UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GLAUBER PALHA DOS SANTOS

Vigilância dos óbitos por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP, 2012 e 2013

Ribeirão Preto

2015

GLAUBER PALHA DOS SANTOS

Vigilância dos óbitos por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP, 2012 e 2013

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

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa Dra Aline Aparecida Monroe

Ribeirão Preto

2015

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 a fonte.

Santos, Glauber Palha dos

Vigilância dos óbitos por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP, 2012 e 2013.

144 p.: il.; 30cm

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

Orientador: Profa Dra Aline Aparecida Monroe

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 2. Óbito. 3. Mortalidade. 4. Causa da morte. 5. Vigilância epidemiológica. 6.

SANTOS, Glauber Palha dos

Vigilância dos óbitos por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP, 2012 e 2013.

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

Aprovado em:/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedicatória

Aos meus pais

Agradecimentos

Aos meus pais Nelson e Jailce, pela confiança, amor e apoio incondicional e por nunca medirem esforços para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

À minha irmã Janile, por todo carinho, amor, apoio. Palavras nunca serão suficientes para expressar minha admiração por ti.

À Catiucia, pelo carinho, paciência, companhia e contribuição neste estudo.

À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, que com seu olhar meigo me acolheu gentilmente em seu grupo e me oportunizou crescimento pessoal e profissional. Obrigado pelos ensinamentos, cooperação, paciência e dedicação ao longo desta caminhada.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, por compartilhar seu conhecimento, sabedoria e todo apoio proporcionado para o desenvolvimento deste estudo.

À Dra. Lis e Profa. Dra. Jordana, pelas preciosas contribuições para a construção e aprimoramento deste estudo.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, por toda a contribuição e apoio, sempre norteando meu caminho.

À Gabriela Magnabosco, pela gentileza e disponibilidade em contribuir para a conclusão deste estudo. Muito obrigado!

À Livia Maria Lopes, por toda sua delicadeza, docura, incentivo e ensinamentos.

Ao Grupo GEOHids, pela parceria durante esse tempo e por todo o aprendizado compartilhado.

Aos meus amigos, pelo apoio e por proporcionarem momentos inesquecíveis.

A todos vocês, nunca haverá palavras suficientes para agradecer tudo o que fizeram e fazem por mim. Muito obrigado!

À Deus, pela minha vida e por ter colocado essas pessoas maravilhosas em meu caminho. Obrigado!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

RESUMO

SANTOS, G. P. **Vigilância dos óbitos por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP, 2012 e 2013.** 2015, 144 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos para o manejo do HIV/aids, os óbitos pela doença em algumas realidades sócio sanitárias ainda representam um importante desafio. Em 2011, Ribeirão Preto se destacou dentre os municípios com maior número de óbitos pela doença no Estado de São Paulo. Nesse sentido, objetivou-se analisar os óbitos por aids ocorridos em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa. Foram incluídos os indivíduos que viviam com HIV/aids que foram a óbito pela doença no período supracitado, tendo como causa básica, segundo o código Internacional de Doenças, os códigos de B20 ao B24. Foram excluídos os casos com idade igual ou inferior a 18 anos e pertencentes ao sistema prisional. Elaborou-se um formulário específico para a coleta de dados, cujas fontes secundárias de informação utilizadas foram: Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram analisados por meio do *software* Statística 9.1 da StatSoft, utilizando-se técnicas de análise exploratórias, incluindo proporções, medidas de tendência central e variabilidade. Os resultados sinalizaram possíveis fragilidades relacionadas à não integração dos sistemas de informação, bem como a qualidade dos dados inseridos nos mesmos. Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos óbitos esteve relacionada ao sexo masculino (56,5%), sendo a razão entre os sexos de 1,3 homens/mulher. Houve um acometimento de faixas etárias mais velhas (40 a 59 anos, 56,5%) e, ao se considerar a composição étnico-racial do município para os anos estudados, identificou-se elevada taxa de mortalidade (52/100 mil hab.) entre as pessoas da cor preta. Houve predomínio de óbitos entre os indivíduos solteiros (61,1%) e com ensino fundamental (44,4%). Elevados percentuais de dados ignorados foram identificados nas variáveis ocupação (56,6%) e escolaridade (40,7%). O tempo mediano entre o diagnóstico da doença e o óbito foi de 61,5 meses, sendo que para os homens esse tempo foi de 16 meses (29,6% ocorreu em menos de um mês após o diagnóstico). Indivíduos na faixa etária de 21 a 39 anos morreram mais rápido após o diagnóstico da doença, com um tempo mediano de 19 meses (30,3% dos óbitos ocorreu em menos de um mês após o diagnóstico da aids. Entre as causas do óbito estão doenças não definidoras da aids e outras condições associadas, como a coinfeção de hepatites virais, outras comorbidades e condições de risco (uso de substâncias psicoativas). Espera-se contribuir com reflexões acerca do acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e os desafios para a adesão terapêutica das pessoas que vivem com HIV/aids, além da necessidade de se repensar as práticas e políticas públicas em consonância com as demandas individuais e sociais em um determinado contexto, ampliando-se o escopo das ações e intervenções segundo perspectivas intersetoriais.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Óbito; Mortalidade; Causa da Morte.

ABSTRACT

SANTOS, G.P. **Surveillance of deaths from HIV/AIDS in Ribeirão Preto-SP, 2012 and 2013.** 2015, 144 f. Thesis (MS) - College of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Despite technological and therapeutic advances in the management of HIV/AIDS, the deaths from AIDS in some socio health institutions still represent a major challenge. In 2011, Ribeirão Preto stood out among the municipalities with the highest number of deaths from AIDS in the São Paulo State. In this sense, it aimed to analyze deaths from AIDS occurred in Ribeirão Preto in the years 2012 and 2013. It was a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Individuals living with HIV/AIDS who died from the disease during the considered period were included, with the underlying cause, according to the International Classification of Diseases code, the codes B20 to B24. Cases aged under 18 and belonging to the prison system were excluded. A specific form was elaborated for data collection, the secondary sources of information used were: Mortality Information System and the Notifiable Diseases Information System. Data were analyzed using the Statistica 9.1 StatSoft software, by exploratory analysis techniques, including proportions, central tendency and variability. The results signaled possible weaknesses related to the non-integration of information systems and the quality of data entered in them. As for sociodemographic characteristics, most of the deaths was related to male (56.5%), and the sex ratio of 1.3 men/women. There was an involvement of older age groups (40 to 59 years, 56.5%) and, when considering the ethnic and racial composition of the municipality for the years studied, it was identified high mortality rate (52/100 thousand inhabitants) among people of black skin color. There was a predominance of deaths among single individuals (61.1%) and elementary education (44.4%). High percentages of missing data were identified in the occupation variables (56.6%) and education (40.7%). The median time between diagnosis of disease and death was 61.5 months, and for men this time was 16 months (29.6% of this deaths occurred in less than a month after diagnosis). Individuals aged 21 to 39 died soon after diagnosis of the disease, with a median time of 19 months (30.3% of deaths occurred in less than a month after diagnosis of AIDS). Among the causes of death are not defining disease of AIDS and other associated conditions such as viral hepatitis coinfection, other comorbidities and risk conditions (psychoactive substance). It is expected to contribute to reflections on the access to early diagnosis, timely treatment and challenges for adherence of people living with HIV/AIDS, and the need to rethink the practices and policies in step with the individual and social demands in a particular context, expanding the scope of actions and interventions according intersectoral prospects.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Death; Mortality; Cause of death.

RESUMEN

SANTOS, G.P. **Vigilancia de las muertes por VIH/SIDA en Ribeirão Preto-SP, 2012 y 2013.** 2015, 144 f. Tesis (MS) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos en el tratamiento del VIH/SIDA, las muertes por la enfermedad en algunas instituciones socio sanitarias siguen representando un reto importante. En 2011, Ribeirão Preto se destacó entre los municipios con el mayor número de muertes por la enfermedad en el estado de São Paulo. En este sentido, el objetivo de la investigación fue analizar las muertes por SIDA que se produjo en Ribeirão Preto, en los años 2012 y 2013. Un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cuantitativo. Se incluyeron las personas que vivían con el VIH/SIDA y murieron de la enfermedad durante el período indicado, con la causa subyacente, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (B20 a B24). Se excluyeron los casos menores de 18 años y pertenecientes al sistema penitenciario. Fue elaborado un formulario específico para la recogida de los datos, cuyas fuentes secundarias de información utilizadas fueron: Sistema de Información de Mortalidad y Sistema de Información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos fueron analizados utilizando el software Statistica 9.1 Statsoft, por medio de técnicas de análisis exploratorios, incluyendo proporciones, la tendencia central y variabilidad. Los resultados señalaron posibles debilidades relacionadas con la falta de integración de los sistemas de información y la calidad de los datos introducidos en ellos. Las características sociodemográficas, la mayoría de las muertes se relacionó con hombres (56,5%), y la proporción de sexos fue de 1,3 hombres/mujeres. Hubo una participación de los grupos de mayor edad (40 a 59 años, 56,5%) y, cuando se considera la composición étnica y racial de la ciudad para los años estudiados, se identificó la alta tasa de mortalidad (52/100 mil habitantes) entre las personas de color de la piel negro. Hubo un predominio de las muertes entre las personas solteras (61,1%) y con educación primaria (44,4%). Los altos porcentajes de los datos que faltan se identificaron en las variables de ocupación (56,6%) y educación (40,7%). La mediana del tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y la muerte fue 61,5 meses, y para los hombres fue de 16 meses (29,6% ocurrieron en menos de un mes después del diagnóstico). Las personas de edad 21 a 39 años murieron poco después del diagnóstico de la enfermedad, con un tiempo medio de 19 meses (30,3% de las muertes se produjo en menos de un mes después del diagnóstico de SIDA). Entre las causas de muerte apuntan las enfermedades no definidoras del SIDA y otras enfermedades asociadas como la coinfección por hepatitis viral, otras comorbilidades y condiciones de riesgo (abuso de sustancias psicoativas). Se espera que el estudio contribuya a la reflexión sobre el acceso al diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y desafíos para la adhesión de las personas que viven con el VIH/SIDA, y la necesidad de repensar las prácticas y políticas en línea con las demandas individuales y sociales en un contexto particular, ampliando el alcance de las acciones e intervenciones según perspectivas instersectoriais.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Muerte; Mortalidad; Causa de la muerte.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de localização do município de Ribeirão Preto no estado de São Paulo....	46
Figura 2. Pirâmide populacional de Ribeirão Preto nos anos de 2010 e 2014.....	47
Figura 3. População de Ribeirão Preto segundo raça/cor em 2014.....	47
Figura 4. Índice de Desenvolvimento Humano de Ribeirão Preto e suas dimensões nos anos de 1991, 2000 e 2010.....	49
Figura 5. Mapa de Ribeirão Preto segundo os grupos de vulnerabilidade social em 2010.....	50
Figura 6. Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, CGR e municípios com destaque para Ribeirão Preto.....	52
Figura 7. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2014.....	56
Figura 8. Número total de casos novos de HIV, aids e óbitos por HIV/aids no período de 2009-2013 em Ribeirão Preto.....	58
Figura 9. Taxa de incidência de aids e mortalidade por 100 mil habitantes de Ribeirão Preto em comparação as respectivas taxas no estado de São Paulo nos anos de 2009 a 2013.....	59
Figura 10. Etapas e procedimentos adotados na coleta de dados envolvendo o manuseio do SIM e SINAN, 2015.....	67
Figura 11. Fluxograma dos procedimentos de investigação.....	72
Figura 12. Notificações de HIV e aids dos óbitos em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.....	75

Figura 13. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo o ano de diagnóstico do HIV e da aids.....	76
Figura 14. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013 segundo local de notificação do HIV e aids.....	76
Figura 15. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013 segundo sexo.....	79
Figura 16. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.....	80
Figura 17. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo sexo.....	81
Figura 18. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo faixa etária.....	82
Figura 19. Óbitos por HIV/aids segundo local de ocorrência em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.....	83
Figura 20. Distribuição de frequência da doença ou estado mórbido que causou diretamente o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto em 2012 e 2013.....	84
Figura 21. Distribuição de frequência da causa básica dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto em 2012 e 2013.....	85
Figura 22. Percentual de óbito identificados no SINAN que evoluíram para óbito nos anos de 2012 e 2013 em comparação com a menção ao HIV/aids no SIM nos mesmos anos em Ribeirão Preto.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos modelos assistenciais de atenção vigentes no Brasil.....	37
Quadro 2. Critérios de definição de casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais.....	40
Quadro 3. Grupos do IPVS em Ribeirão Preto, segundo setores censitários com mais de 50 domicílios particulares permanentes em 2010.....	51
Quadro 4. Unidades de Saúde por Distrito e sua respectiva população de abrangência....	53
Quadro 5. Ambulatórios de DST/aids e seus respectivos distritos de saúde.....	54
Quadro 6. Relação resumida dos códigos do CID-10 do grupo entre B20 e B24 associados à doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	61
Quadro 7. Descrição dos objetivos específicos, seções, fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência da localização das notificações (n=108), segundo as etapas realizadas no processo de identificação.....	73
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.....	74
Tabela 3. Distribuição da frequência dos óbitos por HIV/aids segundo as variáveis prática sexual e sexo registradas na notificação da aids (SINAN), Ribeirão Preto, 2012 e 2013.....	77
Tabela 4. Distribuição da frequência dos óbitos por HIV/aids segundo as variáveis uso de drogas injetáveis e escolaridade registradas na notificação da aids (SINAN), Ribeirão Preto, 2012 e 2013.....	77
Tabela 5. Distribuição de frequência dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto, segundo a categoria de exposição nos anos de 2012 e 2013.....	78
Tabela 6. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.....	83
Tabela 7. Distribuição das causas intermediárias mais frequentes que causaram o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto, 2012 e 2013.....	84
Tabela 8. Distribuição de frequência das outras condições significativas que contribuíram para o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto, 2012 e 2013.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARV	Antiretrovirais
BEPA	Boletim Epidemiológico Paulista
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD4	Cluster of differentiation 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CPFL	Companhia Paulista de Força e Luz
CSE	Centro de Saúde Escola

CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DO	Declaração de óbito
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
DVE	Departamento de Vigilância Epidemiológica
FJC	Fundação João Pinheiro
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEOHAids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GHIV	Grupo Humanitário de Incentivo à Vida
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NADEF	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA-59	Núcleo de Gestão Assistencial(Ambulatório Regional de Especialidades)
ONG	Organizações não governamentais
OSC	Organizações da Sociedade Civil

PA	Pronto Atendimento
PAM	Posto de Atendimento Médico
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PubMed	Publisher Medline
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SICAEV	Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAN NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Internet
SINAN WIN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Windows
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de droga injetável

UETDI	Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>23</u>
<u>1. INTRODUÇÃO</u>	<u>25</u>
1.1. ÓBITOS POR HIV/AIDS E SUAS PRINCIPAIS CAUSAS: ESTADO DA ARTE	28
<u>2. QUADRO TEÓRICO</u>	<u>31</u>
2.1. A FORMAÇÃO HISTÓRICA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	32
2.2. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO NOVO MODELO ASSISTENCIAL	35
2.3. VIGILÂNCIA EM HIV/AIDS: A VERTENTE EPIDEMIOLÓGICA NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E DINÂMICA DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA	37
<u>3. OBJETIVOS</u>	<u>42</u>
3.1. GERAL	43
3.2. ESPECÍFICOS	43
<u>4. MATERIAIS E MÉTODOS</u>	<u>44</u>
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	45
4.2. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO	45
4.2.1. RIBEIRÃO PRETO: CONTEXTO SOCIAL E ECONÔMICO	45
4.2.2. ORGANIZAÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	51
4.2.3. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO HIV/AIDS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	54

4.2.4. O HIV/AIDS ENQUANTO UMA PRIORIDADE NA AGENDA LOCAL DE SAÚDE	57
4.3. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	60
4.3.1. POPULAÇÃO DO ESTUDO	60
4.3.1.1. Critérios de inclusão	60
4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
4.5. FONTES DE COLETA DE DADOS	61
4.6. VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO	62
4.7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	63
4.8. PLANO DE ANÁLISE	67
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	68
4.10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
5. RESULTADOS	70
5.1. IDENTIFICAR OS ÓBITOS E RESPECTIVAS NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO NOS ANOS DE 2012 E 2013	71
5.2. CARACTERIZAR O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS INDIVÍDUOS QUE FORAM AO ÓBITO POR HIV/AIDS	73
5.3. IDENTIFICAR A SITUAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DO HIV E DA AIDS NOS ÓBITOS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO NOS ANOS DE 2012 E 2013	75
5.4. DESCREVER AS CAUSAS PRINCIPAIS E AS OUTRAS CONDIÇÕES QUE CONTRIBUÍRAM PARA OS ÓBITOS POR HIV/AIDS	83

6. DISCUSSÃO	87
6.1. ÓBITOS POR HIV/AIDS E AS RESPECTIVAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS.	88
6.2. PADRÃO DE MORTALIDADE SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: A SUA RELAÇÃO COM O PERFIL DA EPIDEMIA NO ESTADO DE SÃO PAULO E DESAFIOS NO PREENCHIMENTO DOS DADOS.	91
6.3. SITUAÇÃO E EVOLUÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DO HIV E DA AIDS NOS ÓBITOS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO: TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO DA AIDS E O ÓBITO	100
6.4. CAUSAS MÚLTIPLAS DOS ÓBITOS POR HIV/AIDS	111
7. CONCLUSÕES	117
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	135
ANEXOS	141

APRESENTAÇÃO

O presente estudo objetivou analisar os óbitos pela HIV/aids ocorridos no município de Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013. O estudo foi desenvolvido com o apoio e participação do “Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids” (GEOHAids), que prioriza a temática do HIV/aids enquanto uma condição crônica e infecciosa na rede de atenção à saúde, e do “Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose” (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq. O GEOHAids, em parceria com o GEOTB, vem desenvolvendo pesquisas de forma integrada às entidades governamentais, profissionais dos serviços de saúde, instituições de ensino superior estadual e federal, estudantes de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) com o intuito de formação e consolidação de um grupo que desenvolva estudos capazes de produzir respostas teóricas e operacionais para o adequado manejo do HIV/aids enquanto condição crônica e social nas redes de atenção à saúde. O delineamento deste objeto de pesquisa resultou da articulação e discussão entre a universidade e os gestores da Secretária Municipal de Saúde, em especial, a coordenadoria do Programa Municipal de DST/aids/Hepatites Virais. Cabe ressaltar que tal objeto de estudo se constitui como uma prioridade na agenda municipal de saúde, sendo considerado de extrema importância para o controle da doença e formulação de políticas públicas locais.

1. INTRODUÇÃO

Em 5 de junho de 1981 a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi documentada pela primeira vez, tornando-se desde então, uma das piores epidemias da história, contabilizando até hoje mais de 60 milhões de infecções, 30 milhões de óbitos e sem fim à vista (BRITO et al., 2001; DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2011; REIS; GIR, 2002). A infecção ocorre por um retrovírus conhecido como vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), que é responsável pela progressiva destruição do sistema imunológico humano, cuja forma mais grave é marcada pelo surgimento de diversas infecções oportunistas, as quais debilitam a pessoa, podendo leva-la à morte (SOUZA, 2008).

O longo período entre a infecção pelo HIV e a emergência da aids sintomática, em torno de 10 anos, oportunizou a generalizada transmissão do HIV antes do reconhecimento da epidemia e de todas as tentativas de prevenção (BRASIL, 2008a; DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2011). Passaram-se mais de 30 anos desde sua primeira descrição, e a pandemia do HIV/aids faz com que a doença permaneça como um dos mais impactantes e desafiadores problemas da saúde pública no cenário mundial (UNAIDS, 2010a, 2010b). Em 2011, cerca de 34 milhões de pessoas viviam com o HIV/aids (PVHA) no mundo, houve 1,7 milhões de óbitos e uma média de 7 mil novos casos de indivíduos infectados por dia (UNAIDS, 2012).

Estima-se que no Brasil haja 718 mil PVHA (BRASIL, 2013a) sendo que no ano de 2012, foram notificados 39.185 novos casos, valor que se mantém estável nos últimos cinco anos. Do total de casos novos em 2012, somente na Região Sudeste foram 16.398, o que corresponde a 41,8% do total de casos no país (BRASIL, 2012a, 2013a).

Em relação à mortalidade por aids no Brasil, desde a descoberta dos primeiros casos (1980) até o ano de 2012, foram declarados 265.698 óbitos classificados como causa básica “doenças pelo vírus do HIV” segundo aos códigos do CID-10 (WHO, 2010) B20 ao B24. Considerando os óbitos por outras causas com menção ao HIV/aids, verifica-se um incremento de 8.353 ocorrências (BRASIL, 2013a).

Somente no ano de 2012 ocorreram 11.896 óbitos no Brasil, sendo 5.440 (47,5%) na Região Sudeste, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 5,6/100.000 habitantes, discretamente superior à taxa nacional (5,5/100.000 habitantes) no mesmo ano (BRASIL, 2013a; SÃO PAULO, 2014).

Ressalta-se que no período de 2007 a 2011, o Grupo de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto apresentou um dos maiores crescimentos na taxa de mortalidade do estado, correspondendo a 29,5%. De 1990 até 2011 foram registrados ao todo 2.872 óbitos em Ribeirão Preto (SÃO PAULO, 2012a). Além disso, em 2011 o município ficou entre as cidades com

maior número de óbitos, atrás apenas da cidade de São Paulo e Santos, apresentando uma taxa de mortalidade de 10,8/100.000 habitantes, superior à do estado de São Paulo como um todo no mesmo ano (SÃO PAULO, 2012a).

De um modo geral, a taxa de mortalidade por aids vem diminuindo no Brasil nos últimos 10 anos, resultado do reconhecido impacto do programa brasileiro de DST/aids, uma vez que os avanços científicos relacionados aos medicamentos ocasionaram um aumento significativo na expectativa de vida das PVHA, possibilitando a diminuição da morbimortalidade pela doença, a redução das infecções oportunistas e, consequentemente, contribuindo para o aumento e a melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2008a; CARACIOLO, 2007; SADALA; MARQUES, 2006; TEIXEIRA, 2006). Desta forma, o HIV/aids passou a ser considerado uma condição tratável e não mais inevitavelmente fatal (BRITO et al., 2001; DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2011), conferindo assim, um caráter crônico à infecção, impondo desafios às políticas públicas no sentido de expandir o acesso dessa população à promoção da saúde, prevenção da infecção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (NICHATA et al., 2011, SÃO PAULO, 2012a).

Atualmente, a atenção ao HIV/aids se organiza em um contexto sanitário no qual prevalecem, hegemonicamente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde, onde os pontos de atenção atuam de forma isolada e carecem de mecanismos de comunicação, tornando-se, por consequência, incapazes de prestar uma atenção coordenada, contínua e efetiva às condições crônicas, (ALMEIDA et al., 2010; MENDES, 2011, 2012), dentre as quais o próprio manejo do HIV/aids.

Frente a esse cenário, para que a resposta social às necessidades e demandas de saúde da população tenha coerência com a situação atual de saúde, impõe-se a necessidade de superar o paradigma fragmentado vigente e organizar o sistema de saúde de modo a promover a atenção às condições crônicas (MENDES, 2012). A atenção integral às PVHA necessita não apenas da implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas também do fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006a) por meio de pontos coordenados de atenção à saúde, que visem prestar uma assistência contínua e integral (MENDES, 2011), acessível e resolutiva.

O conhecimento acerca dos óbitos por HIV/aids no município, principalmente no que tange às ações para o controle e acompanhamento, conforme as necessidades das pessoas que vivem com a infecção, possibilitarão a compreensão dos aspectos e variáveis que se articulam e estiveram envolvidas em tal desfecho.

Nesse sentido, o presente estudo se justifica em função do elevado número de óbitos do município e pela necessidade de produzir conhecimentos teóricos e operacionais acerca das características que envolvem os óbitos por HIV/aids que ocorreram em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, de modo a contribuir com reflexões sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento durante a assistência prestada em HIV/aids. Para além das questões relacionadas à organização e qualidade dos serviços de saúde, este estudo permitirá importantes questionamentos pertinentes às vulnerabilidades individuais e sociais inscritas em um dado contexto, possibilitando assim, compreender a necessidade de coerência e coesão das políticas públicas em uma perspectiva ampliada, para além das questões setoriais.

1.1. Óbitos por HIV/aids e suas principais causas: estado da arte

Foi realizada uma busca bibliográfica com o intuito de agrupar os dados e sintetizar o conhecimento científico que vem sendo produzido a respeito do objeto de pesquisa.

Para a revisão da literatura foram realizadas as seguintes etapas: formulação do problema; escolha das bases de dados; identificação dos descritores; definição dos critérios de inclusão e exclusão; levantamento bibliográfico; Análise de títulos e resumos; Análise do artigo na íntegra; síntese do conhecimento; agrupamentos dos dados coletados.

A primeira etapa cumprida após a definição do objeto de estudo foi a escolha das bases de dados, desse modo optou-se pelas bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) que é a mais importante base de dados da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe e PubMed (Publisher Medline), importante base de dados que compreende a literatura científica nos campos da biomedicina e da saúde.

A identificação dos descritores deu-se por meio de uma busca simples no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings). Foram encontrados nove descritores relacionados ao objeto de estudo, após leitura da definição de cada descritor foram selecionados cinco para a realização do levantamento bibliográfico, a saber: *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Mortalidade; Causas da morte e Morte*.

Para a revisão da literatura nas bases de dados, foram considerados artigos publicados no período temporal de 2009 a 2013, completos, escritos nos idiomas Inglês, Espanhol e Português, que estudaram sujeitos adultos (maiores de 19 anos) e que mencionavam nos

resultados: mortalidade por aids, causas principais, antecedentes mórbidos e outras condições que contribuíram para os óbitos pela doença. Foram excluídas dissertações e teses.

A busca foi realizada mediante o cruzamento dos descritores controlados supracitados, resultando na identificação de 101 artigos junto à base de dados LILACS, dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 16 para a análise de título e resumo no primeiro momento. No PubMed foram localizados 2.380 estudos que, após aplicação dos referidos critérios de inclusão, foram considerados 204 artigos para proceder à análise de título e resumo. Após a primeira análise, foram selecionados para a leitura na íntegra oito artigos do LILACS e 45 do PubMed. Destes 45 manuscritos do PubMed, oito foram excluídos, pois não possuíam livre acesso. Deste modo, o processo de levantamento e seleção de materiais bibliográficos resultou na inclusão de 37 estudos para a leitura na íntegra.

