivas ao HIV e diagnóstico na fase de aids

O diagnóstico de aids é definido pela contagem de células T CD4 e/ou nos sintomas clínicos. Quando embasado nos sintomas clínicos define-se aids no momento em que há um evento definidor (doença definidora de aids) na presença da infecção pelo HIV e/ou se o evento definidor é desenvolvido após um ano do diagnóstico da infecção (CDC, 2016b; MACCARTHY et al., 2014; HORINO et al., 2016).

Dentre as doenças que definem aids, destacam-se a pneumocistose, candidíase esofágica, tuberculose extra-pulmonar, toxoplasmose cerebral, meningite criptocócica, histoplasmose disseminada, e algumas neoplasias como o sarcoma de Kaposi e alguns tipos de linfoma (BRASIL, 2018; DAI et al., 2015).

Alguns autores definiram que 24-44% dos pacientes tem seu primeiro diagnóstico de infecção pelo HIV em fases tardias da doença e 52-59% dos pacientes são diagnosticados por meio da contagem de células T CD4 em níveis baixos ou quando surgem complicações clínicas da infecção, aumentando consequentemente a hospitalização e a mortalidade (ANTORINI et al., 2011, SHROSBREE et al., 2013; SCOGNAMIGLIO et al., 2013; HORINO et al., 2016).

Grande parte destes pacientes quando diagnosticados estão hospitalizados e em fases tardias da doença como aponta o estudo conduzido no Texas, Estados Unidos, no qual em um período de um ano, 68 de 185 pacientes hospitalizados foram diagnosticados com infecção pelo HIV (SHAHANI et al., 2012). Em Camarões, África, 58,2% dos pacientes hospitalizados foi diagnosticada em fases tardias da doença e 43,1% tinham contagem de células CD4+ entre 50 a 199 células/mm³ (LUMA et al., 2018).

Outra pesquisa em um hospital na região de Gana, na África, evidenciou que 59,4% dos pacientes admitidos com HIV tinham conhecimento da infecção e os pacientes que não possuíam o diagnóstico deram entrada com sintomas predominantes de queixas pulmonares e neurológicas (PHILLIPS et. al, 2018).

Como referido anteriormente, há um número considerável de pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV o que dificulta o controle da morbidade e mortalidade aumentando a necessidade dos cuidados intensivos. No Chile e no Reino Unido, pesquisas avaliaram os pacientes admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva e a maior parte estavam em fases avançadas da aids, não conheciam seu estado sorológico e não aderiram ao tratamento adequadamente (VERDUGO et al., 2015; SHROSBREE et al., 2013).

Os pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV quando internados demandam maior tempo para desospitalização. No Brasil, Pieri e Laurenti ao

descreverem o perfil dos pacientes adultos internados com HIV mostraram que a primeira ocorrência de internação demanda em média 19 dias e a taxa de óbito foi de 29 mortes ao ano (PIERI; LAURENTI, 2012).

O diagnóstico em fase tardia da infecção pelo HIV com imunossupressão grave tem elevado risco de morte e são mais propensos a uma má adesão terapêutica ao antirretroviral. A detecção precoce da infecção pelo HIV é um fator crucial para o controle da epidemia com a introdução do tratamento, melhorando o prognóstico, a progressão da doença e consequentemente diminui a mortalidade destes indivíduos (TANG et al., 2018).

3.4 O Tratamento da infecção pelo HIV/aids

Independente do estágio clínico e/ou imunológico da doença o tratamento imediato com a TARV é recomendado para todas as PVHIV, principalmente as sintomáticas independentemente da contagem das células T CD4. O início precoce do tratamento reduz o risco de mortalidade e a diminuição da transmissão da infecção, mas para que os benefícios da TARV sejam alcançados é fundamental o diagnóstico precoce (BRASIL, 2018).

As situações de priorização para início da TARV são PVHIV sintomáticas com contagem de células CD4 menor que 350 células/mm³, gestantes, com tuberculose ativa, coinfeção de hepatite B e C (HBV e HCV, respectivamente) e com risco cardiovascular elevado. Observa-se que na impossibilidade de contagem de células CD4 inicia-se o tratamento imediatamente (BRASIL, 2018).

Dados da UNAIDS ressaltam que a TARV foi o principal fator para o declínio das mortes relacionadas à aids e, em 2016, houve uma queda de 48% destas mortes. A região da África foi a que obteve maior declínio nas mortes, assim como Europa, Ásia e Pacífico, porém nas outras regiões o declínio foi abaixo do esperado com apenas 16% de queda (UNAIDS, 2015).

No Brasil a terapia inicial inclui a combinação de três antirretrovirais e para os casos em início de tratamento realiza-se a associação de dois ITRN/ITRNN (Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo/ Inibidores de Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeo) – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG). Os principais ITRN são abacavir (ABC), didanosina

(ddl), lamivudina (3TC), zidovudina (AZT) e TDF. Já ITRNN são efavirenz (EFZ), nevirapina (NVP) e etravirina (ETR) (BRASIL, 2018).

Mesmo com a redução da mortalidade através da TARV, as taxas de óbito são maiores nos três primeiros meses de tratamento principalmente nos pacientes diagnosticados em fases tardias e/ou imunodeficiência grave com presença de co-infecções (BRASIL, 2018).

O atendimento hospitalar relacionado ao HIV impõe cargas financeiras substanciais aos sistemas de saúde, no entanto os custos por admissão são substancialmente mais baixos para aqueles que já iniciaram a TARV antes da admissão. O impacto do tratamento para a sociedade quanto ao diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV são os altos custos a médio e longo prazo, sendo que as potenciais economias poderiam compensar alguns dos recursos necessários para fornecer acesso universal à TARV (VALENTINI et al., 2015; MAHESWARAN et al., 2018).

A TARV é a principal ferramenta para acabar com a epidemia e não é eficaz se não associada a outras estratégias como as medidas de prevenção. O Ministério de Saúde elaborou a prevenção combinada que é uma estratégia de diferentes abordagens para prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) e aplicada em todos os níveis sociais (individual, comunitário e social) (BRASIL, 2018; UNAIDS, 2016).

As intervenções biomédicas visam à redução do risco à exposição através da distribuição de preservativos, tratamento para todas as pessoas (TTP), profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP). As intervenções comportamentais consistem em ações de informação e percepção do risco à exposição ao HIV como as campanhas de educação em saúde. As intervenções estruturais são ações relacionadas a fatores e condições socioculturais dos indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, como ações de enfrentamento ao estigma e discriminação e diminuição das desigualdades (BRASIL, 2018).

Mesmo com tantas estratégias para eliminar a epidemia de aids percebe-se a dificuldade para adesão ao tratamento e ao diagnóstico oportuno da infecção. A má adesão está relacionada aos fatores psicossociais, como depressão, comorbidades, dificuldade de acesso ao diagnóstico e efeitos adversos dos medicamentos. Outros fatores como estigma e discriminação das PVHIV, principalmente de homossexuais, violência física e sexual, principalmente de mulheres, marginalização e problemas socioeconômicos também estão relacionados à má adesão ao tratamento (BRASIL, 2018; UNAIDS, 2018).

A UNAIDS estabeleceu estratégias para serem alcançadas até 2020 a fim de diminuir a epidemia e a mortalidade em decorrência da infecção. A estratégia é conhecida como

META 90-90-90, na qual 90% de todas as pessoas vivendo com o HIV saberão quem tem o vírus; 90% de todas as pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV receberão a terapia TARV e 90% das pessoas em tratamento com TARV terão supressão viral. A META 90-90-90 é ambiciosa e observam-se barreiras preocupantes para o sucesso, pois como apresentado a porcentagem de pacientes com doença em fases tardias, assim como o início do tratamento continua alta em muitos países (UNAIDS, 2016; UNAIDS 2017).

Em 2016, ao menos em 85 países apresentaram menos de um terço do total estimado de pessoas diagnosticadas com HIV. Os dados revelam que as lacunas são maiores para homens, jovens e homossexuais (população-chave). Pacientes do sexo masculino tendem a procurar menos a assistência nos serviços de saúde o que dificulta a busca destes pacientes infectados. A população-chave enfrenta criminalização, estigma e discriminação, dificultando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. O financiamento é uma preocupação adicional, pois em países de baixa e média renda permanecem com recursos escassos para estes pacientes (UNAIDS, 2017).

Na América Latina, o Brasil é o único país onde a PrEP está disponível no setor público sendo líder na prevenção da infecção pelo HIV. Mas o compromisso político é inconsistente, sendo necessárias leis e políticas para melhorar a saúde destas pessoas. É necessário oferecer melhoria na detecção da infecção pelo HIV e diminuir a vulnerabilidade da epidemia (UNAIDS, 2018).

A Declaração política da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2016, sobre o fim da aids, reforça a necessidade de maior resposta e eficiência e as evidências quanto aos locais geográficos e a população com risco de infecção. Reconhece ainda que há lacunas no financiamento para o HIV/aids em tecnologia, ao acesso aos medicamentos, a pesquisa e o desenvolvimento. Assim, se não acelerarmos a resposta na prevenção e no tratamento, priorizando os investimentos e a cobertura dos serviços a fim de reduzir as novas infecções e mortes relacionadas à aids, a epidemia retomará em alguns países e a META 90-90-90 não será atingida (Declaração Assembleia Geral das Nações Unidas, 2016).

3.5 Redes de Atenção em Saúde e Políticas de Saúde para pessoas com infecção para o HIV.

As redes de atenção ao IST/HIV/aids (Infecções sexualmente transmissíveis) são compostos por: Centro de testagem e aconselhamento (CTA), serviços de atenção

especializada (SAE), centro de referência e treinamento (CRT), assistência domiciliar terapêutica em aids (ADT) e unidade de dispensação de medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013).

O CTA realiza ações de testagem e prevenção de DST/HIV/aids designada a grupos populacionais de maior vulnerabilidade e a população em geral. O SAE está voltado as pessoas vivendo com IST/HIV/aids. O CRT visa a multiplicação de informações e conhecimentos para capacitação das equipes de saúde. A ADR é a assistência a nível ambulatorial as pessoas com HIV/aids. A UDM é unidades voltadas à assistência farmacêutica, na dispensação da TARV e outros medicamentos e insumos para prevenção (BRASIL, 2013).

A atenção básica é o centro de comunicação das redes, no entanto não é a única. A fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços, o Ministério da Saúde preconiza cinco redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial (para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas), Rede de cuidados às pessoas com deficiência e a Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Não há uma rede de atenção à saúde específica para o HIV/aids, pois as ofertas de prevenção combinada e cuidado o contínuo devem estar incorporadas às redes existentes (BRASIL, 2017).

O aumento de casos notificados e o aumento do número de internação de pacientes com HIV/aids fez-se necessário implementar aos hospitais ações do programa IST/HIV/aids como alternativas assistenciais. Assim a Portaria nº 291 de 17 de junho de 1992 incluiu a assistência à aids nos sistemas de alta complexidade, mudando o paradigma da aids de uma doença letal para uma enfermidade prolongada/crônica (VILLARINHO et al., 2013, BRASIL, 2017).

A linha de cuidado integral ao HIV/aids incorpora ações de promoção a saúde, prevenção a agravos, cuidado e reabilitação. Segundo o plano nacional de IST/HIV/aids de 1999 as principais ações na linha de cuidado são: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids, ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência, fortalecer as instituições responsáveis e as políticas públicas na área de IST/HIV/aids, promover a garantia dos direitos as PVHIV e reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 1999).

Apesar dos inúmeros serviços e das políticas públicas de combate a aids no Brasil ainda se enfrenta grandes desafios, principalmente as ações nos serviços de média e alta

complexidade. É necessário a descentralização do financiamento e gerência do Programa Nacional de IST/aids para todos os estados e municípios. As principais barreiras na efetivação são a falta de diálogo entre as esferas governamentais, a descentralização e das diferenças culturais, regionais e sociais (VILLARINHO et al., 2013).

O Brasil é exemplo de articulação entre a sociedade civil e as esferas governamentais para a construção de políticas contra a epidemia de aids. A transformação do quadro epidemiológico, como a crescente interiorização (pequenos municípios), pauperização e feminização, necessita de novas situações de enfrentamento (PERREIRA; NICHATA, 2011).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) é uma das primeiras teorias de comportamento em saúde, originários das teorias da psicologia cognitiva. Desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 50 por psicólogos (Rosenstock e outros, como Hochbaum, Kegeles e Leventhal), seu intuito é compreender os comportamentos/crenças ligadas à saúde das pessoas, na adoção ou não de medidas preveníveis e também compreender a face das doenças nas pessoas recém-diagnosticadas (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994; PRAÇA; SOUZA; RODRIGUES, 2010; FEIO; OLIVEIRA, 2010). O modelo é composto por quatro dimensões: percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, e alguns autores consideram o estímulo para ação e a auto eficácia (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994; FEIO; OLIVEIRA, 2010; FIGUEIRA et al., 2013; ABRAHAM; SHEERAN, 2007).

A suscetibilidade percebida refere-se à medida como os pacientes evitam totalmente um agravo, aos riscos de contrair a doença e como o diagnóstico/problema pode afetá-lo. A severidade percebida está relacionada ao estímulo emocional criado pelo indivíduo acerca do seu problema de saúde e as consequências que estes podem causar em sua vida (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994; NEVE; GIR, 2007).