Após a leitura na íntegra dos oito artigos selecionados no LILACS, apenas quatro foram incluídos na revisão por estarem de acordo com os critérios de inclusão. Dos 37 artigos do PubMed, foram considerados 35 pelas mesmas razões. Assim, 39 artigos estavam coerentes com os critérios estabelecidos, sendo considerados relevantes à temática estudada. Concomitante à leitura na íntegra, realizou-se a síntese do conhecimento produzido de forma sistemática com a ajuda de um formulário (Apêndice A) elaborado para esta finalidade, o qual organizava as seguintes informações: *Título do artigo; Periódico em que foi publicado (Nome, volume, número e ano); Autores; País de origem da pesquisa; Local do estudo; Objetivos; Sujeitos pesquisados; Período da pesquisa; Delineamento do estudo ou Método utilizado; Síntese do conhecimento produzido; Limitações do estudo e Comentários.*

Após o levantamento e organização dos materiais bibliográficos selecionados, procedeu-se à categorização dos mesmos, resultando na identificação de quatro eixos principais no que tange aos seus resultados/contribuições: *Perfis de mortalidade (sexo, raça, faixa etária e fatores socioeconômicos)* (BELVEDERE; MILLER; HOGG, 2012; BOING; LUNARDON, 2009; DOU et al., 2011; FALSTER et al., 2009; FRIEDMAN et al., 2013; MACINKO; ELO, 2009; SIMARD et al., 2012); *Causas principais relacionadas aos óbitos por aids* (ATCC, 2010; BIRNBAUM; MURRAY; LOZANO, 2011; COX et al., 2010; HESSAMFAR-BONAREK et al., 2010; HERNANDO et al., 2012; JAPIASSÚ et al., 2010; LEE et al., 2013; LIM et al., 2012; MACPHERSON et al., 2009; NEGIN et al., 2010; RISQUEZ et al., 2011; SODQI et al., 2012); WONG et al., 2012; KOWALSKA et al., 2012); *Fatores associados ao desfecho óbito* (CHOW et al., 2012; COCKERHAM et al., 2010; FONSECA et al., 2012; SPILLANE et al., 2012; VERAS et al., 2011); *Diagnóstico tardio versus Oportuno* (BRINKHO

et al., 2009; GRANGEIRO et al., 2011; MIRZAEI et al., 2013; SIMMONS et al., 2013; SOBRINO-VEGAS et al., 2012; ZWAHLEN et al., 2009).

Os materiais identificados permitiram uma maior aproximação sobre as questões que envolvem o perfil das pessoas que estão morrendo por aids diante das novas tendências assumidas pelo agravo. Além de contribuir para o conhecimento das principais causas de morte e fatores associados.

Esses achados reiteram a relevância do presente estudo, pois além de manter coerência com o conhecimento que está sendo produzido, também possui o potencial de complementar a compreensão deste objeto, que é complexo e possui interface com dimensões individuais, sociais, culturais e sanitárias. O desenvolvimento deste estudo justifica-se devido ao elevado número de óbitos registrados no município de Ribeirão Preto, além da necessidade de produzir conhecimentos teóricos e operacionais acerca das características que envolvem tal desfecho desfavorável neste cenário nos anos de 2012 e 2013. Pretende-se contribuir com reflexões sobre o acesso às ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno dentre as estratégias de o enfrentamento da epidemia da aids, bem como o adequado manejo da doença enquanto uma condição crônica que desafia permanentemente as práticas e políticas públicas sociais e de saúde.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1. A formação histórica da Vigilância Epidemiológica

O conceito de *vigilância* na área de saúde está historicamente associado ao entendimento de saúde e doença presentes em diferentes épocas, assim como as práticas de cuidado e intervenção, no intuito de impedir a disseminação das doenças (MONKEN; BATISTELLA, 2008)

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social no que se refere à saúde da população (BRASIL, 2005a; SCLiar, 2007). Em meados do século XVI, a forma de organização sanitária das cidades foi influenciada por um novo modelo médico e político¹ que surgia, fazendo com que houvesse um deslocamento dos mecanismos de intervenção, passando do isolamento para a quarentena (MONKEN; BATISTELLA, 2008).

A prática da quarentena foi estabelecida principalmente para a proteção dos indivíduos frente às epidemias da peste bubônica na idade média. Os contactantes dos casos da doença eram obrigados a ficarem isolados durante duas semanas, em casa ou lugares próprios para recebê-los. Esse tempo posteriormente foi estendido para 40 dias, originando assim, o termo *quarentena* (MEDRONHO, 2009).

Já no final do século XIX, com o surgimento das teorias microbiológicas de determinação das doenças, é desenvolvido o conceito de *vigilância* como atividade de saúde pública, definida pela específica e limitada função de monitoração dos contactantes dos casos índice, com o propósito de detectar precocemente novos casos e iniciar rapidamente o isolamento. A obrigatoriedade da notificação das doenças infecciosas se inicia em 1881 na Itália, países Europeus e posteriormente nos Estados Unidos, nos quais os casos de varíola, tuberculose e cólera passam a ser de notificação compulsória (CAMPOS et al., 2006; MEDRONHO, 2009). No Brasil, a notificação obrigatória consta no rol de medidas propostas por Oswaldo Cruz no início do século XX (ESCORES; TEIXEIRA, 2008)

Neste contexto, o foco das ações de controle das doenças infecciosas era individual, baseado no significado original da vigilância, de observação sistemática e ativa dos casos suspeitos e confirmados assim como seus contactantes. Somente na metade do século XX é que lentamente mudava o foco do indivíduo para as doenças nas populações, surgindo uma

¹ Medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1979).

concepção mais ampla de vigilância com o propósito de aprimorar as medidas de controle, entendida como o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde da comunidade (BRASIL, 2009; MEDRONHO, 2009).

Em 1963, Alexander Langmuir², conceituou vigilância como:

Observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1963 APUD SILVA-JÚNIOR, 2004).

Desde então vários termos foram utilizados para designar tais atividades, mas é em 1964 que surge a expressão ‘Vigilância Epidemiológica’, proposta por Karel Raska³. Designação que foi consagrada com criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde, em 1965 (MEDRONHO, 2009).

No final da década de 1960, a vigilância epidemiológica recebe considerável impulso, sendo objeto de ampla discussão da 21ª Assembleia Mundial da Saúde sobre sua aplicação no campo da saúde pública. O resultado é uma visão mais abrangente, sendo sua utilização recomendada não somente às doenças transmissíveis, mas em outros eventos adversos à saúde (RAVANHOLI, 2003 P 37). Como pode ser observado na definição de vigilância realizada pelo relator do grupo de trabalho, Karel Raska:

[...] o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que compreende a ecologia do agente infeccioso, o hospedeiro, os reservatórios e vetores do meio, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e extensão que essa disseminação ocorre (RASKA, 1966, p.316).

O uso universal da vigilância como instrumento foi incentivado pela Organização das Nações Unidas e a Organização Panamericana de Saúde na década de 1970. Um dos principais fatores que propiciaram essa disseminação em todo o mundo foi a campanha de erradicação da varíola. Com a criação dos sistemas de vigilância epidemiológica nos países, ampliou-se o escopo das ações para um conjunto maior de doenças, sistematizando as ações já realizadas e implementando outras, visando reduzir a morbimortalidade de crianças e adultos jovens (MONKEN; BATISTELLA, 2008; WALDMAN; ROSA, 1998).

Neste período, no Brasil, o Ministério da Saúde inicia a organização do processo de implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, normatizado pela lei 6259/75

² Alexander Langmuir, epidemiologista norte-americano, é considerado um dos principais mentores do desenvolvimento da vigilância como instrumento de saúde pública (WALDMAN; ROSA, 1998)

³ Karel Raska, epidemiologista tcheco, é considerado, juntamente com Alexander Langmuir, um dos principais responsáveis pela ampla difusão da vigilância como instrumento de saúde pública (WALDMAN; ROSA, 1998).

(BRASIL, 1975), que pautou a sua atuação por meio da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (WALDMAN, 1991, WALDMAN; ROSA, 1998). Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (MONKEN; BATISTELLA, 2008).

As atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária organizavam-se em ações fragmentadas, pontuais e de caráter verticalizado. Uma com função principal no controle das doenças transmissíveis, e outra pela fiscalização de fronteiras, portos e medicamentos (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Durante a década de 1980, o debate acerca da excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de *vigilância* (epidemiológica, sanitária e ambiental) e de novos modelos organizacionais da saúde, culminaram na reforma sanitária. Resultando na elaboração do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012b) e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que instituiu em 1990 o Sistema Único de Saúde, definindo assim, vigilância epidemiológica como:

[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

A definição de vigilância epidemiológica, estabelecida pela Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), amplia seu escopo ao determinar que o foco das ações não será mais a doença em si, mas sim os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Essa inovação na visão do Sistema Nacional de Vigilância sob a lógica do SUS permitiu considerar uma nova concepção ampliada de *vigilância em saúde*⁴ que capaz de reunir um conjunto de saberes e práticas de diversas áreas (epidemiológica, sanitária, ambiental), com a finalidade de redirecionar as estratégias de intervenção (PASSOS, 2003; VILLA, 1999).

⁴ Com o objetivo de padronizar a terminologia usada neste estudo, sem nos aprofundarmos em questões conceituais, optamos pela utilização do termo *vigilância em saúde*. Vale salientar que, embora possam ser encontradas diferentes terminologias (vigilância da/à/na/em saúde) e vertentes, a definição apresentada neste estudo deve ser entendida como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, tendo como características básicas: *a intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações*. Além disso, essa vertente aponta a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998)

2.2. A vigilância em saúde como novo modelo assistencial

Após a Constituição de 1988, o Sistema de Saúde no Brasil busca modelos alternativos aos modelos hegemônicos (médico assistencial e sanitarista) que não conseguem mais responder à complexidade das condições de saúde no país. O objetivo dessa busca é superar a dinâmica de organização biologicista, antropocêntrica, medicalizante e iatrogênica, por um modelo de atenção que responda, de forma eficaz, às reais necessidades de saúde da população brasileira (MONKEN; BATISTELLA, 2008; TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Neste contexto desenvolveu-se o conceito de *vigilância em saúde*, que pode ser entendido tanto como uma proposta de gestão das práticas sanitárias, quanto como um modelo de atenção (RIO GRANDE DO SUL, 2013). A vigilância em saúde indica um caminho promissor para a concretização do ideário e princípios do SUS, uma vez que desloca o objeto da doença para as condições e estilos de vida das pessoas, firmando-se no conceito ampliado de saúde, conforme proposto no art. 3º da Lei 8.080:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Assim, a vigilância em saúde, partindo-se da sua concepção abrangente, ancora-se na rearticulação de saberes e das práticas sanitárias que são organizadas e produzidas em um determinado território (FONSECA; CORBO, 2007).

Tal dinâmica de organização privilegia a construção de políticas públicas, a atuação intersetorial, assim como articulação de ações integradas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em torno de problemas de saúde em uma determinada população. O planejamento das ações, tendo como alicerce as análises de situações de saúde nas áreas geográficas, visa responder oportunamente aos problemas de saúde da população e seus contextos geradores (MONKEN; BATISTELLA, 2008; RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O processo de territorialização é o ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde, permitindo analisar os principais elementos de uma população, segundo a lógica das relações, condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde, determinado assim, em maior ou menor escala seu grau de qualidade de vida (MONKEN; BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A análise do território deverá ser realizada a partir de uma coleta sistemática de dados, que vão informar sobre a situação e problemas de saúde da população nele contido, identificando ainda, vulnerabilidades, populações expostas e problemas prioritários. Isto permite um melhor planejamento e propostas de intervenção voltadas para a produção social da saúde (MONKEN; BATISTELLA, 2007, TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Nesse sentido, pode-se dizer que a elaboração de diagnósticos territoriais baseia-se no trinômio informação-decisão-ação, no qual o território deve estar permanentemente em avaliação, pois muito além de uma delimitação geométrica, o território apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político, cultural e social, modificando-se conforme a dinâmica das relações sociais, expressando assim, um espaço em constante construção (MEDRONHO, 2009; MENDES, 1993; MONKEN; BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Seguindo este raciocínio, fica evidente que o diagnóstico da situação de saúde e condições de vida representa, portanto, um trabalho ativo e contínuo, sendo apenas uma parte de um processo que reunirá informações com o propósito de oferecer o suporte necessário à tomada de decisão e, conseqüentemente, o desencadeamento de um plano de ações. A busca de tais informações é crucial para a identificação de problemas e necessidades, assim como a análise do que determina e condiciona cada situação específica na população em determinados lugares (BRASIL, 2010, MEDRONHO, 2009, MONKEN; BATISTELLA, 2007).

Atualmente existem diversas fontes de dados para obter as informações necessárias à realização de um diagnóstico sanitário. Dados sobre aspectos demográficos, nascimentos, ambiente, condições de vida, morbidade, internações, mortalidade e serviços de saúde, dentre outros, os quais são essenciais e permitem entender como se articula e funciona um território, suas condições socioeconômicas, culturais, processos ambientais e políticos que podem aumentar ou diminuir os riscos para determinados grupos sociais (BRASIL, 2010; MONKEN; BATISTELLA, 2008).

Desse modo, a redefinição dos meios de trabalho, objeto, atividades, relações técnicas e sociais, além da forma de organização de saúde e da cultura sanitária fazem com que a vigilância em saúde, enquanto modelo assistencial, incorpore e supere os demais modelos vigentes (Quadro 1) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Quadro 1. Características dos modelos assistenciais de atenção vigentes no Brasil.

Modelo	Médico-assistencial privatista	Sanitarista	Vigilância em saúde
Sujeito	Médico Especialização Complementaridade (Paramédicos)	Sanitarista e Auxiliares técnicos	Equipe de saúde População (cidadãos)
Objeto	Doença (Patologia e outras) Doentes (Clínica e cirúrgica)	Modos de transmissão Fatores de risco	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (Condições de vida e trabalho)
Meios de trabalho	Tecnologia médica (indivíduo)	Tecnologia sanitária	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias
Formas de organização	Rede de serviços de saúde Hospital	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998.

Para tal, a vigilância em saúde, levando em consideração os contextos socioeconômicos, tem como foco o cuidado às pessoas e populações, assegurando que as ações de promoção, prevenção, controle dos agravos e de atenção aos sujeitos ocorram segundo os princípios do SUS (MINAYO, 2013).

2.3. Vigilância em HIV/Aids: a vertente epidemiológica na organização do cuidado e dinâmica de enfrentamento da doença

No Brasil, desde a década de 1980, a vigilância epidemiológica da aids é baseada na notificação compulsória dos casos. No entanto, esta modalidade de vigilância reflete a dinâmica de transmissão do vírus ocorrida no passado, tornando-se difícil de ser interpretada, ainda mais

quando o curso natural da infecção foi alterado com a introdução da TARV (BRASIL, 2002; WHO, 2000).

Visando superar tais limitações, outras estratégias têm sido discutidas e gradualmente incorporadas e aperfeiçoadas ao longo dos anos, denominadas genericamente de *Vigilância de Segunda Geração*, cujo objetivo é centralizar os esforços na geração de informações mais úteis para reduzir o avanço da infecção pelo HIV, assim como prestar uma assistência de melhor qualidade às PVHA. Dentre essas estratégias, está a identificação e o acompanhamento da infecção pelo HIV (BRASIL, 2002; WHO, 2000).

A aids foi incluída na relação de agravos de notificação compulsória em 22 de dezembro de 1986 pela Portaria MS nº 542.1 (BRASIL, 1986), e apenas em 2014 é que a notificação da infecção pelo HIV torna-se obrigatória em todo o território nacional (BRASIL, 2014a). Com isso, objetiva-se caracterizar e monitorar as tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidade na população infectada (BRASIL, 2014b).

Nessa perspectiva, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia no país, é fundamental que a haja a incorporação progressiva da vigilância de segunda geração, assim como reforçar o sistema de vigilância já existente, de modo que a vigilância epidemiológica do HIV/aids se torne mais eficaz (BRASIL, 2002).

A vigilância epidemiológica em HIV/Aids objetiva acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, de infecções, e comportamentos de risco, visando orientar ações de prevenção e controle do HIV/Aids e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2002).

Levando em consideração a complexidade que envolve o manejo do HIV/aids enquanto uma condição crônica, os sistemas de vigilância epidemiológica desenvolvidos não devem ser baseados exclusivamente na notificação de casos, mas sempre que possível, as informações deverão provir de diversas fontes, contribuindo assim, para melhorar a compreensão sobre a dinâmica do HIV/aids na população. (BRASIL, 2015a).

Portanto, a vigilância do agravo baseia-se em um modelo de vigilância de eventos: Infecção (HIV), adoecimento (aids) e óbito. Para isso, deverão ser incorporados aos sistemas de vigilância do HIV/aids dados fornecidos pelos principais sistemas de informação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além disso, conta com os registros do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

(SISPRENATAL) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) para o acompanhamento das gestantes HIV positivas e crianças expostas (BRASIL, 2014b, 2015a).

Para a vigilância e monitoramento das condições de saúde os seguintes dados podem ser considerados:

- **Demográficos, socioeconômicos e ambientais** - são importantes na caracterização de grupos vulneráveis, dinâmica da doença e elementos que contribuem para o aparecimento, transmissão e prevalência das doenças em determinada região; geram informações sobre as condições de vida das pessoas como as condições de saneamento, climáticas, ecológicas, habitacionais e culturais (MEDRONHO, 2009).

- **Morbidade** - podem ser obtidos mediante a notificação de casos e surtos, de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigação epidemiológica, de busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras formas (BRASIL, 2010b).

- **Mortalidade** - são importantes indicadores de gravidade, principalmente nas doenças com alto índice de letalidade. Por se tratarem de dados vitais, costumam ter maior abrangência e validade, sendo razoavelmente bem registrados, mesmo levando em consideração a subnotificação e a necessidade de correto preenchimento das declarações de óbito (MEDRONHO, 2009; BRASIL, 2010b). Convém ressaltar que, visando superar os desafios de estruturação do SIM, principalmente no que concerne à definição das causas básicas do óbito, associando-as com os diagnósticos médicos encontrados, em 1994 o MS incorpora um novo módulo designado “Seletor de Causa Básica” (SCB) (BRASIL, 1999), o qual permite qualificar as informações relacionadas aos óbitos.

Nessa perspectiva, a operacionalização da vigilância em HIV/aids deve compreender um ciclo de atividades que se organizam em torno de funções específicas e inter-complementares que devem ser desenvolvidas continuamente e de forma integrada (MEDRONHO, 2009, BRASIL, 2010b). Nesse sentido, as principais atividades ou funções da vigilância epidemiológica são:

- Coleta, processamento, análise e interpretação de dados;
- Investigação epidemiológica;
- Recomendação e promoção das medidas de controle apropriadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas de controle adotadas;
- Retroalimentação e divulgação de informações (MEDRONHO, 2009).

O processo de vigilância tem início com a notificação do caso confirmado de infecção pelo HIV, mediante preenchimento da ficha de notificação/investigação de HIV/aids, adulto,

disponível no SINAN. De acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, a definição de caso de infecção pelo HIV em indivíduos com 13 anos ou mais de idade pode ser descrita como: “*Todo indivíduo com 13 anos ou mais de idade diagnosticado com infecção pelo HIV*” (BRASIL, 2013b).

Já os critérios para a caracterização de casos de aids em indivíduos com mais de 13 anos estão contidos no quadro 2 apresentado a seguir.

Quadro 2. Critérios de definição de casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais.

1. Critério <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC) adaptado – Revisão 2013
<p>Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids</p> <p style="text-align: center;">e/ou</p> <p>Contagem de linfócitos T CD4+<350células/mm³</p>
2. Critério Rio de Janeiro/Caracas
<p>Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório, e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças</p>
3. Critério excepcional óbito
<p>Menção de aids/Sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito ou</p> <p style="text-align: center;">Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes)</p> <p style="text-align: center;">e de doença indicativa/presuntiva de aids em algum campo da Declaração de Óbito</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Investigação epidemiológica inconclusiva¹</p>

Fonte: BRASIL, 2013a.

1. Investigação epidemiológica inconclusiva é aquela em que, após a busca em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais, pela falta de registro de dados clínicos/laboratoriais. A data do diagnóstico na ficha de notificação e de investigação é aquela em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de caso de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto no critério óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual à do óbito.

Adicionalmente, convém destacar a existência de um sistema de vigilância do HIV conduzido pela Rede Sentinela Nacional, cujo objetivo é monitorar a prevalência da infecção

em populações específicas, denominadas “Populações Sentinelas”. Trata-se da realização de pesquisas periódicas de soroprevalência entre usuário de clínicas de DST e parturientes. Tais populações são divididas, respectivamente, em população de alto e baixo risco, considerando-se os principais modos de transmissão (BRASIL, 2000, 2002, 2012a; DOURADO et al., 2006).

Tal metodologia de testagem é anônima e não vinculada, sendo utilizadas sobras de materiais coletados para exames de rotina com algum propósito não vinculado ao HIV. Mesmo com o consentimento do paciente, as instituições sentinelas excluem qualquer forma de identificação, de modo de que o resultado não seja associado ao indivíduo, garantindo, desta forma, o total anonimato. O estudo sorológico das populações sentinelas, em geral, é realizado anualmente (BRASIL, 2000, 2002).

Diante do exposto, pode-se dizer que o objetivo da vigilância epidemiológica, inscrita na perspectiva ampliada de Vigilância em Saúde, não abrange somente a coleta de dados sobre eventos específicos e adversos à saúde e a sua transformação em informações úteis, mas reitera-se o seu potencial de transcendência à medida em que incorpora responsabilidade de se analisar tais informações à luz do conhecimento científico com o propósito de elaborar bases técnicas que subsidiarão os serviços de saúde na elaboração e implementação de intervenções sanitárias coerentes e com potencial de produção de impactos positivos na saúde da população (CAMPOS et al., 2006). Sendo assim, neste estudo, ao se utilizar o termo “vigilância”, ressalta-se que o mesmo está sendo adotado nesta perspectiva ampliada, assumindo a complexidade devido à interface que o objeto de investigação possui com as dimensões individuais, sociais, econômicas, políticas e sanitárias.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar os óbitos por HIV/aids ocorridos no município de Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

3.2. Específicos

- I. Identificar os óbitos ocorridos no município nos anos de 2012 e 2013.
- II. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos indivíduos que foram ao óbito por HIV/aids;
- III. Identificar a situação da notificação do HIV e da aids nos óbitos ocorridos no município nos anos de 2012 e 2013.
- IV. Descrever as causas principais, os antecedentes mórbidos e as outras condições que contribuíram para os óbitos por HIV/aids;

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, ancorado na abordagem quantitativa, realizado no município de Ribeirão Preto/SP.

Pesquisas descritivas são aquelas que observam, registram, analisam e correlacionam fatos e fenômenos sem manipulá-los e também viabiliza um processo de etapas que favorece explicar pontos de investigação e atuação do pesquisador (ANDRADE, 2007; CERVO; BERVIAN, 2009).

Pesquisas exploratórias são aquelas que geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torná-lo mais explícito. Seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a emergência de intuições acerca do objeto investigado (GIL, 2002). Triviños (1995) refere que estudos exploratórios permitem aos pesquisadores aumentar sua experiência em torno de determinado problema.

A abordagem quantitativa propõe a identificação de aspectos gerais e da magnitude de um determinado fenômeno, direcionando para a obtenção de resultados importantes sobre a realidade social (TANAKA; MELO, 2004).

4.2. Caracterização do cenário de investigação

4.2.1. Ribeirão Preto: contexto social e econômico

Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do estado de São Paulo (Figura 1), ocupa uma área de 650 km², sendo que 157,5 km² estão no perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem a zona rural. O município situa-se entre os mais populosos do interior do Brasil, possuindo uma população estimada de 658.059 habitantes e uma densidade demográfica de 928,9 hab/km (IBGE, 2014; RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Figura 1. Mapa de localização do município de Ribeirão Preto no estado de São Paulo.

O dinamismo econômico da região nos últimos 30 anos teve impacto direto na estrutura demográfica do município, principalmente no que tange à substituição da mão de obra permanente do campo pela temporária residente na cidade. Tal reflexo é resultado do investimento econômico voltado para o setor terciário e atividades da agroindústria. Enquanto o setor terciário atraiu pessoas de outras regiões e estados, as atividades do setor primário foram reduzindo a mão de obra na área rural, atingindo expressivo grau de urbanização, chegando em 2014 a 99,72% e uma taxa de crescimento populacional entre os anos de 2010 e 2014 de 1,42% ao ano (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

É possível observar no perfil demográfico municipal um importante estreitamento na base da pirâmide populacional e um alargamento em direção ao topo da pirâmide com o passar dos anos (Figura 2), sinalizando a fase de transição demográfica em função da baixa taxa de natalidade (13,42/mil hab.), diminuição da população entre as faixas etárias mais jovens e o aumento das pessoas acima de 35 anos, compatível com o processo de envelhecimento da população, cujo percentual registrado em 2014 foi de 75,67%, o qual se apresentam em consonância com a tendência observada no país (IBGE; 2014; SEADE, 2015). Aliado a tal fenômeno, ainda há que se destacar a queda na taxa de fecundidade (1,6/filho por mulher). Em

relação à composição populacional do município, projeções apontam o predomínio da raça/cor branca (Figura 3) (SEADE, 2015).

Fonte: IBGE; Fundação SEADE.

Figura 2. Pirâmide populacional de Ribeirão Preto nos anos de 2010 e 2014.

Figura 3. População de Ribeirão Preto segundo raça/cor em 2014.

Quanto aos movimentos migratórios no município, o ano de 2010 apresentou um saldo de 5.592 pessoas. Registrou-se uma ampliação nos movimentos internos, com uma taxa anual de migração de 10,09/mil hab. (2010), impulsionado, principalmente, pelo desenvolvimento

econômico da região, o crescimento do setor imobiliário e a consequente geração de empregos com a valorização da construção civil nos últimos anos (RIBEIRÃO PRETO, 2014a; SEADE, 2015).

No atual plano de desenvolvimento econômico do município, destaca-se a promoção de uma política de industrialização, visto que se trata da principal de fonte de recursos, com o propósito de aumentar a arrecadação de tributos, podendo assim, refletir na melhoria e ampliação da infraestrutura da cidade. Tal plano ainda destaca a necessidade de fortalecer o setor terciário, considerado a vocação do município, sendo o setor que mais emprega e atrai consumidores da região (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

Além de ser polo regional na prestação de serviços e comércio, o município destaca-se também quanto aos setores da saúde e educação, sendo o setor educacional composto pela rede municipal de formação educacional, várias escolas técnicas e profissionalizantes e diversas universidades particulares e públicas, em particular a Universidade de São Paulo, com destaque para a Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina como importantes centros de formação de mão de obra qualificada e desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em prol da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

Quanto à infraestrutura local, com exceção da energia elétrica (fornecida pela CPFL), toda a infraestrutura necessária (água, esgoto, coleta de lixo, limpeza pública entre outros) é de responsabilidade da gestão municipal, sendo prestadas por meio de autarquias, empresas públicas e privadas (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

O saneamento básico abrange 99,9% da população com água encanada, sendo que toda água distribuída e consumida, provém do reservatório Aquífero Guaraní, que se estende ainda por mais sete estados e três países. Quanto ao tratamento do esgoto, 97% são coletados e destinados às estações de tratamento (Caiçara e Ribeirão Preto) (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

Apesar de o município apresentar avanços em relação à economia e saneamento, em 2010 existiam em torno de 27.000 pessoas, distribuídas em 43 núcleos de favelas, ainda residindo em áreas precárias, sem a mínima infraestrutura de saneamento básico, tudo isso em meio a um contexto de desenvolvimento econômico e melhoria de renda da população (RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD (2013), a renda *per capita* média de Ribeirão Preto cresceu 46,14% nas últimas décadas, passando de R\$ 899,18 em 1991 para R\$ 1.314,04 em 2010, representando um crescimento médio anual de 2,02%. Porém, mesmo o município sendo bem posicionado (53^a) no *ranking* da dimensão

riqueza, a evolução da desigualdade de renda, apresentada pelo índice de Gini⁵ não demonstrou mudança significativa no período de 1991 (0,53) e 2010 (0,54).

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em suas dimensões (Renda, Longevidade e Educação), Ribeirão Preto situa-se no limite inferior da faixa de IDHM Muito Alto (entre 0,800 e 1), como pode ser observado na Figura 4. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM foi a Longevidade (0,844), seguido da Renda (0,820) e Educação (0,739) (PNUD, 2013).

Fonte: PNUD (2013).

Figura 4. Índice de Desenvolvimento Humano de Ribeirão Preto e suas dimensões nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Um dos indicadores utilizados na composição da dimensão Longevidade é a Esperança de vida ao nascer. No município esse indicador cresceu 3,2 anos na última década, passando de 72,5 anos em 2000 para 75,7 anos em 2010. Durante esse mesmo período também houve a redução da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade (PNUD, 2013).

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), Ribeirão Preto é classificado no Grupo 2, caracterizado por municípios bem posicionados na dimensão riqueza, mas com deficiência em pelo menos um dos indicadores sociais. Nesse sentido, o município apresentou crescimento nas dimensões de riqueza e escolaridade, mas se manteve estável no

⁵ O índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda (PNUD, 2013).

que se refere ao indicador de longevidade entre os anos de 2008 e 2010. Quando comparado ao rol de municípios paulistas, houve avanço no *ranking* da dimensão riqueza e queda nas dimensões longevidade e escolaridade. A escolaridade, apesar de o município apresentar crescimento, ainda possui média inferior à do estado como um todo; quando comparado ao conjunto dos municípios paulistas, sua posição relativa no *ranking* *piorou*, caindo 395^a em 2008, para 447^a em 2010 (SÃO PAULO, 2012b).

Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), o município encontra-se majoritariamente classificado entre os Grupos 1, 2 e 3 (Figura 5), representados pela baixíssima, muito baixa e baixa vulnerabilidade, contendo uma população⁶ de 514.476 (85,9%) classificadas nesses grupos, porém há que se destacar a existência de 84.526 (14,1%) pessoas com média, alta e muito alta vulnerabilidade.

Figura 5. Mapa de Ribeirão Preto segundo os grupos de vulnerabilidade social em 2010.

⁶ Para a base de cálculo foi utilizada a população proveniente do Censo Demográfico de 2010 detalhadas pelos setores censitários. Para a classificação de vulnerabilidade não foram considerados os setores censitários com menos de 50 domicílios, representando uma população de 5.680 pessoas que não foram incluídas no estudo do IPVS.

Ressalta-se que a metodologia utilizada para classificação dos grupos consiste em uma combinação de entre as dimensões socioeconômicas e demográficas (Quadro 3), que compõe variáveis como: renda, escolaridade, presença de crianças pequena e idade e gênero do chefe de família.

Quadro 3. Grupos do IPVS em Ribeirão Preto, segundo setores censitários com mais de 50 domicílios particulares permanentes em 2010.

Grupos	Dimensões		IPVS 2010 - Vulnerabilidade	Situação e tipo de setores por grupo
	Socioeconômica	Demográfica		
1	Muito alta	Famílias jovens, adultas e idosas	Baixíssima	Urbanos e rurais não especiais e subnormais
2	Média	Famílias adultas e idosas	Muito baixa	Urbanos e rurais não especiais e subnormais
3	Média	Famílias jovens	Baixa	Urbanos e rurais não especiais e subnormais
4	Baixa	Famílias adultas e idosas	Média	Urbanos não especiais e subnormais
5	Baixa	Famílias jovens em setores urbanos	Alta	Urbanos não especiais
6	Baixa	Famílias jovens residentes em aglomerados subnormais	Muito alta	Urbanas subnormais
7	Baixa	Famílias idosas, adultas e jovens em setores rurais	Alta - rural	Rurais

Fonte: SÃO PAULO, 2012c.

4.2.2. Organização da rede municipal de saúde

O município de Ribeirão Preto pertence ao Colegiado de Gestão Regional (CGR) Aquífero Guarani que, juntamente com o CGR Horizonte Verde e CGR Vale das Cachoeiras, compõe o XIII Departamento Regional de Saúde (DRS). Além de atender os 26 municípios que fazem parte do XIII DRS, o município também é referência para os demais DRS da 13ª Rede

Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) (Figura 6), atendendo, inclusive, municípios de outros estados para determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Figura 6. Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, CGR e municípios com destaque para Ribeirão Preto.

No que se refere à Rede Pública Municipal de Atenção à Saúde, Ribeirão Preto organiza o seu território em cinco (5) distritos de saúde (Leste – *Castelo Branco*, Oeste – *Sumarezinho*, Central, Norte – *Quintino* e Sul – *Vila Virgínia*) com área de abrangência definida, sendo que cada distrito possui uma Unidade Básica Distrital de Saúde, na qual são oferecidas algumas especialidades médicas e pronto atendimento. (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

A partir do censo de 2010 realizado pelo IBGE, houve a necessidade de redimensionamento das áreas de abrangência das Unidades de Saúde com base nos setores censitários, permitindo assim, aprofundar o conhecimento acerca das características demográficas de tais territórios com o propósito de subsidiar a oferta de ações e serviços compatíveis com as demandas e necessidades populacionais. Tal redimensionamento permitiu

também uma melhor caracterização dos Distritos de Saúde e da população que vive e compõem tais territórios (Quadro 4) (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Quadro 4. Unidades de Saúde por Distrito e sua respectiva população de abrangência.

Distrito de Saúde	Unidades de Saúde	População estimada
Central	6	97.975
Norte	11	110.627
Sul	4	85.060
Leste	7	159.802
Oeste	18	151.218
Total	46	604.682

Fonte: Divisão de Planejamento em Saúde. Dados com base no censo IBGE 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

A rede municipal de saúde em 2014 possuía a seguinte composição: cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), sendo uma com serviços de Atenção Básica e Especialidades (UBDS Castelo Branco); três com serviços de PA, Atenção Básica e Especialidades (UBDS Vila Virgínia, UBDS Central e Centro Saúde Escola/CSE Sumarezinho) e uma com serviços de PA e Especialidades (UBDS Norte); 27 Unidades Básicas de Saúde e 12 Unidades de Saúde da Família, sendo que o município possuía 321 Agentes Comunitários de saúde (cobertura populacional estimada de 29,8%) e 33 equipes de ESF cadastradas (cobertura estimada de 18,4%); quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i), além de dois Ambulatórios de Saúde Mental (Ambulatório Regional de Saúde Mental Dr. Guido Hetem e Ambulatório de Saúde Mental Dr. Nelson Okano), quatro Residências terapêuticas e três comunidades terapêuticas; Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas – Posto de Atendimento Médico (PAM II), uma Unidade de PA (UPA III), um Centro de Referência a saúde do Trabalhador (CEREST); um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF); dois Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas; cinco Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que integram o Programa de DST/aids e 19 unidades hospitalares, sendo dez da rede privada, cinco filantrópicos e quatro hospitais públicos (CNES, 2014; DAB, 2014; RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

4.2.3. Organização da assistência ao HIV/aids na rede municipal de saúde

A atenção em HIV/aids no município ocorre principalmente nos cinco Ambulatórios de DST/Aids e Hepatites virais distritais (Quadro 5), os quais contam com equipes especializadas que disponibilizam dentre outros serviços, o Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) (Central), funcionando como um serviço alternativo à internação hospitalar, além de ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com realização de testes para HIV, sífilis e hepatites B e C nos cinco Centros de Triagem e Aconselhamento quem compõe a estrutura física ambulatoriais (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Quadro 5. Ambulatórios de DST/aids e seus respectivos distritos de saúde.

Distrito	Unidade
Central	Centro de Referência em Especialidades Maria da Conceição da Silva
Leste	Ambulatório DST/HIV/aids da UBDS Castelo Branco
Oeste	Ambulatório DST/HIV/aids do CSE Cuiabá
Norte	Centro de Referência da UBS Alexander Fleming
Sul	Centro de Referência Dr. José Roberto Campi

Ainda se destaca o trabalho desenvolvido por algumas Organizações Não Governamentais (ONG) como: *O Grupo Humanitário de Incentivo à Vida* (GHIV) que oferece assistência psicológica para as PVHA e familiares; *Corassol*, que possui dois abrigos (Casa caio e Casa Lauro) para crianças e adultos que vivem com HIV/aids, prestando principalmente assistência psicossocial, cuidados de saúde, acompanhamento pedagógico, assessoria jurídica e reinserção familiar e social; *H.I.VIDA*, que presta apoio, orientação, acolhimento e cuidados de saúde às PVHA, dentre outras ONGs presentes no município que também realizam atividades de prevenção, orientação e cuidado às PVHA.

O município conta também com serviços de retaguarda no nível terciário para os casos graves que necessitam de internação, os quais são prestados pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), localizada no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). A referência hospitalar é desempenhada tanto para

residentes do município como para as demais cidades que compõe o DRS de Ribeirão Preto, sendo ofertados além da internação, assistência intermediária (Hospital Dia) e atendimentos em regime ambulatorial (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

É importante destacar que todos os Ambulatórios de Referência em HIV/aids se configuram de formas variadas, tanto em relação à equipe de profissionais como na estrutura física e no elenco de serviços oferecidos, porém todos possuem os prontuários de cada PVHA acompanhada no serviço. Além disso, o município conta com um software de gestão de saúde pública, o Hygia-Web, o qual possibilita o gerenciamento de prontuário eletrônico único, segundo os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, favorecendo, dentre outras ações e opções, a identificação dos serviços de saúde utilizados pelos usuários, assim como mantém informações sobre diagnósticos, procedimentos realizados, resultados de exames, imunização e o cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Desse modo o prontuário eletrônico torna-se acessível em qualquer ponto da rede de atenção, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, fornecendo ao profissional de saúde, informações imediatas sobre as condições de saúde do usuário, garantindo assim agilidade, continuidade e qualidade da assistência prestada.

O prontuário eletrônico, aliado aos demais sistemas de informação do município, constituem uma importante ferramenta de gestão em saúde, proporcionando ao município um elevado número de dados relacionados ao perfil sociodemográfico e clínico assistencial os quais possuem o potencial de subsidiar a tomada de decisão e implementação de estratégias de intervenção em grupos prioritários em um dado território.

Em relação à vigilância dos óbitos por HIV/aids no município, destacam-se ações que envolvem desde o preenchimento da declaração de óbito (DO) até a geração de informações sobre a mortalidade em Ribeirão Preto.

A DO é um documento padrão de uso obrigatório tem todo o território nacional e se constitui na base para o preenchimento do SIM. Tal documento é composto por três vias auto-copiativas, seu impresso obedece a uma sequência numérica única que é fornecida pelo MS e distribuída diretamente pelas secretarias estaduais ou por meio das instâncias regionais às secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2006b, 2011).

No âmbito local, as SMS assumem a responsabilidade pelo controle e distribuição dos formulários às unidades notificadoras. Em tais unidades, o profissional que detém a responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento de todos os campos do documento e respectiva assinatura da DO é o médico (BRASIL, 2011).

Operacionalmente, na ocorrência do óbito, são geradas três vias (1ª via Branca, 2ª Amarela e 3ª via Rosa), sendo que o fluxo da DO pode variar de acordo com as características e local de ocorrência do evento, conforme disposto nos artigos 20 a 26 da portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009. De modo geral, a via que sofre alteração no fluxo é a 3ª via (Rosa), enquanto a 1ª via (Branca) sempre terá como destino a SMS, bem como a 2ª via (Amarela) irá para o cartório de registro civil (BRASIL, 2011).

Ressalta-se a importância dos dados contidos na DO, uma vez que serão utilizados para a produção de informações sobre mortalidade e identificação dos processos morbidos, possibilitando o conhecimento do perfil de saúde-doença nas diferentes localidades. Nesse sentido o MS disponibiliza material próprio para orientação do correto preenchimento de todos os campos existentes na DO, bem como a relevância de fazê-lo respeitando os preceitos éticos e epidemiológicos vigentes (BRASIL, 2011).

Considerando-se a realidade do município de Ribeirão Preto, destaca-se que a 1ª via da DO é encaminhada para a SMS, especificamente para a Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE), diretamente vinculada ao Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (Figura 7). Dentro da DVE, o serviço responsável pela análise da qualidade do preenchimento da DO é designado como “Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais” (SICAEV)⁷.

Figura 7. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2014.

⁷ Criado pela Portaria Municipal nº 297 de 20/07/90, complementada pela Portaria nº 1071 de 27/09/1990 (revogada) e alterada com criação do Comitê Técnico do SIM (CTA-SIM) através da portaria 2657 de 21/12/2005.

O SICAEV mantém o controle de todos os impressos de óbitos e nascidos vivos distribuídos no município de Ribeirão Preto. Se as causas do óbito foram registradas na DO de forma incorreta, inconsistente, incoerente ou até mesmo não forem preenchidas, desencadeia-se um processo de investigação junto aos serviços notificadores e/ou pelos quais a pessoa que foi à óbito percorreu. Após a investigação e devida correção na trajetória envolvida no desfecho óbito, as DO são digitadas no SIM.

Apesar de o município estar organizado em distritos sanitários com suas respectivas distritais de vigilância em saúde, tal análise, investigação e correção ainda se constituem como atribuições da DVE, mais especificamente do SICAEV, mantendo, deste modo, uma centralização do fluxo e investigação dos óbitos no município.

4.2.4. O HIV/aids enquanto uma prioridade na agenda local de saúde

Ao longo dos anos, devido à relevância do agravo, o município vem firmando compromissos nos planos municipais de saúde e pactuando ações e metas voltadas para o HIV/aids. Uma análise realizada nos anos de 2010 a 2012, identificaram-se pactuações pertinentes à redução da taxa de incidência de aids em crianças menores de cinco anos; ações de implantação de teste confirmatório (Western Blot) no laboratório municipal e realização do teste rápido para HIV visando estimular o diagnóstico precoce e ampliar o acesso da população aos serviços de apoio diagnóstico; descentralização de recursos financeiros para projetos das Organizações da Sociedade Civil (OSC) no desenvolvimento de ações voltadas para o HIV/aids; fortalecimento da vigilância em saúde por meio do aconselhamento para prevenção de DTS/aids, oferecimento e coleta de sangue para exames de HIV em adolescentes da Fundação Casa e ampliação destes serviços para os CTA do município, além da ampliação de ações de promoção, prevenção e proteção das DST/HIV/aids tanto na atenção básica como nas unidades prisionais do município, além da valorização acerca da continuidade do trabalho de redução de danos em parceria com o Programa de DST/aids (RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b, 2012a).

Destacam-se também prioridades acerca das campanhas educativas e distribuição de preservativos para populações vulneráveis, incluindo a realização de oficinas de prevenção e o treinamento das equipes da atenção básica (RIBEIRÃO PRETO, 2010b, 2011b, 2012a).

Nos anos de 2013 a 2015, mediante as novas formas de pactuação e indução de compromissos sanitários em decorrência do COAP, foi possível verificara inclusão do indicador referente à proporção de casos de HIV positivo com primeiro T-CD4 abaixo de 200 cel/mm³. Tal indicador, de modo subjacente, pressupõe o compromisso local de fomentar o diagnóstico precoce. Outros indicadores também merecem destaque, a saber: a permanência da prioridade de redução da taxa de incidência de aids em crianças menores de cinco anos e a inclusão do indicador referente exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. Outras ações aparecem no sentido de manutenção e aquisição de materiais e equipamentos para os serviços que prestam assistência em HIV/aids no município, incluindo a reforma de um Centro de Referência em DST/aids (RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2013a, 2013b, 2013c, 2014b, 2014c, 2015)

Em 2011 o município diagnosticou 197 casos novos de aids e 161 de HIV, correspondendo a um coeficiente de incidência de 32,2/100 mil habitantes para a aids e 26,3/100 mil habitantes para o HIV. No mesmo ano ocorreram 69 óbitos por aids, apresentando assim, uma taxa de mortalidade de 11,3/100.000 habitantes, como apresentado na Figura 8 (IBGE, 2011; BRASIL, 2013c; RIBEIRÃO PRETO, 2012b).

Figura 8. Número total de casos novos de HIV, aids e óbitos por HIV/aids no período de 2009-2013 em Ribeirão Preto.

Quanto comparado as taxas de incidência e mortalidade por aids de Ribeirão Preto com as taxas apresentadas pelo estado de São Paulo, pode-se observar (Figura 9) que o município vem apresentando coeficientes superiores. Em 2011, Ribeirão Preto ficou entre os três municípios com maior números de óbitos do estado, ficando atrás apenas de São Paulo e Santos (SÃO PAULO, 2012a).

Figura 9. Taxa de incidência de aids e mortalidade por 100 mil habitantes de Ribeirão Preto em comparação as respectivas taxas no estado de São Paulo nos anos de 2009 a 2013.

Nota: Dados do município pelo TABNET e projeção populacional do SEADE. Dados do Estado de São Paulo pelo Boletim Epidemiológico, sendo que para os anos de 2012 e 2013 foram utilizados os dados do TABNET e Projeção populacional do SEADE.

Legenda: TI = Taxa de incidência; TM = Taxa de mortalidade.

Ainda em 2014, em consonância com diretrizes nacionais, o estado de São Paulo inicia um processo de implantação de comitês de investigação dos óbitos por HIV/aids, com o propósito de identificar a magnitude e os determinantes da mortalidade evitável entre as PVHA visando fomentar a melhoria na qualidade de atenção, assistência e vigilância à doença (BRASIL, 2014c).

Os municípios selecionados para a implantação destes comitês são aqueles que apresentam relevância epidemiológica no âmbito do estado, principalmente entre os quais a taxa de mortalidade superava a média estadual. Nesse sentido, Ribeirão Preto foi um dos locais priorizados para a implantação do comitê de investigação dos óbitos evitáveis por HIV/aids (BRASIL, 2014b).

Convém destacar que, por ocasião da coleta de dados, o pesquisador deste projeto teve a oportunidade de participar e estar engajado neste processo de organização e composição da equipe técnica do Comitê de Investigação de Óbitos evitáveis. Ressalta-se que tal comitê é constituído por representantes dos diversos serviços que prestam assistência às PVHA.

Espera-se que a constituição de tal comitê permita proceder ao levantamento e discussão periódica e sistemática dos dados sobre os óbitos por HIV/aids ocorridos no município de modo a disparar reflexões acerca dos aspectos envolvidos e que contribuíssem para tal desfecho, subsidiando, assim, a proposição, implantação e avaliação de estratégias de intervenção voltadas para a prevenção de óbitos evitáveis em decorrência da doença.

4.3. População de referência

Constituiu-se pelos casos de HIV/aids que evoluíram para óbito.

4.3.1. População do estudo

Constituiu-se pelos casos de HIV/aids residentes no município de Ribeirão Preto que evoluíram para óbito nos anos de 2012 e 2013.

4.3.1.1. Critérios de inclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: óbitos confirmados de aids segundo o Código Internacional de Doenças – CID10 (Quadro 6); residentes no município de Ribeirão Preto-SP; não pertencentes ao sistema prisional; com idade igual ou superior a 18 anos.

Quadro 6. Relação resumida dos códigos do CID-10 do grupo entre B20 e B24 associados à doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Categoria	Descrição
B20	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias
B21	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em neoplasias malignas
B22	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças especificadas
B23	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada

Fonte: CID-10 (WHO, 2010).

A lista detalhada dos códigos do grupo B20 - B24 podem ser conferidas no Anexo A.

4.4. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário específico (APÊNDICE A), elaborado especificamente para este estudo, tendo como diretrizes o Ficha de notificação do SINAN e a DO, documento padrão de preenchimento do SIM.

Tal formulário contemplou 37 questões, divididas em quatro seções, a saber:

- A. Identificação do número de óbitos;
- B. Dados sociodemográficos;
- C. Dados sobre as condições e causas do óbito;
- D. Dados sobre a situação e evolução do diagnóstico do HIV/aids;

4.5. Fontes de coleta de dados

Para atender os objetivos do estudo foram utilizadas as seguintes fontes de dados secundários: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

4.6. Variáveis envolvidas no estudo

Para o alcance dos objetivos deste estudo foram selecionadas as variáveis descritas no quadro abaixo (Quadro 7).

Quadro 7. Descrição dos objetivos específicos, seções, fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo.

Objetivos Específicos	Descrição	Fonte de Dados	Variáveis
I	Identificação do número de óbitos ocorridos	SIM SINAN	Nome paciente Data nascimento Nome da mãe
II	Dados sociodemográficos	SIM	Iniciais da PVHA; Sexo; Data de nascimento; Idade; Cor; Estado civil; Escolaridade; Ocupação; Logradouro da residência; Distrito da residência.
III	Dados sobre a situação da notificação de HIV/aids	SIM SINAN	Prática sexual; Categoria de exposição; Uso de drogas injetáveis; Serviço responsável pela notificação; Tipo de serviço; Data do diagnóstico do HIV; Data do diagnóstico da aids; Data da notificação do HIV Data da notificação da aids; Doenças oportunistas no diagnóstico da aids;

			Manifestações clínicas no diagnóstico da aids; Tempo decorrido entre a notificação do óbito e a notificação da aids*
IV	Dados sobre as condições e causas do óbito	SIM	Causa do óbito; CID 10 da causa do óbito; Causas antecedentes; CID 10 Causas antecedentes; Condições que contribuíram para o óbito; CID 10 Condições que contribuíram para o óbito; Data do óbito.

* Para o cálculo do tempo decorrido entre o óbito e a notificação da aids, utilizou-se a seguinte fórmula: $TEMPO (meses) = \frac{Data\ do\ óbito}{SIM} - \frac{Data\ notificação\ aids}{SINAN} / 365,25$ (média de dias no ano).

4.7. Procedimento de coleta de dados

Previamente à coleta de dados propriamente dita, realizou-se o teste piloto com a finalidade de verificar a pertinência do instrumento de coleta de dados e as variáveis selecionadas para o estudo, bem como com a finalidade de aproximação e familiaridade no manuseio dos sistemas de informação utilizados para identificar as ferramentas disponíveis, as opções para proceder aos cruzamentos necessários, além das estratégias de formulação e organização do banco de dados. Nesta etapa, foram utilizados os óbitos que ocorreram no município no ano de 2011, perfazendo um total de 67 casos. Um aspecto facilitador decorrente desta etapa foi a identificação da possibilidade de exportação dos dados no formato de planilhas eletrônicas, as quais serão mencionadas a seguir.

A coleta de dados propriamente dita foi realizada no período de julho a setembro de 2014. Conforme mencionado, para melhor operacionalização da coleta e eficiência da análise, as questões contidas no formulário foram transferidas para uma planilha eletrônica elaborada no gerenciador de planilhas Excel. Deste modo, cada caso de óbito correspondia a uma linha da planilha e as variáveis contidas no formulário estavam relacionadas em cada coluna. Esse

modo de disposição dos dados é análogo à forma matricial usada na maioria dos softwares de estatística.

Com isso, foi possível minimizar o custo financeiro com impressões do formulário, assim como a reduzir do tempo de coleta e organização dos dados, sem o prejuízo da qualidade e do rigor metodológico, levando a uma menor probabilidade de erro na coleta. Uma vez que os dados coletados diretamente no SIM e SINAN eram exportados em planilhas eletrônicas do Excel, houve apenas a transferência de tais dados de uma planilha para a outra.

A seguir, serão explicitadas as etapas e as respectivas atividades desenvolvidas no processo de coleta de dados deste estudo.

Primeira etapa:

Procedeu-se à identificação dos óbitos ocorridos nos anos de interesse, por meio da utilização do sistema de informação do SIM, junto à vigilância epidemiológica do município. Os critérios de filtragem dos óbitos contidos no SIM foram:

- ✓ Residentes de Ribeirão Preto;
- ✓ HIV/Aids como causa básica do óbito;
- ✓ Ano do óbito em 2012 e 2013.

Após aplicação dos filtros foram selecionados os óbitos de interesse para o estudo e exportados na forma de planilha eletrônica gerada pelo SIM, a qual contemplava todas as informações contidas na DO. Procedeu-se então à seleção das informações de interesse para o estudo. Considerou-se o SIM como a principal fonte de coleta de dados neste estudo, pois além de possuir os dados mais recentes/atualizados (sociodemográficos) dos indivíduos, é considerado de maior abrangência e validade, uma vez que abrangem dados vitais razoavelmente bem registrados (MEDRONHO, 2009).

Segunda etapa:

Procedeu-se à obtenção de informações em outro sistema de informação igualmente importante para a vigilância epidemiológica, o SINAN, que contém informações das fichas de notificação compulsórias de doenças e agravos à saúde.

Inicialmente realizou-se um cruzamento dos óbitos (obtidos no SIM) com o SINAN, a fim de identificar possíveis falhas na notificação, além de selecionar apenas os casos de interesse.

Cabe ressaltar que o SINAN possui dois bancos de dados, o primeiro chamado de SINAN WIN, o qual funcionou entre os anos de 1993 (ano em que foi implementado) até 2006 (ano em que sofreu atualização na estrutura e incorporação de tecnologia) e o segundo chamado de SINAN NET, que vigora de 2007 até os dias atuais (BRASIL, 2015a).