Os benefícios e barreiras percebidas são percepções positivas e negativas relacionadas às consequências das ações de saúde. A motivação para agir são fatores que influenciam a adoção de medidas preventivas a saúde e compreende a combinação entre a percepção de suscetibilidade e de severidade da doença e a avaliação das barreiras e benefícios. As barreiras estão relacionadas aos aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994; PRAÇA, SOUZA, RODRIGUES, 2010; COLETA, 1999; BREVIDELLI; CIANCINRULLO, 2001; FIGUEIRA et al., 2013).

O estímulo para ação é desencadeado através das percepções de suscetibilidade e severidade, porém não garante sua execução. Assim, para que aconteça a auto eficácia é importante que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar um comportamento e superar as barreiras, sendo incentivado pela percepção dos benefícios (FIGUEIRA et al., 2013).

O MCS tem sido aplicado em vários temas para avaliar os comportamentos de prevenção e de riscos na saúde como: câncer, HIV/aids, saúde bucal, hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e para dieta e exercícios. A infecção pelo HIV ou a aids envolve comportamentos complexos de vários níveis, partindo do conhecimento, das atitudes, das emoções e das percepções de risco, assim como a acessibilidade aos serviços, as desigualdades econômicas, a criminalização de grupos vulneráveis e as políticas de saúde (KAUFMAN, et al., 2014; ABRAHAM; SHEERAN, 2007).

Alguns autores citam como exemplo uma intervenção com objetivo de aumentar o aconselhamento sobre o HIV e testes em um ambiente de pacientes vulneráveis e com baixa renda. Para realizar a intervenção é necessário abordar o estigma a ser testado, a qualidade da interação entre paciente e profissional, a capacidade, suprimentos, o ambiente da instalação e o acesso aos serviços de saúde desta população. Assim, mesmo que a intervenção seja focada no indivíduo é um desafio abordar fatores multiníveis (KAUFMAN, et al., 2014; ABRAHAM; SHEERAN, 2007).

No entanto, uma série de estudos demonstrou que essas dimensões do MCS estão correlacionadas a outras variáveis que impactam nos comportamentos de saúde e avaliar este impacto em vários níveis é frequentemente muito difícil ou caro (KAUFMAN, et al., 2014).

Alguns autores apresentam as seguintes variáveis: individuais, interpessoais, comunitários, institucionais e estruturais. A variável individual inclui fatores como percepções individuais, crenças ou emoções. A variável interpessoal inclui influências sociais ou familiares, como satisfação no relacionamento ou apoio social. A variável da comunidade inclui influências religiosas, normas culturais e sociais. A variável institucional concentra-se em fatores do sistema de saúde, como a qualidade dos serviços e/ou recursos disponíveis. Já a variável estrutural inclui os fatores que podem afetar o comportamento, como economia, clima político, aplicação de políticas e leis ou o financeiro (KAUFMAN, et al., 2014).

Os comportamentos em crenças na saúde sugerem várias maneiras para que pesquisadores e profissionais possam avançar na compreensão do comportamento e crenças relacionadas à prevenção e ao tratamento do HIV, e assim incorporar essas abordagens multiníveis e realizar as intervenções necessárias (KAUFMAN, et al., 2014).

Enfim, para construir novos saberes, promover transformações e realizar uma prática educativa dialógica, é necessário o conhecimento das crenças quanto ao processo saúde-

doença e de como estas são capazes de influenciar a conduta humana. O elemento chave do MCS é evitar uma consequência negativa para a saúde, ou seja, a adoção de um comportamento saudável que resulta em modificações, na percepção individual e na ação. O MCS merece investimentos em pesquisa que possibilitem a intervenção em crenças e, por conseguinte, a mudança de comportamento (FIGUEIRA et al., 2013; FEIO; OLIVEIRA, 2010; BADARÓ et al., 2014; COLETA, 2010).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

- Analisar a proporção e percepções de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, zona de residência e profissão) e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas) de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Identificar dados referentes à internação (causa da internação, diagnóstico da internação, dias de internação e mortalidade) de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Relacionar dados sociodemográficos com a mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Relacionar dados referentes à internação (causa internação, diagnóstico internação e dias de internação) com mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Identificar a associação dos dados sociodemográficos de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Compreender aspectos e percepções referentes ao diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV;
- Analisar a percepção de suscetibilidade e severidade de pessoas que vivem com HIV com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV;

6. MATERIAIS E METÓDOS

Estudo misto, analítico, descritivo que visa analisar os dados sociodemográficos e clínicos de pacientes hospitalizados que obtiveram o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids em fases tardias. A pesquisa traduz as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presente nos processos de saúde-doença.

6.1 Local

O estudo foi desenvolvido em um serviço de atendimento hospitalar terciário na cidade de Franca, no estado de São Paulo. A cidade possui uma população estimada de 350.400 pessoas, conhecida como a Capital Nacional do Calçados (maior produtora do Brasil) e destaca-se por ser uma das regiões mais importantes produtoras de café (IBGE, 2017).

No município de Franca há 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 ESF (Estratégias Saúde da Família), conta com o apoio da CDP (Centro de Detenção Provisória) e um Consultório de Rua. Na Saúde Mental está disponível junto ao Pronto Socorro Municipal a urgência Psiquiátrica, o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec e o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA 2018 A 2021).

O Programa Municipal Infecção Sexualmente Transmissível/aids (IST) da cidade atende os municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde VIII (DRS), totalizando uma população de 577.833 habitantes. Estavam em acompanhamento em 2019 na cidade de Franca e região 1.383 pessoas que vivendo com de HIV/aids. No período de julho/2016 a junho/2017 foram notificados 130 casos novos. O programa é composto por duas unidades o CTA e o SAE (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA 2018 A 2021).

O complexo hospitalar do estudo é referência de 22 municípios do DRS VIII de natureza filantrópica e de ensino, com taxa de ocupação SUS de 93%. A instituição é reconhecida como Hospital de Ensino, mantendo dois Ambulatórios-Escola em parceria com a o Centro Universitário Municipal (Uni-FACEF) e com a Universidade de Franca (UNIFRAN), voltados para a formação de profissionais da área da saúde.

É composto por um Hospital Geral, Unidade Cardiológica, Oncologia e Reabilitação Física, além de ser uma Organização Social de Saúde que administra o AME Franca (Ambulatório Médico de Especialidades). Atende em todas as unidades aproximadamente 700

mil pessoas, com 288 leitos, os quais são subdivididos em 95 leitos clínicos, 78 leitos cirúrgicos, 42 leitos obstétricos, 24 leitos pediátricos, 17 leitos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva Adulto), 10 leitos em UTI coronariana, 18 em UTI Neonatal e Infantil e quatro leitos de isolamento.

O hospital realiza 136.000 atendimentos de alta complexidade por ano a nível ambulatorial e internações. O AME atende 18.000 usuários ao ano com capacidade para 470 cirurgias/mês de grande porte e 240 de pequeno porte.

Considera-se que o município enfrenta problemas como a dificuldade para adesão ao tratamento, inadequação do espaço físico para atendimentos, os protocolos não são cumpridos adequadamente pela rede de saúde e há deficiência no fluxo de atendimento de pacientes encaminhados de outros municípios (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA 2018 A 2021).

6.2 Coleta de dados

O estudo é não probabilístico, do tipo consecutivo e composta por pacientes hospitalizados que foram diagnosticados com a infecção de HIV/aids durante internação, no período de janeiro de 2014 a agosto de 2019. A coleta de dados foi efetuada em duas etapas: a primeira referente aos dados quantitativos e a segunda por qualitativos.

Para a caracterização dos sujeitos e coleta dos dados quantitativos foram analisados prontuários impressos, eletrônicos e fichas de notificações do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) quanto a infecção pelo HIV/aids. A coleta foi realizada no segundo semestre de 2018 e no primeiro semestre do ano de 2019, em uma sala de estudos fornecida pelo hospital. Os prontuários físicos/impressos foram solicitados no Serviço de Arquivos Médico e Estatística (SAME). Para acesso ao prontuário eletrônico foi fornecido um computador com acesso ao sistema hospitalar “Tasy” (software de prontuário eletrônico do paciente), com um usuário e senha. Os dados foram registrados no instrumento previamente elaborado pela pesquisadora e validado quanto à forma e conteúdo por três especialistas na temática.

O laboratório de análises clínicas do hospital, possui um controle de exames de doenças de notificação compulsória. Foi disponibilizado este controle a nós pesquisadoras, somando-se a estes dados foram analisadas as fichas de notificação do SINAN fornecidas pela Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), assim realizamos a busca destes pacientes diagnosticados durante internação hospitalar.

Para compor as informações dos dados qualitativos foram realizadas entrevistas individuais com pacientes hospitalizados que tiveram seu diagnóstico da infecção de HIV durante internação no primeiro semestre de 2019, por meio de um instrumento semiestruturado, embasado no Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstok (ROSENSTOK; STRECHER; BECKER, 1994). Previamente à entrevista, os pesquisadores entraram em contato com os pacientes via telefone e marcado dia, local e horário conforme disponibilidade dos entrevistados e da pesquisadora. No momento da visita, foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido assegurando o sigilo e a confidencialidade dos dados.

As entrevistas não foram realizadas durante de internação, pois o local do estudo é um hospital público, com quartos coletivos e não há salas privativas para abordar o recém-diagnosticados a fim de manter o anonimato. Ressalta-se que os pesquisadores tiveram dificuldades para contatar com os pacientes via telefone após a internação, alguns mudaram de cidade ou telefone, e outros faleceram após alguns dias/semanas a internação, limitando, portanto, o número de entrevistas realizadas. Porém as cinco entrevistas realizadas apresentaram os resultados esperados e codificações semelhantes respondendo os questionamentos.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: idade igual ou acima de 18 anos e ter o diagnóstico a infecção pelo HIV no referido local de estudo. Foram excluídos do estudo os indivíduos cujos prontuários estavam incompletos com apenas 40% das informações para coletar os dados quantitativos e pacientes que estavam incapacitados de se comunicar, com alteração no nível de consciência, restritos ao leito (acamado) e/ou que dependem de terceiros para realizar alguma atividade básicas/rotineira (para a coleta de dados qualitativos).

Foi aplicado um estudo piloto para aplicação do questionário (APÊNDICE 01) criado pelos pesquisadores com o objetivo de revisar questões que pudessem gerar incertezas e/ou erro na coleta das informações a fim de atingir o objetivo do estudo.

Para a coleta dos dados qualitativos realizou-se duas entrevistas diferentes (APÊNDICE 01) para verificar o entendimento das questões e tempo médio gasto na entrevista. A duração da variou entre 20 e 30 minutos e não foi relatada nenhuma dificuldade ou dúvida em responder as questões do instrumento. Estas entrevistas e prontuários não foram incluídos no estudo.

A validação do instrumento ocorreu por avaliação de três especialistas da temática, os quais verificaram se as questões correspondiam aos objetivos. A análise contou com uma enfermeira e uma médica infectologista ambas da Comissão de Infecção Hospitalar da instituição estudada e com uma docente de doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

O instrumento foi composto das partes:

- Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), idade (em anos), etnia referida (branco, pardo, indígena e negro), situação conjugal (casado ou mora com companheiro, separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), zona de residência (Urbana, Rural e Periurbana), escolaridade (Ensino Fundamental – completo e incompleto; Ensino Médio Completo; Ensino Superior Completo e Analfabeto) e ocupação (vínculo empregatício - formal ou informal).
- Variáveis relacionadas aos hábitos de vida: como tabagismo, etilismo e uso de drogas. Foi considerado tabagismo o ato de consumir diariamente cigarros ou produtos que contenham tabaco (BARBOSA et.al, 2014). Foi considerado como etilismo o ato do uso diário de bebidas alcoólicas acima de duas doses diárias ou beber ao menos duas vezes acima de cinco doses por ocasião (OMS, 1981 e 2010). Quanto ao uso de drogas classificou-se o uso de drogas ilícitas esporádicas ou diárias que causem danos à saúde física e/ou mental (OMS, 1981 e 1996).
- Dados referentes à internação: tempo de internação (dias), causa e diagnóstico da internação e mortalidade (pacientes que foram a óbito durante a internação no local do estudo).
- Entrevista foi realizada com pacientes hospitalizados que receberam o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a internação no primeiro semestre do ano de 2019. As questões foram baseadas no MCS para identificar a susceptibilidade e severidade percebidas, a relação dos benefícios e barreiras percebidas e as motivações para agir. Utilizou-se as seguintes perguntas: 1. Que benefícios o diagnóstico de HIV trouxe para a sua vida?

Mudou algo para melhor? 2. Quais alterações/barreiras/dificuldades o diagnóstico ao HIV trouxe para sua vida? 3. Quão grave é esta infecção/doença para a pessoa com HIV? 4. Quais os riscos de infecção pelo HIV pode te oferecer? 5. Que medidas uma pessoa com HIV precisa adotar para ter controle da infecção?

6.3 Análise dos dados

Foi avaliada a proporção de pacientes hospitalizados diagnosticados com HIV/aids durante internação no período de janeiro de 2014 a julho de 2019. Para o cálculo foi considerado como numerador o número de pacientes diagnosticados com a infecção pelo HIV durante sua internação e como denominador o número total de pacientes testados positivamente a infecção pelo HIV na instituição estudada no mesmo período de tempo (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Os dados foram organizados em um banco construído no Microsoft Excel®, e realizada dupla digitação para verificar erros; após a validação da planilha os dados foram importados e analisados por meio do software IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0 e *R i386* (Statistics Software) versão 3.4.0.