Para realizar o cruzamento das bases de dados foi necessário, em primeiro lugar, uma filtragem e exportação dos dados do SINAN, assim como realizado no SIM, porém com adequações em relação aos critérios de filtragem. No SINAN foram utilizados os seguintes critérios:

- ✓ Residente em Ribeirão Preto
- ✓ Notificação por doença/agravo por aids.

Após aplicação dos critérios dos filtros, gerou-se a planilha com as notificações de aids dos indivíduos residentes em Ribeirão Preto. Tal procedimento foi realizado tanto para o SINAN WIN como para o SINAN NET. Os dados gerados foram também exportados em planilhas eletrônicas.

Terceira etapa:

Procedeu-se ao cruzamento das três planilhas geradas (SIM, SINAN WIN e SINAN NET).

Inicialmente houve o cruzamento dos campos: “nome dos óbitos” do SIM e “nome das notificações” do SINAN WIN. Quando os nomes registrados nos dois sistemas de informação coincidiam, verificava-se a data de nascimento e nome da mãe com o propósito de confirmar que se tratava da mesma pessoa. O mesmo procedimento foi realizado entre o SIM e o SINAN NET.

Para tais cruzamentos, utilizou-se o recurso de formatação condicional da planilha eletrônica do Excel, o qual possibilitou a identificação de valores duplicados por meio do destaque das células (cores) em intervalo definido pelo pesquisador, a saber: nome do paciente nas planilhas do SIM e SINAN. Foi possível identificar a notificação do óbito no SINAN, além

da possibilidade de encontrar duplicidades (notificação de aids) e erros na grafia dos nomes tanto de pacientes e como mães.

Nos casos envolvendo duplicidade de notificação no SINAN, optou-se por incluir aquela que possuía a definição de caso de aids em indivíduos com mais de 13 anos (BRASIL, 2013a) e a data mais antiga da notificação. Na falta da notificação de caso de aids, incluiu-se a de HIV quando disponível.

Ao final desta etapa, foram geradas duas listas para cada SINAN (WIN e NET): “Óbitos encontrados no SINAN” e “Óbitos não localizados no SINAN”.

Quarta etapa:

Envolveu a verificação da lista dos “óbitos não localizados no SINAN” referente à grafia dos nomes, pois tais sistemas de informação, por não serem interligados, são passíveis de erro de digitação, além disso, uma possível distância temporal entre a notificação da aids e o registro do óbito pode ser considerável e, durante esse intervalo, informações como o estado civil pode ter modificado, resultando na alteração do nome dos indivíduos.

Após essa minuciosa verificação da grafia, foram geradas três listas, a saber:

- ✓ Óbitos “localizados no SINAN WIN”
- ✓ Óbitos “Localizados no SINAN NET” e
- ✓ Óbitos “Não localizados”.

As duas listas em que foram localizadas as notificações passaram pelo mesmo critério de identificação citado no primeiro cruzamento (verificação da data de nascimento e nome da mãe).

A seguir serão apresentadas as etapas e os procedimentos adotados no processo de coleta de dados por meio do cruzamento dos sistemas de informação (Figura 9).

Fonte: próprio autor

Figura 10. Etapas e procedimentos adotados na coleta de dados envolvendo o manuseio do SIM e SINAN, 2015.

4.8. Plano de análise

Os dados foram analisados por meio do software Statística 9.1 da StatSoft, utilizando-se técnicas de análise exploratórias, incluindo proporções, medidas de tendência central e variabilidade.

Considerando o efeito dos óbitos ocorridos precocemente em relação à expectativa de vida, adicionalmente, optou-se por calcular os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP),

utilizando-se a fórmula abaixo, sendo “x” = idade do óbito; “d” = número de óbitos com a idade x e “L” = idade limite, adotando-se a esperança de vida ao nascer para o município em 2010 (75 anos completos). Para este cálculo foram incluídos somente os óbitos com idade inferior a “L” (MEDRONHO, 2009).

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x (L - x)$$

Assim, além de identificar a dimensão da frequência e caracterização dos óbitos por aids ocorridos no município em um determinado período, atendendo ao critério de magnitude, ao incluir o cálculo dos APVP vislumbra-se também a possibilidade de reflexões sobre a transcendência desses óbitos, ou seja, o valor social atribuído à problemática em questão e o possível impacto nas mortes prematuras (MEDRONHO, 2009).

Ainda se destaca o cálculo da taxa de mortalidade por HIV/aids segundo o quesito cor, considerando a composição étnico-racial do município, pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos por HIV/aids residentes, segundo cor} \times 100.000}{\text{Total de residentes segundo cor}}$$

4.9. Aspectos Éticos

O presente projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob o protocolo CAAE N° 27919514.1.0000.5393 (Anexo B), atendendo às recomendações contidas na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013b).

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento livre e Esclarecido dos sujeitos do estudo, obteve-se a dispensa do mesmo, conforme ofício apresentado no apêndice B.

4.10. Limitações do estudo

De um modo geral, os dados provindos de sistemas de informação estão sujeitos a limitações quanto a qualidade e integridade desses dados. No que se refere ao SINAN, as principais limitações são: a falta de atualização do sistema, possíveis fatores de confusão e erros no preenchimento da ficha de notificação. Quanto aos dados provindos do SIM, as limitações podem ser quanto os fatores de confusão do responsável e profissional que preenchem os dados na DO, além disso, o preenchimento inadequado das causas do óbito, podem levar a subestimações dos óbitos, refletindo assim, nos resultados deste estudo.

Apesar dos sistemas de informação apresentarem avanços e melhorias quanto a cobertura e qualidade dos dados, ainda são observadas importantes restrições, especialmente no que se refere a incompletude dos dados, limitando assim uma análise mais ampla.

Outra limitação do estudo deveu-se a seleção dos óbitos pela causa básica, dificultando a identificação de subnotificações dos óbitos por HIV/aids. Ressalta-se que, apesar do objetivo de descrever brevemente as causas múltiplas do óbito, no sentido de maximizar a utilização das informações disponíveis, a sua aplicação é complexa e sua compreensão torna-se difícil, limitando assim a análise neste estudo.

Quais quer generalizações devem ser feitas com cautela.

5. RESULTADOS

5.1. Identificar os óbitos e respectivas notificações de HIV/aids ocorridos no município nos anos de 2012 e 2013

Ao todo foram identificados 108 óbitos no SIM que satisfaziam os critérios de inclusão. Estes foram cruzados com o SINAN WIN e SINAN NET, afim de localizar as respectivas notificações de HIV/aids. Devido à impossibilidade de identificar o ano de notificação, os nomes dos óbitos foram cruzados com todo o banco de dados do SINAN (WIN e NET).

Desse modo, das 5.377 notificações contidas no SINAN WIN (1986-2006), 35 pertenciam aos óbitos ocorridos em 2012 e 2013. No SINAN NET (2007-Atual), das 2.505 notificações, foram encontradas 55 pertencentes aos óbitos em questão, sendo que oito foram encontrados simultaneamente nas duas versões do SINAN. Conforme mencionado, quando eram encontradas mais de uma notificação, observava-se a data de notificação e o critério de definição de caso de aids⁸, sendo que as notificações mais antigas e critério “aids” eram selecionadas para o estudo. Desta maneira, 30 notificações foram localizadas no SINAN WIN e 50 no SINAN NET.

Em um primeiro momento, 28 notificações de HIV/aids não foram encontradas. Realizou-se então a verificação manual quanto a grafia do nome registrado no SINAN, considerando-se as possíveis mudanças do nome, seja pela alteração da situação conjugal, ou ainda, por erros na digitação no momento da inclusão dos dados no sistema. Após essa verificação, foram localizadas nove notificações no SINAN WIN e 14 no SINAN NET, das quais, três estavam registradas nas duas versões do SINAN, resultando na inclusão de 20 óbitos.

Destas 20 notificações encontradas no SINAN, quatro apresentavam divergências na grafia do nome, nove apresentavam abreviações no nome, dificultando, deste modo, a pronta localização de tais notificações. Identificou-se sete ocorrências que tiveram alteração no sobrenome. Mesmo após os procedimentos de verificação da grafia dos nomes, das 28 notificações não encontradas inicialmente, oito não foram localizadas mesmo após os procedimentos adotados acima mencionados.

⁸ Apesar de existir uma hierarquização dos critérios de definição de caso de aids, segundo ordem de importância (maior para o menor): 100 (CDC), 300 (Rio/Caracas), 600 (Critério óbito) e 901 (descartado). (Dicionário, 2004). Considerou-se, neste estudo, principalmente a data do diagnóstico, por entender que manifestação da doença, por si só, já representa relevância epidemiológica, podendo estar associada à deficiência na prevenção e tratamento do HIV, independentemente da sensibilidade e/ou especificidade dos critérios de definição adotados. Além disso, uma vez em que o caso é notificado, não deveria haver existência de duplicação.

A figura 11 apresentada a seguir sintetiza os procedimentos relacionados à identificação dos óbitos que possuíam notificação de HIV e/ou aids no SINAN (WIN/NET).

Figura 11. Fluxograma dos procedimentos de investigação.

Dos 108 óbitos por HIV/aids identificados no SIM, após os procedimentos adotados referentes aos cruzamentos nos bancos de dados SINAN, 37 (34,3%) foram localizados na versão WIN, 63 (58,3%) no SINAN NET e 8 (7,4%) não foram localizados, resultando,

portanto, na localização de 100 notificações dos óbitos do SIM nos bancos de dados do SINAN. Importante destacar que 28 óbitos não foram inicialmente localizados nos bancos de dados do SINAN, ou seja, 25,9% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência da localização das notificações (n=108), segundo as etapas realizadas no processo de identificação.

Etapa	SINAN WIN		SINAN NET		Não localizados	
	n	%	n	%	n	%
Cruzamento dos dados	30	27,8	50	43,0	28	25,9
Verificação da grafia	7	6,5	13	10,0	8	7,4
Total	37	34,3	63	58,3	8	7,4

5.2. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos indivíduos que foram ao óbito por HIV/aids

Para a caracterização do perfil sociodemográfico dos óbitos por HIV/aids no município, foram consideradas as 108 ocorrências de óbitos identificados no SIM. Identificou-se que 61 (56,5%) eram do sexo masculino, 47 (43,5%) do sexo feminino e uma razão entre os sexos de 1,3 homens para cada mulher. A idade média dos óbitos foi de 43,3 anos (dp=10,9), com destaque para a faixa etária de 40 a 59 anos que representou 56,5% dos óbitos (Tabela 4). Porém ressalta-se que quando calculado os APVP (75), a faixa etária mais jovem (21 a 39 anos) também ganha relevância, com um total de 1.697 APVP (75), sendo que cada óbito implicou, em média, na perda de 42,4 APVP (75), resultado superior ao encontrado para a faixa etária de 40 a 49 anos (27,3 APVP). Tal resultado expressa efeito das mortes ocorridas precocemente. Destaca-se ainda que um óbito foi excluído por apresentar idade superior a idade limite.

Houve predominância da cor branca (60,2%). Quando calculada a taxa de mortalidade segundo a raça/cor nos anos estudados, a cor preta destacou-se com 52 óbitos por 100 mil habitantes, superando quase duas vezes o valor da cor branca (15,4/100 mil hab.) e parda (12,3/100 mil hab.) juntas (27,7/100 mil hab.). Quanto a situação conjugal, 66 (61,1%) eram solteiros, sendo que em 12 (11,1%) dos óbitos essa informação não foi encontrada. Em relação à escolaridade, observou-se que 35 (32,4%) possuíam entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental

(4 a 7 anos de estudo), porém sobressaiu-se a informação ignorada com 44 (40,7%) registros (Tabela 2).

Em relação a ocupação, em 60 (55,6%) dos óbitos essa informação encontrava-se ignorada, enquanto 47 (43,5%) possuíam alguma ocupação habitual. Os resultados são apresentados na íntegra na Tabela 4. Adicionalmente, ainda em relação à ocupação, o ramo de atividade com maior destaque foi o de *Dona de casa* com 15 (13,9%) ocorrências, seguido pelo *Empregado doméstico nos serviços gerais* com 5 (4,6%).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

		n	%
Sexo	Masculino	61	56,5
	Feminino	47	43,5
Faixa etária	21-39	40	37,0
	40-59	61	56,5
	60-82	7	6,5
Raça/ Cor	Branca	65	60,2
	Preta	20	18,5
	Parda	17	15,7
	Em branco	6	5,6
Escolaridade	Sem escolaridade	5	4,6
	Fundamental I (1ª a 4ª série)	13	12,0
	Fundamental II (5ª a 8ª série)	35	32,4
	Ensino médio	6	5,6
	Superior completo	5	4,6
	Ignorado	44	40,7
Situação conjugal	Solteiro	66	61,1
	Casado	15	13,9
	Viúvo	9	8,3
	Separado	6	5,6
	Ignorado	12	11,1
Ocupação	Sim	47	43,5
	Ignorado	60	55,6
	Em branco	1	0,9

5.3. Identificar a situação da notificação do HIV e da aids nos óbitos ocorridos no município nos anos de 2012 e 2013

Dos 108 óbitos por HIV/aids ocorridos no município de Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, 100 (92,6%) possuíam a notificação do HIV ou da aids, sendo que destes 81 (81%) eram notificações somente de aids, 6 (6%) somente do HIV e 13 (13%) possuíam ambas as notificações. Partindo-se dos critérios de inclusão do estudo, ou seja, a priorização dos casos de aids, considerou-se os 94 casos que possuíam a notificação da aids (Figura 12).

Figura 12. Notificações de HIV e aids dos óbitos em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

Quando verificado o ano do diagnóstico do HIV e da aids, foi possível identificar que dos 94 (94,0%) que possuíam a notificação da aids, 38 (40,4%) foram diagnosticados entre 2010 e 2013 (Figura 13).

Figura 13. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo o ano de diagnóstico do HIV e da aids.

Dos 38 casos que foram diagnosticados no período de 2010 a 2013, convém destacar que 15 (16,0%) diagnósticos ocorreram no ano de 2012 e 16 (17,0%) em 2013, perfazendo um total de 31 (33,0%) diagnósticos efetivados no período correspondente à ocorrência dos óbitos.

Ainda em relação aos 100 casos que possuíam a notificação do HIV ou da aids, quanto ao local que realizou tal notificação, verificou-se que 61 (61,0%) foram realizadas no Hospital (Figura 14), sendo o Hospital das Clínicas da FMRP da USP o serviço mais expressivo (53-53,0%), seguido de outros hospitais (8 – 8,0%) e demais estabelecimentos de saúde da rede pública local (39 – 39,0%).

Figura 14. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013 segundo local de notificação do HIV e aids.x

Quanto às manifestações clínicas e doenças oportunistas no momento da notificação, as mais frequentes foram: candidose oral (27- 27,0%), Febre (25 - 25,0%), Caquexia (34 - 34,0%), Astenia (30 - 30,0%), Anemia (38 - 38,0%), Tosse (29 - 29,0%) e, principalmente, possuíam a contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 350 cel/mm³ (68 - 68,0%).

Quanto à prática sexual, 44 declararam ter relações com homens, 24 com mulheres, sendo que em 28 ocorrências tal informação foi classificada como “ignorada”. Quando se verifica a prática sexual segundo o sexo, observa-se que 24 (42,1%) dos homens possuíam o registro de relações sexuais com mulheres. No sexo feminino, 38 (88,4%) possuíam tal prática com homens (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da frequência dos óbitos por HIV/aids segundo as variáveis prática sexual e sexo registradas na notificação da aids (SINAN), Ribeirão Preto, 2012 e 2013.

Práticas sexuais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Relações sexuais com homens	6	10,5	38	88,4	44	44,0
Relações sexuais com mulheres	24	42,1	0	0,0	24	24,0
Relações sexuais com homens e mulheres	4	7,0	0	0,0	4	4,0
Ignorado	23	40,4	5	11,6	28	28,0
Total	57	100,0	43	100,0	100	100,0

De acordo com a tabela 4, o uso de drogas injetáveis esteve presente em 13 (13,0%) das notificações da aids no SINAN, entretanto, o registro “ignorado” também foi expressivo nesta variável (31,0%). Dos 13 casos notificados que faziam uso de drogas injetáveis, 9 (69,3%) cursaram até o Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série). Adicionalmente, salienta-se que, destes últimos, 10 (76,9%) correspondiam ao sexo masculino.

Tabela 4. Distribuição da frequência dos óbitos por HIV/aids segundo as variáveis uso de drogas injetáveis e escolaridade registradas na notificação da aids (SINAN), Ribeirão Preto, 2012 e 2013.

Escolaridade	Uso de drogas injetáveis						Total	
	Não		Sim		Ignorado			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem escolaridade	1	1,8	2	15,4	2	6,5	5	5,0

Fundamental I (1ª a 4ª série)	6	10,7	2	15,4	3	9,7	11	11,0
Fundamental II (5ª a 8ª série)	20	35,7	5	38,5	8	25,8	33	33,0
Ensino médio	1	1,8	0	0,0	5	16,1	6	6,0
Superior completo	4	7,1	0	0,0	1	3,2	5	5,0
Ignorado	24	42,9	4	30,7	12	38,7	40	40,0
Total	56	100,0	13	100,0	31	100,0	100	100,0

No que se refere à categoria de exposição, destacou-se a categoria Heterossexual com 61 (61,0%) óbitos, seguido de informações ignoradas com 21 (21,0%) ocorrências e seis (6,0%) indivíduos classificados na categoria homossexual (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição de frequência dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto, segundo a categoria de exposição nos anos de 2012 e 2013.

Categoria de exposição*	n %	
	n	%
Heterossexual	50	50,0
Ignorado	21	21,0
Drogas	8	8,0
Hetero c/ parceria de risco indefinido	7	7,0
Homossexual	5	5,0
Bissexual	4	4,0
Hetero/Droga	4	4,0
Homo/Drogas	1	1,0
Total	0	0,0

* Rotina de classificação hierarquizada. Tal campo não consta na ficha de notificação ou tela do programa. É uma variável interna do sistema, preenchida automaticamente e torna-se disponível somente após exportação dos dados para outros formatos (GLATT, 2005).

Dos 108 óbitos, 57 (52,8%) ocorreram em 2012 e 51 (47,2%) em 2013, sendo que em 2012 foram a óbito 30 mulheres (52,6%) e em 2013 34 homens (66,7%) (Figura 15). Em relação aos 13 óbitos que possuem ambas as notificações (HIV e aids), em cinco ocorrências (38,5%) o tempo entre o diagnóstico do HIV e da aids foi de até três meses.

Figura 15. Óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013 segundo sexo.

Entre os 94 óbitos que possuíam a notificação de aids, 36 (38,3%) ocorreram em até 2 anos após o diagnóstico da doença, contudo, destaca-se que destes, 26 (27,7%) ocorreram em menos de três meses após o diagnóstico da aids. O tempo mediano entre o diagnóstico da aids e o óbito foi de 61,5 meses, sendo que o tempo mínimo foi 0 e o máximo foi 304 meses. O primeiro e terceiro quartis obtiveram, respectivamente, os valores de 2 e 126 meses entre a efetivação do diagnóstico da doença e o desfecho óbito (Figura 16). Entre os seis óbitos com notificação do HIV, três (50,0%) também morreram em até 3 meses após o diagnóstico do HIV.

Figura 16. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

Ao se considerar a variável sexo em relação ao tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito, identificou-se uma mediana de 70 meses para o sexo feminino, sendo que o primeiro quartil correspondeu a 36,5 meses e o terceiro quartil a 126 meses, o valor mínimo encontrado foi de zero (0) meses e o máximo de 190 meses. Ainda em relação ao sexo feminino, seis (6 - 15,0%) foram a óbito em até dois meses após a descoberta da doença (Figura 17). Dos seis (6,0%) óbitos que possuíam somente a notificação do HIV, três (50,0) eram do sexo feminino, sendo que todas (100,0%) foram à óbito em até dois meses após o diagnóstico do HIV.

Entre os óbitos do sexo masculino, a mediana de tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito, foi de 16 meses, contudo, destaca-se que 29 (53,7%) morreram em até dois anos após o diagnóstico da aids, dos quais 16 (29,6%) foram à óbito em menos de um mês (Figura 17). Para aqueles três (50,0%) que possuíam somente a notificação do HIV do sexo masculino, o tempo entre o diagnóstico do vírus ao óbito variou entre 77 e 143 meses.

Figura 17. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo sexo.

Quanto ao tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito segundo a faixa etária identificou-se uma mediana de 19 meses para a faixa etária de 21-39 anos, sendo que o primeiro quartil ficou em zero (0) meses e o terceiro em 70 meses. O mínimo e o máximo foram, respectivamente, zero (0) e 172 meses. Ao todo foram 33 (35,1%) óbitos por HIV/aids nesta faixa etária, dos quais, 16 (48,5%) foram à óbito em menos de um ano e meio após o diagnóstico da aids, com destaque para 10 ocorrências (30,3%) que morreram em menos de um mês (Figura 18).

Na faixa etária intermediária, de 40-59 anos, observou-se uma mediana de 84,5 meses entre o diagnóstico da aids e o óbito, sendo que o primeiro quartil foi de cinco 5 meses e o terceiro de 132 meses. Os valores mínimos e máximos encontrados variaram de zero (0) a 204 meses. Dos 56 (59,6%) óbitos na faixa etária de 40 a 59 anos, 16 (28,6%) morreram em menos de um ano, dos quais nove (16,1%) tiveram tal desfecho em menos de um mês (Figura 18).

Em relação à faixa etária mais velha, ou seja, de 60-82 anos, verificou-se um tempo mediano de 126 meses, com primeiro e terceiro quartis de cinco e 132 meses respectivamente.

O valor mínimo encontrado foi de zero (0) e o máximo de 198 meses. Nesta faixa etária estavam apenas cinco (5,3%) ocorrências dos óbitos totais que possuíam a notificação da aids, sendo que dois (40%) foram à óbito em menos de um ano e meio e um (20,0%) em menos de um mês (Figura 18).

Figura 18. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013, segundo faixa etária.

De modo geral, ao todo foram identificados 32 (34,0%) óbitos precoces por aids, ou seja, com menos de um ano entre o diagnóstico da doença e o óbito, sendo que 26 (27,7%) ocorreram em até dois meses (Tabela 6) e, 20 destes (21,3%) em menos de um mês.

Tabela 6. Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

Tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito	Tempo em meses	n	%
	0 a 3	26	27,7
	4 a 6	3	3,2
	7 a 12	3	3,2
	13 a 24	4	4,4
	> 24	58	61,7

Dos 94 óbitos ocorridos no período estudado, em 10 (10,6%) casos de aids tiveram a data do diagnóstico e do óbito idênticas.

5.4. Descrever as causas principais e as outras condições que contribuíram para os óbitos por HIV/aids

Quanto ao local de ocorrência do óbito, 94 (87,0%) ocorreram em hospitais (Figura 19), com destaque para o hospital das clínicas da FMRP, responsável por 76 (70,4%) dos óbitos ocorridos nos hospitais.

Figura 19. Óbitos por HIV/aids segundo local de ocorrência em Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

Em relação à doença ou estado mórbido que causou diretamente o óbito, os registros que apareceram com mais frequência foram as septicemias (53 - 49,1%), seguidos por pneumonias/broncopneumonias (16 - 14,8%) e Choques (7 - 6,5%) (Figura 20). Em relação às causas intermediárias⁹ do óbito, a pneumonias/broncopneumonias foram mais expressivas (45 - 41,7%) (Tabela 7).

Figura 20. Distribuição de frequência da doença ou estado mórbido que causou diretamente o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto em 2012 e 2013.

Tabela 7. Distribuição das causas intermediárias mais frequentes que causaram o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto, 2012 e 2013.

Causas intermediárias da morte*		n	%
	Pneumonia/broncopneumonia	34	31,5
	Septicemia	8	7,4
	Pneumocistose	5	4,6
	Meningite	3	2,8
	Insuficiência respiratória	2	1,9
	Meningoencefalite por toxoplasma	2	1,9
	Desnutrição	2	1,9
	Diarreia e gastroenterite	2	1,9

Nota: As causas intermediárias do óbito referem-se as linhas B e C da declaração de óbito no campo denominado: causas da morte (Parte I).

* Para o cálculo das causas intermediárias mais frequentes não foram computadas aquelas que estavam preenchidas em último lugar (causa básica).

⁹ As causas intermediárias, são aquelas preenchidas nas linhas B e C da declaração de óbito no campo referente à causa da morte (Parte I), de modo que para serem configuradas como tal, deverá haver o preenchimento da linha D (causa básica), uma vez que o preenchimento de todos os campos não é obrigatório, sendo que quando preenchidos, em último lugar deve-se colocar a causa básica, independentemente da linha.

No que se refere às causas básicas do óbito, ou seja, aquela doença ou afecção que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram o sujeito ao óbito, em 79 (73,1%) dos casos estudados, a causa básica foi a *Doença pelo HIV, resultando em doenças infecciosas e parasitárias (B20)*, os demais percentuais e suas respectivas causas estão contidos na figura 21.

Figura 21. Distribuição de frequência da causa básica dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto em 2012 e 2013.

Em relação às outras condições significativas que contribuíram para o óbito por HIV/aids, porém não entraram na cadeia de evolução nas causas morte (parte I) na DO, destaca-se que em 67 (62,0%) óbitos esses dados estavam preenchidos, dentre os quais, os que mais se destacam são: uso de álcool ou fumo com oito (11,9%) ocorrências, a tuberculose com cinco (7,5%) e diabetes mellitus com três (4,5%) (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição de frequência das outras condições significativas que contribuíram para o óbito por HIV/aids em Ribeirão Preto, 2012 e 2013.

	n	%
Outras condições que contribuíram para o óbito	Uso de álcool ou fumo	8 11,94
	Tuberculose	5 7,46
	Diabetes Melitus	3 4,48
	Doença hepática	3 4,48
	Hepatite C	3 4,48
	Uso de substâncias psicoativas	2 2,99

Destaca-se que 19 (19,0%) notificações no SINAN estavam desatualizadas em relação à evolução do óbito, cujos sujeitos ainda constavam como vivos, dois (2,0%) constavam como óbito por outra causa, mesmo que no SIM houvesse o registro do HIV/aids como causa básica e uma (1,0%) encontrava-se com a informação ignorada.

Quando realizado o processo inverso, ou seja, verificar as notificações de HIV/aids que evoluíram para óbitos nos anos de 2012 e 2013, observou-se que das 97 notificações que tinham essa informação, 79 (81,4%) estavam entre os óbitos estudados, ou seja, no SIM estes óbitos possuíam menção ao HIV/aids, porém 18 (18,6%) haviam evoluído para óbito e não havia menção ao HIV/aids no SIM, sendo que apenas em duas ocorrências havia o registro de óbito por outra causa. O percentual dos desfechos de evolução para o óbito (SINAN) que não possuíam menção ao HIV/aids (SIM) apresentou diferenças entre os anos estudados (Figura 22).

Figura 22. Percentual de óbito identificados no SINAN que evoluíram para óbito nos anos de 2012 e 2013 em comparação com a menção ao HIV/aids no SIM nos mesmos anos em Ribeirão Preto.

6. DISCUSSÃO

6.1. Óbitos por HIV/aids e as respectivas notificações no SINAN: estratégias e desafios na qualificação da informação na perspectiva da vigilância do HIV/aids.

Para a discussão deste partir-se-á do papel e relevância da informação em saúde como elemento propulsor e mantenedor da tríade informação-decisão-ação que fundamenta o processo de vigilância ao HIV/aids.

O processo de territorialização é o ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde. Para isto, é necessária uma coleta sistemática dos dados sobre esta população, no sentido de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Tais dados irão informar sobre as situações e necessidades de saúde nesta população e neste território, permitindo a identificação de vulnerabilidades, populações expostas e prioridades de intervenção (MONKEN; BATISTELLA, 2008; MATUS; RIVERA; JAVIER, 1989 APUD MONKEN; BATISTELLA, 2008).

Nesse sentido, a informação em saúde torna-se o alicerce da gestão dos serviços, uma vez que orientam a implementação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde, assim como o planejamento, decisões e ações de prevenção e controle das doenças. É crucial que os dados geradores dessas informações tenham qualidade e representem – o mais próximo possível - a situação local de saúde (BRASIL, 2007), ou seja, a dinâmica de ocorrência e perpetuação de fenômenos em um dado território.

O fato de não ser possível a localização de 28 (25,9%) notificações em um primeiro momento, por meio de um simples cruzamento entre os dados do SIM e SINAN, utilizando apenas o nome do paciente, mostra a debilidades na integração entre os sistemas (SIM, SINAN WIN e NET). Ou seja, reflexões são necessárias quanto à incorporação de medidas de verificação da qualidade dos registros, seja por parte das notificações da doença (SINAN) ou dos próprios óbitos (SIM). O julgamento crítico dos dados poderia minimizar a ocorrência de inconsistência e incompletude, qualificando, assim, as informações e, consequentemente, os indicadores vitais de saúde.

A falta de integração entre os sistemas de informação em saúde é uma temática que vem sendo discutida há muito tempo (OPAS, 1997). Ainda que haja um movimento no sentido de realizar estudos e divulgação de boletins epidemiológicos com base no relacionamento entre a base de dados de diferentes sistemas de informação (BRASIL, 2014d), não foi encontrado nada a respeito da integração entre os sistemas.

Segundo Loureiro (2003), a tarefa de integração dos sistemas informação em saúde, inclusive na esfera federal, não é tarefa tão simples, ainda mais no contexto atual em que as informações geradas ganham o atributo de poder. Deixar a informação fora do controle administrativo pode representar uma perda do poder, tanto institucional, quanto político. Aqui, reflexões também são pertinentes no que se refere à integração e a publicização das informações nos processos de transparência da gestão em saúde.

No que tange à qualidade dos dados, pode-se dizer que houve grandes avanços nas últimas décadas. Desde da criação do SIM (1975) e do SINAN (1990), a cobertura e completude dos dados inseridos no sistema vem melhorando gradativamente (BRASIL, 2015a). De acordo com a Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas/CGIAE (2013), a cobertura¹⁰ do SIM mostrou considerável avanço na última década, passou de uma cobertura de 86,0% em 2004 para 96,1% em 2011. Já em relação à completude das principais variáveis, o percentual de registros sem informação sobre a escolaridade, por exemplo, passou de 20,0% no ano 2000 para 9,0% em 2011 (CGIAE, 2013).

Porém, a completude dos dados não significa, necessariamente, qualidade dos mesmos, uma vez que a capacitação de recursos humanos e ampliação do suporte técnico são essenciais, além da própria implantação de processos que permitam um sistema de avaliação mais criteriosa dos dados (CRUZ; TOLEDO; SANTOS, 2003). Em relação ao SINAN, o MS reitera que para o cumprimento da finalidade do sistema, é fundamental a formação de recursos humanos no sentido de obter uma operacionalização satisfatória do sistema (BRASIL, 2007).

Neste estudo, a diferença na grafia entre os nomes foi a principal causa de não localização das notificações considerando o primeiro cruzamento dos dados do SIM e SINAN, sendo que 13 (65,0%) das 20 notificações não encontradas foram por este motivo. As outras sete ocorrências (35%) foram devido à alteração de sobrenome.

Para Loureiro (2003), a baixa qualidade dos dados coletados também remete à questão de sensibilização dos profissionais quanto à importância do preenchimento correto das informações, fragilizando assim, o cumprimento dos princípios da vigilância epidemiológica à medida que atribui um olhar meramente burocrático, administrativo e limitado aos dados que alimentam os sistemas de informação.

Quanto aos elementos que dificultam a obtenção de informações de qualidade, destacam-se: a subutilização de dados no planejamento, tomada de decisão e produção

¹⁰A cobertura é definida como número de óbitos notificados ao SIM, em relação ao número de óbitos estimado pelo IBGE, considerando-se a população residente em determinado ano e espaço geográfico (CGIAE, 2013).

científica (LOUREIRO, 2003) e as próprias fragilidades referentes ao processo de investigação e análise crítica dos dados notificados e digitados, podendo ser verificados por meio das inconsistências encontradas no SINAN e SIM. Tais elementos restringem a utilização da notificação, seja para o acompanhamento da magnitude e tendência da epidemia da aids (GONÇALVES et al., 2008), seja para o cálculo de indicadores de saúde (incidência, prevalência, letalidade e mortalidade), bem como análises de caracterização dos sujeitos, tempo e lugar (BRASIL, 2007).

Para o manuseio de dados envolvendo os sistemas de informação, destaca-se que a variável “nome”, apesar de não ser considerada na divulgação dos resultados e produção dos indicadores, é de fundamental importância, uma vez que se pretende realizar o cruzamento e relacionamento dos dados entre diferentes sistemas de informação (SEADE, 2010).

A dificuldade na alimentação dos dados coletados nos sistemas de informação, principalmente no SINAN, pode estar relacionada ao fluxo elevado de informações, somada à sobrecarga de trabalho, principalmente em serviços de saúde cronicamente deficientes em recursos humano e mecanismos de gestão eficientes. Tal processo, incentiva o desenvolvimento de informações necessárias apenas para o uso de suas funções, retroalimentando assim, a fragmentação dos sistemas e frustrando as iniciativas de melhoria da qualidade das informações geradas, segundo o Grupo Temático de Informações em Saúde e População/GTISP (ABRASCO, 2013). Fragiliza-se, deste modo, a instituição da vigilância em saúde enquanto modelo assistencial, principalmente no que se refere ao seu objeto e meios de trabalhos, perpetuando assim, a fragmentação dos sistemas de saúde locais e impossibilitando a instituição de medidas e estratégias de intervenção condizentes com a realidade e necessidades de saúde em um dado território.

Um aspecto importante que merece reflexão refere-se ao fato de que, em cada quatro óbitos identificados no SIM, uma notificação no SINAN (HIV e/ou aids) não foi localizada em um primeiro momento, com base em um simples cruzamento entre os sistemas de informação. Caso procedimentos mais refinados de busca não sejam adotados, interpretações equivocadas podem ocorrer, como por exemplo, a dificuldade de acesso de tais sujeitos aos serviços de saúde para diagnóstico e seguimento clínico terapêutico, ou ainda, o desconhecimento sobre o status sorológico da doença no momento do óbito, podendo levar a uma subnotificação dos óbitos por HIV/aids ou ainda duplicidade na notificação da doença. Mesmo após o empreendimento de estratégias de busca adotadas no estudo, oito óbitos (7,4%) que constavam no SIM não foram localizados SINAN, sugerindo uma possível subnotificação da doença ou até mesmo a demora

na notificação da mesma devido ao tempo requerido para a finalização do preenchimento, não sendo possível captá-las no período correspondente à coleta de dados deste estudo. Ou simplesmente a necessidade de adoção de outras estratégias nos procedimentos para o cruzamento dos dados.

A tríade “informação-decisão-ação” pode resumir o processo das atividades da vigilância em saúde, em especial à vigilância do HIV/aids. A produção da informação em saúde deve dispor o suporte necessário para que as dimensões estratégicas para o planejamento (decisão e ação), sejam tomadas levando em consideração as necessidades de saúde da população e seus contextos geradores e não somente baseadas em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados e conjecturas (BRASIL, 2007; FONSECA; CORBO, 2007; MONKEN; BATISTELLA, 2008). A produção de informações distorcidas e não condizentes com a realidade epidemiológico-sanitária local pode levar a erros no delineamento e implementação de estratégias de intervenção, influenciando, deste modo, na tomada de decisão e alocação de recursos.

Cabe à esfera local, além da alimentação dos sistemas de informação em saúde, a constante análise crítica dos dados secundários, uma vez que tal processo torna-se fundamental para o aprimoramento e qualidade dos sistemas de informação e das bases de dados (BRASIL, 2007).

6.2. Padrão de mortalidade segundo as características sociodemográficas: A sua relação com o perfil da epidemia no estado de São Paulo e desafios no preenchimento dos dados.

Para que a vigilância em saúde possa assegurar que as ações de prevenção e controle dos agravos ocorram segundo os princípios do SUS, deve-se levar em consideração, primeiramente, o contexto sociodemográfico de uma determinada população (MINAYO, 2013).

Ressalta-se a importância dos dados sociodemográficos, econômicos e ambientais, os quais permitem uma visão ampliada das condições de vida dessas pessoas, além de poder caracterizar grupos vulneráveis, dinâmica da doença, assim como quaisquer elementos que possam contribuir para o aparecimento, transmissão e permanência das doenças em um

determinado território (MEDRONHO, 2009), o qual se apresenta em permanente processo de construção, modificando-se conforme a dinâmica das relações sociais existentes (FONSECA; CORBO, 2007; MEDRONHO, 2009; MENDES, 1993; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Assim, em relação aos óbitos segundo o sexo, houve predomínio do sexo masculino, o qual também foi observado em outros estudos nacionais e internacionais (BOING, LUNARDON, 2009; DOU et al, 2011; FALSTER et al., 2009; RISQUEZ et al., 2011), sinalizando que, apesar da mudança no perfil da epidemia ao longo dos anos, os homens continuam sendo os mais atingidos. Em contrapartida, a razão entre os sexos encontrada neste estudo (1,3) está abaixo dos valores apontados nos estudos de Boing e Lunardon (2009) e Risquez et al. (2011), respectivamente, 3,2 e 3,5 homens para cada mulher. Tal dado mostra que apesar da doença atingir principalmente pessoas do sexo masculino, observa-se a diminuição da razão entre os sexos possivelmente devido ao fenômeno da *feminização* da doença (PINTO et al, 2007; SOUZA; LEITE, 2008), possivelmente apontando que tal processo vem ocorrendo de maneira mais acentuada no município, inclusive quando comparado com uma realidade mais próxima como a do estado de São Paulo, que apresentou em 2012 uma razão entre os sexos de 2,1 homens para cada mulher (SÃO PAULO, 2014).

De acordo com dados sobre os óbitos no Estado de São Paulo, é possível identificar uma tendência de manutenção da relação entre os sexos de 2 homens para cada mulher no período 2000 até 2012. Já em relação à incidência da doença segundo o sexo, verifica-se aumento na relação homem/mulher a partir de 2008 (1,7), atingindo 2,27 em 2012 (SÃO PAULO, 2014), sinalizando um possível recrudescimento da doença entre os homens.

Quanto aos óbitos segundo a faixa etária, verifica-se que o município de Ribeirão Preto segue a tendência do estado de São Paulo, uma vez que ao longo das três décadas de epidemia (completadas em 2011), a incidência de casos de aids vem se deslocando para as faixas etárias mais velhas. Tal processo é observado tanto em outros estados (BOING; LUNARDON, 2009) do Brasil como também em outros países (RISQUEZ et al., 2011). Ao final da segunda década da epidemia (2001), a faixa etária mais acometida entre homens e mulheres era a de 30 a 39 anos de idade, sendo que ao final da terceira década, a faixa etária de 40 a 49 anos já se iguala à anterior (SÃO PAULO, 2014; SEADE, 2013).

Outro indicador do impacto da melhoria na qualidade de vida das PVHA foi o aumento da idade média dos óbitos, passando de 31,3 anos em 1990 para 43,4 anos em 2012 no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2014; SEADE, 2013). Essa tendência apresentada tanto no estado

em questão como em outros países (FALSTER et al., 2009) corrobora com os achados deste estudo, uma vez que a idade média para homens e mulheres foi de 43,3 anos (dp=10,9), com predomínio da faixa etária de 40 a 59 anos (56,5%).

Esse resultado pode dar-se, principalmente, em função dos avanços da TARV e a distribuição universal e gratuita dos medicamentos como uma prioridade política em 1996, observando-se, a partir de então, uma importante queda na mortalidade, seguida pela melhoria da expectativa e qualidade de vida das PVHA (SEADE, 2010).

Estudos apontam a tendência de envelhecimento da epidemia (POTTES et. al., 2007; SOUZA; LEITE, 2008), contudo, em relação os óbitos por aids nas faixas etárias mais jovens, o estado de São Paulo ocupa a 3ª posição na faixa de 25 a 34 anos e 4ª posição entre 35 a 44 anos (SÃO PAULO, 2014), quando comparados aos óbitos em geral, apontando, deste modo, a magnitude dos óbitos por aids em faixas etárias mais jovens.

No município de Ribeirão Preto, apesar de se destacar a faixa etária mais velha (40-59 anos) em termos absolutos, quando se calcula os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), a faixa etária mais jovem ganha relevância, indicando a necessidade de estratégias de intervenção que enfoquem os grupos etários mais jovens, principalmente entre os adolescentes no que tange às ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença.

Nesse sentido, destaca-se o próprio processo de *juvenização* da epidemia (CAMARGO; BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007) coerente com a iniciação sexual desses indivíduos. Um aspecto importante merece reflexão, ou seja, a manifestação da doença em si e o óbito enquanto desfecho desfavorável em faixas etárias mais jovens, transcendendo a questão da mera soropositividade dos sujeitos, apontando que possivelmente estes jovens devem estar se infectando em idades mais precoces, principalmente, quando se leva em consideração que o tempo médio entre a contaminação pelo HIV e manifestação da doença leva em torno de 10 anos (CAMARGO; BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007).

Apesar da mortalidade por aids, de um modo geral, vir apresentando queda nos últimos anos, existiam 70 municípios no estado de São Paulo que apresentam uma taxa de mortalidade superior à do estado em 2012 (6,6/100.000 hab.), entre eles Ribeirão Preto (8,9/100.000 hab.). Vários são os aspectos que podem estar relacionados nestes locais e influenciarem tal desfecho nas PVHA, como a falta de acesso aos serviços de saúde, as coinfeções por doenças oportunistas, bem como o diagnóstico tardio da doença (SÃO PAULO, 2014).

Mesmo após mais de três décadas do início da epidemia, o diagnóstico tardio permanece como uma das principais causas associadas ao óbito (GRANGEIRO, 2011). No

sentido de melhorar e monitorar esse panorama, foi incluído em fevereiro de 2013, como indicador do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) para os anos de 2013 a 2015, a primeira contagem de células T-CD4 dos indivíduos que vivem com o vírus do HIV. Identificou-se que, dos indivíduos que chegaram aos serviços de saúde entre 2003 e 2006, 42% apresentaram a primeira contagem de T-CD4+ abaixo de 200 células, compatível com as condições de acesso e/ou diagnóstico tardio. Esta taxa caiu para 30% em 2008 e 25% em 2012, resultado, dentre outras medidas, da ampliação da oferta de testes para detecção da infecção pelo HIV. (SÃO PAULO, 2014). Diante deste cenário, urge a necessidade de identificação de grupos/populações vulneráveis na dinâmica dos territórios para a intensificação de ações de prevenção da doença e de diagnóstico oportuno visando a inclusão e retenção dos mesmos nos serviços de saúde responsáveis pelo manejo do HIV/aids.

Em relação à escolaridade, os resultados deste estudo apresentam discordâncias quando analisados segundo a incidência da aids do estado de São Paulo, no qual 42,0% dos sujeitos diagnosticados possuíam de 8 a 11 anos de estudo, sendo que 20,6 possuíam de 4 a 7 anos e 15,8% com informações ignoradas ou em branco.

Tal resultado pode conter indícios de que o perfil dos óbitos não segue o perfil da epidemia em relação à escolaridade, sendo que a maior incidência apresentada pelo estado de São Paulo está concentrada nas pessoas com maior grau de instrução, enquanto os óbitos no município apresentam predominantemente níveis escolares mais baixos.

No entanto uma análise mais aprofundada fica impossibilitada pela (in) completude dos dados relacionados à escolaridade, uma vez que 44 (40,7%) dos óbitos em Ribeirão Preto possuíam este dado como ignorado.

Segundo o BRASIL (2013e), essa fragilidade não é exclusiva do agravo do HIV/aids, mas sim do preenchimento dos dados na declaração de óbito em geral, sendo que em 2012 o município de Ribeirão Preto apresentou 2.200 (53,8%) óbitos com o campo da escolaridade preenchidos como ignorado.

Tal situação pode estar relacionada à falta de percepção por parte dos profissionais de saúde sobre este tipo de dado e das informações que podem ser geradas a partir dele para subsidiar o planejamento e operacionalização de ações e serviços de saúde mais efetivos, ou seja, em consonância com as necessidades e demandas identificadas. Destaca-se também a importância de um controle de qualidade destes dados nos sistemas de vigilância, sendo um aspecto fundamental para o contínuo processo de aperfeiçoamento da qualidade das informações (MEDRONHO, 2009).

Em relação ao quesito cor, coerente com características da epidemia no estado de São Paulo, o estudo apontou o predomínio indivíduos brancos nos óbitos por HIV/aids quando se compara com a incidência da doença no Estado como um todo em 2012 que foi de 56,8%, seguido da cor parda (29,9%) e preta (9,5%).

Cabe ressaltar que, quando calculada a taxa de incidência no Estado de São Paulo como um todo, levando-se em consideração a variável cor (branca, parda e preta), em 2012 a incidência entre as pessoas de cor branca foi de 15,5 para cada 100 mil habitantes, seguido da cor parda com 14,7/100 mil hab., sendo que a cor preta correspondeu a 28,9/100 mil hab., ou seja, representando praticamente o dobro da incidência das categorias branca e parda (SÃO PAULO, 2014).

Já neste estudo, ao se calcular a taxa de mortalidade segundo o quesito cor, identificou-se semelhança em relação às características da incidência da doença no Estado de São Paulo como um todo, contudo, merece destaque o fato de Ribeirão Preto apresentar uma taxa de mortalidade entre as pessoas da cor preta mais expressiva, ou seja, 52/100 mil hab., desvelando importantes vulnerabilidades sociais e a necessidade de focalização de ações e intervenções para além do plano setorial das práticas e políticas de saúde.

O Estado de São Paulo apresenta avanços na direção de políticas públicas que valorizem a saúde da população negra, contudo, estudos ainda são necessários para identificar em que medida as mesmas se concretizam e o impacto que produzem nas diferentes realidades sociosanitárias.

A limitação dessa variável no estudo dá-se pelo fato de não ser autodeclarada e, segundo as recomendações do manual de preenchimento da declaração de óbito do Brasil (2011), algum familiar ou responsável pelas informações do falecido deve responder esta questão, sendo que em hipótese alguma o profissional de saúde poderá preencher baseada em suas próprias impressões a partir da observação.

Outro resultado, não expressivo em números, porém não menos importante é em relação aos óbitos por HIV/aids com a informação da raça/cor em branco, que representaram 6 (5,6%) ocorrências. Destaca-se que na DO a variável raça/cor não admite a opção *ignorada* devido à importância desse dado para a identificação de populações em situação de vulnerabilidade, podendo assim, encobrir os agravos à saúde que acometem população específicas (BRASIL, 2011). Segundo Oliveira (2003), desvalorizar a composição pluriétnica da sociedade no Brasil implica, principalmente, na perda da equidade da atenção à saúde, ferindo assim, diretamente os princípios do SUS.

Destaca-se que a inclusão do campo raça/cor ocorreu 23 anos após a criação do SIM e, após quase 20 anos de tal inclusão, ainda é possível encontrar a referida variável mal preenchida (OLIVEIRA, 2003).

Em estudo realizado por Macinko e Elo (2009) sobre os óbitos evitáveis nos Estados Unidos no período de 1980 a 2005 foi possível identificar que, especificamente nos óbitos por HIV/aids, houve redução no período analisado entre os homens da cor branca, enquanto aumentava entre os indivíduos da cor preta. Quanto às mulheres, também se identificou aumento de 50% entre as de cor branca e 156,9% entre as de cor preta. Tais dados apontam a complexidade do manejo do HIV/aids em grupos vulneráveis, destacando a importância das variáveis cor e gênero para a análise das condições de saúde e o acesso às ações e serviços voltados à promoção, prevenção e recuperação de saúde, para além das outras políticas públicas na dimensão social.

Em relação à situação conjugal dos indivíduos que foram a óbitos por HIV/aids, destaca-se uma possível fragilidade para a análise de tal variável, uma vez que pode haver certa confusão quanto ao Estado civil em detrimento da condição de viver ou não na companhia de um cônjuge, parceiro ou companheiro (LEMONS; VALENTE, 2001; IBGE, 2013). Extrapolando-se as questões civis e legais, no que se refere à prevenção e manejo do HIV/aids, a informação acerca da parceria ou presença de um companheiro é de extrema relevância.

A falta de clareza nos manuais de preenchimento da Brasil (2006b; 2011) em relação à definição do quesito “situação conjugal” pode levar a equívocos por parte do profissional de saúde incumbido pelo preenchimento, identificação e qualificação das informações mediante a orientação dos familiares e responsáveis pela pessoa que foi a óbito quanto às opções possíveis que configuram a natureza conjugal. Equívocos também podem ocorrer por parte dos próprios familiares ou responsáveis pela pessoa que foi a óbito ao declarar tal informação caso não haja as devidas orientações e esclarecimentos sobre tais opções.

Segundo IBGE (2013), o estado conjugal refere-se à pessoa que vive ou não em união de outra, enquanto o estado civil está relacionado à condição jurídica desta situação conjugal, levando em consideração a natureza desta união, podendo ser o casamento civil, religioso ou ambos e ainda a união consensual, sendo este referente àquelas pessoas que vivem em união, porém não contraíram casamento nos moldes citados. Ainda, dentro deste tipo de união, há a união estável com contrato registrado em cartório.

Nesse sentido, assim como no estudo realizado por Lemos e Valente (2001), os óbitos que tinham uma união consensual ou estável¹¹ podem ter sido classificados como solteiros, sugerindo desse modo que tais informações podem estar subestimadas em relação à realidade da situação conjugal. Para o planejamento e delineamento de ações e intervenções em saúde em um dado território, a informação sobre a presença ou não de companheiros ou parcerias estáveis é fundamental.

Uma vez que os achados deste estudo apontam para uma maioria de solteiros, relaciona-se tal informação com uma maior chance de viver sozinho, sendo que este dado pode estar relacionado a um risco aumentado de abandono ao tratamento da aids, como mostra o estudo realizado por Schilkowsky, Portela e Sá (2011), no qual a situação conjugal interferiu no risco de abandono do tratamento, sendo que houve associação entre ser solteiro e abandonar o tratamento. Tal abandono pode ter repercussões graves na saúde do indivíduo, podendo inclusive leva-lo ao óbito. Isto mostra a importância da qualidade dos dados, principalmente, no que tange o reconhecimento de perfis mais susceptíveis ou que possuem um risco aumentado para a ocorrência de desfechos desfavoráveis como abandono, internações e o próprio óbito.

Em outro estudo realizado por Freitas (2004), não houve interferência significativa entre a situação conjugal e o conhecimento acerca dos modos de infecção pelo HIV, sendo que, para todas as categorias conjugais, mais de 93,0% dos sujeitos souberam mencionar as formas de infecção pelo vírus da aids. Tais resultados sinalizam uma questão que merece reflexão. Para além do conhecimento das informações sobre a doença e seus modos de infecção, há que se destacar o papel e o suporte psicológico dos parceiros, companheiros e familiares àqueles indivíduos que se descobrem infectados, principalmente, exercendo o apoio no enfrentamento do processo de adoecimento e também na adesão ao tratamento e seguimento terapêutico.

No que diz respeito ao apoio às PVHA, ressalta-se que, apesar da presença do companheiro ser potencialmente significativa para um enfrentamento ativo da doença, a família enquanto rede de suporte social também desempenha um papel importante nesse processo, inclusive ocupando o lugar do parceiro na falta do mesmo ou até mesmo nas situações que envolvem o abandono do companheiro (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). A respeito disto, Andrade e Iriart (2015), em um estudo realizado em Maputo, identificou que a dependência financeira da maioria das mulheres era agravada quando ocorrido o óbito do cônjuge por

¹¹ A união estável foi regulamentada pela Lei 8.971/94 (BRASIL, 1994), e, posteriormente, pela Lei 9.278/96 (BRASIL, 1996), sendo reconhecida legalmente como entidade familiar, porém a união estável, apesar de ser registrada em cartório, não altera o estado civil, podendo o indivíduo declarar a pessoa que foi à óbito como solteiro sem que falte com a verdade, uma vez que o campo da situação conjugal na DO possui opções de preenchimento relacionadas também ao estado civil (IBGE, 2013).

HIV/aids ou o abandono do mesmo ao revelarem a sua soropositividade. Tal situação de vulnerabilidade impõe dificuldades às mulheres em realizar o próprio sustento, assim como dos seus filhos, sendo que tal dependência é mais expressiva quando associada à baixa escolaridade e opções limitadas de inserção laboral.

Andrade e Iriart (2015) ainda ressalta que o medo sentido pelas mulheres em revelar a infecção aos seus companheiros, devido principalmente aos possíveis questionamentos quanto à infidelidade e a culpa pela contaminação do vírus da aids não é percebido em relação aos homens, indicando a desigualdade nas relações de poder dentro da união conjugal.