Para atingir os objetivos quantitativos foi utilizada a análise univariada dos dados, os quais foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram calculados valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvio-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação). Foi utilizado o teste M-W ou K-W (testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), teste t, teste Qui-Quadrado e teste de Fisher para análise de associação entre as variáveis e foi considerado o nível de significância de $p < 0,05$.

As falas foram gravadas com auxílio de um gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra. Após a leitura dos depoimentos foram separadas as ideias foram selecionadas, codificadas e inseridas nas seguintes categorias: benefícios percebidos, barreiras percebidas, severidade percebida, susceptibilidade percebida, a percepção das medidas de prevenção quanto à infecção pelo HIV e a ausência de informações quanto à infecção pelo HIV. As ideias foram analisadas por meio do método Análise de Conteúdo para análise das informações (MINAYO, M. C. S; GOMES, 2009).

6.4 Aspectos éticos

O estudo foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa (CEP) da instituição coparticipante por meio da plataforma Brasil de acordo com a resolução CNS 466/12 e foi aprovado através do número CAAE 03221272.0.0000.5438.

Ressalta-se a garantia do sigilo e privacidade de todos os participantes do estudo. Os dados foram coletados pela entrevistadora. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi lido aos participantes entrevistados, a fim de esclarecer sobre a pesquisa e garantir o anonimato às informações, além do direito em desistir da pesquisa a qualquer momento (APÊNDICE 02).

As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas para atingir os objetivos previstos neste estudo.

7. RESULTADOS

7.1 Apresentação dos Dados Quantitativos

De janeiro de 2014 a agosto de 2019 estiveram hospitalizados 53.858 pacientes, destes um total de 224 pacientes foram testados para HIV e compuseram a amostra 136 (60,7%) pacientes diagnosticados em fases tardia ao HIV/aids durante internação hospitalar. A faixa etária em anos variou de 20 a 76 anos, com média de 44,2 anos e desvio padrão de 12,5 anos.

Tabela 1 – Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136). Franca- SP, 2014 a junho 2019

Ano	N	%
2014	15	11,0
2015	30	22,1
2016	23	16,9
2017	21	15,4
2018	27	19,9
2019	20	14,7
Total	136	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes hospitalizados que foram diagnosticados em fases tardias do HIV/aids, durante internação hospitalar no período de 2014 a junho de 2019. Nota-se um aumento do ano de 2014 para 2015 (11%) e de 2017 para 2018 (4,5%), percebe-se ainda que em um período de seis meses em 2019 a taxa de detecção foi 14,7%, maior que o ano todo de 2014.

Dos 136 pacientes hospitalizados e diagnosticados quanto a infecção de HIV/aids, 93 (68,4%) era do sexo masculino e 43 (31,6%) feminino e 135 (99,3%) morava na zona urbana, conforme apresentado na tabela 2. Quanto à cor referida, 86 (63,2%) era branco, 36 (26,5%) pardo e 12 (8,8%) preta. Ao verificar a situação conjugal o maior percentual (64,7%) referiu ser solteiro, seguido por casado 26 (19,1%) e separado 18 (13,2%) (Tabela 2).

Em relação à escolaridade 55 (40,4%) possuía o ensino fundamental incompleto e 43 (30,1%) fundamental completo. Quanto aos hábitos de vida 74 (54,4%) era tabagista, 66 (48,5%) etilista e 55 (40,4%) referiu não fazer uso de drogas, porém em 51 (37,5%) dos

prontuários analisados inexistiam registros sobre o uso de drogas e foram ignorados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis sociodemográficas. em Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	93	68,4
Feminino	43	31,6
Cor referida		
Branca	86	63,2
Parda	36	26,5
Preta	12	8,8
Ignorado	2	1,5
Situação Conjugal		
Casado	26	19,1
Separado	18	13,2
Solteiro	88	64,7
Viúvo	4	2,9
Zona de Residência		
Rural	1	0,7
Urbana	135	99,3
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,7
Ensino fundamental completo	43	31,6
Ensino fundamental incompleto	55	40,4
Ensino médio completo	32	23,5
Ensino superior completo	5	3,7
Tabagismo		
Não	15	11,0
Sim	74	54,4
Ignorado	47	34,6
Etilismo		
Não	22	16,2
Sim	66	48,5
Ignorado	48	35,3
Uso de Drogas		
Não	55	40,4

Sim	30	22,1
Ignorado	51	37,5
Total	136	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Sobre as variáveis sociodemográficas 70 (51,5%) tinha ocupação e 66 (48,5%) não, dentre os que os possuía 66 (48,5%) não foram identificados por não conterem informações nos prontuários, porém 18 (13,2%) declararam-se sapateiros (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis ocupação e tipo de ocupação. Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Ocupação	N	%
Não	66	48,5
Sim	70	51,5
Qual ocupação		
Autônomo	4	2,9
Cabelereiro	4	2,9
Doméstica	3	2,2
Lavrador	3	2,2
Sapateiro	18	13,2
Serviços gerais	14	10,3
Curso superior	3	2,2
Curso técnico	5	3,7
Outros	16	11,8
Ignorado ou Não se aplica	66	48,5
Total	136	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

O período de internação variou de 1 a 69 dias, com média de 13,4 dias e desvio padrão de 11,9 dias. A principal causa de internação foi febre 19,1% (26), seguido por dispneia 13,2% (18) e inapetência 12,5% (17). Quanto ao diagnóstico de internação, 20 (14,7%) foram pneumocistose, seguido 18 (13,2%) com neurotoxoplasmose e 22 (16,2%) outros (como: autoextermínio, cirrose hepática, traumatismo crânio encefálico, cetoacidose diabética, entre outros).

Em relação à mortalidade observou-se que 54 (39,7%) evoluíram a óbito e 82 (60,3%) não, porém alguns pacientes evoluíram a óbito após a alta.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar (n=136) quanto às variáveis referentes à internação. Franca – SP, de 2014 a junho 2019

Causa da Internação	N	%
Cefaleia	7	5,1
Dispneia	18	13,2
Dor abdominal	12	8,8
Febre	26	19,1
Gestação	11	8,1
Inapetência	17	12,5
Rebaixamento nível de consciência	16	11,8
Acidentes	6	4,4
Gastrointestinais	6	4,4
Outros	17	12,5
Diagnóstico da Internação		
Pneumocistose	20	14,7
Pneumonia	6	4,4
Neurotoxoplasmose	18	13,2
Tuberculose	10	7,4
Causas externas	9	6,6
Cirúrgicos	8	5,9
Neoplasias	6	4,4
Lesão renal	9	6,6
Meningite	7	5,1
Pancreatite	6	4,4
Trombose	3	2,2
Outros	22	16,2
Gestação	11	8,1
Omisso	1	0,7
Sistema		
Total	136	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Utilizou-se o teste Qui- Quadro para verificar a associação entre as variáveis: situação conjugal com sexo, escolaridade e óbito, escolaridade com sexo e óbito e diagnóstico internação com óbito, todos os testes foram válidos. O teste fisher foi utilizado para verificar

a associação entre a variável causa de internação e óbito. O teste Mann-Whitney averiguou a associação entre as variáveis dias de internação com óbito e diagnóstico de internação. Já o teste t, foi utilizado para verificada a associação entre idade e sexo.

A associação das variáveis sociodemográficas (Situação conjugal e escolaridade) em relação à mortalidade (óbito) foram demonstrados na tabela 5. Para relacionar a mortalidade com as categorias situação conjugal e escolaridade foi necessário criar categorias para obter resultados fidedignos. Assim, a categoria situação conjugal dividiu-se em sem companheiro e com companheiro, e a escolaridade em ensino fundamental incompleto ou menos, ensino fundamental completo e ensino médio completo ou superior.

Foi testada a associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e sexo; situação conjugal e escolaridade), conforme apontado na tabela 7.

A associação das variáveis relacionadas à internação (Diagnóstico internação e causa da internação) em relação à mortalidade foi apresentada na tabela 6. O diagnóstico de internação foi dividido em infeccioso e não infeccioso e as causas de internação foram classificados em sintomas neurológicos, respiratórios, gastrointestinais, infecciosos, externos e outros, a fim de relacionar com mortalidade e diagnóstico de internação.

Tabela 5 – Associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e escolaridade) com mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado (n=136). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Situação Conjugal – Categorias		ÓBITO		Total	P
		Não	Sim		
Sem companheiro	Contagem	66	44	110	0,885
	%	60,0%	40,0%	100,0%	
Com companheiro	Contagem	16	10	26	
	%	61,5%	38,5%	100,0%	
Total	Contagem	82	54	136	0,819
	%	60,3%	39,7%	100,0%	
Escolaridade – Categoria					
Até ensino fundamental incompleto	Contagem	32	24	56	0,819
	%	57,1%	42,9%	100,0%	
Ensino fundamental	Contagem	27	16	43	
	%	62,8%	37,2%	100,0%	

completo	%	62,8%	37,2%	100,0%
Ensino médio	Contagem	23	14	37
completo ou superior	%	62,2%	37,8%	100,0%
Total	Contagem	82	54	136
	%	60,3%	39,7%	100,0%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se na tabela 5 que não houve associação da variável situação conjugal ($p=0,885$) e escolaridade ($p=0,819$) com mortalidade. Na tabela 6, nota-se que 74,5% do sexo masculino não possuem companheiro e 57,7% do sexo feminino possuem companheiro, e ao associarmos a variável situação conjugal com sexo, foi observado associação significativa ($p=0,001$).

Já ao relacionarmos escolaridade e sexo não foi observado associação ($p=0,659$), porém percebe-se que o sexo masculino detém maior escolaridade que o sexo feminino, sendo que 73% destes possuem ensino médio ou superior em contrapartida a 27% do sexo feminino.

Tabela 6 – Associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e sexo; escolaridade e sexo) de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado ($n=136$). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Situação Conjugal Categoria		SEXO		Total	P
		Masculino	Feminino		
Sem companheiro	Contagem	82	28	110	0,001
	%	74,5%	25,5%	100,0%	
Com companheiro	Contagem	11	15	26	
	%	42,3%	57,7%	100,0%	
Total	Contagem	93	43	136	0,659
	%	68,4%	31,6%	100,0%	

Escolaridade Categoria		Masculino	Feminino	Total	P
Até ensino fundamental incompleto	Contagem				
	%	64,3%	35,7%	100,0%	0,659
Ensino fundamental completo	Contagem	30	13	43	
	%	69,8%	30,2%	100,0%	
Ensino médio completo ou superior	Contagem	27	10	37	
	%	73,0%	27,0%	100,0%	
Total	Contagem	93	43	136	
	%	68,4%	31,6%	100,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao comparar escolaridade e situação conjugal notou-se que 82,1% dos pacientes que não possuem companheiro têm o ensino fundamental incompleto ou menos, porém não houve associação significativa entre estas variáveis ($p=0,628$) (tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre as variáveis sociodemográficas (situação conjugal e escolaridade) de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado ($n=136$). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Escolaridade Categoria		Situação Conjugal Categoria		Total	P
		Sem companheiro	Com companheiro		
Ensino fundamental incompleto ou menos	Contagem	46	10	56	0,628
	%	82,1%	17,9%	100,0%	
Ensino fundamental completo	Contagem	36	7	43	
	%	83,7%	16,3%	100,0%	
Ensino médio completo ou superior	Contagem	28	9	37	
	%	75,7%	24,3%	100,0%	
Total	Contagem	110	26	136	
	%	80,9%	19,1%	100,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela 8 observou-se que 52,2% dos diagnósticos infecciosos foram a óbito e ao relacionarmos diagnóstico de internação e mortalidade houve associação significante ($p=0,004$), porém não houve associação entre as variáveis causa da internação e mortalidade ($p=0,063$). Assim, diagnósticos infecciosos aumentam a mortalidade.

Tabela 8 – Associação entre as variáveis relacionadas à internação (diagnóstico e causa da internação) e mortalidade de pacientes hospitalizados diagnosticados em fases tardias ao HIV/aids durante internação hospitalar, teste Qui-Quadrado e Teste Fisher ($n=136$). Franca – SP, de 2014 a junho de 2019

Diagnóstico Internação Categoria		ÓBITO		Total	P
		Não	Sim		
Diagnóstico infeccioso	Contagem	32	35	67	0,004
	%	47,8%	52,2%	100,0%	
Diagnóstico não infeccioso	Contagem	49	19	68	0,004
	%	72,1%	27,9%	100,0%	
Total	Contagem	81	54	135	0,004
	%	60,0%	40,0%	100,0%	

Causa Internação Categoria				Total	P
		Não	Sim		
Sintomas neurológicos	Contagem	13	10	23	0,063
	%	56,5%	43,5%	100,0%	
Sintomas respiratórios	Contagem	10	8	18	0,063
	%	55,6%	44,4%	100,0%	
Sintomas gastrointestinais	Contagem	18	17	35	0,063
	%	51,4%	48,6%	100,0%	
Sintomas infecciosos	Contagem	13	13	26	0,063
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
Sintomas externos	Contagem	15	2	17	0,063
	%	88,2%	11,8%	100,0%	
Outros	Contagem	13	4	17	0,063
	%	76,5%	23,5%	100,0%	
Total	Contagem	82	54	136	0,063
	%	60,3%	39,7%	100,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao aplicarmos o teste Mann-Whitney, sendo a hipótese nula a distribuição de dias de internação é a mesma entre as categorias diagnóstico de internação e óbito, e em ambas foi rejeitada a hipótese nula. Assim, foi verificada associação significativa entre número de dias internados e as categorias de respostas óbito ($p < 0,001$) e diagnóstico de internação ($p < 0,001$). Assim, diagnósticos infecciosos e maior o tempo de internação aumentam o índice de mortalidade.