Além disso, o difícil rompimento com o estigma que rodeia a doença leva o indivíduo a emanar sentimentos de vergonha, medo e depressão, antecipando assim, as reações estigmatizantes e discriminatórias, levando a uma auto exclusão das relações sociais e, conseqüentemente, levando à desfechos desfavoráveis, como a perda do acompanhamento clínico e terapêutico da aids, incluindo a própria ocorrência do óbito (ANDRADE e IRIART, 2015).

Em relação à ocupação, o preenchimento da opção *ignorada* foi expressivo neste estudo (55,6%). Segundo dados do Brasil (2013e) em relação à completude das principais variáveis do SIM, em Ribeirão Preto no ano de 2012, tal variável apresentou 276 (0,07%) ocorrências de não preenchimento, ou seja, o referido campo apresentava-se “em branco” ao se considerar um total de 4.089 casos analisados. Esta situação pode remeter a conclusões equivocadas em relação à qualidade dos dados, uma vez que o campo de preenchimento da ocupação permite a inclusão da opção “ignorada”. Sendo assim, fragiliza-se a qualidade dos dados e a sua transformação em informações com potencial de subsidiar análises e intervenções de saúde que sejam coerentes com a realidade social de um determinado território.

De um modo geral, essa foi a variável sociodemográfica que apresentou uma importante dificuldade de preenchimento e qualificação da referida informação neste estudo. Tal constatação também foi relatada no estudo realizado por Cruz, Toledo e Santos (2003) em análises utilizando-se o SINAN, indicando que não se trata de uma fragilidade exclusiva do SIM, mas dos sistemas de informação em geral que utilizam a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2010b) como referência para preenchimento. Ainda no estudo supramencionado, os autores chamam a atenção para alguns pontos e reflexões importantes quanto ao preenchimento do campo ocupação em função da dificuldade de codificação desta variável.

Para ilustrar tal fato, pode-se observar que a informação *doméstica* ou *do lar* tem as seguintes opções no sistema: doméstica (empregada), doméstica (dona-de-casa), dona-de-casa e empregada doméstica. Mas como diferenciá-las? (CRUZ; TOLETO; SANTOS, 2003 p. 87).

As ocupações mais frequentes na presente pesquisa vão ao encontro dos achados mencionados pelos referidos autores (CRUZ; TOLEDO; SANTOS, 2003), contudo, ainda foi possível a identificação de uma categoria adicional - “*empregado doméstico de serviços gerais*”. A CBO, atualmente, ainda disponibiliza outras opções de preenchimento, a saber: *empregado doméstico arrumador, empregado doméstico diarista e empregado doméstico faxineiro* (BRASIL, 2010b).

Essa dificuldade na categorização reflete diretamente na qualidade dos dados, uma vez que as diversas interpretações podem causar confusão no momento da especificação da ocupação e o respectivo preenchimento. Segundo Brasil (2011), este campo não deve ser preenchido somente com ocupações vagas, como por exemplo: *Operário, vendedor, professor*, mas sim com o complemento da ocupação: *Operário têxtil, vendedor de carros, professor de matemática do ensino médio*.

Ainda, para o preenchimento deste campo, recomenda-se o registro da ocupação habitual que a pessoa desenvolveu a maior parte de sua vida produtiva, devendo ser evitada, ao máximo, o preenchimento de informações como: *estudante, dona de casa, desempregado, aposentado*, sendo que neste último caso deverá ser preenchido com a ocupação habitual anterior. Isso deve-se principalmente pelo fato dessas categorizações não serem classificadas como ocupações pela CBO, apesar de existirem no sistema, não integram nenhuma classificação (BRASIL, 2011). Ou seja, sinalizam a possível fragilidade desta variável e questiona-se a potencialidade de utilização da mesma na perspectiva da análise e planejamento das ações e serviços, especificamente, no campo da saúde.

Em um estudo realizado em Santa Catarina, identificou-se que a maioria das mulheres que foram a óbito por HIV/aids não possuíam ocupação remunerada, sendo as categorias mais frequentes: *dona de casa e desempregada*, somando 65% das ocorrências. Enquanto nos homens, as atividades braçais e a condição de estarem desempregados aparecem com maior frequência. Identificou-se que 24,0% das informações sobre a ocupação estavam como classificadas como “ignoradas” (PEIXOTO, 2005).

A grande proporção de ignorados para o campo ocupação mostra que o preenchimento ainda é muito frágil, necessitando de maiores investimentos na capacitação e qualificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento desses dados, bem como aqueles que exercem função de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde. A importância dessa

informação para a vigilância em saúde, se dá principalmente na possibilidade de inferir sobre a provável situação econômica desses óbitos e a identificação de padrões de mortalidade em determinados grupos sociais, assim como as categorias ocupacionais prioritárias para ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Transcendendo a dimensão da saúde, ainda existe a avaliação do impacto social e econômico dos óbitos, bem como daqueles indivíduos que sofrem diretamente em consequência da dependência dos sujeitos que foram a óbito, considerando-se um dado período e um determinado contexto. Tais questões podem interferir e impactar a realidade e dinâmica sociodemográfica, econômica e política de um dado contexto.

6.3. Situação e evolução das notificações do HIV e da aids nos óbitos ocorridos no município: tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito

Os percentuais encontrados em relação às notificações de HIV (6,0%) e aids (94,0%), sinalizam que apesar das estratégias que têm sido discutidas desde o início dos anos 2000, em relação a *Vigilância de Segunda Geração*, principalmente no que tange à identificação e acompanhamento dos casos de HIV (WHO, 2000) e da recomendação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em realizar a notificação do HIV em todos municípios Paulistas, desde 1994 (BRASIL, 2013b; BEPA, 2011), ainda perduram fragilidades para se efetivar tal notificações no contexto de vigilância da infecção pelo vírus do HIV.

Várias são as inferências que podem ser atribuídas a tal achado. Desde a não adoção da estratégia de notificação do HIV, o desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito desta medida, a não divulgação ampla e persistente das secretarias municipais de saúde para a implementação efetiva de tal estratégia de vigilância, além da não obrigatoriedade da notificação, uma vez que se tratava de uma recomendação (MEDRONHO, 2009).

Por último, mas não menos importante, tal resultado pode ser atribuído à falta de clareza nessas recomendações, pois se tratava da notificação de casos de HIV assintomáticos, sendo que nos casos de diagnóstico tardio, a notificação da aids excluía a possibilidade de notificar o HIV. Ao contrário, quando havia a notificação do HIV, deveria novamente ser notificado quando o caso atendesse aos critérios de definição de aids (SÃO PAULO, 2011a).

Contudo, tal dado deverá sofrer uma mudança no panorama nos próximos anos, uma vez que por determinação da Portaria nº 1.271/2014 (BRASIL, 2014a), a notificação do HIV passou a ser obrigatória em todo território nacional, compondo assim, a lista de agravos de notificação compulsória. Segundo Medronho (2009), a obrigatoriedade da notificação é importante, pois garante a base normativa e legal para fins de funcionamento do sistema, porém, mesmo com a possibilidade de sanções legais, não garante que a execução de tal tarefa seja de forma adequada, uma vez que muitos profissionais talvez não percebam a importância dos resultados que podem ser obtidos a partir de uma simples notificação.

Tal notificação, que concerne à vigilância do HIV/aids, principalmente o advento da infecção, torna-se ferramenta fundamental para atingir as ambiciosas metas propostas pela UNAIDS, a qual propõe que até 2020 haja 90% das PVHA com conhecimento do seu estado sorológico, 90% das pessoas HIV positivo em tratamento e 90% das PVHA em tratamento com carga viral indetectável (SÃO PAULO, 2014; UNAIDS, 2014). O Brasil reitera seu compromisso com as metas 90/90/90, por meio do monitoramento da cascata do cuidado contínuo (SÃO PAULO, 2014). O Brasil foi o primeiro entre os países em desenvolvimento e terceiro país do mundo a recomendar o início imediato da TARV, independentemente da contagem das células T-CD4+, tal medida se constitui em mais um passo inovador na vanguarda para a resposta à epidemia do HIV/aids (SÃO PAULO, 2014).

Nesse sentido, tais medidas se constituem como importantes ferramentas para a vigilância em saúde, principalmente no que tange ao monitoramento da epidemia na realidade local. Porém, vale ressaltar que, apesar da implementação do tratamento como prevenção se apresentar como importante estratégia para o controle da transmissão do vírus, seu sucesso depende do investimento em ações voltadas para o diagnóstico precoce (HULL; LANGE; MONTANER, 2014).

Ainda na perspectiva da cascata do cuidado contínuo, neste estudo foi possível observar que, dos óbitos por HIV/aids ocorridos em 2012 e 2013, 31 (33,0%) foram notificados por HIV/aids no SINAN no mesmo período (2012 e 2013). Tal dado pode sugerir a chegada tardia dessas pessoas ao serviço de saúde, resultando em estágios mais avançados da do. Também pode sinalizar possíveis falhas no acompanhamento clínico e na adesão ao tratamento ARV.

Além de o diagnóstico tardio ser a principal causa de óbito (GRANJEIRO, 2011), as questões pertinentes à adesão a TARV merecem reflexões, uma vez que, além de comprometer a efetividade do tratamento, pode desencadear um processo de resistência do vírus e

consequentemente, a possibilidade de disseminação contínua do mesmo (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000), inclusive na sua forma resistente. Ressalta-se ainda, que a adesão à TARV se constitui como uma importante medida no monitoramento clínico das PVHA com vistas a atingir as metas 90/90/90 (SÃO PAULO, 2014).

Neste contexto, a vinculação e retenção do cuidado das PVHA, além de proporcionar o desenvolvimento de ações para conter o avanço da epidemia, poderá impactar diretamente nos desfechos desfavoráveis, não apenas na supressão viral, mas principalmente nos indicadores de mortalidade. Segundo Govindasamy, Kranzer e Ford (2014), para que isso ocorra, depende da capacidade do sistema local em diagnosticar precocemente estes indivíduos, antes do aumento da carga viral e queda dos linfócitos T-CD4+, a fim de assegurar a adesão ao tratamento de forma eficaz, efetiva e permanente.

Em relação aos óbitos que contemplavam os critérios de definição de aids, as manifestações clínicas apresentadas por eles sugerem quadros de agudização da doença com o aparecimento de doenças oportunistas, inclusive infecções crônicas como a TB. Tal quadro está possivelmente associado ao diagnóstico tardio, considerando principalmente a baixa contagem T-CD4+.

Em um estudo realizado por Granjeiro (2011), a entrada tardia na TARV foi observada em 43,6% das PVHA, sendo que destes, 67,7% apresentavam uma forma mais avançada da infecção, caracterizada principalmente pela presença de manifestações clínicas sugestivas da doença, quadro de imunossupressão (T-CD4+ <200) ou morte nos primeiros 20 dias após a entrada para cuidados pelo HIV.

Reflexões devem ser feitas em relação à entrada tardia no tratamento do HIV/aids, principalmente sobre os efeitos de tal atraso na saúde individual. Discussões ganhariam mais profundidade ao se tecerem comparações acerca do impacto das ações de prevenção, diagnóstico precoce e entrada oportuna no serviço de saúde para os cuidados do HIV, em relação as taxas de mortalidade e acesso aos serviços de saúde (GRANJEIRO, 2011).

Em uma revisão feita por Colimbrini, Lopes e Figueiredo (2006), os resultados apontaram algumas situações de risco à não adesão a TARV, sendo que a autora os categorizou como correspondendo ao plano individual e coletivo, abordando principalmente questões relacionadas às *características sociodemográficas* (sexo, raça/cor, escolaridade, idade, ocupação etc.), à *doença* (sentir-se bem, sentir-se mal, ocorrência de sintomas etc.), ao *tratamento* (tempo e complexidade), aos *serviços de saúde* (qualidade do cuidado, vínculo,

acesso ao serviço) e *suporte social* (incentivos no transporte, assistência aos filhos, reabilitação de dependentes químicos etc.).

Algumas questões acerca disso podem ser levantadas, principalmente sob a ótica da vigilância em saúde, como por exemplo: as condições de acesso às ações e serviços de saúde dessa população, importância dessas informações para conhecer e compreender a dinâmica de adoecimento e procura por serviços de saúde nos territórios. A identificação de populações vulneráveis e a definição de estratégias focalizadas de acompanhamento e retenção desses sujeitos aos serviços de saúde é fundamental no contexto das práticas e tecnologias de saúde.

Reitera-se a importância da vigilância em saúde no contexto local, principalmente no que tange ao reconhecimento do território, coleta de dados para levantamento das condições de saúde da população, definição e planejamento de ações de intervenção em problemas e grupos prioritários. Nada disso é possível se não houver a qualificação dos dados gerados nos serviços de saúde. A sensibilização dos profissionais para a importância dos mesmos deve ocorrer de modo sistemático e permanente, de modo a garantir a confiabilidade dos dados na geração de informações de interesse local.

Nesse sentido, outras duas variáveis que apresentaram alto percentual de dados ignorados foram a categoria de exposição (21,0%) e o uso de drogas injetáveis (31,0%). Quanto à categoria de exposição, os resultados encontrados superam os percentuais descritos por Guibu (2010), ou seja, 15,5% e por Brasil et al. (2013), com 13,5% de dados ignorados.

Ainda em relação aos resultados apresentados por Guibu et. al. (2010) e Brasil et al. (2013), o maior percentual de casos, segundo a categoria de exposição hierarquizada, foi a heterossexual com 39,7% e 50,0%, respectivamente, sendo que o UDI foi de 24,3% e 13,7% e HSH de 19,7% e 13,9%. Em outro estudo apresentado pelo SÃO PAULO (2011b), o provável modo de exposição das pessoas que procuravam os CTA ao vírus do HIV foi classificado como heterossexuais (65,6%), de HSH (12,8%) e de UDI (0,8%).

No que se refere ao estado de São Paulo em 2012, os resultados do presente estudo apontam semelhanças em relação às notificações da doença, sendo que para o estado 51,1% foram classificados como heterossexuais, 30,5% HSH e 4,7% UDI; 13,5% das categorias de exposição classificadas como ignoradas (SÃO PAULO, 2014). Contudo, convém destacar que, na presente pesquisa, o percentual de HSH foi inferior.

Ressalta-se que a categoria de exposição não consta como campo na ficha de notificação, seu preenchimento é automático conforme os dados inseridos na variável sexo,

práticas sexuais e uso de drogas injetáveis. Os dados desta categorização tornam-se disponíveis apenas no momento em que se procede a exportação dos dados (GLATT, 2005).

Esse preenchimento automático e hierarquizado do campo interno “categoria de exposição”, além de tornar frágil a informação, não leva em consideração as definições de gênero e orientação sexual do indivíduo. Segundo Riscado (2013), existe uma luta constante sobre o que é tido como moralmente certo, em termos de sexualidade e gênero, ou não, sendo que a cultura ocidental acabou levando à imposição de que existe uma hierarquização sexual, na qual a heterossexualidade é tida como “natural”, “saudável”. Desse modo, cai-se em um reducionismo, considerando que as predisposições biológicas produzem, por si só, as práticas sexuais, orientação sexual e gênero de um indivíduo.

Assim, gênero busca distinguir a dimensão biológica da social, sendo que homens e mulheres são produtos da realidade social e não meramente em decorrência da anatomia de seus corpos. Partindo da premissa de que todo ser humano não se constitui fora de um espaço de construção social e de uma cultura (RISCADO, 2013; UNODC, 2012;).

A frieza do preenchimento automático pode levar a informações distorcidas em relação ao gênero e, principalmente, sobre a orientação sexual dos sujeitos, uma vez que não há a opção de o sujeito autodeclarar-se, assim como no estudo realizado por Riscado (2013), no qual o referido autor apresenta o depoimento de um jovem com aids em uma perspectiva questionadora, no que se refere à masculinidade e a heterossexualidade, mostrando a possibilidade de uma masculinidade alternativa: “[...] não é por eu ser homossexual que vou deixar de ser homem [...]” e “[...] sexo é uma forma de desejo [...] tanto pode ser do mesmo sexo quanto de outro sexo” (RISCADO, 2013).

Tais depoimentos podem sinalizar que ser do sexo masculino e ter relações com pessoas do mesmo sexo, não significa, obrigatoriamente, que o sujeito se considere homossexual. Neste contexto, levando em consideração a sexualidade dos sujeitos, em relação ao gênero, práticas e orientação, deve-se reconhecer que não há “verdades absolutas”, sendo assim, necessário olhar o mundo do modo como ele é, com suas diferenças (UNODC, 2012).

O que se pretende problematizar aqui é procedimento de hierarquização na construção da categoria de exposição, pois há que se reconhecer a tendência reducionista de classificação da orientação sexual dos sujeitos a partir das práticas sexuais destes indivíduos. Para fins do delineamento de ações e intervenções locais, conhecer as práticas sexuais é fundamental para a prevenção nas estratégias de educação em saúde. Contudo, abordar aspectos mais ampliados relacionados à sexualidade em si, na perspectiva de compreensão do universo dos sujeitos e da

promoção em saúde transcende a mera identificação da prática sexual. Tal perspectiva ampliada seria mais condizente com os pressupostos da Vigilância em Saúde.

Outro ponto importante a ser destacado é o uso de drogas injetáveis. Estudos apontam que os jovens são mais susceptíveis, não somente à aids, mas também ao consumo de drogas (SPOSITO; CARRANO, 2003). Para além do uso de drogas injetáveis que são, do ponto de vista de infecção pelo HIV, mais eficientes do que a transmissão sexual (GUIBU, 2010), persiste o problema das drogas inalantes, cuja característica é o alto grau de dependência e pode resultar em exposições dos sujeitos à infecção pelo HIV, principalmente em situações que envolvem a troca de favores sexuais ou a prostituição em troca de dinheiro ou de drogas em si (NAPPO et al., 2004).

Segundo um estudo realizado por Nappo et al. (2004) sobre o comportamento de risco de usuárias de crack em relação às DTS/aids, os resultados mostraram o profundo impacto que tal droga tem na saúde individual dessas pessoas, principalmente em relação ao alto risco de contrair o HIV. A venda do corpo, para essas usuárias, não tem motivações econômicas, mas unicamente a obtenção do *crack*, sendo que nenhuma das entrevistadas soube estimar a quantidade de que se envolveram após o início do uso da droga.

Ainda em relação ao estudo supracitado, as estratégias mais citadas para conseguir a droga foram: roubo, tráfico e venda do corpo (NAPPO et al., 2004). Destaca-se, adicionalmente que, 52% relataram ter sofrido violência e 17% terem sido vítimas de estupro. Tais informações sobre o tráfico e uso de outros tipos de drogas, além das injetáveis, são importantes para a caracterização do território e identificação de populações em situação de vulnerabilidade.

Segundo a Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo, na região administrativa de Ribeirão Preto, no ano de 2013, houve 7.191 ocorrências de porte por entorpecentes, 5.346 ocorrências de tráfico de entorpecentes, 616 apreensões¹² de entorpecentes e 953 estupros. Sendo que o município de Ribeirão Preto foi responsável por, respectivamente, 356 (5,0%), 1.031 (19,3%), 207 (33,6%) e 93 (8,9%) destas ocorrências (SÃO PAULO, 2015).

Em um estudo mais aprofundado, poder-se-ia identificar os locais de tais ocorrências e assim inferir sobre o contexto de vulnerabilidade dessa população e poder planejar estratégias e ações de promoção, prevenção e redução de danos no uso de drogas ilícitas. Ressalta-se ainda que, no tocante à intersetorialidade que permeia as questões de saúde, apesar de tais ocorrências serem em si, uma questão da Segurança Pública, também representam importantes problemas

¹² São computadas somente as ocorrências em que houveram apenas apreensão de entorpecentes, sem pessoas envolvidas (SÃO PAULO, 2015).

de saúde pública, pois afetam diretamente a saúde individual e coletiva da população. Para o enfrentamento desta situação e redução das desigualdades social, é essencial a articulação permanente entre diversos setores e atores com destaque para a segurança pública, saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2005b).

Em relação aos 13 óbitos que possuíam as duas notificações (HIV e aids), o tempo de evolução do diagnóstico do vírus para a doença foi de três meses em cinco casos (38, 5%). Este resultado pode estar relacionado ao diagnóstico tardio e principalmente, ao método que os serviços de saúde têm adotado para o tratamento, ou seja, aguardar que o sistema imunológico do indivíduo esteja fragilizado de tal modo que haja, aí sim, indicação clínica para o tratamento (UNAIDS, 2015).

Este panorama pode sofrer importantes mudanças dentro de alguns anos, especialmente como consequência da implantação e efetivação da vigilância de segunda geração, por meio da notificação compulsória do HIV e pelas novas recomendações de tratamento com início imediato para todas PVHA (BRASIL, 2013f; UNAIDS, 2015), independente das condições clínicas e celulares.

Quanto a expectativa de vida das PVHA, desde o surgimento da TARV foram observadas reduções da morbimortalidade relacionada à aids, trazendo benefícios inegáveis na melhoria da qualidade de vida, assim como o aumento na expectativa de vida das PVHA. A partir disso, a doença ganhou um caráter crônico evolutivo, sendo considerada potencialmente controlável (BRASIL, 2008b, 2013a).

Considerando as mudanças na expectativa de vida das PVHA ao longo dos anos, pode-se observar que em 1995, no Brasil, a média de sobrevida era de 18 meses, sendo que 45,0% das pessoas diagnosticadas com aids viviam até dois anos após o diagnóstico da doença. Em 1996, com o advento da TARV, essa média passou para 58 meses, sendo que 63,0% das PVHA ainda estavam vivas em até dois anos após o diagnóstico (MARINS et al., 2003). Em um estudo mais recente, Tancredi (2010) observa que entre os anos de 1997 a 2003 mais de 50,0% das PVHA sobreviveram até 108 meses, ou seja, nove anos.

Em contrapartida, os achados deste estudo apontam um tempo mediano entre o diagnóstico da aids e o óbito de 61,5 meses (± 5 anos e 2 meses), sendo que apenas 64 indivíduos (61,5%) estavam vivos após dois anos do diagnóstico da doença e apenas 68 (72,3%) sobreviveram após três meses de diagnóstico. Tais achados mostram uma semelhança com os dados de 1996, indicando uma possível queda da qualidade e expectativa de vida de determinados grupos de PVHA, além de inferências sobre fragilidades no diagnóstico precoce

desses casos e dificuldades relacionadas à adesão e retenção do tratamento do HIV/aids no serviço de saúde.

Em um estudo realizado por Dou et. al. (2011) entre PVHA em TARV, 12,8% foram à óbito nos primeiros dois anos de tratamento, dos quais, 56% ocorreram nos três primeiros meses. Para esses óbitos que ocorreram na fase inicial do tratamento (0-3 meses), houve uma forte associação com a presença de sinais e sintomas característicos da aids e possuir baixa contagem de linfócitos T CD4+. Apesar do estudo supracitado referir-se ao tratamento, pode-se identificar que as variáveis que estiveram associadas com a mortalidade, possivelmente, podem estar relacionadas com o diagnóstico tardio e não adesão ao tratamento com ARV, assim como apontam outros estudos (BRINKHOF et. al., 2009; SPILLANE et. al., 2012).

Estudos internacionais mostram semelhanças no padrão de mortalidade, apesar de apresentarem variações nos percentuais encontrados, os óbitos ocorreram nos dois primeiros anos após o diagnóstico e/ou início de tratamento, sendo os primeiros três meses são os mais críticos, nos quais se concentram a maior parte desses óbitos. O diagnóstico tardio, a contagem de T-CD4+ baixa, presença de doenças definidoras da aids e a fraca ou não adesão à TARV são apontadas como os principais problemas que influenciam na mortalidade, sendo que a mesma diminuía conforme aumentava o tempo de tratamento e contagem de T CD4+ (BRINKHOF et. al., 2009; COCKERHAM et al., 2010; CHOW et al., 2012; FALSTER et al., 2009; HESSAMFAR-BONAREK et al., 2010; LIM et al., 2012; MACPHERSON et al., 2009; SIMMONS et al., 2013; MIRZAEI et al., 2013; SPILLANE et. al., 2012).

Pode-se dizer que os principais desafios no combate ao HIV/aids estão em dois pontos. O primeiro está relacionado ao diagnóstico tardio, que além de influenciar no aumento da incidência, impacta diretamente na saúde da PVHA, fazendo com que o sujeito tenha acesso tardio ao tratamento com ARV, sendo que este é o segundo ponto, a entrada tardia no tratamento. Não ter acesso aos medicamentos em tempo adequado, acarreta, além da redução da eficácia dos ARV, em desfechos desfavoráveis, como o abandono do tratamento, perda de seguimento do cuidado e o óbito, principalmente no primeiro ano de tratamento (TUBOI et. al., 2009).

Nesse sentido, quando comparado o tempo entre o diagnóstico e o óbito por HIV/aids, segundo o sexo, pode-se observar que os homens são os que morrem mais rápido. Aproximadamente 30,0% dos óbitos do sexo masculino morreram em menos de um mês após o diagnóstico da aids. Tal achado pode indicar o diagnóstico tardio desses indivíduos, seja por causa de barreiras institucionais ou socioculturais (AGUIAR et al., 2014).

Quanto às barreiras institucionais, pode-se destacar que historicamente as políticas e serviços de saúde foram organizados a partir da valorização do cuidado à saúde da mulher e da criança. Tal valorização permeia tanto o meio profissional, quanto o imaginário social, promovendo assim, diferenças no acolhimento nos serviços de saúde no que se refere ao gênero (GOMES et. al., 2011). Aguiar et al. (2014) aponta em seu estudo que um dos motivos dos homens não procurar atendimento nos serviços de saúde é a inexistência ou a não divulgação de programas ou atividades direcionadas especificamente para indivíduos do sexo masculino. A respeito disso, Couto et. al. (2010) ainda ressalta que tal dificuldade se dá principalmente em adultos jovens e em faixa reprodutiva.

A percepção por parte dos homens de que os serviços de saúde, principalmente a Atenção Primária à Saúde (APS), se organizam a partir de uma agenda programada, dificultaria o acesso aos mesmos devido ao tempo perdido na espera pela assistência. Tal percepção é mostrada por Aguiar et al. (2014) em um estudo sobre as barreiras de acesso dos homens aos serviços de APS, no qual os homens preferem utilizar outros tipos de serviços de saúde, como o pronto atendimento, pois estes responderiam de modo mais objetivo suas necessidades de saúde.

Essa busca por serviços e atendimentos mais rápidos interfere na construção de vínculo com os serviços de saúde e na adesão aos tratamentos que requerem acompanhamento contínuo, principalmente a TARV (GOMES et. al, 2011). Tal situação contribui para fraca ou não adesão ao tratamento dos ARV, assim como na retenção dos indivíduos nos serviços de saúde e, conseqüentemente, a piora no estado imunológico e quadro clínico das PVHA. Em um estudo realizado por Sobrino-Vegas et al. (2012) mostrou que os homens estavam em maior risco de morrer depois de estar em tratamento por pelo menos três meses. Enquanto as taxas de mortalidade nas mulheres mantiveram-se estáveis após três meses, as dos homens aumentavam com o tempo de tratamento, indicando, possivelmente, dificuldades de adesão TARV e seguimento nos cuidados de HIV/aids.

Quanto às barreiras socioculturais, uma das dificuldades pode estar relacionada à construção social da identidade de gênero, na qual há uma resistência em relação ao autocuidado e uma cultura de que os homens são mais fortes e resistentes quando comparado às mulheres (COUTO et. al., 2010).

O pouco autocuidado que os homens apresentam, deve-se, principalmente, do entendimento de que saúde seja a ausência de doença, não importando ações de prevenção,

refletindo na procura por atendimento de saúde somente com a doença já instalada e avançada (GOMES et al. 2011).

Um estudo realizado por Aguiar et al. (2014) sinaliza a busca por atendimento em casos extremos em que os homens já se encontram muito debilitados. Tal situação pode estar diretamente relacionada com o diagnóstico tardio do HIV/aids, pois quando o serviço de saúde não consegue captar tal indivíduo, o mesmo também não busca estes na intenção de se prevenir, resultando na efetivação do atendimento somente quando o quadro clínico da aids se apresenta avançado, dificultando a resposta imunológica diante dos ARV e, consequentemente, podendo levar o sujeito ao óbito.

Em relação ao tempo entre o diagnóstico da aids e o óbito segundo a faixa etária, apesar dos valores absolutos serem maiores na faixa etária intermediária (40-59 anos), assim como apontam outros estudos (BOING; LUNARDON, 2009; RISQUEZ et al., 2011, SOBRINO-VEGAS et al., 2012), há que se destacar a importância da faixa etária mais jovem (21-39 anos), pois se observa que estas PVHA morreram mais rápido. Aproximadamente 30,0% dos óbitos dessa faixa etária morreram em menos de um mês após o diagnóstico da aids.

Alguns estudos apontam uma prevalência de óbitos nas faixas etárias mais jovens, com uma média de idade de 36 anos (SODQI et al., 2012; WONG et al., 2012), sendo que no estudo realizado por Simmons et al. (2013), a taxa de mortalidade nas PVHA na faixa etária de 15 a 29 anos foi quase 13 vezes maior do que a população em geral e nove vezes maior entre os homens desta faixa etária.

Em um estudo sobre a transmissão do HIV/aids entre HSH, Barreira (2002) identifica um possível recrudescimento da epidemia nesses indivíduos, impulsionado principalmente pelos mais jovens. Enquanto há um discreto decréscimo para os HSH acima de 24 anos, há uma tendência de crescimento entre os menores de 24 anos no período de 1996 a 2000. Tal resultado, segundo São Paulo (2014), vem se agravando também no âmbito estadual, uma vez que nos anos 2000 e 2012, houve um crescimento de casos de aids em todas as faixas etárias dos HSH, porém quando se compara a velocidade de crescimento, são os jovens que se destacam, principalmente entre 20 a 39 anos com 35 casos/ano. O percentual de casos notificados de aids em HSH passou de 24,1% em 2000 para 43,0% em 2012, indicando, novamente, uma maior vulnerabilidade desta população.

Em relação aos óbitos por HIV/aids no estado de São Paulo, a aids ocupa a 7ª colocação em comparação aos óbitos gerais na faixa etária de 13 a 24 anos, enquanto que para os indivíduos de 25 a 34 anos, a síndrome ocupa a 3ª posição; para as mulheres nesta faixa etária

a aids ocupa o 2^a lugar, perdendo apenas para os acidentes de transporte; para os homens na faixa etária em questão, a aids ocupa a 4^a colocação, perdendo apenas para as causas externas relacionadas a agressões, acidentes de transporte e lesões autoprovocadas (SÃO PAULO, 2014)

Nesse contexto, os achados deste estudo estão em consonância com o processo de juvenização que a epidemia do HIV/aids vem apresentando. Os sentimentos de imunidade e onipotência tem contribuído para que os jovens se coloquem em inúmeras situações de exposição, aumentando assim, a sua vulnerabilidade frente ao HIV/aids (PAULA et al., 2012).

Tal exposição pode ser observada em um estudo realizado em conscritos do Exército Brasileiro com idades entre 17 e 21 anos, no qual os jovens, além de terem uma iniciação sexual precoce (menos de 14 anos – 20,3%), praticam sexo desprotegido (em todas as relações sexuais no último ano - 51,7%), mantendo múltiplas parcerias (mais de 10 parceiros na vida – 19,1%), sendo que 3,8% destes jovens foram pagos ou receberam presentes para ter relações sexuais. Os HSH apresentaram os menores percentuais de uso de preservativo (34,1%), apontando assim, o elevado risco de exposição ao HIV/aids (BRASIL, 2006c)

Há que se destacar o fato de tais jovens vulneráveis à infecção pelo HIV aids possuírem, educação fundamental incompleta, necessitando, deste modo, a implementação de ações de medida preventiva e campanhas educacionais, prioritariamente, na pré-adolescência, antes do abandono da escola e início da atividade sexual (BRASIL, 2006c).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/UNESCO (2002), esta etapa da vida humana, não deve ser negligenciada, muito menos as ações de promoção e prevenção a ela destinada. A vulnerabilidade dos jovens vem aumentando de forma significativa, tanto pelas relações sexuais desprotegidas, quanto pela violência sexual e uso de drogas ilícitas. Urge a necessidade de ações de caráter intersetorial para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids nos jovens, principalmente quando considerada as desigualdades sociais existentes no Brasil. Destaca-se que de nada adianta os profissionais de saúde estarem cientes das vulnerabilidades as quais os jovens estão expostos. O protagonismo dos jovens no enfrentamento da epidemia do HIV/aids somente se dará a partir do reconhecimento dos mesmos sobre a importância da prevenção e autocuidado em suas vidas.

Nesse sentido ressalta-se a importância da vigilância em saúde, principalmente na coleta e análise crítica para a qualificação dos dados, de modo a possuir subsídios para o reconhecimento do território e sua dinâmica social, no sentido poder caracterizar e identificar grupos em situação de vulnerabilidade, para assim, realizar o planejamento e implementação

de estratégias de promoção, prevenção, retenção dos pacientes aos cuidados de saúde e tratamento, para além do âmbito setorial, em consonância com a perspectiva de ações e intervenções sociais e de saúde.

6.4. Causas múltiplas dos óbitos por HIV/aids

A qualidade dos dados obtidos a partir dos sistemas de informação é essencial para a vigilância em saúde, especialmente no que concerne a caracterização do perfil epidemiológico, formulação de indicadores e definição das estratégias de ações voltadas para o enfrentamento das doenças, no caso o HIV/aids. Entre os sistemas de informação, pode-se destacar o SIM, que é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde, sendo um instrumento fundamental para o planejamento das ações de saúde e tomada de decisão (BRASIL, 2015b).

A capacidade e potencialidade do SIM na formulação de indicadores sobre a mortalidade, que podem estar associados ou não com outros sistemas de informação, depende primordialmente da qualidade de preenchimento das DO, uma vez que esta representa o documento padrão que irá alimentar o SIM com os dados sobre a mortalidade, subsidiando deste modo, o conhecimento das estatísticas vitais, epidemiológicas e perfil de morte no país. A fragilidade desses dados afeta diretamente a ferramenta mais importante da vigilância em saúde, a tríade “informação-decisão-ação” (BRASIL, 2006b, 2011, BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, torna-se importante o conhecimento do local no qual o óbito ocorreu, pois assim poder-se-á identificar quais locais estão tendo mais dificuldades no preenchimento das DO e desse modo propor estratégias de intervenção, no sentido de eliminar ou minimizar as falhas no momento de preenchimento dos dados.

Neste estudo, a maioria dos óbitos ocorreu em hospitais (87,0%), sendo o hospital das clínicas FMRP o responsável pela maioria dessas ocorrências (70,4%). Tais achados vão ao encontro de outros estudos (LEE et al., 2013; MACPHERSON et al., 2009) que também apresentaram a maior percentual dos óbitos no âmbito hospitalar. O conhecimento de tal variável é importante, pois as mortes que ocorrem fora do hospital pode resultar em perda da informação acerca do evento, principalmente quando o profissional médico que atestar o óbito não ter participado dos cuidados clínico-terapêuticos deste indivíduo. Adicionalmente, também

pode haver omissão de informações importantes como a própria infecção pelo HIV, em decorrência do estigma associado ao agravo (HERNANDO et al., 2012).

Segundo Melo, Belvilacqua e Barlleto (2013), o desafio constante da melhoria da qualidade da informação, que nem sempre são adequadas ou suficientes para atender às metas propostas, perpassa, entre outras questões, o lugar social do sujeito que preenche a DO e a sua compreensão subjetiva na produção da informação. Ou seja:

Mesmo entendendo que a DO é um instrumento técnico e objetivo, outros fatores envolvem seu preenchimento, como as representações dos sujeitos na prática médica, a hierarquização da importância das informações solicitadas, o grau de comprometimento do sujeito com os desdobramentos da DO e a cotidianidade do preenchimento” (MELO; BEVILACQUA; BARLETO, 2013).

O autor em questão sinaliza que existe o reconhecimento da importância da DO pelos profissionais médicos, contudo atribui-se um valor funcionalista ao documento.

Outro destaque diz respeito à responsabilidade legal pelo preenchimento da DO, que é exclusiva dos profissionais médicos. Porém, a não compreensão da importância dos dados leva os médicos a fragmentarem o preenchimento da DO, sendo que atribuem valor apenas ao preenchimento das causas do óbito, referida como a “parte médica”, sugerindo assim a atribuição de menor valor às demais informações (identificação da pessoa, endereço de residência, local de ocorrência entre outras) (MELO; BEVILACQUA; BARLETO 2013).

Apesar da percepção, ou a falta da mesma dentre os profissionais acerca da importância do correto preenchimento da DO e resultados que podem ser obtidos a partir do documento questão para que as ações da vigilância em saúde sejam mais efetivas, outras situações merecem reconhecimento neste contexto. Pode-se citar: o tempo excessivo consumido para o preenchimento da DO, a falta de recursos humanos, alta demanda de atendimentos e a própria deficiência na formação acadêmica desses profissionais, especialmente na valorização da DO como instrumento estratégico de suporte ao planejamento de ações adequadas de promoção, prevenção e controle de problemas de saúde em determinada população (LUCENA et al., 2014; MEDRONHO, 2009; VERAS, 2011).

Ressalta-se que a identificação e enfrentamento de tais dificuldades relacionadas ao preenchimento da DO exigem estratégias de intervenção voltadas à gestão da informação, partindo-se, inicialmente, da identificação dos locais de maior ocorrência dos óbitos visando a instituição de medidas de vigilância, monitoramento e educação permanente para incrementar a qualidade e completude das informações produzidas nestes cenários. Outro aspecto que merece destaque, para além das atribuições legais do preenchimento da DO, refere-se à importante contribuição dos profissionais médicos, em virtude do conhecimento acerca da

amplitude das causas de morte e da sequência de eventos patológicos desencadeados pela aids e que levaram as PVHA ao óbito (SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2000).

Nesse sentido, considerando o atual contexto de aumento da qualidade e expectativa de vida das PVHA em decorrência da TARV, é primordial o conhecimento dos processos patológicos da mortalidade, por meio da descrição e análise das causas múltiplas¹³, uma vez que somente a utilização da causa básica já não é suficiente para descrever o novo cenário de morbimortalidade pelo HIV/aids. Desse modo, a história natural da infecção e da aids pode ser, pelo menos em parte, recuperada com o uso das causas múltiplas de morte (PALELLA et. al., 2006; SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2000).

Cabe destacar que neste estudo, pretendeu-se realizar uma breve descrição das causas múltiplas, no sentido de proporcionar uma ampliação do escopo sobre a mortalidade pelo HIV/aids no município, possibilitando, desse modo, uma reflexão sobre o aumento do espectro das ações preventivas possíveis no cenário das práticas de saúde.

As septicemias (49,1%), pneumonias (14,8%) e choques (6,5%) foram as principais causas de óbito, sendo que as duas primeiras também apareceram com maior frequência dentre as causas intermediárias, principalmente as pneumonias (34,5%).

Tais achados são encontrados de modo diversificado na literatura, tanto em relação aos resultados, quanto aos modos de apresentação dos mesmos. Entre os estudos que divergem quanto aos resultados, é quase unânime a presença da tuberculose como causa do óbito, sendo esta intermediária ou imediata (BRINKHOF et al., 2009; COX et al., 2010; MACPHERSON et al., 2009; SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2000; SODQI et al., 2012; VERAS, 2011).

Entretanto, alguns desses estudos também apontam entre as principais causas de morte as septicemias (BRINKHOF et al., 2009; SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2000) e pneumonias (COX et al., 2010; SANTO; PINHEIRO; JORDANI, 2000). Além disso, outros estudos destacam as doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho respiratório entre as principais causas do óbito (RISQUEZ et al., 2011; SIMMONS et al., 2013; WONG et al., 2012).

Segundo SEADE (2010), observa-se ao longo do tempo uma redução da mortalidade por doenças definidoras de aids, enquanto há um aumento progressivo da menção de outras infecções como causa do óbito. Assim como no estudo realizado por Domingues (2011), no qual foi observado que a morte por causas não definidoras de aids teve um aumento de 0,2% em 1991 para 9,6% em 2006, onde as causas de morte por septicemia e pneumonia aumentaram de 14,5% para 33,5% e de 25,8% para 35,9%, respectivamente, nos anos de 1991 e 2006.

¹³ Designação dada para o conjunto das causas básicas e associadas (SANTO; PINHEIRO ; JORDANI, 2000).

A presença de tais causas de óbito, podem propiciar o entendimento do quadro avançado de imunodeficiência que o indivíduo se encontrava. Em especial, propiciar inferências em relação ao diagnóstico tardio, falha terapêutica ou a não adesão e retenção do cuidado nos serviços de saúde para o seguimento e monitoramento terapêutico.

Nesse contexto, a importância de analisar as causas múltiplas associadas à aids, dá-se principalmente na possibilidade de aprimorar o conhecimento e interpretar melhor as circunstâncias envolvidas no processo que leva a PVHA ao óbito. Ressalta-se que a aids é uma doença, relativamente nova, assim como o seu tratamento, que impõem dificuldades no seu entendimento, constituindo-se em um emaranhado de questões ainda pouco exploradas e conhecidas (SEADE, 2010).

Para aquelas condições que contribuíram para o óbito, mas que não entraram na cadeia de eventos que levaram a PVHA ao óbito, pode-se destacar a presença do uso de álcool ou fumo (11,9%), tuberculose (7,5%), diabetes mellitus (4,5%), doenças hepáticas (4,5%) e hepatite C (4,5%).

Tais resultados vão ao encontro dos achados no estudo realizado por SEADE (2010), no qual se observa um aumento progressivo de óbitos com causas relacionadas às hepatites virais crônicas, diabetes mellitus e distúrbios hepáticos, causados principalmente pelo abuso de drogas. Segundo Hessamfar-Bonarek et al. (2010), outras condições de risco estiveram presentes nos óbitos por HIV/aids, como o consumo de álcool e uso de tabaco, sendo mais frequentes nas PVHA do sexo masculino; as hepatites virais e diabetes mellitus acometeram ambos os sexos. Tais achados reforçam a importância do manejo da coinfeção das hepatites virais e outras comorbidades no acompanhamento de PVHA (SEADE, 2010), assim como a abordagem e orientação sobre consumo de álcool e outras drogas pelos profissionais de saúde durante os atendimentos e contato com os serviços de saúde.

Além do consumo de álcool interferir na adesão ao tratamento, pode potencializar a hepatotoxicidade com o uso concomitante dos ARV. Já em relação ao consumo de tabaco, o mesmo pode aumentar o risco de acidentes cardiovasculares e infartos, assim como acelerar doenças como as pneumonias (BRASIL, 2013a).

Apesar do presente estudo não ter encontrado tais resultados, é importante que haja a vigilância de tais causas e que as mesmas sejam investigadas, uma vez que as alterações metabólicas apresentadas pelas PVHA podem ocorrer devido a inúmeros fatores, incluindo alterações no perfil lipídico e a indução de alterações vasculares, principalmente devido ao estado inflamatório crônico decorrente da infecção pelo HIV (BRASIL, 2013a).

Esta situação pode reduzir o nível do colesterol HDL e aumentar os níveis do colesterol LDL, total e triglicérides. Esse conjunto de modificações pode ainda ser potencializada pelo uso dos ARV, aumentando assim o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013a). Estudos de Hessamfar-Bonarek (2010) e SEADE (2010) apontaram o aumento de óbitos com causas associadas a doenças cardiovasculares, podendo ou não estar relacionada ao distúrbio metabólico apresentado pelas PVHA em TARV.

Essa mudança no perfil metabólico, pode levar a um desenvolvimento de resistência à insulina e, em alguns casos, o resultar no próprio de *Diabetes mellitus*; tal resistência à insulina, representa uma importante condição para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica. Recomenda-se que todas as PVHA, durante a abordagem inicial ou a cada mudança de TARV, sejam avaliadas quanto ao risco cardiovascular (BRASIL, 2013a).

Além das complicações citadas acima, destacam-se ainda as alterações renais e hepáticas causadas na infecção pelo HIV. Quanto ao acometimento renal, de modo simplificado, é possível identificar três situações: Nefropatia do HIV; Nefrotoxicidade por medicamentos e Doença renal crônica (ocasionada ou agravada por comorbidades). Quanto as hepatopatias, destacam-se as Hepatites virais crônicas, a medicamentosa, o abuso de álcool e esteatohepatite não alcoólica (BRASIL, 2013a).

Com base no exposto, reafirma-se a importância do adequado preenchimento das DO e, principalmente a vigilância dos óbitos por HIV/aids e outras causas associadas, pois a simples menção do HIV/aids na DO pode alterar o panorama da doença no município. Conforme observado neste estudo em relação à identificação de notificações de aids que evoluíram para óbito nos anos estudados (2012 e 2013), em 18 (18,6%) ocorrências não havia menção ao HIV/aids no SIM.

Tal resultado permite refletir sobre a correta identificação da causa básica do óbito. Ressalta-se que das 97 notificações do SINAN que evoluíram para óbito, somente duas ocorrências estavam assinaladas como óbitos por outras causas. Apesar da possibilidade desta informação estar equivocada, uma investigação mais aprofundada seria pertinente. Nesse sentido, optou-se por utilizar os quatro óbitos contidos no SIM que não tinham menção ao HIV/aids com o propósito de aplicar nos mesmos a ferramenta denominada “seletor de causa básica¹⁴” da secretaria de vigilância em saúde do MS. Após a utilização da ferramenta em

¹⁴ Desenvolvido em 1992 por técnicos da Fundação Nacional de Saúde em substituição das obsoletas planilhas de codificação da DO. Em 1994 foi desenvolvido um novo módulo que automatizou a codificação das causas básica a partir dos diagnósticos lançados no bloco de condições e causas da morte na DO (BRASIL, 1999).

questão, identificou-se que, dos quatro óbitos sem menção ao HIV/aids, um ocorreu devido a uma hemorragia subdural como consequência de um traumatismo, sendo caracterizado como óbito por causa externa; os demais óbitos tiveram as seguintes causas associadas: pneumonia não especificada, criptococose cerebral e tuberculose miliar. Destes três últimos óbitos, ao se mencionar que tais indivíduos possuíam o diagnóstico de HIV/aids no seletor de causa básica na parte II (relacionado às outras condições significativas para o óbito), houve mudança na seleção de causa básica para: “doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias”, “doença pelo HIV resultando em outras micoses” e “doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas”, respectivamente. Apesar de se tratar de um exercício simples, com a finalidade acadêmico-científica, voltada ao manuseio do seletor de causa básica do SIM, a mudança das causas básicas dos três óbitos após a indicação da presença de infecção pelo HIV merece reflexões em relação à possível presença de outros óbitos na mesma situação, uma vez que poderia indicar dados subestimados em relação à mortalidade pelo HIV/aids no município. Nesse contexto, a vigilância dos óbitos constituiu-se em uma atividade essencial no monitoramento da doença e seus impactos em determinados contextos sociosanitários.

De modo geral, reitera-se que as informações contidas nas DO podem subsidiar ações e intervenções tanto no que tange ao planejamento das ações coletivas, mas também no que se refere ao manejo do cuidado individual, por meio da instituição de tecnologias do cuidado para a prevenção da evolução e agudização clínica da doença, reconhecendo e intervindo oportunamente nas principais comorbidades e condições que podem afetar os indivíduos.

Neste estudo, a utilização do conceito de vigilância em saúde mostrou-se pertinente e possibilitou tecer reflexões relacionadas às dinâmicas sociais e sanitárias em um determinado território para o controle do HIV/aids, as ferramentas disponíveis e os desafios que perpassam a produção e utilização de informações no processo de planejamento das ações e intervenções de saúde, tanto na dimensão que envolve o cuidado coletivo, por meio da identificação de populações e grupos vulneráveis aos desfechos desfavoráveis da doença, bem como no que se refere ao cuidado individual, a partir da identificação das variáveis e condições que tornam tais sujeitos mais expostos visando a implementação de medidas singulares e individualizadas para o manejo da doença e de suas causas e condições associadas.

7. CONCLUSÕES

Este estudo teve como motivação o elevado número de óbitos por HIV/aids no município e na tentativa de uma maior aproximação do perfil dessas pessoas que estão morrendo, optou-se por fazê-la na perspectiva da vigilância em saúde, uma vez que esta tem como objeto não somente a doença em si, mas sim nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, levando em consideração a complexidade que o HIV/aids envolve e as suas dimensões individuais, sociais, culturais e sanitárias. Sendo assim, se partiu, principalmente da vigilância aos óbitos por HIV/aids, por meio dos sistemas de informação.

Desse modo foi possível realizar o cruzamento entre os dados dos sistemas de informação e identificar a fragilidade da não integração dos mesmos, assim como a falta de qualificação dos dados inseridos. Tal situação impossibilitou a localização de elevado percentual de notificações, principalmente por diferenças na grafia dos nomes das PVHA que foram à óbito. Verifica-se a necessidade de estratégias de verificação dos dados inseridos nos sistemas no sentido de minimizar a ocorrências de inconsistências e incompletudes dos dados, principalmente devido as interpretações equivocadas que tais dados podem levar, influenciando assim, diretamente o planejamento de ações e dispensação de recursos.

Do ponto de vista das políticas públicas, é primordial conhecer a população e contexto no qual ela vive. Sendo assim, foi possível, além de caracterizar o perfil sociodemográfico dos óbitos, ao mesmo tempo analisar a importância de cada dado contido nos sistemas de informação, os quais permitiram uma visão ampliada das condições de vida dessas pessoas, além de subsidiar a identificação de grupos vulneráveis.

De um modo geral, em relação ao perfil sociodemográfico dos óbitos por HIV/aids em Ribeirão Preto, pode-se dizer que as características relacionadas ao sexo são compatíveis com a tendência da epidemia no estado de São Paulo, porém com acentuado processo de feminização, ao passo que os dados estaduais indicam uma tendência de recrudescimento da doença entre os Homens. O deslocamento para as faixas etárias mais velhas também é observado no estado, sendo que o processo de juvenização merece atenção, principalmente em função da transição demográfica marcada pelo envelhecimento da população, assim, o impacto dos óbitos nas faixas etárias mais jovens pode refletir descompassos tanto na dinâmica social como na realidade econômica.

No que se refere à escolaridade, há uma discordância com as características da epidemia da doença no cenário estadual, sendo que os óbitos no município ocorrem com maior frequência nos níveis mais baixos de educação, sinalizando uma maior atenção aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Em relação à cor, os óbitos em Ribeirão Preto

nos indivíduos da cor preta mantêm coerência com os dados sobre a incidência da doença nestes indivíduos no panorama estadual, sendo observada uma alta mortalidade nesta composição étnico/racial do município. A situação conjugal e Ocupação, apesar de se mostrarem importantes na caracterização dos padrões de mortalidade e ações da vigilância em saúde, ainda apresentam fragilidades em seu preenchimento, o que dificulta tecer análises e reflexões mais aprofundadas.

Quanto a situação das notificações, foi observado que, apesar das recomendações da secretaria de estado da saúde de São Paulo a respeito da realização da notificação de HIV, a mesma não foi aderida no município como um todo, devido principalmente ao baixo percentual de notificações de HIV encontrados. Outra possibilidade desse resultado, diz respeito ao diagnóstico tardio, uma vez que tal recomendação era somente para os casos de HIV assintomáticos, desse modo se excluía a possibilidade de notificar o HIV.

Além da possibilidade do diagnóstico tardio, questões sobre a adesão a TARV e retenção aos cuidados do HIV nos serviços de saúde são pertinentes, uma vez que os dados apontam que nas notificações as PVHA já chegaram com uma forma avançada da doença, observada principalmente pelo tipo de serviço que realizou a notificação (hospital), pela presença de manifestações clínicas definidoras da aids e quadro de imunossupressão. Nas categorias de exposição, o UDI mostrou percentual mais elevado em menores níveis de educação, a maioria foi de heterossexuais, apesar do reducionismo de tal classificação.

Em relação aos tempos entre o diagnóstico da aids e os óbitos, foi observado uma mediana de sobrevida baixa, quando comparado com outros estudos, remetendo a dados comparáveis com 1996, podendo indicar uma possível queda na qualidade e expectativa de vida das PVHA. Ainda foi possível identificar que os homens morrem mais rápido do que as mulheres. Quanto as faixas etárias, apesar da faixa intermediária possuir a maior magnitude, a faixa etária mais jovem é a que vai à óbito em menos tempo após o diagnóstico da doença. Tais resultados trazem permitem tecer reflexões em relação ao diagnóstico e entrada tardia no tratamento do HIV/aids e principalmente os efeitos de tal atraso tem na saúde individual.