7.2 Apresentação dos Dados Qualitativos

Os resultados qualitativos foram obtidos por meio de cinco entrevistas. As perguntas foram guiadas pelo MCS de Rosenstock, o qual considera a percepção do indivíduo como um fator determinante de suas ações e estas dependem de suas escolhas. O modelo é baseado na susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras percebidas.

A percepção dos benefícios refere à crença na efetividade de suas ações e as consequências positivas ao adquirir a infecção pelo HIV. Foi utilizado como questão norteadora: “Que benefícios o diagnóstico de HIV trouxe para a sua vida? Mudou algo para melhor?”, sendo observadas as seguintes respostas:

E01: “... *eu me cuido bem mais hoje...*”; “*me preocupo mais com a saúde, trouxe muitos benefícios para minha saúde, minha vida melhorou 99% comparado a antes, eu não me cuidava, não ia ao médico, não me alimentava corretamente...*”; “... *Minha autoestima melhorou muito...*”.

E02: “... *a gente começa a ter mais consciência na alimentação, larguei de fumar... não fumo mais*” “*Eu parei de beber...*”.

E03: “*Mudou né, porque eu não tomava remédio quando descobri... eu não dava bola!...*”.

E04: “*eu tenho que cuidar um pouco mais da saúde, tomar as medicações corretamente, ter os exames controlados!... A única coisa de bom é que diminui o cigarro e cerveja desde quando eu descobri!*”.

E05: “*a gente tem mais consciência, tenho que tomar as medicações corretamente! E eu fumo, tive que diminuir o número de cigarros, mas não consegui parar, mas perto do que era antes, acredito que melhorei*”.

Segundo os entrevistados houve a melhora no cuidado com a saúde e alimentação, os serviços de saúde tornaram-se mais acessíveis e estes adquiriram a consciência quanto à importância da TARV. Nota-se na maioria dos relatos o abandono e/ou diminuição de alguns hábitos de vida não saudáveis, como o tabagismo e o etilismo.

O acompanhamento da infecção pelo HIV nos serviços de saúde é visto como benefício adquirido, pois estes passaram a frequentar os serviços rotineiramente, se sentindo protegidos e dispostos a aderirem às recomendações propostas.

A percepção das barreiras está relacionada aos aspectos negativos de adquirir a infecção pelo HIV e utilizou-se como questão norteadora: “Quais alterações/barreiras/dificuldades o diagnóstico ao HIV trouxe para sua vida?” e foram observadas as seguintes respostas:

E01: “*A principal barreira é em questão aos relacionamentos...*”; “*Infelizmente as pessoas tem preconceito e a gente sofre com isso...*”; “*Eu já vi muita gente sofrendo preconceito e acaba deixando de se cuidar e não se tratando!*”.

E02: *“Principalmente no relacionamento e no psicológico...”; “Quanto ao relacionamento, já é complicado a qualquer um... eu escondia a medicação da minha namorada... porque não é todo mundo que entende...”*.

E03: *“Eu sofri muito nesse Leporaci, acabaram comigo... Eu sofri muito preconceito, passava perto de algumas pessoas e elas tinham medo de me relar...”; “Tive muitas alterações no corpo, eu emagreci muito, perdi muito peso, estraguei meus dentes, mudou muito meu corpo, tenho várias manchas no corpo, que eu não tinha!”*.” O psicológico atrapalha muito, tem hora que dá vontade, de sei lá, sumir... não me conformo que a gente vai morrer”.

E04: *“Não!!! Não trouxe nada de bom...” “eu perdi vários empregos...” “Nas amizades, muitas pessoas afastaram de mim, muita gente afastou, ouvi muita coisa, por exemplo: “se você tomar água, não vou tomar água no copo que você bebe né?!”, “tive muito preconceito!”; “perguntei pro médico... se ele me contrataria para trabalhar na casa dele e se ele aceitaria... e ele disse que não aceitaria!”; “Quando descobri o HIV eu entrei em depressão; “Não é todo mundo que aceita! Se aceita é até quando não sabe... Porque depois que fica sabendo, já distancia, afasta...”*”.

E05: *“Eu tive dificuldade nos relacionamentos, muita gente não entende ainda como é o HIV... Muita gente se afasta depois que descobre que a gente tem a doença!”; “No relacionamento amoroso, por exemplo, eu não conto, porque muita gente não entende e quando contamos, acabamos terminando!”*.

Ao questionarmos quanto às barreiras ou dificuldades ao adquirir a infecção pelo HIV, os entrevistados não encontraram dificuldades para respondê-la. Na maioria dos relatos a principal barreira encontra-se no relacionamento social como o abandono e/ou afastamento de amigos e companheiros. O psicológico também foi considerado como barreira, alguns tiveram sua autoestima diminuída e entraram em depressão após o diagnóstico.

O diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV pode trazer alterações corporais quando desenvolve a aids, como perda de peso, inapetência e manchas no corpo, sendo considerada outra barreira para os entrevistados. Assim como o início do tratamento, no qual os entrevistados enfrentaram os efeitos colaterais das medicações e a adequação aos horários da administração.

Em quase todas as falas há o relato quanto à falta de informação na sociedade ocasionando o preconceito. Após o diagnóstico, os entrevistados foram em busca de conhecimento científico para entender o HIV. Ainda reforçam a importância de que todas as

peessoas, soropositivos ou não, deveriam buscar e/ou adquirir estas informações. Todos consideraram o preconceito após o diagnóstico de HIV/aids como barreira, tanto no âmbito familiar, social e trabalhista.

A ausência de informações quanto à infecção pelo HIV na sociedade foi relatada por todos os entrevistados e considerada uma categoria. Esta ausência está relacionada ao ensino nas escolas, em matérias e propagandas divulgadas nas mídias (televisão, rádio, jornais e redes sociais), e foi evidenciado nas seguintes falas:

E01: *“Devia ser mais comentado na televisão...”; “Acho que falta informação, porque hoje tudo é tratado e ele não é transmitido de contato!”.*

E03: *“Hoje a informatização é pouco... eu lembro que antigamente, quando surgiu a doença, falava demais na televisão, agora não fala mais, hoje, por exemplo, eles tão falando mais daquela doença da China do que do HIV!”.*

E05: *“Acho que a população é muito mal informada, quase não escuto falar do assunto, eu sei um pouco mais porque eu pesquiso a respeito... Mas ainda tem muito preconceito!”; “Acho que deveria ter mais informações para as pessoas sobre a aids, falar mais na televisão, nos jornais, sei lá... Porque a gente sofre demais com o preconceito e se não tivermos um psicológico bom, desanda tudo...”.*

E03: *“Tem muita gente que tem e não sabe, não procura saber... por não ter informações suficientes”.*

E04: *“Porque não é só eu, tem muitos por aí que tem e não sabe...não procura medicamento, não procura se cuidar e tem medo de descobrir!”.*

A falta de informação na sociedade segundo os entrevistados foi a principal causa que gera o preconceito e impede a realização do diagnóstico precoce. Estes adquiriram conhecimento e confiaram nas recomendações dos profissionais de saúde após o diagnóstico, o que influenciou em suas decisões. Essa interação de conhecimento, profissionais de saúde e pacientes ressignificam o preconceito gerado nos primeiros casos em 1980 sobre a infecção pelo HIV.

No início da epidemia de HIV/aids a divulgação quanto a transmissão, sintomas e como realizar o diagnóstico era frequente e atingia quase toda a população. Porém no decorrer dos anos com a estabilização do número de casos de HIV/aids as campanhas e a divulgação

da doença diminuiu em todo o país, ocasionando a manutenção do preconceito, diminuição de casos novos e o aumento do diagnóstico em fase tardia de pacientes infectados com HIV.

Os entrevistados recém-diagnosticados relataram o medo ao realizar o diagnóstico pela primeira vez, fora do ambiente hospitalar, destacando a angústia quanto ao prognóstico da doença e ao preconceito que viriam a enfrentar. Se os serviços de saúde fornecessem mais informações quanto à doença, métodos de enfrentamento e tratamento, provavelmente seriam realizados mais testes, com início do tratamento imediato.

A severidade ou gravidade percebida pode ser avaliada tanto pelas alterações psicológicas criadas pela doença, como pelas consequências que podem ocorrer ao adquirir infecção pelo HIV. Foi utilizado como questão norteadora: “Quão grave é esta infecção/doença para a pessoa com HIV?” e foram ressaltadas as seguintes respostas:

E01: *“O risco é a transmissão!... é agravar a doença...”*.

E02: *“Se não tomar a medicação corretamente ou interromper, a carga viral pode subir novamente e ter outras infecções...”*.

E03: *“Se eu parar de tomar a medicação, capaz, que a doença fica grave né?! Por que nesta internação eu quase morri!...”*.

E04: *“Ah não sei te falar... mas tem de tomar os medicamentos, se não pode agravar e até falecer...”*.

E05: *“Ah... Não sei... Acho que se não tomar a medicação pode ficar mais grave né?! Porque a gente abre espaço no nosso corpo para outras doenças...”*.

Os pacientes quando descobrem a infecção pelo HIV são orientados pela equipe de saúde quanto à importância da TARV. Segundo os entrevistados a severidade é percebida através das consequências que infecção pode ocasionar, tornando-se severa e/ou grave quando estes não aderem a TARV adequadamente, ou seja, ficando suscetíveis, agravando a infecção ou evoluindo a óbito. Os entrevistados relataram as consequências que a infecção pelo HIV pode ocasionar e não relacionaram as alterações psicológicas.

A susceptibilidade percebida é a objeção do risco pessoal para contrair outra doença ao adquirir a infecção pelo HIV e utilizou-se como questão norteadora: “Quais os riscos de infecção pelo HIV pode te oferecer?” e foram observadas as seguintes respostas:

E01: *“O ponto é a imunidade... essa doença só facilita a entrada de outras doenças...”*; *“...Se não tratar, abre espaço para outra doença mais grave, como a que me deu nos pulmões quando descobri o problema”*.

E02: *“Se não tomar a medicação corretamente ou interromper, a carga viral pode subir novamente ter outras infecções...”*.

E03: *“O risco é que essa doença não tem cura né?! É provável que possa vir a falecer... Se não fosse os remédios, uma hora a gente vai desta pra melhor, mesmo...”*.

E04: *“Tem que tomar a medicação corretamente! Sempre tomei certinho... No começo eu passava mal, porque é muito forte! E fazer o uso de preservativos para não transmitir mais...”*.

E05: *“Ah, a doença não tem cura né?!... Vou ter que conviver com o resto da vida! E tenho que tomar cuidado para não transmitir também né?! É outro risco também, não é?!... E se eu não tomar a medicação posso ficar muito doente e acabar morrendo... já conheci pessoas que não tomava e acabou morrendo!”*.

O maior risco que a infecção pelo HIV pode trazer, segundo os entrevistados, é a susceptibilidade e/ou a mortalidade, quando os estes não aderem a TARV adequadamente. O HIV/aids é uma doença crônica e não tem cura e este fator foi considerado como rico por alguns entrevistados.

Nota-se que poucos consideraram a transmissão como um fator de risco e apenas dois entrevistados pesaram o uso de preservativos. Nenhum citou as IST's, a circuncisão masculina e/ou a profilaxia pré ou pós-infecção.

Após leitura exaustiva das entrevistas foram consideradas as categorias medidas de prevenção/consciência quanto à infecção pelo HIV. A percepção quanto à prevenção da infecção pelo HIV visa analisar o conhecimento, dos pacientes recém-diagnosticados. Foi utilizada como questão norteadora: “Que medidas uma pessoa com HIV precisa adotar para ter controle da infecção?” e foram observadas como respostas:

E01: *“... é o uso de preservativos... não está escrito na testa de ninguém quem tem e que não tem...”*.

E02: *“É tomar as medicações corretamente, ter uma boa alimentação... o controle emocional é muito importante também...”*.

E03: *“Tem que tomar os remédios certinhos né?! Fazer sexo com camisinha, sempre, né?! Se melhorar a alimentação também ajuda..., mas o principal, e única saída é tomar o remédio...”*.

E04: *“Tem que tomar a medicação corretamente! Sempre tomei certinho... E fazer o uso de preservativos para não transmitir mais...”*.

E05: *“Tem que tomar a medicação corretamente! Tem que se relacionar com camisinha né?! Como falei, para não transmitir para as outras pessoas...”*.

Segundo os entrevistados a principal medida de prevenção da infecção pelo HIV foi aderir a TARV, assim há o controle da infecção, da carga viral e as chances de transmissão são menores. Alguns entendem a importância do uso de preservativos durante relação sexual para evitar a transmissão da doença, porém não foi observado neste estudo como principal meio de prevenção. Mesmo com as formas de prevenção citadas e o tratamento, observaram-se falhas nas ações dos pacientes sendo evidenciadas nas falas:

E02: *“Lógico que sempre tentei usar o preservativo, mas teve situações que não usei!”*.

E03: *“... tem dia que eu esqueço de tomar o remédio, confundo com os outros. Um dia tomei calmante, dormi e não lembrei de tomar!”*.

E05: *“Eu tento tomar as medicações todos os dias, mas ainda assim, tem dia que eu esqueço, é raro, mas acontece...”*.

Os entrevistados assumem falhas em suas ações tanto na utilização de preservativos como meio de prevenção, como na adesão ao tratamento, na supressão da carga viral. Portanto, é necessário reforçar as orientações quanto à importância do uso de preservativos nas relações sexuais (mesmo com a carga viral suprimida) para impedir o avanço da epidemia, assim como a importância do tratamento.

8. DISCUSSÃO

8.1 Dados quantitativos

Os dados do presente estudo evidenciaram estabilidade na taxa de detecção de pacientes hospitalizados diagnosticados com HIV durante internação, entretanto houve aumento em anos pontuais, como em 2015, 2018 e 2019. Neste último ano em um período de seis meses a taxa de detecção foi de 14,7%, quase equivalente aos anos de 2015 e 2018.

Segundo a UNAIDS em 2018, a meta 90-90-90 atingiu apenas 79% dos pacientes que conhecem o estado sorológico ao HIV, 62% com acesso ao tratamento antirretroviral e somente 53% estão com a carga viral suprimida. Mesmo com a queda na taxa de detecção a meta não será atingida até 2020, pois ainda há lacunas a serem preenchidas (UNAIDS, 2018).

Na China a taxa de diagnóstico em fases tardias diminuiu de 33,9% em 2006 para 29,7% em 2014 (TANG et al., 2018). Já no Brasil, segundo o SINAN em 2019, a taxa de casos de aids vem diminuindo desde 2013 atingindo 42.934 casos e em 2018 foram registrados 37.161 casos. As regiões Sudeste e Sul foram as que mais apresentaram queda nos últimos dez anos, enquanto as regiões Norte e Nordeste houve o aumento na taxa de detecção, apresentado crescimento de 21,8 % (norte) e 17% (nordeste) (BRASIL, 2019).

A taxa de detecção está caindo lentamente, porém ainda mantém níveis relativamente altos ao tratar-se de uma epidemia presente no mundo desde 1980. Os serviços de saúde enfrentam dificuldades quanto à realização do diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, acarretando a lentidão na taxa de detecção.

Os dados apresentados mostraram que dos 224 pacientes hospitalizados testados para o HIV, 136 apresentaram diagnóstico em fases tardias a infecção pelo HIV/aids sendo a maioria do sexo masculino (68,4%), residentes da zona urbana, com faixa etária de 20 e 76 anos e com média de 44 anos.

Em Franca, segundo o plano de saúde do município de 2018 a 2021, 74% dos casos de HIV são residentes na cidade e 26% na região e a faixa etária variam de 20 a 49 anos. Quanto ao sexo, 82% são do sexo masculino e 18% do sexo feminino. Nota-se uma proporção de um caso novo do sexo feminino para 4,5 casos novos para o sexo masculino (PLANO DE SAÚDE DE FRANCA 2018 a 2021).

No Brasil o maior percentual de casos encontra-se no sexo masculino (69%) e com a faixa etária entre 20 e 34 anos. Em Belo Horizonte, uma pesquisa ao avaliar o diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV também evidenciou que 77,3% eram do sexo masculino e com idade média de 35,1 anos (VALENTINI et al., 2015; BRASIL, 2019).

Uma pesquisa realizada em Beijing, na China, apresentou semelhança a este estudo, no qual a maioria dos pacientes com diagnóstico em fases tardias era do sexo masculino e com faixa etária entre 30 a 49 anos (XIE et al., 2017). Em contrapartida, na zona sul do Tigray, na Etiópia, a maior parte era do sexo feminino (63%) e com faixa etária entre 31 a 40 anos (ASSEN et al., 2016).

Quanto à cor referida, este estudo evidenciou a predominância da cor branca e a maioria possuía até o ensino fundamental incompleto (40,4%). Em Belo Horizonte, uma pesquisa apontou que 70% dos pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV obtinham pelo menos oito anos de escolaridade. Já em Recife a maioria possuía cor parda e com baixa escolaridade sendo que 61% possuía o ensino fundamental ou eram analfabetos (VALENTINI et al., 2015; SOUZA JUNIOR, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde em 2019 ao analisar os casos de aids no Brasil a maior parte dos pacientes diagnosticados possuem o ensino médio completo (20,7%), porém faltam dados nos sistemas em relação a escolaridade, deixando falhas e vieses. Com relação à cor autodeclarada, os casos registrados pelo SINAN de 2007 a junho 2019 mostraram que 40,9% são brancos e 49,7% negros, porém nos últimos dez anos houve um aumento de 20,5 % para as amarelas e 37,7% para as pardas, corroborando com o estudo apresentado (BRASIL, 2019).

Já na zona sul do Tigray na Etiópia, 86,5% dos pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV era analfabeto e/ou possuíam a escola primária, porém na China 60,8% apresentavam ensino médio ou superior (ASSEN et al., 2016; TANG et al., 2018).

Observa-se diferença nos níveis de escolaridade entre as regiões, os países desenvolvidos possuem maior escolaridade do que os países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. A China é classificada como desenvolvido e possui maior nível de escolaridade. O Brasil é classificado como país em desenvolvimento, apresentando em algumas regiões maior desenvolvimento econômico, social e educacional, porém em contrapartida há regiões consideradas com baixo nível de escolaridade e de renda. Já a África é considerada um país subdesenvolvido no qual os níveis sociais, de escolaridade e de renda são menores, o mesmo equivale para a cor autodeclarada, no qual há diferentes etnias, raças, culturas e miscigenação entre as diversas regiões e/ou países.

A maior parte declarou ser solteiro (65%), tabagista (54%) e etilista (49%), porém não havia dados suficientes em prontuários para informar quanto ao uso de drogas, deixando vieses na pesquisa.

Souza ao investigar os fatores associados ao diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV, também apresentou dificuldade ao obter dados relacionados ao uso de drogas, no qual 78,8% dos prontuários não havia informações. Em relação ao tabagismo 58,5% não fumam e 62% relataram uso de álcool, sendo semelhante em parte ao nosso estudo. E na China, 50,2% eram casados, assim como em Tigray, na Etiópia, no qual 49,9% eram casados ou estavam em uma união estável (ASSEN et al., 2016; TANG et al., 2018; SOUZA JUNIOR, 2015).

Quanto as variáveis sociodemográficas, neste estudo 51,5% têm ocupação e destes 13,2% era sapateiro, porém a maioria dos prontuários não continham informações referentes à ocupação. A cidade do referente estudo é conhecida como a Capital Nacional do Calçado (maior produtora do Brasil) e uma das maiores regiões produtoras de café no Brasil, o que justifica a profissão sapateiro ter ganhado destaque e a dificuldade de encontrar informações quanto à ocupação nos prontuários (IBGE, 2019).

Pesquisadores ao verificar os fatores associados ao diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV internados evidenciaram que 76,3% eram empregados e as principais profissões exercidas foram autônomos, do lar, pedreiro, pintor, cabelereiro e agricultor. Verificaram ainda que estar desempregado, não possuir renda, ter realizado o teste anti-HIV apenas por indicação de um profissional da saúde e ter pouco conhecimento sobre o HIV/aids estão associados ao início tardio da TARV (VALENTINI et al., 2015; PIERI; LAURENTI, 2012; FERNANDES et al., 2009).

A média de dias de internação dos pacientes hospitalizados que foram diagnosticados pela primeira vez durante internação foi de 11,9 dias. As principais causas da internação foram febre, dispneia e inapetência, já o principal diagnóstico foram os infecciosos, como pneumocistose e neurotoxoplasmose. Foi observado que 39,7% evoluíram a óbito durante a internação.

No Brasil desde 1980 foram notificados 338.905 óbitos e a maior proporção ocorreu nas regiões Sudeste e Sul. Peiri ao descrever os pacientes com HIV/aids internados em um hospital universitário evidenciou que a primeira hospitalização é a que demanda maior tempo (19 dias) e entre as doenças detectadas foram tuberculose, candidíase e neurotoxoplasmose. A principal causa de morte estavam relacionadas à aids (PIERI; LAURENTI, 2012).

Na Bahia um estudo ao traçar perfil dos pacientes internados com HIV/aids verificou que 22% dos pacientes diagnosticaram o HIV durante internação, tendo como principal diagnóstico neurotoxoplasmose e ressalta-se que 32% destes pacientes não faziam uso da

terapia antirretroviral. Outro em Minas Gerais identificou que 44,8 % foram diagnosticados 30 dias antes ou durante a internação (CASTRO et al., 2013; OLIVEIRA; LATORRE; GRECO, 2012).

Em Belo Horizonte, Valentini ao avaliar os fatores associados diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV apontou que as infecções que definem a aids no grupo de diagnóstico tardio foram cândida, pneumonia, toxoplasmose e tuberculose. O tempo médio entre o diagnóstico e a primeira visita ao centro de tratamento foi menor nos pacientes com diagnóstico em fase tardia do que nos pacientes com diagnóstico prévio (VALENTINI et al., 2015).

Dados semelhantes foram apontados por Shahani ao investigar as causas da hospitalização dos pacientes com diagnóstico ao HIV em um hospital no Texas, Estados Unidos, no qual apontou que o tempo médio de internação foi de 12 dias. As principais causas na admissão foram às infecciosas, como as condições que afetam o sistema respiratório e do trato genitourinário. A pneumonia foi a responsável pelas internações, seguidos por criptococose e tuberculose (SHAHANI et al., 2012).

Em Beijing, na China com objetivo semelhante identificou que a causa mais comum de internação foi à febre (85%), seguido por perda de peso (68%) e diarreia (21%). O principal diagnóstico de internação também foi à pneumonia, seguida por tuberculose e citomegalovírus (ASSEN et al., 2016).

Uma pesquisa realizada por Marques apontou que 71,3% dos diagnósticos em fases tardias da infecção pelo HIV ocorrem durante a internação, como também a admissão destes pacientes em unidades de terapia intensiva. No Chile, Verdugo aponta que 87,5% estavam em estágio avançado da aids, 53,1% conheciam o diagnóstico e apenas 43,8% receberam o tratamento. Observa-se ainda que as manifestações clínicas no momento da admissão foram febre, hipotensão arterial, manifestações neurológicas e pulmonares. O tempo médio de internação destes pacientes na UTI foi de 24 dias e 25% dos pacientes morreram na primeira hospitalização, porém geralmente o óbito foi após a alta (VERDUGO et al., 2015; MARQUES, 2015).

Em London, no Reino Unido, 24 pacientes foram diagnosticados com a infecção pelo HIV durante internação na UTI e outros seis pacientes durante admissão hospitalar. Quase metade das internações foi para tratamento de IO como pneumonia e tuberculose e a imunodeficiência foi um fator de risco importante para a internação na UTI. Kop ressalta para aqueles pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV, o tempo médio para

o início do tratamento para o HIV após o diagnóstico inicial foi de 22 dias (SHROSBREE et al., 2013; KOP et al., 2016).

Horino destaca que o teste voluntário de HIV preveniu diagnósticos em fases tardias e muito tardias da infecção pelo HIV, concluindo que os testes devem ser encorajados para o diagnóstico precoce e que os profissionais de saúde devem incluir todos os pacientes com sintomas ou sinais que indiquem a soropositividade ao HIV, e realizar a testagem (HORINO et al., 2016).

Todos os estudos apresentados mostraram resultados semelhantes a este quanto as variáveis da internação. Há um número relativamente alto de pacientes hospitalizados que são diagnosticados durante internação, tendo como principal causa da internação sintomas pulmonares e/ou neurológicos, e como principal diagnóstico de admissão os infecciosos.

Este estudo não apresentou associação significativa entre situação conjugal e escolaridade com mortalidade, porém houve associação entre situação conjugal e sexo, no qual 42,3% do sexo masculino não têm companheiro, ao contrario do sexo feminino 57,7%. Já ao relacionarmos escolaridade e sexo não foi observado associação, porém nota-se que o sexo masculino possui maior escolaridade que o sexo feminino, sendo que 73% destes possuem ensino médio ou superior em contrapartida a 27% do sexo feminino, para o mesmo nível de escolaridade.

Em Porto Alegre, ao examinar os fatores sociais relacionados ao diagnóstico em fase tardia da infecção pelo HIV de pacientes hospitalizados verificou-se que o nível de ensino influencia no momento em que HIV é diagnosticado, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o fator de proteção, ao passo os pacientes com baixa escolaridade apresenta 34 vezes mais chances de obter o diagnóstico tardio (MARQUES, 2015).

Shahani ao comparar os pacientes diagnosticados com HIV em um ambiente hospitalar com pacientes diagnosticados ambulatoriamente mostrou que não há diferença ao acesso à saúde, ou seja, ambos tiveram acesso aos serviços para diagnóstico e/ou tratamento. Ressaltou que a escolaridade influenciou na busca aos serviços de saúde e na melhoria ao cuidado, quanto maior a escolaridade maior o acesso e/ou cuidados, concluindo que ainda há barreiras para o diagnóstico precoce (SHAHANI et al., 2012).

Nota-se quanto maior o nível de escolaridade, maior o conhecimento e consciência adquirida quanto ao HIV, sendo realizado o diagnóstico precoce. Assim, os países em desenvolvimento e subdesenvolvidos possuem o maior número de apresentações tardias ao HIV e atraso no início do tratamento.

As variáveis “diagnóstico de internação” e “número de dias internados” ao serem associadas à mortalidade foi observado associação significativa, porém ao relacionarmos a variável causa da internação com mortalidade não houve associação significativa.

Em Gana, na África do Sul, ao investigar a taxa de diagnósticos e morbimortalidade do HIV em um ambiente hospitalar demonstrou que os pacientes com diagnóstico de tuberculose (59%) e pneumonia (29,1%) morreram na admissão. Além disso, os sintomas neurológicos foram associados ao aumento da mortalidade, e por outro lado os problemas gastrointestinais foram menos propensos a morrer (PHILLIPS et al., 2018).

Lewden ao descrever os padrões de morbimortalidade em adultos hospitalizados com HIV na África Ocidental evidenciou que 24% dos pacientes foram diagnosticados pela primeira vez em ambiente hospitalar. As principais causas da hospitalização foram as condições definidoras da aids (54%), sendo as doenças mais frequentes: tuberculose (29%), pneumonia (15%), malária (10%) e toxoplasmose (10%). O tempo médio de permanência no hospital foi de 13 dias. No geral 38% foram a óbito durante a internação e a permanência no hospital antes da morte foi de nove dias. O autor associou-se à mortalidade hospitalar, idade avançada, estágio avançado do HIV e aids como causa básica da hospitalização e todas obtiveram associações significantes (LEWDEN et al., 2014).

Barreneche avaliou os pacientes com HIV internados na era da terapia antirretroviral em Medellín – Colômbia, e verificou que 22% dos pacientes tiveram seu diagnóstico durante a admissão e destes, 68,9% foram diagnosticados em estágios avançados da doença. Dos pacientes que já possuíam o diagnóstico ao HIV na admissão a TARV foi prescrito em 85,1%, mas apenas 63,4% estavam recebendo e os principais motivos para não adesão ao tratamento foram à dependência de drogas, instabilidade social ou ocupacional, transtornos psiquiátricos e falta de apoio familiar (BARRENECHE et al., 2017).

Os principais motivos para a intenção foram as IO como tuberculose, candidíase e toxoplasmose. O tempo médio de internação foi de 14 dias, 10,3% dos pacientes necessitaram da UTI e 14,3% foram readmitidos após a alta, sendo a taxa de mortalidade 5,4%. (BARRENECHE et al., 2017)

Alguns autores apresentaram o impacto e os custos aos serviços de saúde de pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV e que foram diagnosticados em ambiente hospitalar. Maheswaran, na África, demonstrou que 69,1% dos pacientes eram soropositivos ao HIV, destes 75,8% estavam em uso da TARV durante a internação e 20,7% faleceram no hospital. A duração média da admissão dos pacientes soropositivos ao HIV e

que não estavam em uso da TARV foi de 15 dias, os soropositivos ao HIV que estavam em uso da TARV foi de 12,2 dias e os soronegativos ao HIV foi de 10,8 dias. Já o custo médio da admissão foi de US \$ 74,78 maior para pacientes soropositivos ao HIV do que para soronegativos. Percebe-se que o custo médio foi mais baixo para aqueles pacientes que estavam em uso da TARV do que os pacientes não fazem o uso da TARV (MAHESWARAN et al., 2018).

O custo total médio da admissão para pacientes HIV negativos foram US \$ 267,07, para HIV positivos sem TARV US \$ 422,90 e para HIV positivos com TARV US \$ 316,03. Observa-se que os pacientes soropositivos ao HIV sem o uso da TARV tem um maior custo financeiro aos serviços de saúde, sendo que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato são essenciais para diminuir estes custos (MAHESWARAN et al., 2018).

Em Joanesburgo, na África do Sul, um estudo ao avaliar os principais motivos da internação relacionada ao HIV verificou que 55% da população estudada eram soropositivos ao HIV, com média de 9,3 dias de internação e custo de US \$ 1.783 em dólares americanos. As causas para admissão foram tuberculose, distúrbios cardiovasculares e infecções bacterianas. Ressalta-se que as mortes (17%) e as transferências (2%) foram proporcionalmente mais altas entre as admissões positivas ao HIV em comparação para o HIV negativo e/ou desconhecido (LONG et al., 2016).

Assim concluímos que os custos da internação dos pacientes infectados pelo HIV, principalmente aqueles diagnosticados em ambiente hospitalar, demandam um alto valor para os serviços de saúde. O investimento no diagnóstico precoce para início do tratamento é essencial para diminuir estes números.

No Brasil há escassez de estudos quanto o diagnóstico em fases tardias

da infecção pelo HIV relacionadas à internação, sendo a maioria destes realizados em grandes centros populacionais. Como foi apontado o maior percentual dos diagnósticos em fases tardias ainda ocorrem durante internação hospitalar, com elevada taxa de mortalidade. A maior lacuna permanece em aumentar o conhecimento da sorologia das PVHIV e iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico.

Este estudo abordou a população do interior do estado de São Paulo, uma diferente realidade dos grandes centros. Após leitura exaustiva dos artigos já publicados e com os resultados apresentados, chegamos à conclusão que as redes atenção a IST/aids no interior são precárias e não conseguem atender todos os pacientes, principalmente em cidades pequenas,

difícultando a realização do diagnóstico precoce, ocasionando a internação e/ou diagnóstico em fase tardia da infecção pelo HIV.

8.2 Dados Qualitativos

O MCS explica o comportamento dos pacientes no processo saúde-doença e os comportamentos preventivos quanto a infecção pelo HIV/aids, ou seja, identificando a suscetibilidade e as consequências ou seriedade que o diagnóstico ocasionará em algum momento da sua vida. Assim, os pacientes necessitam identificar as barreiras psicológicas que o impedem de adotar medidas preventivas ou modificar suas ações, a fim de reduzir a suscetibilidade (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1994).

Neste estudo os benefícios percebidos ao adquirir a infecção pelo HIV estão relacionados à consciência da doença, as mudanças nos hábitos de vida e a acessibilidade aos serviços de saúde.

A conscientização da doença e dos aspectos negativos são considerados alicerces para modificar os hábitos de vida. Gomes ao descrever o conteúdo das representações sociais da aids verificou que o sucesso do tratamento vem através do processo de naturalização e/ou aceitação da doença, exigindo disciplina e alguns cuidados, estimulando o paciente a adquirir hábitos saudáveis na rotina diário, como alimentar-se bem, fazer exercício e diminuir ou parar de beber e fumar (FONTES, 2018; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Não houve dificuldade por parte dos entrevistados quanto às barreiras percebidas ao adquirir a infecção pelo HIV por vivenciarem diariamente estas adversidades, sendo as relações pessoais e sociais os principais obstáculos percebidos. O preconceito aos pacientes soropositivos ainda existentes na sociedade causa-lhes o isolamento social e a ocultação da doença (JESUS et al., 2017; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA et. al., 2015).

Vários autores ressaltam o preconceito como obstáculo para que as PVHIV sejam aceitos socialmente e realizem o diagnóstico precoce ou para aderirem ao tratamento com mais facilidade. A aids ainda é vista como castigo, uma doença de alto contágio e que estão presentes somente nos grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo), ocasionando o ocultamento da doença, por parte das PVHIV, como estratégia de sobrevivência. Assim, conseguem dar continuidades as atividades diárias sem serem acusadas

e/ou discriminadas, tanto no âmbito familiar, social e/ou no trabalho (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; JESUS et al., 2017; OLIVEIRA et. al., 2015).

Segundo os entrevistados desta pesquisa a maioria entrou em depressão após receber o diagnóstico. O processo de hospitalização, a notícia da infecção pelo HIV e os atos preconceituosos geram impactos negativos as PVHIV como surpresa, decepção, medo, diminuição da autoestima, dificuldades em desenvolver um relacionamento afetivo e barreiras no desempenho ocupacional, principalmente no âmbito do trabalho remunerado (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; GIL; CARLO, 2014; JESUS et al., 2017; MILISKA, 2009; RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019).

Diante deste contexto na busca da aceitação e compreensão do novo diagnóstico os entrevistados desta e outras pesquisas foram em busca de informações quanto ao HIV/aids afim de compreender o tratamento, os estigmas enfrentados e a conviver com HIV. Alguns entrevistados reforçam que a falta informação na sociedade quanto à doença mantém o preconceito imposto desde os primeiros casos da aids (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019; JESUS et al., 2017).

A falta de informação sobre a infecção pelo HIV, tratamento e perspectiva dos cuidados na sociedade afeta diretamente a qualidade de vida das PVHIV através das relações permeadas pelo preconceito. Essa desinformação está associada aos processos educativos por parte do sistema escolar e pelas campanhas públicas de saúde (JESUS et al., 2017; GARCIA; SOUZA, 2010; OLIVEIRA et. al., 2015).

Alguns autores salientam que as campanhas governamentais com o objetivo de esclarecimento da infecção não são suficientes para mudanças de atitudes e adoção das práticas preventivas. Fazer campanhas para o uso do preservativo somente em épocas sazonais é um equívoco, pois a infecção pelo HIV pode ocorrer em qualquer época do ano. A maioria dos entrevistados desta e de outras pesquisas expressa a necessidade da divulgação das campanhas em todo o ano, assim como reforçar o conhecimento nas escolas (GARCIA, SOUZA, 2010; SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010).

A severidade dos entrevistados está relacionada a não adesão a TARV e a susceptibilidade de agravar a infecção pelo HIV. A representação do HIV/aids é considerada como uma doença grave e debilitante, o que acarreta aos indivíduos infectados a busca pela adesão ao tratamento afim de evitar o adoecimento e/ou agravamentos dos sintomas. Um dos grandes motivadores para adesão ao tratamento é a crença positiva no tratamento e o medo da morte, pois a saúde dos pacientes depende do uso da medicação e, portanto o abandono do

tratamento tem como consequência a piora da infecção e a morte (RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Galinkin ressalta que a palavra morte persiste desde o início da epidemia e continua com sentimentos de tristeza, atribuídos não só a morte física ou biológica como também a morte social e a psicológica (GALINKIN et al., 2012; MALISKA et al., 2009).

Nota-se em algumas falas dos entrevistados a falha no tratamento, como esquecer o horário das medicações diariamente e o desconformo dos efeitos colaterais. Freitas ao investigar a adesão irregular da TARV verificou que os efeitos colaterais como náuseas, êmese e o tamanho dos comprimidos, assim como lembrar o horário das medicações, são fatores determinantes para a irregularidade do tratamento. Ressalta ainda que os pacientes em uso da TARV fazem o consumo de substâncias psicoativas e confundem, facilmente, os remédios e os horários a serem ingeridos (FREITAS; GIR, 2018).

Alguns autores relatam que a ausência da percepção de vulnerabilidade causa a adoção de ações inseguras na utilização de preservativos nas relações sociais/afetivas e este fator contribui para o diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV/aids (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Um estudo com estudantes universitários sobre as representações sociais e a percepção de risco em relação à infecção pelo HIV verificou que a conscientização é necessária para prevenção e controle da doença, e entendem ainda, que as ações são individuais, como o uso de preservativos (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; GALINKIN et al., 2012).

Apesar das inúmeras estratégias e dos avanços na comunidade científica quanto à infecção pelo HIV/aids, a vulnerabilidade social enraizada da doença permite o avanço da epidemia e faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis ao vírus e não adotem práticas preventivas. Galinkin ressalta ainda que a falta de conhecimento e despreparo da população sobre o HIV/aids implica o preconceito e a exclusão das PVHIV (MALISKA et al., 2009; GALINKIN et al., 2012).

9. CONCLUSÕES

Não houve aumento importante no decorrer do período estudado quanto à distribuição dos pacientes hospitalizados diagnosticados com infecção pelo HIV durante internação, porém no ano de 2019 a taxa de detecção em um período de seis meses foi relativamente alta.

No período estudado estiveram internados 53.858 pacientes, destes apenas 224 pacientes foram testados para HIV e compuseram a amostra 136 (60,7%) pacientes diagnosticados em fases tardia da infecção pelo HIV/aids. A faixa etária, em anos, de 20 a 76 anos, sendo a maioria pertencente ao sexo masculino, branco, solteiro, residente da zona urbana e com escolaridade até o ensino fundamental incompleto. Em relação aos hábitos de vida a maior parte possuía ocupação, era tabagista e etilista, e quanto ao uso de drogas houve um viés no estudo, pois não havia dados suficientes e foram ignorados.

Os dias de internação variaram de 1 a 69 dias, sendo as principais causas da internação febre e dispneia, tendo como principal diagnóstico de internação a pneumocistose.

Houve associação significativa entre a variável situação conjugal e sexo. As variáveis da internação obtiveram associações significantes, ou seja, quanto maior o número de dias internados maior o índice de mortalidade, assim como os diagnósticos infecciosos.

Os entrevistados relataram como benefícios percebidos a melhora no cuidado com a saúde e alimentação, melhora e/ou abandono de alguns hábitos de vida não saudáveis, como o tabagismo e o etilismo, o acesso aos serviços de saúde se tornaram mais fáceis e adquiriram a conhecimento quanto à doença e consciência para aderir a TARV. Porém ressalta-se que estes pacientes foram entrevistados logo após a alta, com provável estado de vulnerabilidade prejudicado. Logo, os benefícios percebidos pode ter sofrido influências, devido fragilidade da doença e período de internação.

Quanto às barreiras ou dificuldades ao adquirir a infecção pelo HIV relataram como pilares os relacionamentos sociais, a autoestima e a depressão, os efeitos colaterais das medicações, o preconceito e a falta de informações a respeito da doença.

Já a severidade é percebida através das consequências que infecção pode ocasionar ao não aderir a TARV adequadamente, ficando suscetíveis as IO's, agravando a infecção ou evoluindo a óbito. Por fim os entrevistados relataram como susceptibilidade percebida as IO's devido à infecção ser uma doença crônica e sem cura.

A principal medida de prevenção à infecção pelo HIV, segundo os entrevistados, é aderir a TARV e ter o controle da carga viral, assim às chances de transmissão são menores. Todos entendem a importância do uso de preservativos durante relação sexual para evitar a transmissão da doença, porém não foi o principal meio de prevenção.

Após o diagnóstico os pacientes adquiriram conhecimento quanto à doença e confiaram nas recomendações propostas pelos profissionais de saúde. Esta interação entre conhecimento profissionais e pacientes pode diminuir o preconceito gerado pelo HIV e praticamente todos os entrevistados relataram que a falta de informação para sociedade é a principal causa que gera o preconceito e dificulta o diagnóstico precoce.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo a taxa de detecção permaneceu estável nos últimos cinco anos, porém segundo dados mundiais as taxas apresentaram queda nos últimos 10 anos. As propostas das metas 90-90-90 não foram alcançadas em 2020, e em 2018 apenas 79% das pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico, 62% tinham acesso ao tratamento e apenas 53% estavam com a carga viral suprimida (UNAIDS, 2018).

A abordagem foi ambiciosa, mas vários países alcançaram parte das metas propostas, mas alguns ainda negligenciam a meta. Assim, os membros da UNAIDS estenderam a meta para 2030, com novos questionamentos como: O mundo está no caminho certo? As regiões e os países estão progredindo com taxas diferentes? E as cidades individuais e comunidades? Quais são as melhores maneiras de medir o progresso? (UNAIDS, 2018).

A porcentagem de pacientes com diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV/aids no início do tratamento permanece alta em muitos países, e aumentando a taxa de mortalidade e a propensão a má adesão ao tratamento. No Brasil, como descrito neste estudo o tratamento é disponível para todos, porém a maior lacuna permanece em aumentar o conhecimento sorológico das PVHIV para que os benefícios da TARV sejam alcançados.

Para que todas as metas propostas pela UNAIDS sejam alcançadas é necessário diminuir o diagnóstico em fases tardias da infecção pelo HIV e investimento em diagnóstico precoce e oportuno, só assim as PVHIV poderão ter acesso ao tratamento e supressão da carga viral.

Várias pesquisas, inclusive esta, demonstraram que a internação de pacientes diagnosticados em fases tardias da infecção pelo HIV/aids aumentam os custos financeiros nos serviços de saúde tanto a médio quanto em longo prazo, assim como os índices de mortalidade. Questionamos se a estabilidade na taxa de detecção fez com que as esferas governamentais diminuíssem os investimentos em campanhas e pesquisas contra a infecção pelo HIV. É necessário investimento no diagnóstico precoce, prevenção, provisão e inovação nos programas que causem maior impacto, assim as taxas de mortalidade e diagnóstico em fases tardias diminuiriam.

Nota-se um aumento considerável na população acima de 40 anos. Segundo a UNAIDS e os dados apresentados percebeu-se que as relações de gênero masculinas são prejudiciais à procura de assistência aos serviços de saúde, dificultando a busca de pacientes infectados, principalmente em jovens e com baixa escolaridade. A transformação do quadro epidemiológico e a crescente interiorização dos casos para pequenos municípios necessita de novas formas de enfrentamento e maior investimento em campanhas (UNAIDS, 2018).

Em Franca o programa de IST/aids é composto apenas por duas unidades, o CTA e o SAE, atendendo uma região de 22 municípios com uma população de 577.833 habitantes, o que difere dos grandes centros populacionais. O município enfrenta problemas de inadequação do espaço físico para atendimentos, os protocolos não são cumpridos adequadamente pela rede de saúde, há deficiência no fluxo de atendimento de pacientes encaminhados de outros municípios, problemas ao realizar a busca ativa de pacientes e ao realizar o diagnóstico precoce, ocasionando a internação e/ou apresentação tardia da infecção pelo HIV (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA 2018-2021).

Portanto é necessário a descentralização do financiamento no programa nacional de IST/aids para todos os estados e municípios, principalmente em pequenos centros populacionais, pois as principais barreiras estão na falta de diálogo entre as esferas governamentais, na descentralização e nas diferenças culturais, regionais e sociais (VILLARINHO et al., 2013).

Os dados qualitativos foram coletados no intuito de complementar os dados quantitativos quanto ao diagnóstico em fases tardias, porém no final do estudo apresentaram como estudos diferentes. Utilizou-se o MCS de Rosenstock para guiar os questionamentos, ressaltamos que há poucos estudos que utilizaram este modelo em PVHIV com diagnóstico em fases tardias, principalmente durante internação hospitalar.

Segundo os entrevistados desta pesquisa a principal barreira e/ou dificuldades ao adquirir a infecção pelo HIV é o preconceito, a diminuição da autoestima e em relacionamentos sociais. Estes relacionam o preconceito com a desinformação e o despreparo da população quanto à infecção pelo HIV.

A percepção de susceptibilidade e severidade da infecção pelo HIV, pelos entrevistados está relacionada a não adesão a TARV. Foi observada a adoção de práticas inseguras na utilização de preservativos nas relações pessoais associadas à TARV. As PVHIV dominam a importância do tratamento, porém o entendimento quanto aos riscos e a transmissão são insuficientes, sendo essencial reforçar a orientação quanto a estes aspectos. Apesar das inúmeras estratégias e dos avanços na comunidade científica quanto a infecção pelo HIV/aids a vulnerabilidade social e o preconceito permite o avanço da epidemia.

As campanhas governamentais com o objetivo de esclarecimento da infecção não são suficientes para mudanças de atitudes e práticas preventivas. A infecção pelo HIV ocorre em

qualquer época do ano e há a necessidade de reforçar o conhecimento nos sistemas escolares e de saúde, e realizar campanhas públicas durante todo o ano.

Após leitura exaustiva dos artigos já publicados e os resultados apresentados, chegamos à conclusão que as redes de atenção a IST/aids no interior são precárias e não conseguem atender todos os pacientes, principalmente em cidades pequenas, dificultando a realização do diagnóstico precoce e ocasionando a internação e/ou diagnóstico em fase tardia da infecção pelo HIV.

Esta tese expõe o diagnóstico em fase tardia da infecção pelo HIV em pequenos centros populacionais e os déficits as redes de atenção ao IST/aids. É necessário maior investimento, intervenções e estímulos aos centros de saúde, redes de atenção e campanhas públicas, a fim de reduzir os gastos com a internação só assim a Meta 90-90-90 será alcançada.

É indispensável à realização de novos estudos em pequenos centros populacionais que abordem este tema, assim como utilizar o MCS nesta população.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, C.; SHEERAN, P. The health belief model. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. doi:10.1017/CBO9780511543579.022

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à Epidemiologia Moderna. Editora Guanabara Koogan, 4ª Edição, 2006.

ANTORINI, A. et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV medicine, v. 12, n.1, p. 61-64, January, 2011.

ASSEN, A. et al. Late presentation for diagnosis of HIV infection among HIV positive patients in South Tigray Zone, Ethiopia. Bio Med Central Public Health, v. 16, n. 558, 2016. Disponível em: <<http://10.1186/s12889-016-3263-y>>. Acessado em: 20 de Dezembro de 2019.

BADARÓ, A.C. et al. Crenças em Saúde: Levantamento Bibliométrico. Psicologia.pt - O portal do psicólogo, 2014. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0356>. Acessado em: 29/03/2020.

BARBOSA, A.S. et al. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. Revista Interdisciplinar de Psicologia e Promoção a Saúde, Aletheia, .45, p. 190-201, Setembro/Dezembro, 2014.

BARRENECHE, M.F.A. et al. Hospitalization causes and outcomes in HIV patients in the late antiretroviral era in Colombia. *AIDS Research and Therapy*, n. 14, n.60, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, número especial, Brasília, DF, Dezembro, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, ano V, n.1, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, ano V, n.1, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. . Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais., Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, DF, ed. 1, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 16 DE JANEIRO DE 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Departamento vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, e.1, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). 2013.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCITULLO, T.I. Aplicação do módulo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 2, p. 1-15, 2001.

CASTRO, A.P. et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/AIDS em hospital de Salvador, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, janeiro/março, v. 37, Suplemento 1, p.122-132, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), Basic statics, 2016b. Disponível em:<<https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>>. Acessado em: 21 de Setembro de 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). What is HIV?, 2016a. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>>. Acessado em: 21 de Setembro de 2019.

COLETA, M.F.D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. Mudanças - Psicologia da Saúde. Janeiro- Dezembro, v. 18, n. 1-2, p. 69-78, 2010.

COLETA, M.F.D. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. Temas em Psicologia, v. 7, p. 175-185, 1999.

DAI, S. et al. Prevalence and Factors Associated with Late HIV Diagnosis. Journal of Medical Virology, v. 87, p. 970-977, 2015.

Declaração Política sobre HIV e aids: Acelerar a resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de aids até 2030. Assembleia geral das Nações Unidas, Nova York, 8-10 Junho, 2016. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf>. Acessado em: 17 de Janeiro de 2019.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. O modelo das crenças da saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis. Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 215-243, 2010.

FERNANDES, J.R.M. et al. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, junho, v. 25, n. 6, p. 1369-1380, 2009.

FIGUEIRA, T.R. et al. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença cuidado bucal por gestantes. Revista Brasileira Central, v. 22, n. 63, p. 169-173, 2013.

FONTES, G.M. Meaning of HIV/AIDS for patients in a public hospital. LIPH Science Journal, January/June, v. 5, n. 1, p. 53-72, 2018.

FREITAS, J.P.; GIR, E. Adesão irregular aos antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05102018-184621/>>. Acessado em: 19 de Janeiro de 2019.

GALINKIN, A.L. et al. Representações sociais acerca da AIDS e percepção de risco da infecção entre estudantes universitários. Revista Tempus-Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 3, 2012.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração, São Paulo, Saúde e Sociedade, v. 19, supl.2, p. 9-20, 2010.

GIL, N.A.N.; CARLO, M.M.R.P. Os papéis ocupacionais de pessoas hospitalizadas em decorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 179-188, 2014.

GOMES, A.M.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maio/Junho, v. 19, n. 3, 2011.

HORINO, T. et al. Associations of HIV testing and late diagnosis at a Japanese university hospital. Clinical Science, v. 71, n. 2, p. 73-77, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. Base de dados por municípios das Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias do Brasil. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca/panorama>>. Acessado em: 20 de Janeiro de 2019.

JESUS, G.J. et. al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 3, p. 301-2017, 2017.

JIANG, H. et al. Late HIV Diagnosis: Proposed Common Definitions and Associations with Short-Term Mortality. Medicine observational study, v. 94, n. 36, September, 2015.

KAUFMAN, et al. Health Behavior Change Models for HIV Prevention and AIDS Care: Practical Recommendations for a Multi-Level Approach. Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes, August 15, v. 66, s. 3, 2014.

KOP, M.I.V. et al. Advanced HIV disease at presentation to care in Nairobi, Kenya: late diagnosis or delayed linkage to care?—a cross-sectional study. Bio Med Central Infectious Diseases, v. 16, n. 169, 2016. Disponível em: < <http://10.1186/s12879-016-1500-8>>. Acessado em: 10 de Dezembro de 2019.

LEWDEN, C. et al. Disease patterns and causes of death of hospitalized HIV-positive adults in West Africa: a multicountry survey in the antiretroviral treatment era. Journal of the International AIDS Society, v. 17, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.17.1.18797>>. Acessado em: 10 de Março de 2020.

LONG, L.C. et al. The High Cost of HIV-Positive Inpatient Care at an Urban Hospital in Johannesburg, South Africa. Plos one, February 17, 2016. Disponível em: < <http://10.1371/journal.pone.0148546>>. Acessado em: 10 de Março de 2020.

LUMA, H.N. et al. Late presentation to HIV/AIDS care at the Douala general hospital, Cameroun: its associated factors, and consequences. BMC Infectious Diseases, v 18, n. 298, 2018.

MACCARTHY, S. et al. Late presentation to HIV/AIDS testing, treatment, or continued care: Clarifying the use of CD4 evaluation in the consensus definition. HIV medicine, v. 15, n. 3, p. 130-134, March, 2014.

MAHESWARAN, H. et al. Economic costs and health-related quality of life outcomes of hospitalized patients with high HIV prevalence: A prospective hospital cohort study in Malawi. *Plos one*, v. 3, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192991>>. Acessado em: 16 de Janeiro de 2019.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), março, v. 30, n.1, p. 85-91, 2009.

MARQUES, B.G. Fatores de influenciam o diagnóstico tardio de HIV/AIDS: um olhar sociológico de casos em Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Curso de Ciências Sociais: Bacharelado. Porto Alegre, 2015.

MINAYO, M. C. S; GOMES, S. F. D. R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Ed. 28, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MOREIRA, A.L. Diagnóstico tardio na infecção por VIH na ilha de Santiago. Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2013. URI: <<hdl.handle.net/10362/14005>>. Acessado em: 04 de Janeiro de 2019.

NEVES, L.A.P.; GIR, E. Mães portadoras do HIV/Aids: percepções acerca da severidade da infecção; *Revista Escola de Enfermagem da USP* (Universidade de São Paulo), v. 41, n. 4, p. 613-618, 2007.

OLIVEIRA, M.T.; LATORRE, M. do R.D.; GRECO, D.B. The impact of late diagnosis on the survival of patients following their first AIDS related hospitalization in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*, Oxford, v. 24, n. 5, p. 635-641, November, 2012.

OLIVEIRA, F.B. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS; *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 510-516, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Self-help strategies for cutting downs or stopping substance use: a guide. Genebra, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO memorandum. Bull World Health Organization, v. 59, p. 225–245, 1981.

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

PHILLIPS, R.O. et al. Spectrum of disease in HIV-positive patients presenting to a tertiary care hospital: a retrospective, cross-sectional review in Kumasi, Ghana. BMC Infectious Diseases, v.18, n. 419, 2018.

PIERI, F.M.; LAURENTI, R. HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário. Ciência Cuidado e Saúde, v. 11, n. suplementar, p. 144-52, 2012.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA 2018-2021, Secretária Municipal de Franca, São Paulo, resolução 001/2017, 2017.

PRAÇA, N.S.; SOUZA, J.O; RODRIGUES, D.O. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/aids: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Julho/Setembro; v. 19, n. 3, p. 518-525, 2010.

QUADROS, K.N. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 6, n. 2, p. 2140-2146, maio/agosto, 2016.

RIBEIRO, L.C.S.; GIAMI, A.; FREITAS, M.I.F. Representations of people living with HIV: influences on the late diagnosis of infection. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018009703439>>. Acessado em: 05 de Janeiro de 2020.

ROSENSTOCK, I.M.; STRECHER, V.J.; BECKER, M.H. The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In: DiClemente RJ, Peterson JL. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. New York (US): Plenum Press; p.5-24, 1994.

ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. Out; v. 20, n. 4, p. 328-335, 1974 .

SCOGNAMIGLIO, P. et al. The potential impact of routine testing of individuals with HIV indicator diseases in order to prevent late HIV diagnosis. BMC Infectious Diseases. London, v. 13, n. 473, 2013.

SEIDL, E.M.F.; RIBEIRO, T.R.A.; GALINKIN, A.L. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. Psico-USF, Janeiro/Abril v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.

SHAHANI, M.D. et al. Causes of Hospitalization and Perceived Access to Care Among Persons Newly Diagnosed with HIV Infection: Implications for HIV Testing Programs. AIDS PATIENT CARE and STDs, v. 26, n. 2, 2012.

SHROSBREE, J. et al. Late HIV diagnosis is a major risk factor for intensive care unit admission in HIV-positive patients: a single centre observation cohort study; BMC Infectious Diseases, v. 13, n. 23, 2013.

SILVA, A.C.M. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com AIDS em um hospital universitário. Dissertação de Mestrado acadêmico em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

SILVA, L.D. Infecção pelo HIV em mulheres com 50 anos ou mais de idade, em Goiás. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

SOUZA JUNIOR, J.G. Apresentação tardia aos serviços de referência para o cuidado em HIV e aids na cidade do Recife, Pernambuco. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, 2015.

TANG, H. et al. “Late for testing, early for antiretroviral therapy, less likely to die”: results from a large HIV cohort study in China 2006-2014. BMC Infectious Diseases, v. 18, n. 272, 2018.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). One the fast-track to end AIDS. 2016-2021 Strategy.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de Aids, 2015.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Ending AIDS – Progress towards the 90-90-90 targets, 2017.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Mile to go – closing gaps breaking barriers righting injustices, 2018.

VALENTINI, M.B. et al. Evaluation of late presentation for HIV treatment in a reference center in Belo Horizonte, Southeastern Brazil, from 2008 to 2010. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 19, n. 3, p. 253-262, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2015.01.005>>. Acessado em: 16/01/2019.

VERDUGO, F. et al. Pacientes con infección por VIH/SIDA en una Unidad de Pacientes Críticos. La experiencia de un hospital general en un país en desarrollo. Revista Chilena Infectologia, v. 32, n. 3, p. 294-303, 2015.

VILLARINHO, M.V. et al. Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, Março/Abril, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013.

XIE, J. et al. Delays in HIV diagnosis and associated factors among patients presenting with advanced disease at a tertiary care hospital in Beijing, China. Plos one, august 9, 2017.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182333>>. Acessado em: 09 de Novembro de 2019.

ZOUFALY, A. et al. Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV medicine*, Oxford, v. 13, p. 172-181, 2012.

APÊNDICE

01. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – PARTE 1:

1- DADOS DA IDENTIFICAÇÃO:

Número de identificação: _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Data de nascimento: _____

3. Cor referida:

() Branco () Indígena () Amarela

() Pardo () Preta () Ignorado

4. Situação conjugal:

() solteiro(a)

() vive em união consensual/ amigado(a)

() vive em união legal/ casado(a) no cartório

() separado(a)

() viúvo(a)

() Ignorado

5. Zona de residência:

() Urbana () Rural () Periurbana () Ignorado

6. Qual sua escolaridade?

() Analfabeto

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Completo

7. Ocupação (vínculo empregatício – formal ou informal):

() sim

() não

8. Se sim qual? _____

2- DADOS COMPORTAMENTAIS:

1. É tabagista? () Sim () Não () Ignorado

2. É etilista? () Sim () Não () Ignorado

3. Faz uso de drogas? () Sim () Não () Ignorado

3- DADOS CLINICOS:

1. Tempo de internação em dias: _____

2. Causa da internação: _____

3. Diagnóstico da internação: _____

4. Óbito: () Sim () Não

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – PARTE 2:

1. ENTREVISTA

1. Que benefícios o diagnóstico de HIV trouxe para a sua vida? Mudou algo para melhor?
2. Quais alterações/barreiras/dificuldades o diagnóstico ao HIV trouxe para sua vida?
3. Quão grave é esta infecção/doença para a pessoa com HIV?
4. Quais os riscos de infecção pelo HIV pode te oferecer?
5. Que medidas uma pessoa com HIV precisa adotar para ter controle da infecção?

**02. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

NOME: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____
CEP: _____
TELEFONE: DDD (____) _____ / (____) _____

Eu, _____, portadora do RG: _____, estou sendo convidado (a) a participar de um estudo com o nome de **Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar**, cujos objetivos e justificativas são:

- Analisar a proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar.
- Identificar os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, zona de residência e profissão) e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas) de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar;
- Identificar dados referentes à internação (causa da internação, diagnóstico da internação, dias de internação e mortalidade) das pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar;
- Identificar a associação entre os aspectos sociodemográficos e a proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar;
- Identificar a associação entre os dados referentes à internação (mortalidade) e a proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar;
- Identificar os aspectos referentes à apresentação tardia da infecção ao HIV em um ambiente hospitalar.

A minha participação no referido estudo será no sentido de auxiliar a identificar a quantidade de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar, assim ajudar a elaborar estratégias de saúde e pesquisas científicas que aborde o tema para que a

morbidade e mortalidade de pessoas soropositivas diminuam, aumentando o prognóstico da doença e a adesão ao tratamento precocemente.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: Identificar e analisar a prevalência de casos soropositivos ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar, assim discutir e propor ações para diminuir a mortalidade e realizar o diagnóstico precoce da soropositividade ao HIV.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, os riscos encontram-se relacionados à perda de confidencialidade, sendo que este risco será minimizado pela preservação do anonimato e a utilização de referência por meio de códigos numéricos e codinomes aos participantes. Não será usado seu nome em nenhum momento da pesquisa, assim você será abordado por codinomes de cores (azul, branco, verde, entre outros). Caso aconteça a identificação dos pacientes, estes serão excluídos do estudo. Esta pesquisa pode não conter número de amostra significativa, assim caso haja um número pequeno e/ou insignificante de pacientes soropositivos ao HIV com diagnóstico no serviço de atendimento terciário, o estudo não terá significância científica. Se o participante sentir-se desconfortável em algum questionamento poderá optar por não responder ou interromper a pesquisa.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Na hipótese de haver despesa decorrente da pesquisa esta será ressarcida desde que previamente combinada e autorizada; e na hipótese de ocorrer dano comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, será assumida a responsabilidade pelo mesmo nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Elucir Gir, Viviana Colbacho Bettarello e Nádia Bruna da Silva Negrinho, e com eles poderei manter contato pelos telefones (016) 3602-3414 ou (016) 98809- 1946 ou (016) 981467250 respectivamente, ou

ainda através dos e-mails: egir@eerp.usp.br e bettarello@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética do desenvolvimento do projeto de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Misericórdia de Franca, localizado na Praça Dom Pedro II, 1826 – Centro, CEP: 14.400-715 – Franca/SP, ou através do telefone (16) 3711-4051.

Eu entendi as informações apresentadas neste termo. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas, sendo assim **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados serão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram e que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser apresentados em Congressos e publicados em Revistas Científicas, sem que minha identidade seja revelada.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em 02 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a), devidamente rubricada em todas as páginas, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 05 anos após o término da pesquisa.

Franca, de..... de 2019.

Participante da Pesquisa

RG:

Prof^a. Dr^a Elucir Gir

Orientador Responsável pela da Pesquisa

RG:

Viviana Colbacho Bettarello

Pesquisador Responsável pela da Pesquisa

RG:

Nádia Bruna da Silva Negrinho

Pesquisador

RG:

ANEXO

CARTA DE ANUÊNCIA
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 – CNS/CONEP)

Aceito o(s) pesquisador (es) **Viviana Cobalcho Bettarello** sob responsabilidade da orientadora Prof.^a Dra. Elucir Gir da **Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, a realizar a pesquisa intitulada “**Diagnóstico Tardio da Infecção pelo HIV/AIDS em Serviço de Atendimento Terciário**”.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Informo que se trata de autorização prévia, condicionada sua execução à aprovação da referida pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Franca.

Franca/SP

Local

03/09/2018

Data

José Cândido Chimionato

Presidente

Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca
Complexo Hospitalar: Hospitais Central, Câncer, Coração e Ambulatórios Médicos de Especialidades
Centro Administrativo: Rua General Carneiro, 1557 – Centro – Franca/ SP – CEP: 14.400-500 – Tel.: (16) 3711-4000.
www.santacasade Franca.com.br

RIBEIRÃO PRETO

2020

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar

Pesquisador: Viviana Colbacho Bettarello

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 03221218.0.0000.5438

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.410.243

Apresentação do Projeto:

Introdução: A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids) é uma manifestação clínica decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Segundo o Ministério da Saúde (MS) de 1980 a 2016 foram notificados 882.810 casos de aids. A maior incidência concentra-se nos indivíduos de 25 a 39 anos, de ambos os sexos. Um dos principais problemas para o controle da evolução da epidemia de HIV/aids é a apresentação tardia do diagnóstico de pessoas soropositivas, levando ao atraso no tratamento e consequentemente ao aumento da mortalidade e da transmissão do vírus. Três em cada quatro pessoas (75%) vivendo com HIV conhecem seu estado sorológico e a cada quatro de cinco destas pessoas (79%) tem acesso ao tratamento antirretroviral e destes 81% tinham a carga viral suprimida. Três em cada quatro pessoas (75%) vivendo com HIV conhecem seu estado sorológico e a cada quatro de cinco destas pessoas (79%) tem acesso ao tratamento antirretroviral e destes 81% tinham a carga viral suprimida. **Objetivo:** Proporção de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticadas em um ambiente hospitalar. **Metodologia:** A amostra será composta por casos novos de pessoas soropositivas ao HIV diagnosticados em ambiente hospitalar. Os dados serão

Endereço: Praça D. Pedro II, 1720

Bairro: Centro

CEP: 14.400-500

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3711-4182

Fax: (16)3711-4138

E-mail: cep@santacasade Franca.com.br

RIBEIRÃO PRETO

2020

Continuação do Parecer: 3.410.243

coletados por meio de análise de prontuários e fichas de notificação da Comissão de Controle de Infecção no período de cinco anos, assim como entrevista dos soropositivos diagnosticados no ano de 2019, para compreender o processo de saúde-doença. Utilizaremos variáveis como sexo, faixa etária, diagnóstico da internação e dados coletados por meio de entrevista. Os dados serão organizados e analisados em um banco no Microsoft Excel®.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros, coerentes com a propositura geral da pesquisa e são exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios foram expostos e justificam os riscos corridos.

Os riscos foram descritos e as ações minimizadoras destes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a- Metodologia: está adequada com os objetivos do projeto.

b- Referencial Teórico: está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe.

c- Cronograma: Presente e adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: Presente e adequado.

Termo de Anuência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Santa Casa de Franca- Presente e Adequado.

Os demais termos necessários para a execução do projeto foram anexados e estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais e também obrigatória, a apresentação do relatório final, trabalho completo e TCLE's (caso tenha), ao término do estudo.

Endereço: Praça D. Pedro II, 1720

Bairro: Centro

CEP: 14.400-500

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3711-4182

Fax: (16)3711-4138

E-mail: cep@santacasadefranca.com.br

RIBEIRÃO PRETO

2020

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE FRANCA

Continuação do Parecer: 3.410.243

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1244286.pdf	27/05/2019 22:07:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_maiores_de_18_anos.pdf	20/05/2019 22:12:20	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_3233334.pdf	31/03/2019 12:58:42	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Trabalho_detalhado.pdf	31/03/2019 12:49:14	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_ccih.pdf	26/02/2019 17:41:54	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_D O_PESQUISADOR.pdf	14/01/2019 08:51:49	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	20/11/2018 11:57:29	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR.doc x	20/11/2018 11:57:00	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	29/10/2018 21:04:30	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_estrutura.pdf	29/10/2018 21:03:36	Viviana Colbacho Bettarello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 25 de Junho de 2019

Assinado por:
Rodrigo Tavares Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Praça D. Pedro II, 1720
Bairro: Centro CEP: 14.400-500
UF: SP Município: FRANCA
Telefone: (16)3711-4182 Fax: (16)3711-4138 E-mail: cep@santacasade franca.com.br

Página 03 de 03

RIBEIRÃO PRETO

2020