Ainda foi possível neste estudo descrever brevemente as causas principais e associadas aos óbitos por HIV/aids. A maioria dos óbitos ocorreram nos hospitais e assim como nas notificações da aids, torna-se a principal unidade notificadora, tanto do evento da doença, quanto da morte. Tal resultado pode remeter a possibilidade de ocorrer nesse âmbito as fragilidades dos dados contidos nos sistemas de informação e já explicitados anteriormente. Ainda tal situação não exclui a necessidade de uma vigilância desses dados, no sentido de

análise crítica das fichas de notificação e DO, para poder assim qualificar as informações inseridas nos sistemas.

Os resultados relacionados as causas do óbito, pode-se observar que entre as principais causas estão doenças não definidoras da aids. Tais achados mostram a mudança ocorrida ao longo do tempo, especialmente depois da introdução dos ARV. Outras condições associadas, mostram o aumento progressivo, observado em outros estudos, de coinfecção de hepatites virais e comorbidades, além de outros fatores de risco importantes, como o uso de substâncias psicoativas. Destaca-se ainda a importância da vigilância aos óbitos por outras causas, principalmente relacionadas a doenças do fígado, cardiovasculares e diabetes mellitus, devido principalmente as alterações hepáticas, alterações vasculares e distúrbios metabólicos em decorrência do uso da TARV e ao próprio estado inflamatório crônico decorrente da infecção pelo HIV.

Ainda há a necessidade de uma investigação dos óbitos a partir do cruzamento dos bancos de dados dos sistemas de informação, no sentido de identificar possíveis subnotificação de HIV/aids no município.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para reflexões acerca do acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHA e além da qualidade e organização dos serviços de saúde, trazer à tona importantes questionamentos em relação às situações de vulnerabilidade tanto individuais quanto sociais desses grupos em um determinado espaço que está em permanente construção. Há a necessidade de um olhar voltado para uma perspectiva ampliada de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente nesse novo cenário de morbimortalidade relacionada ao HIV/aids, no qual surgem novos desafios no manejo adequado desses grupos em detrimento do aumento da expectativa de vida, com elevada presença de outras as doenças, principalmente crônicas, advindas além do avanço natural da idade, mas especialmente da utilização da TARV.

REFERÊNCIAS¹⁵

¹⁵ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABRASCO. Grupo Temático de Informações em Saúde e População (GTISP). **2º Plano Diretor para o desenvolvimento da informação e tecnologia de informação em saúde 2013-2017**. 2013

AGUIAR, A. C. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primárias à saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 381-90, 2014.

ALMEIDA, P. A. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010.

ANDRADE, M. M. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, p. 114, 2007.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-74, 2015.

ATCC (The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration). Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996-2006: Collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, n. 10, p. 1387-96, 2010.

BARREIRA, D. Transmissão do HIV/Aids entre homossexuais- situação brasileira. Tendências Epidemiológicas In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: Seminário Anual 2001: Novos desafios de prevenção da epidemia pelo HIV/Aids junto aos homens que fazem sexo com homens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BELVEDERE, L. M.; MILLER, C. L.; HOGG, R. S. Shifting sands: Changing regional and gender-specific patterns of HIV/AIDS mortality in Canada, 1987 to 2008. **Can. J. Public Health**, v. 103, n. 3, p. 202-6, 2012.

BIRNBAUM, J. K.; MURRAY, C. J. L.; LOZANO, R. Exposing misclassified HIV/AIDS deaths in South Africa. **Bull World Health Organ**, v. 89, p. 278-85, 2011.

BOING, A. F.; LUNARDON, C. Tendência na mortalidade e na incidência da AIDS in Itajaí-SC: Análise do período 1990 e 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 2, p. 59-65, 2009.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 1975.

_____. Portaria MS/GM nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui Aids e Sífilis Congênita na lista das doenças de notificação compulsória. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 1986. Seção 1, p. 19827.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.971, de 29 de dezembro de 1994. Regula os direitos dos companheiros a alimentação e à sucessão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1994.

_____. Lei nº 9.278, de 10 de maio de 1996. Regula o parágrafo 3º do art. 226 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Sentinela DST. **Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional**. População masculina usuária de Clínicas de DST. Manual de Campo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 15p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Resposta aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n.18, p. 09-18, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre conscritos do Exército brasileiro 1996-2003: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 278p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos infectados pelo HIV**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupações (CBO) 2010. 3 ed. Brasília: MTE, SPP, 2010b. 196p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54p.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Brasília, 2012a.

_____. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. 35 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

_____. DATASUS. Informações de Saúde (Tabnet). **Estatísticas Vitais, Epidemiológicas e de morbidade**. 2013c. Disponível em: <www.2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>. Acesso em: 23 jun 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013d. Seção 1, p. 59.

_____. DATASUS. Informações de Saúde (Tabnet). **Estatísticas Vitais, Epidemiológicas e de morbidade. Completitude dos principais campos – SIM**. 2013e. Disponível em: <www.2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>. Acesso em: 23 jun 2015.

_____. Ministério da Saúde. Casos de HIV passarão a ser notificados no Brasil. 2013f. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/impressao/8774/162/casos-de-hiv-passara>>. Acesso em: 10 fev 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e

privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 2014a. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 812p.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo de Investigação de Óbitos por HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 30p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano III, n. 01, 2014d.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Sistemas de Vigilância**. Disponível em: <www.aids.gov.br/node/365>. Acesso em: 12 de jun. 2015a.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portal da Saúde SUS. **A importância dos dados do SIM para a gestão em saúde**. Disponível em: <www.svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em 15 de jun. 2015b.

BRASIL, M. L. et al. **Perfil das Notificações de Aids na perspectiva do gênero: um estudo documental**. In: 16º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2013.

BRINKHOF, M. W. G. et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in Sub-Saharan Africa: Comparison with HIV-Unrelated Mortality. **Plos Medicine**, v. 6, n. 4, 2009.

BRITO, A.M. et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34: 207-217, mar-abr, 2001.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estud. Psicol.**, v.23, n.4, p.369-79, 2006.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 871p.

CARACIOLO, J.M.M. Adesão aos anti-retrovirais. In: CARACIOLO, J.M.M.; SHIMMA, E. (Org.). **Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids, 2007. 289p.

CERVO, L.A.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. Apud PALMA, J. S. 2009

CGIAE (Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Consolidação da base de dados de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHOW, A. et al. Causes of death and factors associated with early death among Human Immunodeficiency Virus (HIV)-infected persons in Singapore: Pre-highly active antiretroviral therapy (HAART) and peri-HAART. **Ann. Acad. Med. Singapore**, v. 41, p. 563-70, 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatório. **Tipos de Estabelecimento - julho 2014.** Disponível em < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=354340&VComp=201407>. Acesso em: 26 nov. 2014.

COCKERHAM, L. et al. Association of HIV infection, demographic and cardiovascular risk factors with all-cause mortality in the recent HAART Era. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 53, n. 1, p. 102-06, 2010.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/Aids. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 578-81, 2006.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010.

COX J. A. et al. Autopsy causes of death in HIV-positive individuals in Sub-Saharan Africa and correlation with clinical diagnoses. **AIDS Rev.**, v. 12, p. 183-94, 2010.

CRUZ, M. M.; TOLEDO, L. M.; SANTOS, E. M. O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 81-89, 2003.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2014. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 maio 2015.

DE COCK, K.M.; JAFFE, H.W.; CURRAN, J.W. Reflections on 30 years of AIDS. **Emerg Infect Dis**. 2011 Jun.

DOMINGUES, C. S. B. **Causas de óbito entre pessoas com aids no município de São Paulo. 1991-2006.** 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DOU, Z. et al. Gender difference in 2-year mortality and immunological response to ART in an HIV-infected Chinese population, 2006-2008. **Plos ONE**, v. 6, n. 8, 2011.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**, v. 40 (Supl), p. 9-17, 2006.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

FALSTER, K. et al. AIDS-related and non-AIDS-related mortality in the Asia-Pacific region in the era of combination antiretroviral treatment. **AIDS**, v. 23, p. 2323-36, 2009.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. 266p.

FONSECA, M. O. et al. Profile of patients diagnosed with AIDS at age 60 and above in Brazil, from 1980 until June 2009, compared to those diagnosed at age 18 to 59. **Braz J Infect Dis**, v. 16, n. 6, p. 552-57, 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRIEDMAN, S. R. et al. Metropolitan social environments and Pre-HAART/HAART era changes in mortality rates (per 10,000 adult residents) among injection drug users living with AIDS. **Plos ONE**, v. 8, n. 2, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLATT, R. **Análise da qualidade da base de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2005. 295 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 983-92, 2011. Supplement 1.

GAVINDASAMY, D.; KRANZER, K.; FORD, N. Strengthening the HIV cascade to ensure an effective future ART response in sub-Saharan Africa. **Tran R Soc Trop Med Hyg**, v. 108, p. 1-3, 2014.

GRANGEIRO, A. et al. Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003-2006. **Plos ONE**, v. 6, n. 1, 2011.

GOLÇALVES, V. F. et al. Estimation of underreporting of AIDS cases in a Brazilian Northeast metropolis. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 3, p. 356-64, 2008.

GUIBU, I. A. et al. Incidência de aids e estimativa de riscos relativos por categoria de exposição no Estado de São Paulo, de 1998 a 2005. **Bepa**, v.7, n. 78, 2010. Disponível em < http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa78_aidsinc.htm>. Acesso em: 30 de junho de 2015.

HERNANDO, V. et al. Differences in the causes of death of HIV-positive patients in a cohort study by data sources and coding algorithms. **AIDS**, v. 26, p. 1829-34, 2012.

HESSAMFAR-BONAREK, M. et al. Causes of death in HIV-infected women: persistent role of AIDS. The ‘Mortalité 2000 & 2005’ surveys (ANRS EN19). **International Journal of Epidemiology**, v. 39, p. 135-46, 2010.

HULL, M.; LANGE, J.; MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention – Where Next? **Curr HIV/AIDS Rep**, v. 11, p. 496-504, 2014.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Metodologia do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 712p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. **Informações Estatísticas 2010**. Disponível em < <Http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

JAPIASSÚ, A. M. et al. Sepsis is a major determinant of outcome in critically ill HIV/AIDS patients. **Critical Care**, v. 14, 2010. Disponível em: < <http://ccforum.com/content/14/4/R152>>.

- KOWALSKA, J. D. et al. Long-term exposure to combination antiretroviral therapy and risk of death from specific causes: no evidence for any previously unidentified increased risk due to antiretroviral therapy. **AIDS**, v. 26, p. 315-23, 2012.
- LEE, S. H. et al. Trends of mortality and cause of death among HIV-Infected patients in Korea, 1990-2011. **J Korean Med Sci**, v. 28, p. 67-73, 2013.
- LEMOS, K. R. V.; VALENTE, J. G. A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 617-26, 2001.
- LIM, M. S. C. et al. The impact of HIV, an antiretroviral programme and tuberculosis on mortality in South African platinum miners, 1992-2010. **Plos ONE**, v. 7, n. 6, 2012.
- LOUREIRO, S. Sistema Único de Informação em Saúde?: Integração dos dados da Assistência Suplementar à Saúde ao Sistema SUS. Trabalho apresentado à ANS, 2003.
- LUCENA, L. et al. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 318-24, 2014.
- MACINKO, J.; ELO, T. Black-white differences in avoidable mortality in the USA, 1980-2005. **J Epidemiol Community Health**, v. 63, p. 715-21, 2009.
- MACPHERSON, P. et al. Mortality and loss to follow-up among HAART initiators in rural South Africa. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 103, p. 588-93, 2009.
- MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 11, p. 1675-82, 2003.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- MELO, C. M.; BELVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Produção de informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.5, p. 1225-34, 2013.
- MENDES, E. V. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.
- _____, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. 2ed.
- _____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
- MINAYO, M. C. S. Vigilância em Saúde: experiências e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 5, 2013.
- MIRZAEI, M. et al. Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients in Hamadan, Iran: a registry-based retrospective cohort study (1997-2011). **International Journal of STD & AIDS**, v. 24, n. 11, p. 859-66, 2013.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Cap. V, p. 471-78.

NAPPO, S. A. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NEGIN, J. et al. High rates of AIDS-related mortality among older adults in rural Kenya. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 55, n. 2, p. 239-44, 2010.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45 (Esp. 2): 1769-73, 2011.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Ministério da Saúde. Comitê Temático Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA). **IESUS**, v. VI, n. 3, p. 35-41, 1997.

PASSOS, L. M. R. “Assistir” e “vigiar”. **As ações da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. Situação atual e perspectivas**. 2003. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PAULA, C. C. et al. Morbimortalidade de adolescentes com HIV/Aids em serviço de referência no Sul do Brasil. **J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 1, p. 44-8, 2012.

PALELLA, F. J. et al. Mortality in the highly active antirretroviral therapy era: Changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 43, n. 1, p. 27-34, 2006.

PEIXOTO, H. **O Sistema de Informação sobre Mortalidade e o padrão de mortalidade por Aids em Santa Catarina: limites e possibilidades de análise**. Florianópolis: Secretaria de Estado de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Publicacoes/AIDS_limite_possibilidades_de_analise.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2015.

PINTO, A. C. S et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.19, n.1, p. 45-50, 2007.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. Caracterização do território 2013. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-preto_sp>. Acesso em: 20 jun 2015

POTTES, F. A. et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.3, p.338-51, 2007.

RASKA, K. National and International Surveillance of Communicable Diseases. **WHO Chron**, v. 20, p. 313-21, 1966.

REIS, R.K; GIR, E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP** 36(4): 376-85, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: Período 2010-2013. 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/i16principal.php?pagina=/ssaude/conselho/i16ind-gestao.htm>. Acesso em: 14/12/2013.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Indicadores do Pacto pela Saúde 2010**. 2010a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Anual de Saúde**. 2010b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Indicadores da Saúde. Anexo III**. 2011a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Anual de Saúde**. 2011b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Anual de Saúde**. 2012a.

_____. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Distribuição de casos de Aids e HIV até 2011**. 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: Período 2014-2017. 2013a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de Pactuação Municipal de Metas 2013**. 2013b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde Ano 2013**. 2013c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Gestão Pública. Justificativa Técnica. **Plano Diretor de Ribeirão Preto**. 2014a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2014**. 2014b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde Ano 2014**. 2014c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde Ano 2015**. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde**: Informações para os Secretários Municipais, 2013. 2 ed. Porto Alegre: CEVS/RS, 2013.

RISCADO, J. L. S. **Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids**. 2013. 120 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RISQUEZ, A. et al. Mortalidad por infección VIH/SIDA em Venezuela, 1996-2007. **Gac Méd Caracas**, v. 119, n. 3, p. 188-98, 2011.

SADALA, M. L. A., MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SANTO, A. H.; PINHEIRO, C. E.; JORDANI, M. S. Causas básicas e associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 581-88, 2000.

SÃO PAULO. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Coordenação Estadual de DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde. Notificação dos casos assintomáticos soropositivos para o HIV no Sinan no Estado de São Paulo 2000 a 2010. **Bepa**, v. 8, n. 95, p. 14-21, 2011a.

_____. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Coordenação Estadual de DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde. HIV/Aids nos jovens de 15 a 24 anos. **Bepa**, v. 8, n. 95, p. 14-20, 2011b.

_____. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/Aids-SP. Programa Estadual de DST/aids de São Paulo. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/Aids – C.V.E**. Ano XXIX, n. 1, dezembro, 2012a.

_____. **Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) 2008-2010**. 2012b. Disponível em: < <http://www.ipsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=1>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) 2010**. 2012c. Disponível em: < <http://www.ipsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=2>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

_____. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico, C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E**. Ano XXX, n. 1, 2013. 2014.

_____. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Segurança Pública. Dados Estatísticos do Estado de São Paulo: Produtividade Policial. Disponível em: <www.ssp.sp.gov.br/novaestatistica/Pesquisa.aspx>. Acesso em 12 de fev. 2015.

SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n. 2, p. 187-97, 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEADE. **Dados para repensar a Aids no Estado de São Paulo:** resultados da parceria entre Programa Estadual DST/Aids e Fundação Seade. São Paulo: DST/Aids; Fundação Seade, 2010. 256p.

_____. SP Demográfico. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. Diminui a mortalidade por Aids no Estado de São Paulo. **SP Demográfico**, Ano 13, v. 5, p. 1-12, 2013.

_____. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Informações dos municípios paulistas. Populações e estatísticas Vitais. Disponível em: <www.imp.seade.gov.br/frontend/>. Acesso em: 12 abril 2015.

SILVA-JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço:** uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SIMARD, E. P. et al. The influence of sex, race/ethnicity, and educational attainment on Human Immunodeficiency Virus death rates among adults, 1993-2007. **Arch Intern Med**, v. 172, n. 20, p. 1591-98, 2012.

SIMMONS, R. D. et al. The-year mortality trends among persons diagnosed with HIV infection in England and Wales in the era of antiretroviral therapy: AIDS remains a silent killer. **HIV Medicine**, v. 14, p. 596-604, 2013.

SOBRINHO-VEGAS, P. et al. Educational gradient in HIV diagnosis delay, mortality, antiretroviral treatment initiation and response in a country with universal health care. **Antiviral Therapy**, v. 17, p. 1-8, 2012.

SODQI, M. et al. Causes de décès de 91 patients ayant une infection à VIH traités par des antirétroviraux. **Presse Med**, v. 41, p. 386-90, 2012.

SOUZA, T. R. C. **Impacto Psicossocial da Aids:** Enfrentando perdas...Ressignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

SOUZA, Z.; LEITE, J. L. **Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos.** 2008.

SPILLANE, H. et al. Incidence, risk factors and causes of death in an HIV care programme with a large proportion of injecting drug users. **Tropical Medicine and International Health**, v. 17, p. 1255-63, 2012.

SPOSITO, M. P.; CARRARO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, p. 16-39, 2003.

TANCREDI, M. V. **Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência.** 2010. 140 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v. VII, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. 2000.

_____. P. R. Série Avaliação 1 - **Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços públicos do Estado de São Paulo**. 2006. Disponível em <http://www.aids.gov.br/avalia1/home.htm> [28/3/2006]. Acesso em 18/11/13.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995. p.109.

TUBOI, S. H. et al. Mortality during the first year of potent antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients in 7 sites throughout Latin America and the Caribbean. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 51, n. 5, p. 615-23, 2009.

UNAIDS. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Global report**: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva: UNAIDS, 2010a.

_____. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Chegando a zero**: estratégia 2011-2015. Geneva: UNAIDS, 2010b.

_____. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Global report**: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS, 2012.

_____. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **The GAP Report**. Geneva: UNAIDS, 2014.

_____. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Tratamento 2015**. Geneva: UNAIDS, 2015.

UNESCO. **AIDS**: o que pensam os jovens. Brasília: UNESCO, 2002. 80p.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeções no sistema prisional**. Brasil: UNODOC, 2012.

VERAS, A. P. **Esclarecimento de óbitos por causas mal definidas, registradas no Hospital do Pronto Socorro Municipal Dr. Humberto Maradei Pereira, município de Belém do Pará, no ano de 2008**. 2011. 48 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Belém, 2011.

VERAS, M. A. S. M. et al. The “AMA-Brazil” cooperative Project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the antiretroviral treatment era. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. S104-13, 2011. Supplement 1.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida de mulheres com câncer de mama. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 311-6, 2007.

VILLA, T. C. S. Da prevenção e controle da doença à Vigilância em Saúde: A prática do enfermeiro na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (1989-1998). 1999. 185p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

WALDMAN, E. A. **Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

_____, E. A; ROSA, T. E. C. (Colaboração). **Vigilância em Saúde Pública**. Volume 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

WHO. Departamento de Enfermedades Transmisibles. Vigilancia y Respuesta. **Vigilância del VIH de segunda geración**. El próximo decênio. 2000. 44p.

_____. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems – ICD-10. 10th Revision. Volume 2. 2010.

WONG, E. B. et al. Causes of death on antirretroviral therapy – a post-mortem study from South Africa. **Plos ONE**, v. 7, n. 10, 2012.

ZWAHLEN, M. et al. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Mortality of HIV-infected patients starting potent antiretroviral therapy: comparison with the general population in nine industrialized countries. **International Journal of Epidemiology**, v. 38, p. 1624-33, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de fichamento dos artigos

Título	
Revista	
Volume	
Número	
Ano	
Autores	
País	
Ano	
Local do Estudo	
Objetivos	
Sujeitos	
Período da Pesquisa	
Desenho do Estudo ou Método Utilizado	
Síntese do Conhecimento Produzido	
Limitações	
Comentários	

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO		
Número do instrumento: _____	Responsável pela coleta: _____	
Município: _____	Local da coleta: _____	
Data da coleta: ____/____/____	Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS	
1. Nome da PVHA: _____	2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Nome da mãe da PVHA: _____	

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS							
4.	Iniciais da PVHA: _____			5.	Idade: _____ anos		
6.	Sexo:	1. ☐ Feminino		2. ☐ Masculino		9. ☐ Ignorado	
7.	Cor:	1. ☐ Branca	2. ☐ Preta	3. ☐ Parda	4. ☐ Amarela	5. ☐ Indígena	9. ☐ Ignorado
8.	Estado civil:	1. ☐ Solteiro	2. ☐ Casado/ União estável	3. ☐ Separado/ Divorciado	4. ☐ Viúvo	5. ☐ Outros _____	9. ☐ Ignorado
9.	Escolaridade e (Anos de estudo concluído)	1. ☐ Nenhum		2. ☐ De 1 a 3 anos		3. ☐ De 4 a 7 anos	
		4. ☐ De 8 a 11 anos		5. ☐ 12 anos ou mais		9. ☐ Ignorado	
10.	Ocupação habitual e ramo de atividade: _____						
11.	Logradouro da residência: _____					Nº: _____	
12.	Bairro/Distrito da residência: _____						

SITUAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS DOS ÓBITOS					
13.	Prática sexual	1. ☐ Relações sexuais com homens	2. ☐ Relações sexuais com mulheres	3. ☐ Relações sexuais com Homens e mulheres	9. ☐ Ignorado

14.	Categoria exposição	1. ☐ Heterossexual	2. ☐ Homossexual	3. ☐ Bissexual	9. ☐ Ignorado
15.	Uso de drogas injetáveis	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	9. ☐ Ignorado	
16.	Serviço responsável pela notificação do HIV/aids	Nome do Serviço: _____			
17.	Tipo de Serviço de Saúde:	1. ☐ Unidade básica de saúde 2. ☐ Unidade de saúde da família 3. ☐ Serviço de Assistência Especializada (DST/HIV/aids). Especificar: _____ 4. ☐ Hospital 5. ☐ Pronto Atendimento 6. ☐ Centro de testagem e aconselhamento 7. ☐ Outros Especificar: _____			
18.	Data do diagnóstico do HIV: ____/____/____	19.	Data do diagnóstico da aids: ____/____/____		
20.	Data da notificação do HIV: ____/____/____	21.	Data da notificação da aids: ____/____/____		
22.	Doenças oportunistas e manifestações clínicas na ocasião do diagnóstico de aids, segundo os critérios de definição de caso de aids				
23.	Critério Rio de Janeiro/Caracas	1. Sim	2. Não	9. Ignorado	
☐ Sarcoma de Kaposi ☐ Tuberculose disseminada ☐ Candidose oral ou leucoplasia pilosa ☐ Tuberculose pulmonar cavitária ☐ Herpes zoster ☐ Disfunção do sistema nervoso central ☐ Diarréia igual ou maior a 1 mês ☐ Febre maior ou igual a 38°C => 1 mês		☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% ☐ Astenia maior ou igual a 1 mês ☐ Dermatite persistente ☐ Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia ☐ Tosse persistente ou qualquer pneumonia* ☐ Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês * Excluída a tuberculose como causa			
24.	Critério CDC adaptado	1. Sim	2. Não	9. Ignorado	
☐ Câncer cervical invasivo ☐ Candidose de esôfago ☐ Candidose traqueia, brônquios ou pulmão ☐ Citomegalovirose (exceto fígado, baço e linfonodos) ☐ Criptococose extrapulmonar ☐ Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ☐ Histoplasmose disseminada ☐ Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		☐ Leucoencefalopatia multifocal progressiva ☐ Linfoma não Hodgkin e outros linfomas ☐ Linfoma primário no cérebro ☐ Micobacteriose disseminada (exceto TB e hanseníase) ☐ Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> ☐ Reativação da doença de Chagas ☐ Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) ☐ Toxoplasmose cerebral ☐ Contagem de linfócitos T CD4+ menor 350 cel/mm ³			

APÊNDICE C – Ofício de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 15 de janeiro de 2014.

Prezados (as),

Venho por meio deste, solicitar perante a este Comitê de Ética e Pesquisa a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa intitulado “Óbitos por aids no município de Ribeirão Preto em 2012 e 2013”, com a seguinte justificativa:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva que utilizará exclusivamente dados secundários dos prontuários, registros de consultas e laudos de exames dos pacientes que foram a óbito por aids no município de Ribeirão Preto nos anos de 2012 e 2013.

DECLARO:

- Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Instituições Co-participantes;
- Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- Assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.
- Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para fins científicos;

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE dos sujeitos do estudo, assino este termo para salvaguardar seus direitos e me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Glauber Palha dos Santos
Glauber Palha dos Santos
Pesquisador responsável

Aline Aparecida Monroe
Aline Aparecida Monroe
Orientadora

Glauber Palha dos Santos
Aline Aparecida Monroe

e-mail: glauber.palha@usp.br
e-mail: amonroe@eerp.usp.br

Telefone: (16) 9 9745-1325
Telefone: (16) 9 9207-5920

ANEXO A – Categorias e descrição do grupo B20 ao B24 da classificação internacional de doenças – CID (WHO, 2015)

Categoria	Descrição
B20	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias
B20.0	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas
B20.1	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas
B20.2	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica
B20.3	Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais
B20.4	Doença pelo HIV resultando em candidíase
B20.5	Doença pelo HIV resultando em outras micoses
B20.6	Doença pelo HIV resultando em pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
B20.7	Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas
B20.8	Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias
B20.9	Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada
B21	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em neoplasias malignas
B21.0	Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi
B21.1	Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt
B21.2	Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin
B21.3	Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoético e correlatos
B21.7	Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas
B21.8	Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas
B21.9	Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada
B22	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças especificadas
B22.0	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia
B22.1	Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática
B22.2	Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação

B22.7	Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte
B23	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças
B23.0	Síndrome de infecção aguda pelo HIV
B23.1	Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)
B23.2	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte
B23.8	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada

ANEXO B – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.051
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 071/2014

Ribeirão Preto, 16 de abril de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de abril de 2014.

Protocolo CAAE: 27919514.1.0000.5393

Projeto: Óbitos por AIDS no município de Ribeirão Preto em 2012 e 2013.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe
Glauber Palha dos Santos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Aline Aparecida Monroe

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP