UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LIVIA MARIA LOPES

Internações por HIV: análise dos fatores associados no município de Ribeirão Preto - SP

Ribeirão Preto

2016

LIVIA MARIA LOPES

Internações por HIV: análise dos fatores associados no município de Ribeirão Preto - SP

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

Ribeirão Preto

2016

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.

Lopes, Lívia Maria

Internações por HIV: análise dos fatores associados no município de Ribeirão Preto – SP / Lívia Maria Lopes; orientador Aline Aparecida Monroe. Ribeirão Preto, 2016.

p.128 p. : il.

Tese (Doutorado) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública, 2016.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Hospitalização. 3.Saúde Pública.

LOPES, L.M. **Internações por HIV: análise dos fatores associados no município de Ribeirão Preto – SP.** Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

A **todas as pessoas que vivem com HIV**, que por meio do adoecimento nos fez refletir sobre as reais condições de vida e necessidade de políticas públicas para minimizar as dificuldades e sofrimento desses cidadãos.

Aos **meus amados e queridos pais**, pelo intenso incentivo, confiança e amor para que eu conseguisse superar os desafios e limitações, proporcionando-me crescimento e amadurecimento

A **Beatriz Estuque Scatolin**, nossa Bia, *in memoriam* por ser nossa inspiração em viver a vida intensamente. Saudades que fica.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe,** por ter me acolhido desde o início das atividades de pós-graduação. Muito obrigada por compartilhar comigo todo esse brilhantismo de ser humano e profissional. O agradecimento não é apenas pelas orientações para juntas desenvolvermos mais este estudo, mas, sobretudo por me mostrar que o verdadeiro sábio é aquele que se coloca como eterno aprendiz. Você é um presente de Deus em minha vida.

Ao **Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto,** sem você nada disso seria possível. A convivência com o senhor me fez refletir e entender que a sabedoria não vem dos livros, mas sim das vivencias, dos pensamentos livres e dos corações humildes e dispostos a amar. Obrigada por ser meu grande mestre.

À **Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa,** por me aceitar em seu grupo de pesquisa e compartilhar todo o potencial de sua equipe de trabalho. Obrigada pela oportunidade de crescimento.

À **Dra. Rúbia Laine de Paula Andrade**, por toda sua disponibilidade para me ajudar no que fosse preciso. Ter você ao meu lado, me possibilitou a concretização desse estudo e a me tornar uma pessoa cada vez melhor. Obrigada pela amizade, carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida e saúde, obrigada, meu pai, por sempre iluminar a minha caminhada e me ensinar a ter paciência.

À **Mãezinha do Céu**, pela sua ternura e nunca me deixar sozinha nos momentos de maior sofrimento.

À **minha amada Mãe, Neide, meu amado Pai, José Reliquias e meus queridos irmãos, Mateus e Vinicius,** pelo alicerce que se constituem na minha caminhada. Obrigada por existirem e sempre me socorrerem nos momentos de maior necessidade. Amo vocês.

Ao **Fábio,** por sempre se fazer presente em cada momento, sabendo ouvir quando necessário e opinar quando preciso. Obrigada pela parceria e amor. Juntos somos mais fortes.

A madrinha, **Célia** e padrinho **Donizeti,** por participarem da minha criação e do meu crescimento. Vocês sempre se fazem presentes. Vejo em vocês os meus segundos pais.

Aos **meus avós, Mateus, Rosa e Francisco** *in memoriam* e a **Vó Alvina**, por toda dedicação e apoio durante todo o meu processo de desenvolvimento, a sabedoria de vocês sempre me encantará. Foram e são verdadeiros exemplos que levarei por toda a vida.

Ao Grupo GEOHAids "**Aline Araujo, Aline Andrade, Cassiara, Erika, Fernanda Eugênio, Gabriela, Glauber, Glaucia, Luana, Mayara, Pedro e Renato**" a convivência com vocês engrandece o nosso ambiente de trabalho. Muito obrigada pela companhia, dedicação e carinho.

As amigas e companheiras **Glaucia e Mayara**, vocês não têm ideia do quanto aprendi com vocês ao longo desses anos. A verdade é que a responsabilidade dada a mim em colaborar na orientação de vocês, seja nas iniciações científicas ou mesmo nos mestrados foram o meu maior aprendizado. Obrigada pela parceria e sobre tudo pelo carinho e amizade. Amigas irmãs que a EERP me ofereceu.

Aos **amigos do GEOTB "Amelinha, Anne, Aline Beraldo, Érika, Rúbia, Gabi, Maria Eugenia, Tiemi, Nathalia Halax, Nathalia Crepaldi e Prof. Pedro Palha e Prof. Ricardo"** pela inspiração que sempre me influencia na busca pelo conhecimento. Foi com esse grupo que apreendi o significado de trabalho em equipe e solidariedade. **Tropa de elite,** agradeço muito a Deus por tê-las como amigas e companheiras de trabalho, posso dizer que cada uma me encanta de um jeito especial, muito obrigada, por todo carinho e dedicação.

À **querida Paty** pela sua sensibilidade, generosidade e disponibilidade. Ter você como amiga é muito precioso. Obrigada por todo seu cuidado, carinho e respeito.

À **Dra. Lis** e **Profa. Dra. Jordana e Ma. Fátima** por compartilharem todo o conhecimento técnico e científico. Vocês foram fundamentais para o aprimoramento deste estudo.

Ao **Prof. Pedro Fredemir Palha,** pelo apoio, acolhida e todas as oportunidades ao longo dessa trajetória que triamos. Muito obrigada pelo respeito e consideração.

À **equipe do Programa Municipal de DST/Aids, Hepatites Virais e tuberculose e todos os funcionários dos Ambulatórios de Referência** por não medir esforços no desafio da construção de uma política de saúde cada vez melhor. Obrigada por dividirem comigo um pouco da sabedoria e conhecimento que adquiriram ao longo dos anos prestando o cuidado as pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

Às **Profas. Silvia Vendramini, Lourdinha, Marilene e Cláudia Eli** por terem despertado em mim o gosto pela saúde pública e pesquisa, possibilitando a minha inserção no GEOTB. Obrigada por todo conhecimento adquirido durante todo o processo de formação profissional.

A todos os **professores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMEP**, por serem responsáveis pela minha formação de enfermeira.

As **queridas amigas famerpianas "Lívia Deliberto, Marcela, Daniela, Priscila Scaff, e as manas, Aline e Marília"**, a ausência física de vocês me faz muita falta. Obrigada por serem assim como vocês são. Amo e sinto muito saudades.

Às grandes amigas, **Camila, Maysa, Flavia Machini, Lulu, Mônica, Flavia Muller e Larissa** por toda torcida, apoio e orações. Juntas sempre seremos mais fortes.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por tornarem possível a viabilidade deste estudo. Muito obrigada.

A **todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** por todo auxílio, colaboração e prontidão para realização deste estudo. A participação de vocês é de extrema importância na conclusão deste trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ** pelo apoio financeiro à pesquisa.

Às **pessoas que vivem com HIV/aids**, pela disposição em nos atender e serem os atores principais deste estudo. Muito obrigada pela participação de todos.

MESMO...

Mesmo na aridez que fora prevalece...

Mesmo no pardieiro que o país estremece...

Mesmo na sordidez que se estabelece...

Mesmo no lamaçal que permanece...

Mesmo na hipocrisia das pessoas que enfurece...

Mesmo na insensatez generalizada que a todos embrutece...

Mesmo na ausência de firmeza que a confiança restabelece...

Mesmo na ausência de cores externas, pois tudo escurece...

Mesmo assim...

Sentir uma imensa força interior:

a **ESPERANÇA.**

ANTONIO RUFFINO NETTO

14-09-2005

RESUMO

LOPES, L.M**.** Internações por HIV: análise dos fatores associados no município de Ribeirão Preto – SP. 2016. 128f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A presente investigação analisou os fatores associados às internações por HIV no município de Ribeirão Preto – SP. Utilizou-se o conceito teórico de vulnerabilidade, compreendido como um conjunto de elementos individuais (subjetivos, biológicos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, desenvolvidos em todos os níveis de atenção à saúde) e sociais (adversidades de ordem econômica e social) que suscetibilizam indivíduos e ou grupos em relação às questões de saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, do tipo caso controle, realizado no município de Ribeirão Preto – SP. A população do estudo foi constituída por pessoas que viviam com HIV (PVHIV), sendo designados "casos" os sujeitos internados no ano de 2014 e "controles" aqueles que estavam em acompanhamento nos ambulatórios da rede pública de saúde. Foram realizadas entrevistas, utilizando-se um instrumento específico, contendo questões sobre dados sociodemográficos, características clínicas e outras vulnerabilidades individuas e sociais, além da vulnerabilidade programática. Também coletado dados de fontes secundárias, sendo principalmente o prontuário clínico. Os dados foram analisados por meio de técnicas de análise descritivas e regressão logística condicional. Participaram 168 pessoas que viviam com HIV, devidamente pareados na razão de 1:2, portanto 56 PVHIV internadas e 112 PVHIV não internadas. Entre os fatores de risco para a internação hospitalar por HIV, verificou-se que indivíduos desempregados e aposentados/do lar possuíam 3,63 e 7,14 vezes mais chances do que os empregados ou autônomos; as pessoas em situação de rua possuíam 10,18 vezes mais chances de internarem do que as que não estavam na rua; os não usuários de antirretroviral possuíam 9,68 vezes mais chances do que os usuários de antirretroviral; aqueles que compareceram de forma insatisfatória às consultas de retorno agendadas possuíam 7,62 vezes mais chances de internar do que aqueles que não faltaram e ter acesso ao profissional assistente social apresentou-se como fator de proteção para internação. Esta investigação contribuiu para mensurar o quanto algumas características das vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas interferem na agudização do HIV, propiciando, assim, desfecho desfavorável como é o caso da internação hospitalar. Tal compreensão permite a identificação de população chave que necessita de políticas públicas focalizadas com o intuito de minimizar a instabilidade clínica da doença, o sofrimento, a dor e até mesmo os custos dos serviços hospitalares.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Doença Crônica, Sistemas de Saúde, Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

LOPES, L.M**.** Hospital admission for HIV: analysis of associated factors in the city of Ribeirão Preto – SP. 2016. 128p. Thesis (PhD) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The present research examined the factors associated to hospital admissions for HIV in Ribeirão Preto - SP. We used the theoretical concept of vulnerability, understood as a set of individual elements (subjective, biological and behavioral), programmatic elements (prevention, education and control and assistance programs, developed in all health care levels) and social elements (adversities of economic and social order) that worsen individuals and/or groups in relation to health issues. This is an observational epidemiologic study, of case-control type, held in Ribeirão Preto - SP. The study population was made up of the people living with HIV (PLHIV), being called "cases" those who were admitted in 2014 and "controls" those who were followed up at outpatient clinics of the public health system. Interviews were conducted using a specific instrument, containing questions on sociodemographic data, clinical characteristics and other individual and social vulnerabilities, in addition to the programmatic vulnerability. We also collected data from secondary sources, being mainly the clinical record. Data were analyzed using descriptive analysis techniques and conditional logistic regression. 168 people living with HIV participated, properly matched in the ratio of 1: 2, so 56 hospitalized PLHIV and 112 not hospitalized PLHIV. Among the risk factors for hospital admission for HIV, we found out that unemployed people and retirees/homemakers had 3.63 and 7.14 times more likely than those who are employed or self-employed; people on the street had 10.18 times more likely to be hospitalized than those who were not on the street; non antiretroviral users had 9.68 times more likely than those under antiretroviral therapy; those who attended unsatisfactorily the scheduled return visits had 7.62 times more likely to be hospitalized than those who were not absent and having access to professional social worker appeared as a protective factor for hospital admission. This research contributed to measure how some characteristics of social, individual and programmatic vulnerabilities interfere with the intensification of HIV, providing then an unfavorable outcome, as in the case of hospitalization. This understanding allows us to identify the key population that needs public policies focused on minimizing clinical instability of the disease, suffering, pain, and even the costs of hospital services.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Chronic Disease, Health Systems, Public Health Nursing.

RESUMEN

LOPES, L.M. Hospitalizaciones por VIH: análisis de los factores asociados en la ciudad de Ribeirão Preto – SP. 2016. 128p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Este estudio examinó los factores asociados con las hospitalizaciones por VIH en Ribeirão Preto - SP. Se utilizó el concepto teórico de vulnerabilidad, comprendido como un conjunto de elementos individuales (subjetivos, biológicos y comportamentales), programáticos (programas de prevención, educación, control y asistencia, desarrollados en todos los niveles de atención a la salud) y sociales (adversidades económicas y sociales) que suscetibilizam individuos y/o grupos en relación con las cuestiones de salud. Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, de casos controlados, hecho en Ribeirão Preto - SP. La población de estudio fue formada por las personas que viven con el VIH (PVV), siendo denominados "casos", las personas hospitalizadas en 2014 y "controles" las que fueron acompañadas en las clinicas del sistema de salud pública. Entrevistas fueran realizadas utilizandose un instrumento específico, que contiene preguntas sobre datos sociodemográficos, clínicos y otras vulnerabilidades individuales y sociales, además de la vulnerabilidad programática. También recogemos datos de fuentes secundarias, siendo principalmente el expediente clínico. Los datos fueron analizados por médio de técnicas de análisis descriptivas y de regresión logística condicional. Participaron en el estudio 168 personas que viven con el VIH, correctamente ajustadas en la proporción de 1: 2, por lo que son 56 PVV hospitalizadas y 112 PVV no hospitalizadas. Entre los factores de riesgo para la hospitalización por VIH, observamos que los individuos desempleados y jubilados/ de hogar tenían 3,63 y 7,14 veces más probabilidades que los empleados o autónomos; la gente que vive en la calle tenía 10,18 veces más probabilidades de hospitalización que los que no estaban en la calle; los que no son usuarios antirretrovirales tenían 9,68 veces más probabilidades que los usuarios de antirretrovirales; los que asistieron insatisfactoriamente a las visitas de vuelta programadas tenían 7,62 veces más probabilidades hospitalización que los que no faltaron y tener acceso al profesional assistente social se presentó como un factor protector para la admisión hospitalar. Este estúdio contribuyó para medir cómo algunas características de las vulnerabilidades sociales, individuales y programáticas interfieren en la intensificación de VIH, proporcionando, así, un resultado desfavorable como en el caso de hospitalización. Este conocimiento permite que sea identificada la población clave que necesita de políticas públicas enfocadas a fin de minimizar la inestabilidad clínica de la enfermedad, el sufrimiento, el dolor, e incluso los costos de los servicios hospitalarios.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedad Crónica, Sistemas de Salud, Enfermería de Salud Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids, segundo ano de diagnóstico, no estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.	26
Figura 2 -	Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo o ano do óbito. Estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.	27
Figura 3 -	Taxa de internação devido à Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (por 100 mil hab), segundo ano de ocorrência, estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto	28
Figura 4 -	Sinais clínicos que podem relacionar à infecção pelo HIV e que devem ser investigados no exame físico inicial.	32
Figura 5 -	Síntese do processo de seleção dos artigos, 2014	37
Figura 6 -	Síntese do quadro teórico: o desafio do manejo do HIV/aids na RAS.	52
Figura 7 -	Índice de Desenvolvimento Humano de Ribeirão Preto e suas dimensões nos anos de 1991, 2000 e 2010	57
Figura 8 -	Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, CGR e municípios com destaque para Ribeirão Preto.	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.	69
Tabela 2 -	Distribuição de frequência das características de vulnerabilidades individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.	70
Tabela 3 -	Distribuição de frequência das características clínicas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014	71
Tabela 4 -	Distribuição de frequência dos aspectos da assistência à saúde às pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.	72
Tabela 5 -	Modelo de regressão logística	73
Tabela 6 -	Análise dos fatores de risco das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.	74
Tabela 7 -	Distribuição de frequência dos diagnósticos principais registrados no SIH, segundo grupo da CID 10. Ribeirão Preto, 2013.	75
Tabela 8 -	Distribuição de frequência das características clínicas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Frequência de solicitação de exames de LT-CD4+ para o monitoramento laboratorial de PVHA de acordo com a situação clínica.	33
Quadro 2 -	Frequência de solicitação de exames de carga viral para o monitoramento laboratorial de PVHA de acordo com a situação clínica.	33
Quadro 3 -	Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)	35
Quadro 4 -	Resumo do levantamento bibliográfico: biblioteca utilizada na seleção dos descritores base de dados para a busca bibliográfica, e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2014.	36
Quadro 5 -	Indicadores de condição de vida selecionados para caracterização do município de Ribeirão Preto – SP, 2016.	57
Quadro 6 -	Descrição, seção, fontes de dados e variáveis do estudo.	64

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice I	Formulário estruturado para coleta de dados	112
Apêndice II	Carta convite	116
Apêndice III	Instrumento para apreciação do conteúdo	117
Apêndice IV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
Anexo	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo	128

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome ou*
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
UNAIDS	*United Nations Programme on HIV and AIDS*
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CTA	Centros de Triagem e Aconselhamento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto
GEOHAids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/Aids
GRAAF	Grupo de Apoio aos Alunos da FAMERP
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde
LGBT	Lésbicas gays bissexuais e transgêneros
NGA-59	Ambulatório Regional de Especialidades
ONG	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PubMed	Public/Medline ou Publisher Medline
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde

SAD	Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica
SAE	Assistência Especializadas em HIV/Aids
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/aids
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Aids - encontra-se a palavra “AIDS” em diversas grafias: AIDS, Aids ou aids. O Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) utiliza a grafia “AIDS”, mas reconhece e adota as outras formas de registro. No Brasil, adota-se a sigla em inglês “AIDS” (Acquired Immunodeficiency Syndrome), enquanto em outros países de língua oficial portuguesa, utiliza-se SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (UNAIDS,2011). O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antônio Houaiss, marca a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino. A Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/AIDS) adotou a forma substantiva com grafia minúscula. A grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS. Aids aparece em início de parágrafos ou em títulos onde as outras palavras são marcadas com as iniciais maiúsculas. Neste trabalho, as diferentes formas de escrever a palavra aids seguiram esta orientação (SOUZA, 2008).

Condições crônicas - se iniciam e evoluem lentamente. Apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, não há padrões regulares ou previsíveis e podem estar associadas a um volume maior de sintomas e à perda de capacidade funcional. É importante considerar que as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica - episódica e reativa das condições agudas, incluindo o manejo no campo das redes de atenção às urgências e às emergências. O adequado manejo às condições crônicas exige cuidado integral e efetivo, visto que o almeja-se o controle da doença e não a cura (MENDES, 2012).

Condições agudas - geralmente se iniciam repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem aos tratamentos específicos, como medicamentoso ou as cirurgias (MENDES, 2012).

Cuidado - a lógica do cuidado prestado deve sempre conter a proposta de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento, seja ele de natureza bio-psico-social tanto individual como coletivo, ou o alcance de um bem estar comum, resultando em um projeto de co-responsabilidades entre os sujeitos onde as diversas subjetividades sejam de fato consideradas no processo de interação. As dimensões fundamentais do cuidado são: 1. voltar-se à presença do outro, ou seja, atentarmos para o envolvimento dos sujeitos na formulação e execução das intervenções de saúde; 2. Otimizar a interação, através de da dinâmica da comunicação e "ausculta sensível", efetivada através do acolhimento e práticas humanizadas; 3. Enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersetorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde (AYRES, 2004).

Hospitalização ou internação hospitalar - buscando o sentido denotativo da palavra e se abstendo de qualquer conotação ou conceituação, utilizar-se-á o verbo "hospitalizar" considerando seu significado grafado no dicionário Michaelis (2016): (1) Internar em hospital; (2) Converter em hospital. Portanto, no presente estudo, consideraram-se os termos "hospitalização" e "internação hospitalar" como sinônimos.

Vulnerabilidade - Vulnerabilidade se refere a adversidades de ordem sociais, culturais, políticos e econômicos que geram desigualdades e exclusão no tecido social, e que tornam uma pessoa mais suscetível à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da aids. Existem também circunstâncias como a desinformação e o despreparo; a acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços; e a violações de direitos humanos que estigmatizam e desempoderam seguimentos populacionais, dificultando acesso aos serviços e insumos de prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV. Esses fatores, isolados ou em conjunto, podem afetar o potencial individual e coletivo de evitar os riscos de infecção ao HIV e provocar a vulnerabilidade individual e coletiva (UNAIDS, 2011).

SUMÁRIO

Apresentação 21
1 Delineamento do objeto de estudo 24
1.1 Epidemiologia do HIV/aids 25
1.2 HIV/aids: avanços e desafios das políticas de saúde no Brasil e no mundo para o controle do agravo 28
1.3 Manejo do HIV e da aids no Brasil 31
1.4 Produção científica sobre aspectos relacionados às internações por HIV/aids: estado da arte 35
1.5 Justificativa do estudo 42
2 Quadro Teórico 44
3 Objetivos do estudo 53
3.1 Objetivo Geral 54
3.2 Objetivos Específicos 54
4 Material e Métodos 55
4.1 Modelo do estudo 56
4.2 Caracterização do local de estudo 56
4.3 Definição dos casos e controles 61
4.4 Informações sobre a Exposição 62
4.5 Plano de análise 66
4.6 Aspectos éticos 67
5 Resultados 68
6 Discussão 77
7 Conclusões 93
Referências 96
APÊNDICES 111
ANEXO 127

Apresentação

Meu interesse pela Saúde Pública começou com a realização do curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) no período de 2007 a 2010. Neste período tive a oportunidade de me inserir como aluna de Iniciação Científica no Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), vinculado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP), liderado pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e pelo Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto. Concomitante às atividades acadêmicas e científicas participei ativamente de atividades de extensão junto ao Grupo de Apoio aos Alunos da FAMERP (GRAAF), as quais eram voltadas à educação em saúde na área de prevenção do HIV no meio acadêmico e na população em geral.

Diante dessas atuações, interessei-me pelo desenvolvimento de estudos operacionais, priorizando a temática do HIV/aids enquanto condição crônica e infecciosa no sistema de saúde brasileiro. Sendo assim, me inseri no Grupo de Estudos Operacionais em HIV/Aids (GEOHAids) liderado pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe na EERP/USP. Um dos resultados do trabalho desenvolvido junto ao grupo está concretizado na minha dissertação de mestrado[1] relacionada à coordenação da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) (LOPES et al., 2014), de tal modo que esta contribuiu com a produção de conhecimentos na área e serviu como elemento disparador de questionamentos e redirecionamento de ações e serviços de saúde desenvolvidos pelo Programa Municipal de DST/aids, Hepatites e Tuberculose de Ribeirão Preto.

Inquieta e encantada com o universo da assistência prestada às PVHIV decidi, em conjunto com a coordenação do Programa Municipal de DST/Aids/Hepatites Virais de Ribeirão Preto, investigar os fatores relacionados às internações por HIV/aids, tema desta tese de doutorado[2]. Cabe ressaltar que este estudo foi desenvolvido em parceria com o GEOHAids e GEOTB com a colaboração valiosa do Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto. Trata-se de um estudo inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Programa de Pós-

[1] Financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na modalidade bolsa de mestrado.
[2] Financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na modalidade bolsa de doutorado

graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP/USP).

1 Delineamento do objeto de estudo

1.1 Epidemiologia do HIV/aids

Este estudo tem como foco a análise dos fatores associados às internações por HIV/aids. Tal pesquisa constitui-se como prioridade na agenda local de saúde, uma vez que é considerada de extrema relevância para a vigilância dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)[3] no município de Ribeirão Preto.

Após mais de 30 anos, a aids continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde. Causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), estima-se que, diariamente, mais de 7.000 pessoas sejam infectadas pelo HIV mundialmente (UNAIDS, 2014). Em 2015, houve 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV em todo o mundo, somando um total de 36,7 de pessoas vivem com HIV (PVHIV) [4] (UNAIDS, 2015). O agravo é responsável pela progressiva destruição do sistema imunológico humano e é marcado pelo surgimento de diversas infecções oportunistas, as quais debilitam as pessoas (SOUZA, 2008), podendo levá-las à internação hospitalar e até à morte.

No Brasil, um total de 798.366 casos de aids foram notificadas até junho 2015. A taxa de detecção de aids no país tem apresentado estabilização nos últimos dez anos (2005 a 2015), com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Nos últimos cinco anos (2010 a 2015), o Brasil registrou uma média de 40,6 mil casos de aids, sendo 17 mil na região Sudeste. Em relação à mortalidade por aids, desde o início de 1980 até dezembro de 2014 foram identificados 290.929 óbitos tendo como causa básica aids (CID10: B20 a B24), sendo que o coeficiente de mortalidade padronizado foi de 5,7 a cada 100 mil habitantes no período de 2005 a 2014 (BRASIL, 2015a).

Ainda em relação ao país, estima-se que, em 2014, existiam aproximadamente 781 mil PVHIV o que representa uma taxa de prevalência do agravo de 0,39%. Dessas pessoas, 83% haviam sido diagnosticadas.

---

[3] Neste texto grafaremos a palavra “aids” em caixa baixa por ser considera como substantivo comum feminino pelo Conselho Nacional de DST/aids e Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

[4] Neste texto optou-se pela nomenclatura Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) por se tratar do termo mais recomendada pela UNAIDS, conforme disponível em: http://unaids.org.br/terminologia.

Aproximadamente 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde em algum momento após o diagnóstico, no entanto, apenas 66% continuavam retidas nesses serviços. Mais da metade (52%) usavam a terapia antirretroviral (TARV), dessas, 46% apresentavam supressão viral em, pelo menos, seis meses após o início da TARV (BRASIL, 2015a).

A região Sudeste concentra 429.227 (53,8%) de todos os casos de aids registrados no país, e o Estado de São Paulo é responsável por 250.596 (58,4%). Apesar disso, a região Sudeste foi a única que apresentou tendência de queda na taxa de detecção nos últimos dez anos (em 2005, a taxa de detecção foi de 25,3 casos a cada 100 mil habitantes, passando para 18,6 em 2014) (BRASIL, 2015).

Sobre a mortalidade por aids, a região Sudeste também se destaca, pois representa 61% (177.599) de todas as mortes já registradas no país. Dessas, 60,7% são provenientes do Estado de São Paulo (BRASIL, 2015a).

No período de 2004 a 2012, o município de Ribeirão Preto - SP apresentou as taxas de detecção e o coeficiente de mortalidade por aids superiores à média geral do Estado de São Paulo (BRASIL, 2015a) (Figura 1 e Figura 2).

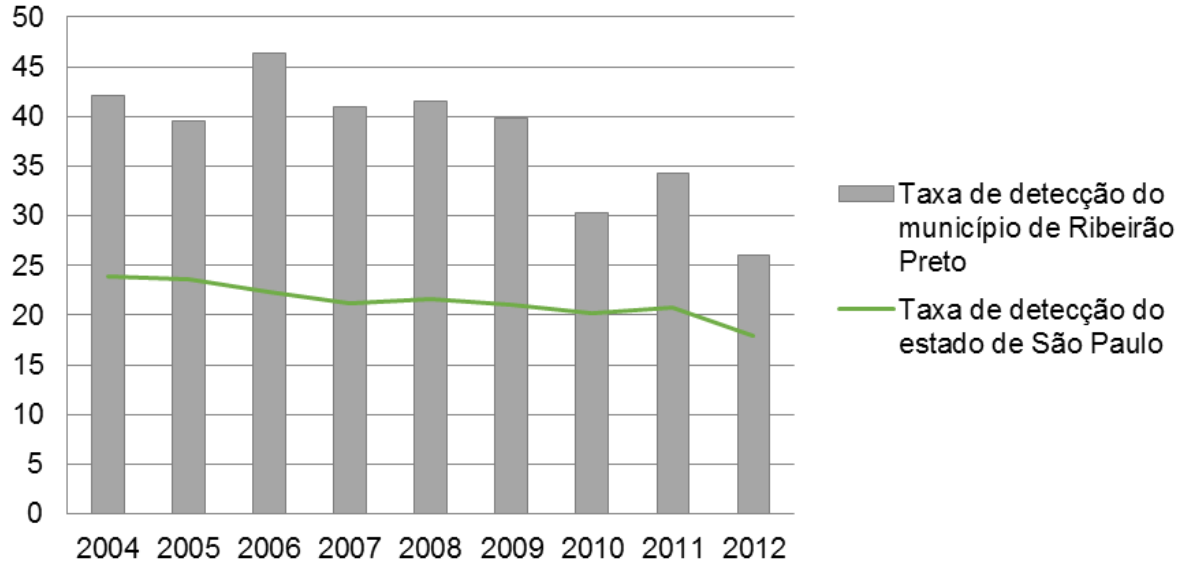

Figura 1 – Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids, segundo ano de diagnóstico, no estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.
Fonte: Estudo próprio, 2016.

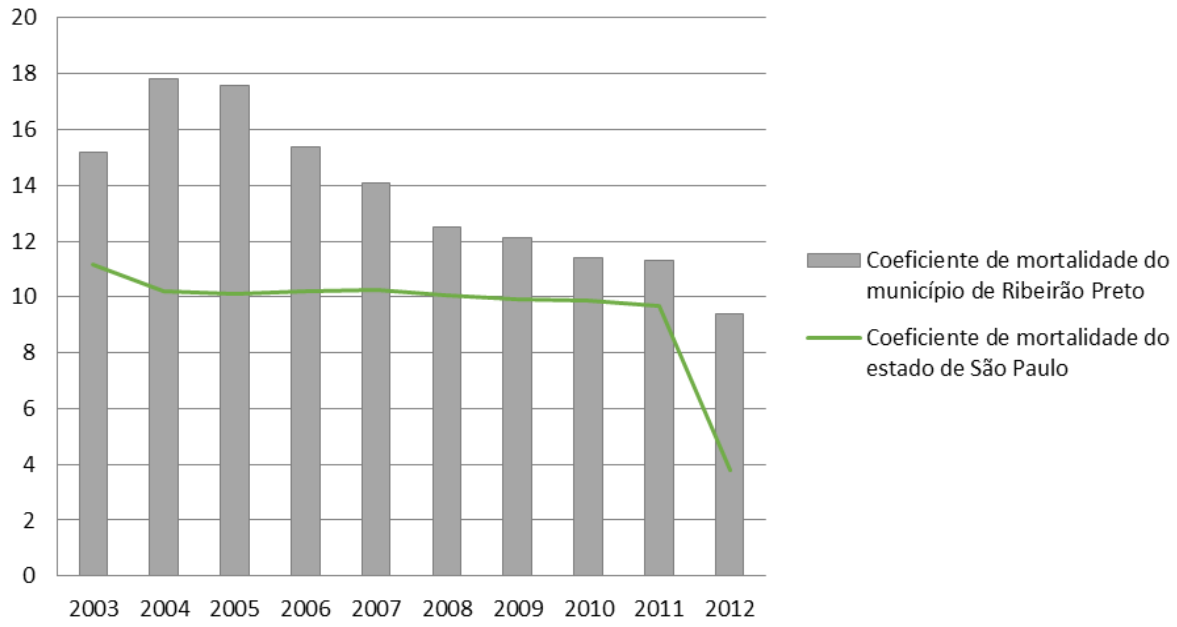

Figura 2 - Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo o ano do óbito. Estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.
Fonte: Estudo próprio, 2016.

Em relação às internações por aids, em 2012, foram registrados no Brasil 35.917 internações hospitalares por HIV/aids, sendo a região Sudeste responsável por 42,0% (15.075) destes casos. Neste mesmo ano, o Estado de São Paulo apresentou o maior número de casos (9.312) de internações do país, sendo que o município de Ribeirão Preto foi responsável por 540 internações hospitalares (BRASIL, 2013).

Verifica-se ainda que no município de Ribeirão Preto houve uma queda nos índices de internação hospitalar por HIV quando comparado o ano de 2010 a 2015, no entanto, ainda são mais elevados que o Estado de São Paulo (IBGE, 2016; BRASIL, 2016) (Figura 3).

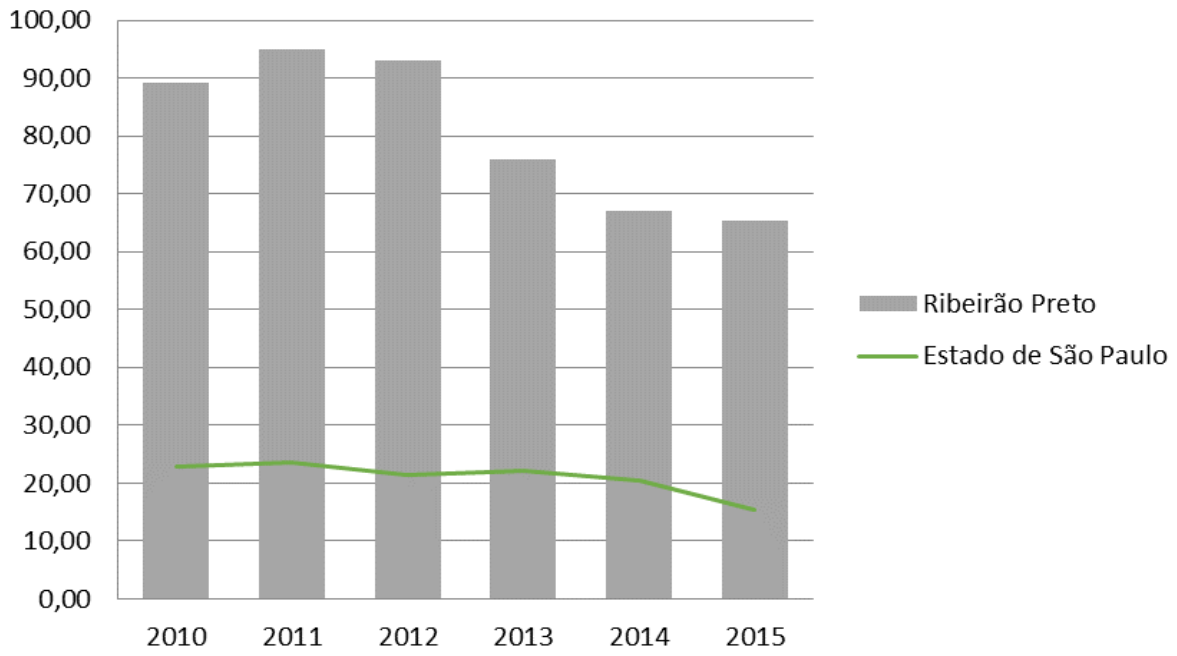

Figura 3 - Taxa de internação devido à doença pelo HIV (por 100 mil hab.), segundo ano de ocorrência, no Estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto.
Fonte: Estudo próprio, 2016.

Para compreender tal realidade mediante sucessivas aproximações analises de dados epidemiológicos à luz de conhecimentos científicos com o propósito de subsidiar os programas e serviços de saúde na elaboração e implementação de intervenções sanitárias coerentes e com potencial de impacto, positivo na saúde da população (CAMPOS et al., 2006) que vive com HIV.

1.2 HIV/aids: avanços e desafios das políticas de saúde no Brasil e no mundo para o controle do agravo

Ao longo dos últimos anos, inúmeros foram os avanços nas políticas de saúde com enfoque nas ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento precoce do HIV, além da busca pela melhoria da assistência presta às PVHIV, em nível mundial e, consequentemente, em nível nacional (VILLARINHO et al, 2013). Um grande marco histórico na luta contra a aids relaciona-se à introdução da TARV em 1996 de forma universal, sendo reconhecida pela literatura nacional e internacional como a

principal intervenção responsável pela alteração da história natural da doença, pois, a partir de novos regimes terapêuticos, foi possível alcançar a supressão viral completa Da infeção pelo HIV durante longos períodos, consolidando a aids como uma condição crônica e contribuindo para a diminuição das taxas de internações hospitalares, incidência e mortalidade (ROSSI et al., 2012; WONG-MCCLURE, LEÓN-BRATTI, 2006; MARNIS et al., 2003; GUERREIRO et al., 2001)

Diante desse cenário, o Programa Brasileiro de DST/Aids foi eleito, em 2004, como o mais eficiente em nível mundial. Este reconhecimento perpassa pela evolução das políticas públicas nacionais voltadas ao controle da infecção pelo HIV que (FRANÇA, 2008), aliadas ao engajamento e pró-atividade do movimento social (PEREIRA & NICHIATA, 2011), bem como o intenso ativismo dos profissionais do sistema de saúde e instituições de pesquisa, contribuíram para implementar a universalidade do acesso à assistência com distribuição gratuita - desde preservativos masculinos (MORAES, 2006; VILLARINHO et al, 2013) até combinações medicamentosas que compõem a TARV às PVHIV.

Esses avanços impactaram na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelo agravo (CONTI, 2000), sendo que em 2014, os governantes falaram pela primeira vez sobre o fim da aids, propondo a eliminação da doença até 2030 (UNAIDS, 2014; WHO, 2014). Metas ambiciosas denominadas “90-90-90”, porém consideradas alcançáveis são propostas até 2020, de modo que 90% de todas as PVHIV saberão que têm o vírus, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão TARV ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo TARV terão supressão viral (UNAIDS, 2015; KOK et al., 2015).

Nos últimos três anos, a epidemia do HIV está sendo considerada “concentrada” em populações-chave que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), são grupos com comportamentos de maior risco para contrair HIV e sofrer discriminação e estigma. Essas populações-chave são compostas pelos homens que fazem sexo com homens (HSH), indivíduos que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores(as) do sexo e transgêneros (UNAIDS, 2015). A partir dessas informações, houve mudanças no cenário político de controle ao HIV/aids e novas diretrizes e recomendações para o tratamento e prevenção foram lançadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ((UNAIDS, 2015).

Grangeiro, Castanheira e Nemes (2015) apontam a reemergência da epidemia do HIV, o que vai na contramão dos esforços mundiais para o fim da aids em 2030. Isso ocorre pela alta taxa de mortalidade pelo agravo, a volta do crescimento de casos entre homossexuais, uma maior concentração da epidemia nos centros urbanos e o aumento da razão masculino/feminino devido, especialmente, à redução da transmissão do HIV por meio do uso compartilhado de drogas injetáveis e da desaceleração da transmissão heterossexual. Nesse cenário, o perfil das PVHIV assume, novamente, as características observadas no início dos anos de 1980, quando a doença estava intimamente relacionada com segmentos sociais específicos (GRANGEIRO, CASTANHEIRA, NEMES, 2015).

Dentre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso do Tratamento como Prevenção (sigla em inglês TASP ou TcP, em português), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (WHO, 2014; UNAIDS, 2015). Juntamente com o preservativo masculino e feminino, todas essas novas estratégias devem ser vistas e consideradas como novas opções que compõem a prevenção combinada do HIV, além de maximizarem o uso dos antirretrovirais (ARV) (GRANGEIRO, CASTANHEIRA, NEMES, 2015).

Como desafios para os serviços de saúde no controle do agravo, destaca-se que a transição da aids de uma doença aguda para uma condição crônica (MENDES, 2009) traz consigo a exigência de rearranjos no sistema de atenção à saúde com o intuito de proporcionar um cuidado permanente, contínuo e coordenado para uma adequada assistência às PVHIV. Nesse sentido, a prevenção e o controle do HIV com a diminuição da agudização do agravo, internações hospitalares e até mesmo os óbitos pela doença aparecem como desafios crescentes às políticas públicas para o fortalecimento do sistema de atenção à saúde, uma vez que ainda se configuram como essencialmente reativos, fragmentados e episódicos (MENDES, 2011; 2012).

Dessa forma, o manejo do HIV, juntamente com suas comorbidades agudas e crônicas implica no reconhecimento da necessidade de uma efetiva integração das ações ofertadas tanto no próprio serviço de saúde especializado, como entre os diferentes pontos de atenção para a composição de uma efetiva rede de cuidados que seja acessível e coerente com as demandas assistenciais das PVHIV (LOPES, et al, 2014; FIGUEIREDO, et al, 2014; MENDES, 2015; BRASIL, 2006). Diante

disso, seria possível minimizar os eventos agudos da aids, o que acarretaria em menor sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS) e na população de um modo geral (PORTELA & LOTROWSKA, 2006), além de contribuir na redução do sofrimento e incremento na qualidade de vida dos sujeitos.

1.3 Manejo do HIV e da aids no Brasil

A infecção pelo HIV apresenta amplo espectro clínico, em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre a infecção e o aparecimento da doença seja em torno de dez anos sendo marcada principalmente pelas fases:

- ✓ *Infecção aguda*, compreender desde as primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soroconversão), que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Nesse período a viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo torna-se altamente infectante;
- ✓ *Latência clínica e fase sintomática*, consiste na fase em que o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda e a contagem de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) permanece acima de 350 células/mm³;
- ✓ *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)* que é definida pelo aparecimento de neoplasias e infecções oportunistas, como a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nesta fase a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³, na maioria das vezes (BRASIL, 2015b).

A abordagem inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV deve ser realizada de forma ampliada envolvendo as principais informações específicas sobre a infecção pelo HIV, abordagem do risco, história médica atual e passada, história reprodutiva e psicossocial, além da história familiar. A infecção

pelo HIV tem um acometimento sistêmico sendo necessário, portanto, atenção aos sinais clínicos comumente associados à doença (figura 4) (BRASIL, 2015b)

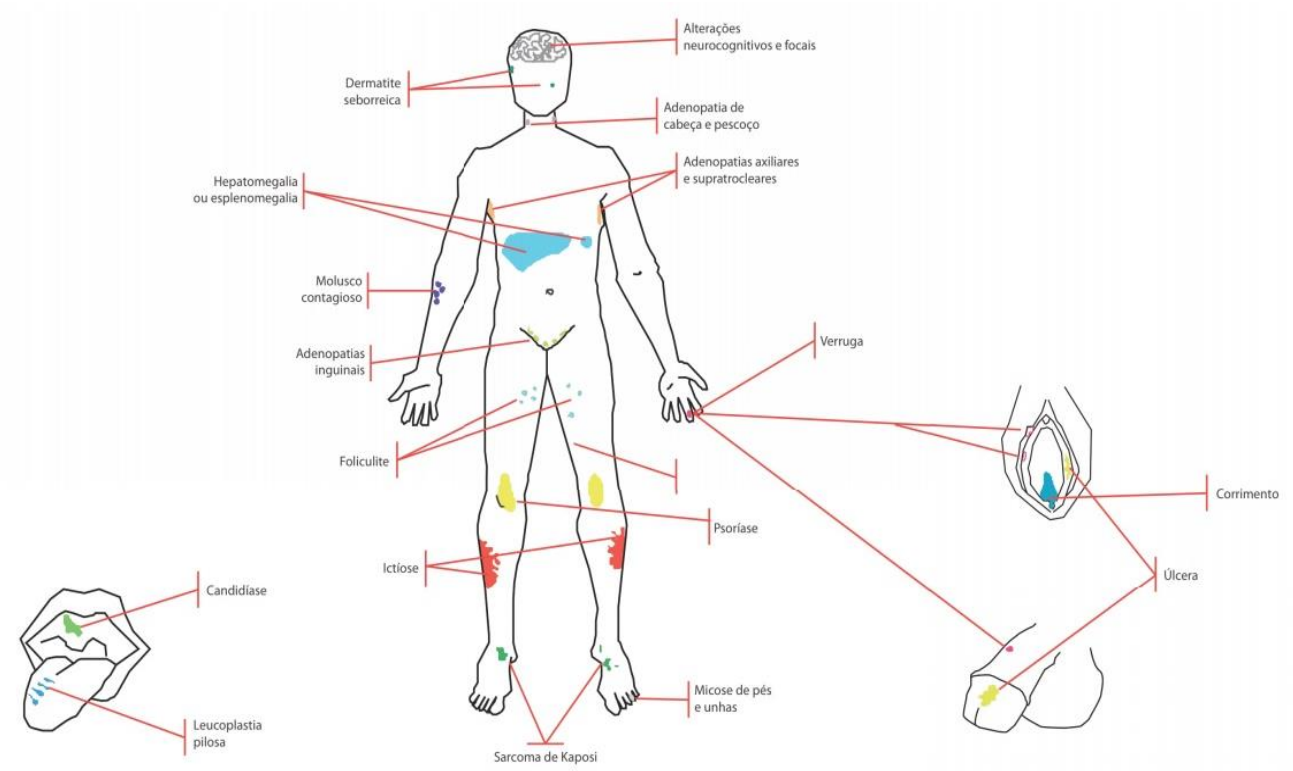

Figura 4 - Sinais clínicos que podem relacionar à infecção pelo HIV e que devem ser investigados no exame físico inicial.
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2015.

Juntamente com os sinais clínicos, a abordagem laboratorial no início do acompanhamento auxilia na avaliação da condição geral de saúde e indicação de início de TARV e investigação de comorbidades presentes. Recentemente, houve alterações nas recomendações de utilização de exames de LT-CD4+ e carga viral para o HIV no monitoramento laboratorial, por isso tais recomendações estão sumarizadas nos quadros 1 e 2 (BRASIL, 2015b).

Quadro 1 - Frequência de solicitação de exames de LT-CD4+ para o monitoramento laboratorial de PVHA de acordo com a situação clínica.

Situação Clínica	Valor do CD4	Frequência de solicitação
PVHA com as três condições: - Em uso de TARV - Assintomático - Com carga viral indetectável	CD4 < 350 célulasl/mm³	A cada 6 meses
	CD4 > 350 células/mm³ em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar
PVHA que NÃO apresentem as três condições acima, tais como: - Sem uso de TARV - Evento clínico* - Em falha virológica	Qualquer valor de CD4	A cada 6 meses
* Infecções, toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon, etc)		

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2015.

Quadro 2 - Frequência de solicitação de exames de carga viral para o monitoramento laboratorial de PVHA de acordo com a situação clínica.

Situação Clínica	Frequência de solicitação
PVHA em seguimento clínico	A cada 6 meses
Início ou modificação de TARV	Após 8 semanas

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2015.

Diante disso, a periodicidade das consultas médicas deve se adequar à fase do tratamento e às condições clínicas do paciente. Se for após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se retorno às consultas médicas entre sete e 15 dias. Essa definição tem por objetivo identificar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão ao tratamento. Se for após a fase inicial de tratamento, os retornos deverão ocorrer mensalmente até a completa adaptação do paciente à TARV. E, caso o paciente apresentar quadro clínico estável, o retorno às consultas deve ser em intervalos de até seis meses; nesses casos, exames de controle também poderão ser realizados com periodicidade maior (BRASIL, 2015b).

Importante destacar que, o atendimento ao paciente com HIV é responsabilidade da equipe multiprofissional, neste sentido, a adesão deverá ser abordada por toda a equipe entre os intervalos da consulta médica, aproveitando

todos os momentos que o paciente comparecer ao serviço de saúde, por exemplo na retirada dos medicamentos, na realização de exames, na participação em grupos e em outras consultas com os próprios profissionais da equipe. Outras condições crônicas que merecem atenção para serem investigadas nas PVHIV é a tuberculose, risco cardíaco, rastreamento para neoplasia.

A tuberculose deve ser investigada em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a presença dos seguintes sintomas: tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese, além disso recomenda-se o exame de prova tuberculínica (PT) seja realizado anualmente caso o exame inicial seja < 5 mm. A PT é importante para o diagnóstico da infecção latente da tuberculose (ILTB) e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa (BRASIL, 2015b).

Em relação ao sistema cardíaco, a avaliação do risco cardiovascular global deve ser feita como rotina em toda pessoa com infecção pelo HIV, utilizando o Escore de Risco de Framingham para homens e mulheres. As neoplasias em PVHIV necessitam ser rastreadas da forma habitual e os serviços devem trabalhar na perspectiva de redução do risco. Deve-se estimular a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, prática de atividade física e redução do tabagismo (BRASIL, 2015b).

Diante da complexidade de manejar os casos de HIV e aids, a Portaria Conjunta nº1 de 16 de janeiro de 2013 estabelece diretrizes para a organização da estrutura e do funcionamento do Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Atenção Especializada, Centro Referência e Treinamento, Assistência Domiciliar Terapêutica e Unidade Dispensadora Medicamentos, existentes em todo o território nacional ou que venham a ser implantados (BRASIL, 2013).

Em relação ao tratamento, muitos estudos apontam os benefícios do início precoce da TARV, uma vez que existem evidências de que a replicação viral e a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, tais como eventos cardiovasculares, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de LT-CD4+. Tem-se observado redução da morbimortalidade com o início mais precoce de TARV. Diante desses achados, em 2015 o Ministério da Saúde recomendou estimular o início imediato da TARV para todas as PVHIV e com aids,

independentemente da contagem de LT-CD4+, visando a redução da transmissibilidade do HIV, conforme mostra o quadro 3 (BRASIL, 2015b)

Quadro 3 - Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm³	Iniciar TARV na coinfecção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: • neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia • doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) • coinfecção HIV-HCV • carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2015

Neste sentido, para iniciar a TARV é importante destacar que a pessoa que vive com HIV deve estar ciente dos benefícios e riscos, além de estar fortemente motivada e preparada para iniciar o tratamento e não interrompe-lo.

Dito isso, fica claro que o manejo do HIV é dinâmico e complexo. Observam-se mudanças continuas com o intuito de qualificar o manejo e controlar esse agravo, muitas vezes propondo ações inovadoras desde a prevenção da transmissão e ou complicações, diagnóstico em tempo oportuno e a retenção do indivíduo no serviço de saúde, com o intuito de assegurar o adequado tratamento.

1.4 Produção científica sobre aspectos relacionados às internações por HIV/aids: estado da arte

Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu sobre

internações por HIV/aids, realizou-se um levantamento do estado da arte sobre o referido tema, delineando, para a busca dos materiais a questão norteadora "Quais aspectos relacionam-se às internações por HIV/aids?"

A seleção dos descritores utilizados no levantamento bibliográfico foi feita a partir das bibliotecas de terminologia em saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Subject Headings (MeSH) da National Center for Biotechnology Information*, *U.S. National Library of Medicine*; e *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

As combinações dos descritores selecionados para a busca bibliográfica ocorreram conforme mostra o quadro 4:

Quadro 4 - Resumo do levantamento bibliográfico: biblioteca utilizada na seleção dos descritores, base de dados para a busca bibliográfica e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2014.

Biblioteca utilizada na seleção dos descritores	DeCS	MeSH	Títulos CINAHL
Base de dados utilizada para busca bibliográfica	**Lilacs**	**Pubmed**	**CINAHL**
Cruzamento dos descritores selecionados	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida **OU** Infecções Oportunistas Relacionadas com a aids **E** Serviços de Saúde **E** Hospitalização	Acquired Immunodeficiency Syndrome **OR** AIDS-Related Opportunistic Infections **AND** Health Services **OR** Delivery of Health Care **AND** Hospitalization **OR** Inpatients	Acquired Immunodeficiency Syndrome **OR** AIDS-Related Opportunistic Infections **OR** AIDS Patients **OR** HIV-AIDS Nursing **AND** Health Services **OR** Health Care Delivery **AND** Hospitalization **OR** Inpatients

Realizou-se levantamento bibliográfico sistematizado no período de junho a agosto de 2014. Após a busca bibliográfica, os materiais foram selecionados conforme os seguintes critérios: manuscritos com abordagem quantitativa e/ou qualitativa com enfoque nos aspectos relacionados às internações por HIV/aids,

artigos de revisão sistemática e/ou metanálise sobre os aspectos relacionados com as internações por HIV/aids, periódicos nacionais e internacionais publicados, no período de 2004 a 2014 nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos: artigos com enfoque biológico, farmacêutico, genético e/ou molecular, bem como artigos envolvendo crianças/adolescentes e com enfoque em procedimento cirúrgico.

Após a realização das combinações dos descritores supracitados, um total de 411 artigos foram encontrados, sendo que 48 artigos eram repetidos e foram excluídos. Dos 363 artigos restantes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de 41 artigos. Procedeu-se, então a leitura dos títulos e resumos, com o intuito de buscar elementos de respostas à pergunta norteadora preestabelecida (Figura 5).

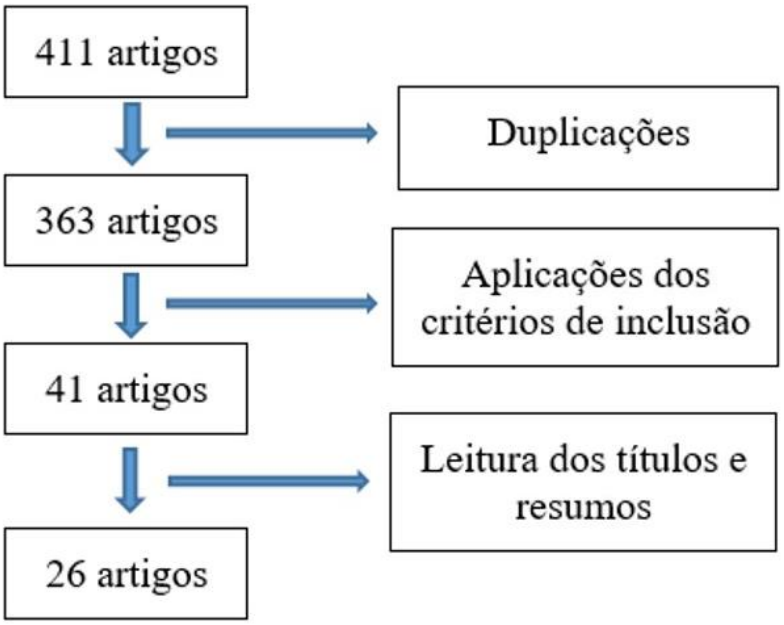

Figura 5 - Síntese do processo de seleção dos artigos, 2014

Desta forma, foram selecionados 26 artigos para leitura na íntegra, organização e análise das informações utilizando um formulário específicos (Apêndice I), contendo as seguintes informações: *Título do artigo; Periódico em que foi publicado, Ano de publicação; Autores; País de origem da pesquisa; Local do estudo; Objetivos; Síntese do Método utilizado; Principais resultados e Conclusão/Comentários*. Tais artigos possibilitaram a seguinte categorização, em função dos principais resultados/contribuições:

(I) Fatores e características das internações hospitalares por HIV e a vulnerabilidade dos indivíduos;

(II) Desafios identificados na organização da assistência prestada às PVHIV.

1.4.1 Fatores e características das internações hospitalares por HIV

A aids se configura uma condição crônica e, ainda assim, os estudos produzidos em países desenvolvidos identificam uma queda na taxa de internações hospitalares pelas PVHIV resultante da disponibilização da TARV (PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; BUCHACZ et al., 2008; BERRY et al., 2012). Mesmo diante da queda um estudo aponta que, quando comparada a população geral da mesma idade e sexo, as internações por HIV são superiores, variando de 50 a 300% (FALSTER et al., 2010). Porém, esses resultados apresentam diferenças nos países com baixo nível socioeconômico. Mesmo com o advento da TARV, alguns estudos apontam a incidência das infecções oportunistas, internações hospitalares, taxas de morbidade e mortalidade associadas à infecção pelo HIV apresentam um progressivo aumento (SAMAYOA et al., 2004; LOUIE et al., 2004; SANI et al., 2006; SOK et al., 2006, MCCLURE, BRATTI, 2006).

Alguns autores acreditam que, para minimizar a taxa de internação hospitalar, seria de suma importância o início precoce do uso da TARV, além de estratégias para garantir a adesão ao acompanhamento e tratamento (LUCERO et al, 2013; TEJA, SUDHA & LAKSHMI, 2007)

Em relação ao perfil sociodemográfico das internações oriundas de PVHIV, a maioria caracteriza-se pelo gênero masculino, solteiros, indivíduos jovens e idosos, baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo e uso de drogas lícitas e ilícitas (FLEISHMAN et al 2005; NUNES et al, 2008; METSCH et al, 2009; FALSTER et al., 2010; CASTRO et al., 2013) aspectos que podem refletir a situação de

vulnerabilidade social e individual que essas pessoas vivem.

Dentre as causas das internações hospitalares, mesmo com os avanços alcançados no tratamento da aids - a TARV, as infecções oportunistas ainda representam uma das principais causas de infecção, internação e óbito pelo HIV (NUNES et al, 2008), e a tuberculose é a doença mais prevalente em diversos estudos (COSTA et al., 2006; SANI at al., 2006; PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; SAMAYOA et al, 2003). Outras doenças oportunistas que também se destacam é a criptococose, pneumonia por Pneumocystis jiroveci, toxoplasmose e neurotoxoplasmose, candidíase e meningite criptocócica (SAMAYOA et al, 2003; LOUIE et al, 2004; PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; CASTRO et al., 2013; SHRESTHA, BHATTA, 2006).

Há uma intensa discussão em relação às internações por HIV devido a agudização de comorbidades associadas e doenças não definidoras de aids, que ocorreram em decorrência do uso prolongado da TARV (SHRESTHA, BHATTA, 2006, BUCHACZ et al., 2008; THOMPSON et al., 2012; BERRY et al., 2012), e do envelhecimento da população (CRUM-CIANFLONE et al, 2010).

Outros preditores de hospitalização identificados nos materiais científicos foram as condições clínica incluindo o baixo nível de células Linfócitos T CD4, aumento da carga viral e maior tempo de infecção pelo HIV (SAMAYOA et al., 2004; LOUIE et al., 2004; FIELDEN et al., 2008; FALSTER et al., 2010).

Muitas das características apresentadas sobre as internações por HIV/aids são abordadas por diversos autores, à luz do conceito de vulnerabilidade, que será melhor detalhado no quadro teórico deste material. Alguns autores estudam a relação que existe entre os diferentes perfis de adoecimento e/ou vulnerabilidade e a taxa de internações por HIV/aids (ACCORSI et al., 2005; SOK et al., 2006; RODRIGUEZ et al., 2007; NUNES et al., 2010; BACHHUBER, SOUTHERN, 2014).

Sobre as relações de gênero, a maioria dos estudos mostram que os homens são os indivíduos mais propensos à internação, tendo em vista a busca tardia por cuidados de saúde, o que pode potencializar os efeitos das infecções oportunistas e de outras condições associadas ao HIV (SOK et al., 2006). Somando a isso, os homens usam mais drogas de forma abusiva e são mais propensos à não adesão ao tratamento quando comparado às mulheres (NUNES et al., 2010). Nunes et al. (2010) ainda mostram que há diferença no padrão de doenças oportunistas que

causam a internação segundo o sexo. As mulheres apresentam maior frequência de pneumonia, diarreia e candidíase, já nos homens são mais predominantes a tuberculose extrapulmonar e a criptococose.

Outros estudos apontam que a raça negra registra maiores taxas de internação por HIV/aids do que a raça branca, consequentemente, as infecções oportunistas são mais prevalentes na raça negra (RODRIGUEZ et al., 2007; BACHHUBER, SOUTHERN, 2014).

Ainda em relação a dimensão social, um estudo realizado em Uganda descreveu o contexto local com reflexos e impactos da guerra civil, resultando em um ambiente de altíssima vulnerabilidade, e potencializando as internações por infeções, como o HIV/aids (ACCOSI, et al., 2005)

1.4.2 Desafios identificados na organização da assistência prestada às PVHIV

É possível de observação que a aids pode estar presente em qualquer indivíduo, porém alguns grupos apresentam maior vulnerabilidade para agravamento do quadro clínico. Diante desta realidade, torna-se fundamental que os serviços de saúde lancem mão de estratégias para maximizar a retenção dos indivíduos nos serviços de saúde e também a adesão à TARV visando um menor comprometimento dos casos. Após a realização deste levantamento, fica evidente a reduzida publicação de estudos dessa natureza.

Dos estudos encontrados foi possível identificar vertentes de discussão sobre a importância do preparo e qualificação dos recursos humanos em saúde para o manejo do HIV no sentido de vinculação dos usuários (RAO et al, 2012; COSTA, 2006; FURBER et al, 2004) aos serviços de saúde. Castro et al. (2013) também discorre sobre a importância de garantir que o atendimento ao HIV seja realizado por uma equipe multiprofissional, sendo que todos os profissionais tenham um objetivo comum ancorado na otimização do diagnóstico e adesão a TARV.

Se o serviço possuir qualificação profissional e contar com uma equipe multiprofissional é maior possibilidade de se garantir o monitoramento e gerenciamento dos efeitos adversos da TARV e da resistência ao HIV, pois estes

aspectos constituem-se como partes cruciais para o sucesso do cuidado em longo prazo (KIERTIBURANAKUL, LUENGROONGROJ & SUNGKANUPARPH, 2012). Os estudos apresentam a necessidade de estratégias para organização e integração dos serviços de saúde visando o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, enfatizando a garantia de adesão a TARV em todos os pontos assistenciais (GOMEZ, 2011; METSCH et al, 2009; PRICE, 2009; PERBOST et al, 2005).

Quanto à experiência de internação em si, estudos que objetivaram conhecer a assistência prestada durante a internação por meio da percepção de PVHIV, apontaram a necessidade de receberem uma assistência mais humanizada, em que se valorize a atenção, o contato verbal e a afetividade por parte da equipe de saúde (COSTA et al., 2006, MOREIRA, MESQUITA, MELO, 2010). WOLOSIN (2005) destaca que as PVHIV internadas se apresentaram menos satisfeitas com seu cuidado recebido quando comparados aos pacientes internados devido a outras condições crônicas (WOLOSIN, 2005). Neste sentido, a gestão do cuidado para as pessoas que requerem uma abordagem assistencial complexa necessita de um coordenador do caso. O profissional enfermeiro detém a qualificação para promover cuidados de saúde de alta qualidade e menor custo, sendo coerente com as necessidades individuais e buscando encontrar um equilíbrio entre as necessidades dos pacientes e a capacidade do sistema (GOMEZ, 2011).

1.4.3 Algumas considerações sobre o estado da arte

Os materiais selecionados mostraram que embora haja uma redução das internações por HIV após o uso regular da TARV, disparidades entre gêneros, grupos raciais e étnicos indicam que o oferecimento de ações e serviços de saúde não abrange todos os diversos grupos sociais igualmente. Desse modo, torna-se necessário esforços políticos, engajamento entre as PVHIV, sociedade civil organizada, profissionais de saúde, todos atuando como protagonistas nesse processo com o intuito de minimizar sistematicamente as barreiras assistenciais permitindo que o acesso a essas ações sejam possíveis a todos os grupos populacionais.

A complexidade e os desafios que envolvem a abordagem ao HIV em diversos contextos sanitários faz com que o manejo do agravo transcenda fatores biológicos e clínicos, uma vez que agregam elementos sociais, individuais e culturais em função de valores e preconceitos já enraizados na população como um todo.

Tal complexidade atrelada às demandas bio-psico-social que emergem com o caráter crônico do HIV/aids, se deparam com as debilidades estruturais dos serviços de saúde, pautadas no predomínio de uma assistência fragmentada, com enfoque biologicista e médico centrado, com debilidades na realização de diagnóstico oportuno, de tal modo que incorra em elevada taxa de internação por HIV devido as complicações de doenças oportunistas. Nesse sentido, entende-se a qualificação e a sensibilização dos profissionais de saúde como um dos elementos essenciais para o adequado manejo do HIV, não apenas aqueles diretamente envolvidos nos programas e serviços especializados, mas também os profissionais atuantes em outros pontos de atenção à saúde.

1.5 Justificativa do estudo

As transformações no perfil epidemiológico do HIV, a dinâmica de transição do agravo – de condição aguda para o caráter crônico - e a trajetória das políticas de saúde voltadas às PVHIV apontam a necessidade de se avançar no conhecimento dos fatores associados às internações hospitalares no contexto do HIV na perspectiva de identificar as necessidades dos usuários, diante dos recursos disponíveis com o objetivo de prestar uma assistência integral, coerente e acessível, para além do enfoque clínico-biologicista do agravo.

Uma vez que as ocorrências de internação em condições crônicas podem ser reflexos de deficiências e fragmentações do cuidado prestado, torna-se necessário identificar os fatores associados às internações hospitalares das PVHIV, de modo a produzir conhecimento teórico e operacional com potencial para subsidiar e dar direcionamento as políticas públicas de saúde para um efetivo planejamento e gestão do cuidado em âmbito local, propondo estratégias, fluxos e diretrizes para a

assistência as PVHIV. Diante disso, a hipótese que o presente estudo levanta, portanto, é que há associação entre os fatores de risco individuais, sociais e programáticos com as internações por HIV no município de Ribeirão Preto – SP.

2 Quadro Teórico

A categorização de condições em saúde definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) divide-as em: condições agudas e crônicas, podendo ocorrer eventos de agudização na condição crônica (OMS, 2003; MENDES, 2015).

As condições crônicas necessitam de um acompanhamento contínuo ao longo dos anos em função de sua persistência no tempo e pela necessidade de um sistema de saúde integrado capaz de proporcionar um cuidado permanente e contínuo por meio de estratégias adequadas de controle (MENDES, 2012; 2015). Essas são classificadas em doenças infecciosas e transmissíveis (HIV/aids, hepatites virais, tuberculose), doenças não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, câncer, doenças respiratórias crônicas), incapacidades estruturais (amputação, cegueira) e distúrbios mentais em longo prazo (OMS, 2003). Certas condições crônicas podem apresentar episódios de agudização e, esses momentos, devem ser enfrentados na lógica das condições agudas. Por essa razão, surge uma terceira categoria, a dos eventos agudos, que é um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas (OMS, 2003; MENDES, 2015).

Sobre o HIV/aids, que é considerado uma condição crônica, destaca-se que a atenção à esse agravo se organiza em um contexto sanitário cujo modelo assistencial é caracterizado pela prática médica voltada à abordagem biologicista, individualista, mecanicista, especializada, reducionista e com baixa cobertura e resolubilidade (MENDES, 2011; 2012). Tal situação reforça que o sistema de saúde no Brasil está organizado para atender condições agudas, pois atua em torno de um modelo fragmentado e caracterizado pela prestação de assistência descontínua e ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção, privilegiando o atendimento aos eventos agudos e episódicos das doenças, com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população (MENDES, 2001; MENDES, 2012).

Com o intuito de fortalecer o sistema de saúde para manejar as condições crônicas, a OMS a partir de 2002, considera oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde às condições crônicas, a saber (OMS, 2002):

- **Apoiar uma mudança de paradigma**: a organização dos serviços com o intuito de englobar as condições crônicas solucionará o problema dos limitados recursos para gerenciar as necessidades distintas dos pacientes;

- Gerenciar o ambiente político: a elaboração de políticas e o planejamento de serviços ocorrem inevitavelmente em um contexto político, sendo primordial a participação dos envolvidos de cada estágio;

- Desenvolver um sistema de saúde integrado: por meio da integração do sistema é possível garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes pontos de atenção ao longo do tempo, incluindo a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema, além de que os resultados dos serviços integrados são apresentados em melhoria no quadro de saúde, menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes;

- **Alinhar políticas setoriais para a saúde:** as políticas de todos os setores precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde;

- Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde: Habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes com condições crônicas, e, nesse sentido, os profissionais de nível técnico capacitado podem contribuir funções sobremaneira com a equipe;

- Centralizar o tratamento no paciente e na família: o manejo de condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, por isso é fundamental pactuar com o paciente suas responsabilidades. O acompanhamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do paciente e da família;

- **Apoiar os pacientes em suas comunidades:** a intersetorialidade é fundamental para manejar as condições crônicas, uma vez que é possível potencializar o papel da comunidades;

- Enfatizar a prevenção: as estratégias para minimizar o surgimento e/ou complicações das condições crônicas perpassam pela mudança de comportamento, adoção de práticas mais saudáveis de vida, aceitação da doença, além da adesão ao tratamento (OMS, 2002).

Diante dessa realidade, no sentido de nortear o cuidado as condições crônicas, o governo publicou a Portaria n°252, de 2013, a qual regulamenta o cuidado em condições crônicas que atua no âmbito do SUS e promove a Rede de

Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas.

Nesta perspectiva, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados a porta de entrada preferencial dos usuários, tendo a responsabilidade de atuarem com o máximo da capacidade resolutiva, além de coordenarem todo o cuidado às pessoas inseridas no serviço ao longo do tempo (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

Ressalta-se que, por meio de diretrizes clínicas, algumas condições crônicas ficam sob os cuidados definitivos de um ponto de atenção secundária, o qual também é considerado como porta de entrada do sistema de saúde para a população especifica, sendo possível atuar com o apoio dos demais componentes da estrutura operacional das RAS (MENDES 2009). Nessa condição, encontram-se os Serviços de Assistência Especializadas em HIV/Aids (SAE), os quais se configuram como serviços de referência para a população, sendo uma importante fonte de atenção longitudinal facilitando o reconhecimento de necessidades ao longo do tempo e possibilitando a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde de modo a minimizar a necessidade de internações hospitalares em decorrências dos eventos agudos caracterizando a instabilidade da condição crônica (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Sobre as políticas públicas que instituem o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, a Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, em seu Art. 2º, parágrafo terceiro diz que a criação/adequação dos Serviços de Atenção às HIV/Aids que compõe a rede de assistência ao HIV/aids no SUS deve considerar, além dos critérios de organização e funcionamento, aspectos que incluem: a população a ser atendida, a necessidade de cobertura assistencial, mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra referência, capacidade técnica e operacional dos serviços, série histórica de atendimentos realizados, levando em consideração a demanda reprimida, nos casos em que for identificada e a RAS estabelecida, de modo que haja a consolidação de fluxos com rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, serviços de atendimento pré-hospitalar, rede laboratorial, com a Central de Regulação, quando houver, e demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2013b).

Então, os SAE atuam como o coordenador da assistência prestada as PVHIV, porém os serviços de Atenção Básica (AB) também exercem papel de destaque no

controle do HIV/aids. Recentemente, o Ministério da Saúde divulgou o “Manual para equipe multiprofissional sobre o cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica”. Este documento parte do pressuposto que diante dos avanços conquistados no cuidado às PVHIV e com a simplificação do tratamento, o modelo assistencial incentivado considera que as ações e serviços de saúde devem ser estruturadas e organizadas de acordo com a realidade local considerando o contexto social e sanitário, passando a envolver diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, a resolução nº 16 de 23 de fevereiro de 2015, que institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais no Estado de São Paulo, estabelece como competência da AB as ações de prevenção junto à comunidade e populações em situação de maior vulnerabilidade, oferta de materiais educativos e insumos de prevenção, realização da abordagem sindrômica das outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), bem como a realização de aconselhamento e testagem sorológica para HIV, sífilis, Hepatites B e C para população em geral.

Além das ações preventivas, no Estado de São Paulo, tem-se como prerrogativa que a AB trabalhe de modo integrado com a atenção especializada, especialmente nas ações voltadas para a qualidade de vida das PVHIV, tais como, atividade física, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico ou saúde sexual e reprodutiva e, sobretudo, atuar nas estratégias de melhoria adesão ao tratamento e vinculação da pessoa ao serviço de saúde, realizando a busca de faltosos, o acompanhamento conjunto de outras comorbidades e a vigilância epidemiológica (SÃO PAULO, 2015). Enfatizando que os serviços de AB possuem maior proximidade, contato e vínculo com pessoas do território adscrito, podendo assim, desempenhar papel decisivo no cuidado integral às PVHIV (BRASIL, 2015b) para além das discussões e prerrogativas de descentralização do tratamento para a AB.

Desse modo, a condição crônica HIV necessita de um sistema de saúde integrado que conte com os SAE como coordenadores do cuidado, atendimento no hospital-dia, assistência domiciliar terapêutica e com a AB como importante ponto de atenção para garantia de assistência ampla e coerente com as demandas. Assistência essa, que seja baseada na construção de projetos terapêuticos singulares, alicerçados em diretrizes clínicas e estratificação de risco, afim de que haja a normatização do fluxo dessas pessoas no sistema, disponibilizando diversos

tipos de atenção e respectivas densidades tecnológicas de maneira equânime, universal e integral com o intuito de reduzir as internações hospitalares e promover melhor qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL, 2013b; SÃO PAULO, 2015; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015b).

A garantia de uma assistência efetiva e oportuna para as condições crônicas pode ser crucial na prevenção e controle dos eventos agudos (DIAS-DA-COSTA, et al, 2008), refletindo assim diretamente na redução das taxas de internação hospitalar e, até mesmo, nas readmissões das PVHIV em unidades de internação (HOMAR, MATUTANO, 2003). Neste sentido, entende-se a internação hospitalar como uma falha sistêmica no cuidado, caracterizando um evento sentinela para o cuidado das pessoas que vivem nessa condição (MENDES, 2012).

Diante da existência dessa falha sistêmica no cuidado, o cenário exige políticas públicas que vão ao encontro de um sistema universal de proteção social em saúde para todos os cidadãos (GIOVANELLA et al, 2013). Atrelado a essa necessidade, com a implantação das RAS, visa-se um sistema capaz de reconhecer e estabelecer as necessidades e prioridades de saúde da população alvo, considerando seus riscos e permitindo o delineamento e avaliação das intervenções sanitárias de modo integrado ao contexto social e cultural (MENDES, 2015) e considerando que as pessoas não refletem apenas a individualidade restrita, mas sim os sujeitos sociais inseridos na esfera pública da vida social, necessitando assim de intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação judicial, direitos humanos, sendo que todas essas características constituem as ações de prevenção e cuidado (AYRES et al, 2003)

No contexto da organização e planejamento da assistência em HIV, deve considerar as ações para o combate a toda e qualquer forma de preconceito e discriminação[5], uma vez que essas ações tem o intuito de diminuir os efeitos e consequência dessa violência nas condições de vida (BRASIL, 2015b), além de prevenir a evolução para formas mais graves da infeção, resultando em episódios de agudização (SOUSA, 2013). Diante das observações, as políticas públicas em conjunto com o manejo do HIV são permeados pelo conceito de vulnerabilidade, que foi originário da advocacia internacional pelos Direitos Humanos do Homem, que

[5] A discriminação às pessoas que vivem com HIV é considerada como crime, conforme a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.

definiu como grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (ALVES, 1994). No contexto do HIV, o conceito de vulnerabilidade foi se constituindo como o conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam maior ou menor suscetibilidade a infecção e/ou adoecimento e/ou complicações estando diretamente relacionado com a disponibilidade de recursos de todas as ordens operacionais (AYRES, 2003; AYRES, 2006).

Atrelado a esse conjunto de aspectos, o conceito de vulnerabilidade é constituído por um conjunto de três domínios que estão interligados, a saber: *Vulnerabilidade* individual, *Vulnerabilidade social* e *Vulnerabilidade programática (*AYRES, 2003*).*

A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais referentes às relações sociais do próprio individuo, além de considerar o grau de conhecimento, informação e consciência de cada pessoa para decidir as condutas ou práticas protetoras frente a situações e comportamentos que o expõe ao risco de infecção, adoecimento ou mesmo complicações (OVIEDO, CZERESNIA 2015; Ayres, 2006; AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sócio-políticos e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Trata-se da contextualização do indivíduo na sociedade e no papel que ocupa em determinada situação abrangendo as condições de moradia, gênero, étnico/raciais, orientação sexual, entre outros (OVIEDO, CZERESNIA 2015; Ayres, 2006; AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo à riscos, à integridade e ao bem-estar físico, psicológicos e sociais envolvendo a organização, planejamento, gerenciamento dos serviços de saúde, sendo que as políticas públicas e a atuação dos profissionais de saúde são consideradas fundamentais no processo (OVIEDO, CZERESNIA 2015; Ayres, 2006; AYRES et al., 2003).

Há uma formulação mais recente do Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), para analisar a epidemia do HIV e propor ações programáticas, no sentido de buscar novas bases epistemológicas e técnicas para reestruturar e reconstruir as práticas de saúde no contexto do SUS, contribuído assim para

assegurar os princípios de universalidade, integralidade e equidade em saúde (AYRES et al, 2012).

Diante disso, para se alcançar a meta 90-90-90 usa-se a estratégia de operacionalizar a cascata do cuidado *continuum* às PVHIV, no sentido de avaliar as ações em saúde que se baseiam nos seguintes pilares: diagnóstico precoce; vinculação dos sujeitos diagnosticados aos cuidados; a retenção do indivíduo, em longo prazo, nos serviços de saúde; oferta de tratamento antirretroviral e supressão viral (BRASIL, 2015; KOK et al., 2015). Tais pilares relacionam a PVHIV, a oferta do cuidado e a interrupção da cadeia de transmissão do vírus, os quais juntos representam um desafio para a RAS no sentido da estruturação e implementação do *continuum* do cuidado.

Deste modo, considerando a complexidade do manejo do HIV e a abrangência das situações de vulnerabilidade tanto para infecção como também para a complicação dessa condição crônica, torna-se fundamental o incremento para além do princípio da universalidade, criando condições para o estabelecimento da equidade, necessitando de reformulação e adaptação dos programas, serviços e ações em saúde (MARSIGLIA, SILVEIRA & CERNEIRO JR, 2005).

Na figura 6, a seguir, resgata-se a síntese conceitual do manejo do HIV/aids, visto como uma condição crônica, frente às questões de vulnerabilidades inseridas na RAS por meio do modelo de condições crônicas.

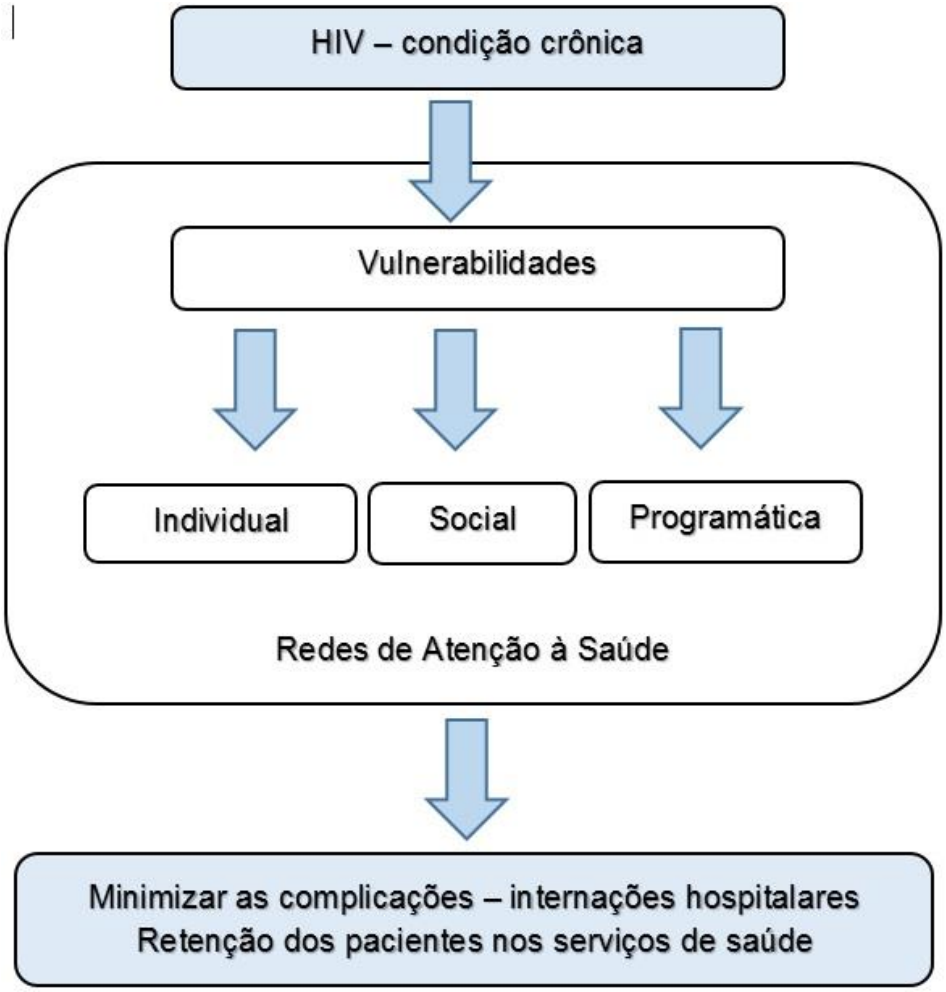

Figura 6 - Síntese do quadro teórico: o desafio do manejo do HIV/aids nas RAS.

3 Objetivos do estudo

3.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados às internações por HIV no município de Ribeirão Preto – SP.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar as vulnerabilidades individuais associadas às internações por HIV;
- Analisar as vulnerabilidades sociais associadas às internações por HIV;
- Analisar as vulnerabilidades programáticas ou relacionadas aos serviços de saúde associadas às internações por HIV.

4 Material e Métodos

4.1 Modelo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo caso controle.

4.2 Caracterização do local de estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto–SP, situado na região Noroeste do Estado de São Paulo, cuja população estimada em 2015 era de 666.323 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2015).

Em relação aos indicadores de condições de vida, Ribeirão Preto, em 2010 apresentou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)[6] de 0,800, considerado elevado em relação ao país, ocupando a posição quadragésima, sendo o vigésimo segundo maior do Estado de São Paulo. Quanto à Renda, Longevidade e Educação, situa-se no limite inferior da faixa de IDH Muito Alto (entre 0,800 e 1) (Figura 7). A dimensão que mais contribuiu para o IDH foi a Longevidade (0,844), seguido da Renda (0,820) e Educação (0,739) em 2010 (PNUD, 2013).

[6] Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – Faixas de desenvolvimento: Muito alto – 0,800 a 1,0; Alto – 0,700 a 0,799; Médio – 0,600 a 0,699; Baixo – 0,500 a 0,599 e Muito Baixo – 0,000 a 0,499

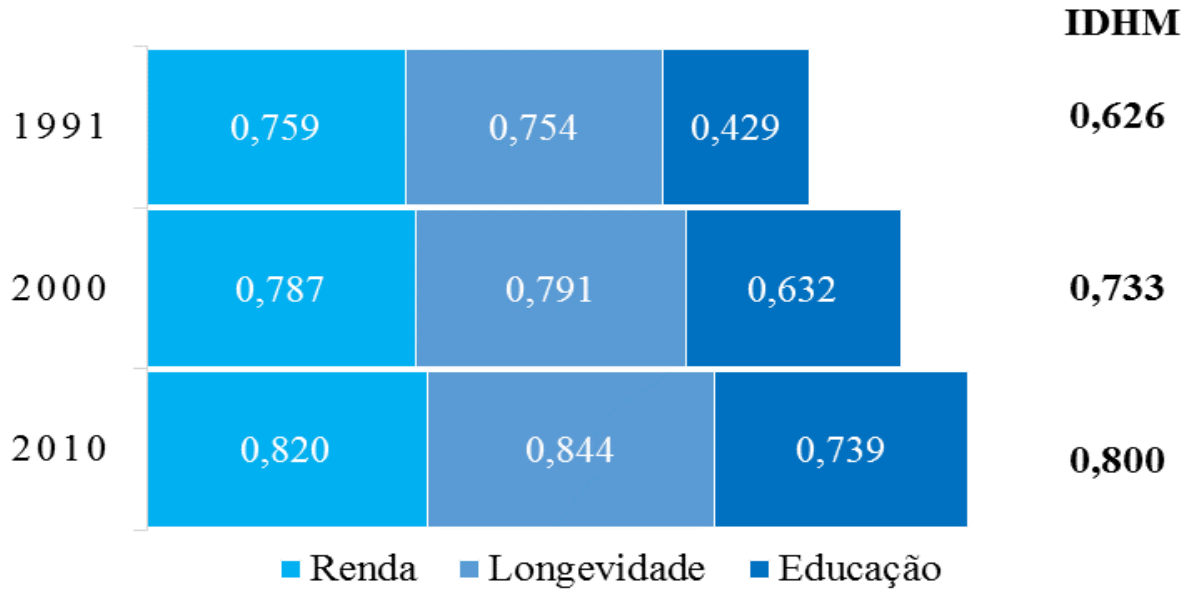

Figura 7 - Índice de Desenvolvimento Humano de Ribeirão Preto e suas dimensões nos anos de 1991, 2000 e 2010.
Fonte: PNUD (2013).

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), em 2012, Ribeirão Preto apresentou a seguintes pontuações: 46 na dimensão riqueza; 73 na longevidade e 52 na escolaridade, o que torna possível classificá-lo no Grupo 2, ou seja trata-se de um município que, embora apresente nível de riqueza elevado, não é capaz de atingir bons indicadores sociais (Quadro 5) (SEADE, 2012).

Quadro 5 - Indicadores de condição de vida selecionados para caracterização do município de Ribeirão Preto – SP, 2016.

Indicador	Ano	Município	Estado
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)*	2000	0,0800	0,783
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)** - Dimensão Longevidade	2012	46	46
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) - Dimensão Riqueza	2012	73	70
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) - Dimensão Escolaridade	2012	52	52
Coeficiente de GINI***	2003	0,54	0,474

Legenda: *Média geométrica normalizada dos índices de educação, Produto Interno Bruto per capita e Expectativa de vida ao nascer. ** O IPRS foi inspirado no IDH e apresenta três dimensões que avaliam a qualidade de vida nos municípios do Estado de São Paulo – são expressos em uma escala de 0 a 100, sendo que 100 representa a melhor situação e zero a pior. *** O coeficiente de GINI expressa em pontos percentuais a mensuração da desigualdade de renda domiciliar per capita de uma região - quanto mais os escores brutos se aproximam de zero, o padrão de desigualdade social é menor.
Fonte: IBGE e Fundação Seade.

Em relação a assistência à 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). É responsável pela assistência dos 26 municípios que fazem parte do DRS XIII, além de ser referência para os demais DRS da 13ª Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) (Figura 8), atendendo, inclusive, municípios de outros Estados para determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

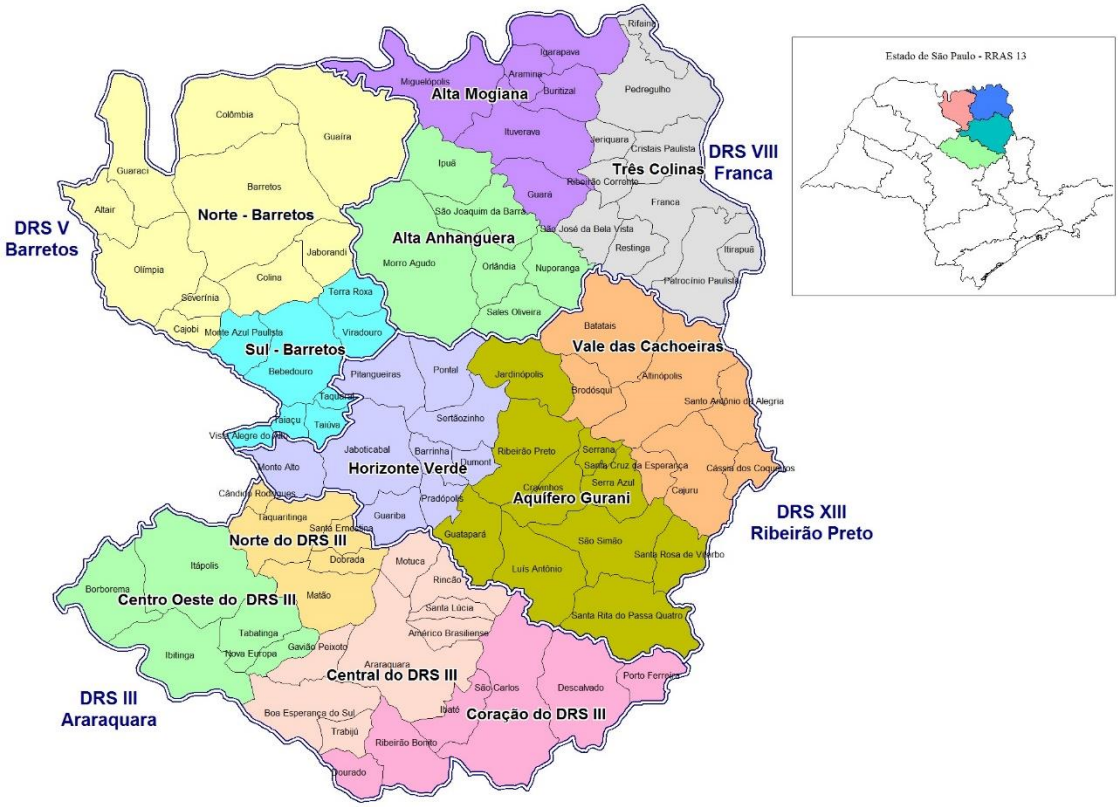

Figura 8. Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, CGR e municípios com destaque para Ribeirão Preto.
Fonte: Secretaria do Estado de São Paulo.

Destaca-se que a rede pública de saúde do município está organizada em cinco Distritos Sanitários, onde estão inseridos cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE) que integram o Programa de DST/aids; cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); cerca de 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 14 Unidade de Saúde da Família (USF) com 33 Equipes de Saúde da Família, resultando em 13% de cobertura populacional; quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i), além de dois Ambulatórios de Saúde Mental; quatro Residências terapêuticas e três comunidades terapêuticas; Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); Centro de Referência a saúde do Trabalhador (CEREST) e um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF)(RIBEIRÃO, 2013).

Ribeirão Preto é considerado um município de destaque nas políticas de controle do HIV/aids e das outras IST, um exemplo disso é o fato de possuir cinco SAE, enquanto Campinas, que possui aproximadamente 953.000 habitantes possui um SAE e um Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O local de estudo desta pesquisa constitui-se das unidades de internação que são referência para os casos aids, a saber: Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) e Unidade de Moléstias Infecciosas (MI), sendo que, ambas, totalizam 24 leitos hospitalares e mais um ambulatório especializado destinado exclusivamente às doenças infecciosas. Tais serviços localizam-se no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP) (HCFMRP, 2014). O acompanhamento clínico-terapêutico dos casos de HIV/aids diagnosticados no município é realizado por equipes especializadas dos cinco SAE que realizam, dentre outras atribuições, o Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) e testagem e aconselhamento nos cinco CTA (RIBEIRÃO PRETO, 2012). Ressalta-se que tais serviços contam com a retaguarda do HCFMRP considerado um serviço público de grande porte para atendimento aos casos que necessitam de internação.

Em relação à rede assistencial presente no município, os SAE se configuram de formas variadas, a saber:

1) Central - maior equipe de saúde (quatro infectologistas, um gastroenterologista, um dermatologista, três enfermeiras, 11 auxiliares de enfermagem, dois farmacêuticos, dois assistentes social, um dentista, um auxiliar de dentista) responsável pelos atendimentos de pacientes com DST/HIV/aids, tuberculose, hepatites virais e hanseníase, também atende as demandas dos Acidentes Ocupacionais com perfuro cortante, profilaxia pós exposição (PEP) sexual, ações específicas para atendimento dos moradores de rua e possui

aproximadamente 500 PVHIV em atendimento. É referência para atendimento das penitenciárias masculinas da região.

2) Norte – equipe de saúde (dois infectologistas, dois ginecologistas, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um assistente social; como o SAE é acoplado a uma UBS, os profissionais de farmácia são compartilhados, contando com duas farmacêuticas e duas auxiliares de farmácia) responsável pelos atendimentos de pacientes com DST/HIV/aids e tuberculose e possui cerca de 300 PVHIV em atendimento.

3) Oeste - equipe de saúde (dois infectologistas, um auxiliar de enfermagem), como o SAE pertencente a um Centro de Saúde Escola, não possui equipe exclusiva, os profissionais também executam funções relacionadas a outras áreas programáticas e assistenciais. Possui cerca de 400 PVHIV em atendimento.

4) Sul – equipe de saúde (dois infectologistas, um ginecologista, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, dois farmacêuticos) responsável pelos atendimentos DST/HIV/Aids, Tuberculose e Hanseníase. É um dos ambulatórios pioneiros do Programa de DST/aids e possui aproximadamente 300 PVHIV em atendimento.

5) Leste – equipe de saúde (dois infectologistas e um enfermeiro) responsável apenas pelas PVHIV. Encontra-se temporariamente em funcionamento junto a um hospital universitário vinculado a uma universidade privada. Possui cerca de 200 PVHIV em atendimento.

Todos os SAE arquivam os prontuários de cada pessoa que vive com HIV. O município conta ainda com um sistema de informação, o Hygia-WEB, que possibilita a identificação dos serviços de saúde utilizados pelos usuários, bem como os procedimentos realizados, resultados de exames, vacinação e o cadastro dos usuários do SUS. Desse modo, qualquer unidade de saúde sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde pode ter acesso aos dados do paciente, onde quer que ele seja atendido.

4.3 Definição dos casos e controles

- **Casos:** foram considerados os casos incidentes de internação por HIV registradas no Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do HCFMRP (UETDI e MI), no ano de 2014, ocorridos no município de Ribeirão Preto – SP.
- **Controles:** foram considerados controles aquelas PVHIV não internadas e que estavam em acompanhamento clínico nos cinco SAE da rede assistencial ao HIV/aids do município de Ribeirão Preto.

Para seleção dos entrevistados foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e residente no município de Ribeirão Preto – SP; e exclusão: sujeitos impossibilitados de responder ao questionário e controles com internação recente (há menos de 12 meses).

4.3.1 Tamanho amostral

Foram inclusos neste estudo 56 casos e 112 controles, considerando a razão de pareamento igual a dois.

4.3.2 Variáveis a serem pareadas

O pareamento dos casos e controles ocorreu a partir da origem (local de moradia e local de acompanhamento clínico – SAE), conforme apresentado:

- ✓ Quando o caso residir na mesma área de abrangência do SAE onde realiza acompanhamento, foram considerados dois controles provenientes do SAE em questão;
- ✓ Quando o caso não residir na mesma área de abrangência do SAE onde realiza acompanhamento, foram adotados os seguintes procedimentos na seleção dos controles: um controle pertencente ao mesmo SAE e o outro proveniente do SAE localizado na área de residência do caso.

4.4 Informações sobre a Exposição

4.4.1 Fonte de Informação

Para atender os objetivos do estudo foram utilizadas fontes de dados primária e secundária. A principal fonte de dados foi a primária, sendo caracterizada por entrevista às PVHIV. E as fontes secundárias foram compostas pelo: Banco de dados SIH/SUS do HCFMRP. Neste foram selecionados as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) em que o CID principal esteve associadas ao HIV, (B20.0 a B24; Z20; Z20.6; Z21; R75); Prontuários Clínicos da PVHIV; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

4.4.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008), no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2007). Valeu-se ainda, da metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de AB do SUS (ALMEIDA;

MACINKO, 2006) e nos elementos constitutivos das RAS, segundo Mendes (2009) (APENDICE I). O instrumento utilizado para as entrevistas compreendeu as seguintes dimensões: Dados sobre o perfil sociodemográfico, Dados sobre outras vulnerabilidades; Dados sobre o perfil clínico e Informações sobre a assistência à saúde. As variáveis sociodemográficas, outras vulnerabilidades e clínicas contemplavam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis sobre a assistência à saúde continham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Ainda em relação ao instrumento de coleta de dados, realizou-se a readequação do instrumento em duas etapas: análise de conteúdo e teste piloto. Para realizar a análise de conteúdo selecionaram-se sete profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids, epidemiologia, saúde pública, bem como, estatística e assistência hospitalar. Destaca-se que o instrumento de coleta de dados foi encaminhado via e-mail ou entregue pessoalmente aos expertises, junto com uma carta de convite (APENDICE II) e um formulário para avaliação do conteúdo (APENDICE III).

O teste piloto proveu a análise semântica dos itens, que consistiu em “verificar se todos os itens eram compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina” (PASQUALI,1999). Foram realizadas sete entrevistas com casos e 14 com controles, considerando-se os cinco distritos de saúde do município, o que colaborou para a garantia da neutralidade da aplicação do instrumento. A partir destas entrevistas, foi possível realizar uma avaliação crítica da maneira como eram abordadas as questões do instrumento, além disso, foi verificada a necessidade de disponibilizar uma escala likert ao entrevistado, com o intuído de fazê-lo entender do que se tratava tal instrumento e como deveria usá-la para responder o questionário.

Ressalte-se que após a realização da análise de conteúdo e teste piloto foi necessário reformular o instrumento de coleta de dados, incluindo e suprimindo algumas variáveis, resultando na versão final que foi utilizada para realização das entrevistas (APENDICE I).

4.4.3 Variáveis do estudo

No quadro 6 apresentam-se as variáveis selecionadas para o estudo, indicando as seções a que pertencem e respectivas fontes de informação.

Quadro 6. Descrição, seção, fontes de dados e variáveis do estudo.

DESCRIÇÃO	SEÇÃO	FONTES DE INFORMAÇÃO	VARIAVEIS
Dados sobre o perfil sociodemográfico	**I**	Primária	- Idade; - Bairro onde reside; - Ambulatório de acompanhamento; - Sexo; - Cor ou raça; - Escolaridade; - Ocupação; - Crença religiosa;
Dados sobre outras vulnerabilidades	**II**	Primária	- Morador de rua; - Aceitação do diagnóstico de HIV/aids; - Uso de bebida alcoólica; - Uso de drogas ilícitas; - Pertencente ao sistema prisional; - Antecedente de prisão; - Profissional do sexo.
		Secundária - Prontuário	**Antecedentes:** - Etilismo; - Drogadição; - Morador de rua; - Não adesão a TARV; - Passagem pelo sistema prisional.
Dados sobre o perfil clínico	**III**	Primária	- Outra condição crônica; - Uso dos antirretrovirais; - Dificuldade para tomar os antirretrovirais; - Abandono do tratamento antirretroviral; - Internações anteriores;
		Secundária – Prontuário	- Doenças oportunistas; - Presença de co-infecções; - Manifestações Clínicas; - Comorbidades; - Tempo de diagnóstico HIV; - Tempo de diagnóstico aids; - Tempo de tratamento; - Resultado do último CD4 realizado; - Resultado da última carga viral realizado;

Informações sobre a assistência à saúde	**IV**	Primária	- Realização de acompanhamento ambulatorial para o HIV/aids; - Satisfação com o atendimento recebido no SAE; - Dificuldade para conseguir atendimento no SAE; - Falta nas consultas de retorno; - Atendimento com médico infectologista, equipe de enfermagem, assistente social, psicólogo e nutricionista; - Retirar medicamentos na farmácia do ambulatório; - Medicamentos para prevenir os efeitos colaterais das antirretrovirais; - Utiliza outros serviços de saúde; - Utiliza Pronto Atendimento; - Utiliza Unidade de Atenção Básica; - Utiliza convenio médico (ocasiões); - Paga consulta particular; - Questionamentos sobre condições de vida e intercorrência (ocasiões); - Atendimento no SAE de urgência;
Dados adicionais– apenas para os casos		Secundária - AIH	- Tipo de unidade que solicitou a internação; - Data da internação; - Duração da internação; - Diagnóstico inicial;

4.4.4 Procedimentos para obtenção dos dados

Os participantes foram identificados e selecionados em consonância aos critérios de inclusão e exclusão, por meio de visitas diárias às unidades de internação e contato com o responsável administrativo de cada setor, no período de junho de 2014 a janeiro de 2015. Em seguida, os casos e controles elegíveis eram convidados pelo entrevistador a participarem do estudo, sendo-lhes explicado a natureza e os objetivos do mesmo, e solicitado, quando o aceite ao convite, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE IV). As entrevistas dos casos foram realizadas nas unidades de internação do HCFMRP e dos controles nos cinco SAEs que integram o Programa Municipal DST/aids e Tuberculose e no SAE do HCFMRP, em espaços previamente acordados com a equipe de saúde, visando resguardar a privacidade dos entrevistados.

4.4.5 A garantia da comparabilidade

✓ Foi utilizado o mesmo questionário (APENDICE I) para entrevistar os casos e os controles;
✓ O mesmo entrevistador do caso, procedeu às entrevistas com os respectivos controles.

4.4.6 Quanto à validade

No momento não é possível tecer considerações sobre a sensibilidade e especificidade das entrevistas.

4.5 Plano de análise

Para análise dos dados, procedeu-se, inicialmente, à utilização de técnicas de análise descritiva para exploração dos dados utilizando o programa Statistica, versão 7.0, da Statsoft. Os dados foram expostos em formato de tabela com as medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão). Além disso, foi realizado teste qui-quadrado para identificar a existência de associação entre casos/controles e as informações de exposição.

Após tais procedimentos, realizou-se a análise de regressão logística condicional. Utilizou-se como variável dependente a incidência por internações relacionada ao HIV. Como variáveis independentes, foram consideradas aquelas

que apresentaram associação estatística significante para o teste qui-quadrado realizado na etapa anterior.

No que se refere às variáveis utilizadas de cada da seção, desataca-se as Sociodemográfica: idade, escolaridade, ocupação e crença religiosa; Outras Vulnerabilidades: pessoa em situação de rua, usuário de drogas e realização de sexo em troca de benefícios; Perfil Clínico: condição clínica associada, uso regular da TARV, Dificuldade de uso da TARV; Assistência à Saúde: atendimento ambulatorial (satisfatório ou insatisfatório), satisfação com atendimento no SAE (satisfatório ou insatisfatório), falta às consultas de retorno (sim ou não), passagem em consultas com a equipe de enfermagem (sim ou não), passagem em consultas com assistente social (sim ou não). Optou-se por utilizar somente as variáveis obtidas de fontes primárias, uma vez a falta ou incompletude de informação das fontes secundárias fragilizaria a análise.

Para a análise de regressão todas as variáveis foram inseridas conjuntamente no modelo. As variáveis foram retiradas individualmente, uma por uma, sempre retirando do modelo a variável com maior p-valor, isto é, aquela que apresentava menor associação estatística significante. Após a retirada da variável um novo ajuste era realizado com as variáveis remanescentes até a obtenção do modelo final.

A partir do modelo escolhido foram estabelecidas razões de chances Odds Ratio (OR) ajustadas e não ajustadas, juntamente com os respectivos intervalos de confiança. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% (alfa = 0.05). Foi utilizada a biblioteca Epicalc, desenvolvida por Chongsuvivatwong (2007), do programa R versão 3.0.1.

4.6 Aspectos éticos

Atendendo às diretrizes apresentadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 o presente estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob protocolo: 25096113.0.0000.5393 (ANEXO I).

5 Resultados

5.1 Dados coletados de fonte primária

Participaram do estudo 168 pessoas que viviam com HIV, sendo 56 sujeitos internados e 112 não internados, devidamente pareados na razão de 1:2.

Quanto aos internados, a maioria (51,8%) era do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 40 a 60 anos (57,1%). Em relação à cor, a maioria era não branca (60,7%) e apresentavam baixa escolaridade (57,1%). Quanto à ocupação e religião, a maior parte considera-se desempregado (46,4%) e 71,4% relataram seguir alguma religião (Tabela 1).

Em relação aos não internados, identificou-se que ambos seguiram a mesma tendência que os casos, porém o sexo feminino foi mais frequente (51,8%) e os empregados (54,5%) também compuseram a maioria dos não internados. Dentre as variáveis sobre as características sociodemográficas das PVHIV internadas e não internadas, a escolaridade e ocupação apresentaram significância estatística para o teste qui-quadrado (p<0,05) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.

Características sociodemográficas		INTERNADOS (N=56)		NÃO INTERNADOS (N=112)		TOTAL (n=168)		P*
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	29	51,8	54	48,2	83	49,4	0,662
	Feminino	27	48,2	58	51,8	85	50,6	
Faixa etária	18 – 39 anos	21	37,5	28	25,0	49	29,1	0,175
	40 – 60 anos	32	57,1	60	53,6	92	54,8	
	> 60 anos	3	5,4	24	21,4	27	16,1	
Cor/Raça	Branca	22	39,3	51	45,5	73	43,4	0,441
	Não Branca	34	60,7	61	54,5	95	56,6	
Escolaridade	Sem esc. ou EF incompleto	32	57,1	47	41,9	79	47,1	**0,044**
	EF completo	11	19,7	17	15,2	28	16,6	
	EM completo/ ES completo	13	23,2	48	42,9	61	36,3	
Ocupação	Empregado/autônomo	17	30,4	61	54,5	78	46,5	**0,002**
	Desempregado	26	46,4	24	21,4	50	29,7	
	Outros (aposentado/do lar)	13	23,2	27	24,1	40	23,8	
Crença Religiosa	Sim	40	71,4	94	83,9	134	79,7	0,573
	Não	16	28,6	18	16,1	34	20,3	

*Teste Qui-quadrado

Quanto aos dados sobre as vulnerabilidades sociais e individuais, os internados e não internados apresentaram as mesmas características, entretanto, as variáveis pessoa em situação de rua, uso de drogas, antecedentes prisionais e realização de sexo em troca de benefícios apresentaram significância estatística para o teste Qui-quadrado (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das características de vulnerabilidades individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.

Vulnerabilidades sociais e individuais		**INTERNADOS (N=56)**		**NÃO INTERNADOS (N=112)**		**TOTAL (n=168)**		**P***
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Pessoa em situação de rua	Sim	15	26,8	1	0,9	16	9,5	**0,000**
	Não	41	73,2	111	99,1	152	90,5	
Aceitação do diagnóstico HIV/aids	Sim	46	82,1	99	88,4	145	86,3	0,266
	Não	10	17,9	13	11,6	23	13,7	
Bebida alcoólica	Sim	20	35,7	25	22,3	45	26,8	0,064
	Não	36	64,3	87	77,7	123	73,2	
Uso de drogas	Sim	13	23,2	10	8,9	23	13,7	**0,011**
	Não	43	76,8	102	91,1	145	86,3	
Antecedente prisional	Sim	17	30,3	9	8,1	26	15,5	**0,000**
	Não	39	69,7	103	91,9	142	84,5	
Sexo em Troca de benefício	Sim	10	17,8	7	6,2	17	10,1	**0,018**
	Não	46	82,2	105	93,8	151	89,9	

*Teste Qui-quadrado

Em relação aos aspectos clínicos das PVHIV, observou-se que no grupo dos internados houve a presença de outra condição crônica associada (51,8%), os indivíduos não usavam TARV de forma regular (60,7%), tinham dificuldade para tomar os ART (58,9%), apresentavam histórico de abandono dos ARV (60,7%). Quanto aos não internados, a maioria não apresentava condição crônica associada (52,7%), os indivíduos usavam a TARV regularmente (83,9%), não apresentavam dificuldades para tomar os ARV (83,1%), não apresentavam histórico de abandono dos ARV (82,2%). Todas variáveis apresentaram significância estatística para o teste Qui-quadrado exceto a presença de condição crônica (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência das características clínicas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.

Vulnerabilidades individuais Características clínicas		INTERNADOS (N=56)		NÃO INTERNADOS (N=112)		TOTAL (n=168)		P*
		n	%	n	%	n	%	
Presença de condição crônica	Sim	29	51,8	53	47,3	82	48,8	0,585
	Não	27	48,2	59	52,7	86	51,2	
TARV regular	Sim	22	39,3	94	83,9	116	69,1	**0,000**
	Não	34	60,7	18	16,1	52	30,9	
Dificuldade para tomar TARV	Sim	33	58,9	19	16,9	52	30,9	**0,000**
	Não	23	41,1	93	83,1	116	69,1	
Abandono da TARV	Sim	34	60,7	20	17,8	54	32,8	**0,000**
	Não	22	39,3	92	82,2	114	67,8	

*Teste Qui-quadrado

Quanto aos dados sobre aspectos da assistência em saúde às PVHIV, as variáveis “satisfação com o atendimento”, “falta em consultas de retornos agendadas”, “consulta com médico infectologista”, “consulta com a equipe de enfermagem”, “recebimento de atendimento com assistente social”, apresentaram significância estatística para o teste Qui-quadrado (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequência dos aspectos da assistência à saúde às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto, 2014.

Vulnerabilidade programática		INTERNADOS (N=56)		NÃO INTERNADOS (N=112)		TOTAL (n=168)		p*
		n	%	n	%	n	%	
Satisfação com o atendimento do SAE	Satisfatório	47	83,9	107	95,5	154	91,6	**0,010**
	Insatisfatório	9	16,1	5	4,5	14	8,4	
Dificuldades para conseguir atendimento	Satisfatório	52	92,8	109	97,3	161	95,8	0,172
	Insatisfatório	4	7,1	3	2,7	7	4,2	
Comparecimento em consultas de retorno	Satisfatório	24	42,8	95	84,8	119	70,8	**0,000**
	Insatisfatório	32	57,2	17	15,2	49	29,2	
Consulta com Médico infectologista	Satisfatório	51	91,1	112	100,0	163	97,1	**0,001**
	Insatisfatório	5	8,9	0	0,0	5	2,9	
Consulta com equipe de enfermagem	Satisfatório	51	91,1	111	99,1	162	96,4	**0,008**
	Insatisfatório	5	8,9	1	0,9	6	3,6	
Atendimento com Assistente social	Sim	15	26,8	62	55,4	77	45,8	**0,000**
	Não	41	73,2	50	44,6	91	54,1	
Consulta com psicólogo	Satisfatório	5	8,9	13	11,6	18	10,7	0,596
	Insatisfatório	51	91,1	99	88,4	150	89,3	
Atendimento com nutricionista	Sim	6	10,7	12	10,7	18	10,7	---
	Não	50	89,3	100	89,3	150	89,3	
Recebe medicamentos para prevenir os efeitos colaterais dos ARV	Satisfatório	8	14,3	14	12,5	22	13,1	0,746
	Insatisfatório	48	85,7	98	87,5	146	86,9	
Utilização de outros serviços de saúde	Sim	49	87,5	88	78,6	137	81,5	0,159
	Não	7	12,5	24	21,4	31	18,5	
Utiliza serviços de Pronto Atendimento	Sim	47	83,9	83	74,1	130	77,4	0,151
	Não	9	16,1	29	25,9	38	22,6	
Utiliza unidades básicas de saúde	Sim	18	32,1	38	33,9	56	33,3	0,817
	Não	38	67,9	74	66,1	112	66,6	
Utiliza convênio Médico	Sim	5	9,9	18	16,1	23	13,7	0,204
	Não	51	91,1	94	83,9	145	86,3	
Pagamento para ter acesso a consulta médica	Sim	10	17,8	12	10,7	22	13,1	0,195
	Não	46	82,2	100	89,3	146	86,9	
Questionamentos sobre as condições de vida	Sim	26	46,4	63	56,3	89	53,0	0,742
	Não	30	53,6	49	43,7	79	47,0	
Questionamento sobre o aparecimento de alguma intercorrência	Sim	48	85,7	102	91,1	150	89,3	0,289
	Não	8	14,3	10	8,9	18	10,7	
No caso de intercorrência, utilização dos serviços de saúde	Sim	50	89,2	109	97,32	159	94,6	0,113
	Não	6	10,7	3	2,68	9	5,36	

Em relação à análise de regressão logística, o melhor modelo que representou o conjunto foi composto por sete variáveis, entretanto as variáveis “uso de drogas” e “sexo em troca de algum benefício” não apresentaram significância estatística quando colocada em conjunto com as demais (Tabela 5).

Tabela 5: Modelo de regressão logística

Variáveis	**Coef**	**Exp(coef)**	**SE(coef)**	**z**	**Pr(>|z|)**
Ocupação - Desempregado	1,2906	3,6349	0,6304	2,0470	**0,0406***
Ocupação - Aposentado/do_lar	1,9654	7,1377	0,8387	2,3430	**0,0191***
Pessoa em situação de rua - Sim	2,3205	10,1804	1,1543	2,0100	**0,0444**
Uso de drogas - Sim	-1,7419	0,1752	1,2017	-1,4490	0,1472
Sexo em troca de algum benefício - Sim	0,1219	1,1297	1,4967	0,0810	0,9351
Uso de TARV regular - Não	2,2700	9,6798	0,7163	3,1690	**0,0015***
Comparecimento - Insatisfatório	2,0314	7,6247	0,7238	2,8070	**0,0050***
Assistente Social - Não	-1,3941	0,2480	0,6472	-2,1540	**0,0312***

***Apresenta significância estatística

Em relação aos fatores de risco das PVHIV verificou-se que os desempregados possuíam 3,63 vezes mais chances e os aposentados/do lar possuíam 7,14 vezes mais chances de internar por HIV do que os sujeitos empregados ou autônomos; as pessoas que estavam em situação de rua possuíam 10,18 vezes mais chances de internar por HIV do que aquelas que não estavam na rua; os não usuários de TARV possuíam 9,68 vezes mais de internar do que os usuários de TARV; aqueles que compareceram de forma insatisfatória às consultas de retorno agendadas possuíam 7,62 vezes mais chances de internar por HIV do que aqueles que não faltaram; aquelas pessoas que não passaram por atendimento com o assistente social possuíam 0,28 mais chances de internar por HIV do que aqueles que passaram por tal atendimento (Tabela 6).

Tabela 6. Análise dos fatores de risco das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.

Fatores de risco		OR	IC 95%	OR aj.	IC 95%	P Wald	Valor de p
Ocupação	E/A	1		1			**0,017***
	D	3,93	[1,75-8,83]	3,63	[1,06-12,51]	0,04	
	Outros	1,76	[0,70-4,46]	7,14	[1,38-36,94]	0,02	
Pessoa em situação de rua	Sim	30,0	[3,96-227,11]	10,18	[1.06-97.80]	0,04	**0,016***
	Não	1		1			
Uso de drogas	Sim	3,46	[1,29-9,31]	0,18	[0,02-1,85]	0,14	0,127
	Não	1		1			
Sexo em troca de algum beneficio	Sim	6,90	[1,45-32,78]	1,13	[0,06-21,23]	0,93	0,935
	Não	1					
TARV regular	Sim	1		1			**0,001***
	Não	6,75	[3,09-14,76]	9,68	[2,38-39,40]	0,00	
Comparecimento nas consultas de retorno agendadas	Satisf.	1		1			**0,002***
	Insatisf.	7,25	[3,16-16,65]	7,62	[1,85-31,50]	0,00	
Recebimento de atendimento com Assistente social	Sim	1		1			**0,020***
	Não	0,27	[0,13-0,59]	0,25	[0,07-0,88]	0,03	

Legenda: OR – Odds ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança 95%; OR aj – Odds ratio ajustado; E/A – Empregado/Autônomo; D – Desempregado; Satisf. – Satisfatório; Insatisf. – Insatisfatório
*****Apresenta significância estatística

5.2 Dados coletados de fonte secundária

Em relação ao diagnóstico principal da causa de internação registrado no SIH prevaleceram as internações cuja causa está relacionada ao HIV (98,2%) (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição de frequência dos diagnósticos principais registrados no SIH, segundo grupo da CID 10. Ribeirão Preto, 2013.

Código	Definição	n	%
B20.8	Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitaria	13	23,3
B20.0	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas	12	21,4
B23.8	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificas	10	17,8
B20.1	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas	5	8,9
B20.2	Doença pelo HIV resultando em doença citomegalica	3	5,3
B20.5	Doença pelo HIV resultando em outras micoses	3	5,3
B20.3	Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais	2	3,6
B20.4	Doença pelo HIV resultando em candidíase	2	3,6
B20.7	Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas	2	3,6
B20.6	Doença pelo HIV resultando em pneumonia por pneumocystis carini	1	1,8
B22.0	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia	1	1,8
B23.2	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte	1	1,8
N61	Transtornos inflamatórios da mama	1	1,8
Total		56	100

Sobre os dados secundários referente à caracterização clínica das PVHIV, 51,8% dos internados apresentaram doenças oportunistas (Tabela 8), desses 37,9% (11) tiveram neurotoxoplasmose, 27,6% (8) tiveram candidíase esofágica e orofaríngea, 20,7% (6) tiveram pneumocitose, 17,2% (5) histoplasmose, 6,9% (2) citomegalovírus e 3,4% (1) herpes zoster. No grupo dos não internados apenas 4,4% apresentaram doença oportunista.

Identificou-se que, 28,6% dos internados apresentaram alguma co-infecção associada (Tabela 8), sendo 56,2% tuberculose, 37,5% vírus da hepatite C, 25,0% sífilis e 12,5% vírus da hepatite B. Já o grupo dos não internados, apenas 14,3% apresentavam alguma co-infecção associada, sendo a hepatite pelo vírus C mais prevalente 50,0% seguido da hepatite pelo vírus B 25,0%. E em relação às manifestações clínica no momento da entrevista, 87,5% dos internados e 16,1% dos não internados apresentavam alguma queixa clínica (Tabela 8).

Sobre o tempo de diagnóstico de HIV, 67,8% dos internados e 54,5% dos não internados apresentavam 11 ou mais anos de diagnóstico, porém, 69,7% dos internados e 55,3% dos não internados apresentavam até 5 anos de indicação para

uso da TARV regular. Em relação aos resultados do último exame de LT-CD4+, 64,3% dos internados apresentaram menos que 350 cópias, já os casos não internados, 53,6% apresentaram maior que 500 cópias. Quanto aos resultados do último exame de carga viral, 62,5% estavam detectáveis nos internados e 73,2% dos não internados estavam com a carga viral indetectável (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de frequência das características clínicas das pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, 2014.

Vulnerabilidades individuais Clínicas		**INTERNADOS (N=56)**		**NÃO INTERNADOS (N=112)**		**TOTAL (n=168)**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Doença Oportunista	Sim	29	51,8	5	4,4	34	20,2
	Não	27	48,2	107	95,6	134	79,8
Co-infecção	Sim	16	28,6	16	14,3	32	19,1
	Não	40	71,4	96	85,7	136	80,9
Manifestação Clínica	Sim	49	87,5	18	16,1	67	39,9
	Não	7	12,5	94	83,9	101	60,1
Tempo de diagnóstico de HIV	Até 5 anos	9	16,1	15	13,4	24	14,3
	6 a 10 anos	5	8,9	33	29,5	38	22,6
	11 ou mais anos	38	67,8	61	54,5	99	58,9
	Sem informação	4	7,2	3	2,6	7	4,2
Tempo de indicação da TARV	Até 5 anos	39	69,7	62	55,3	101	60,1
	6 a 10 anos	3	5,3	43	38,4	46	27,4
	11 ou mais anos	1	1,8	0	0,0	1	0,6
	Sem informação	13	23,2	7	6,3	20	11,9
Resultados do último LT-CD4+	< 350 cópias	36	64,3	26	23,2	62	36,9
	350 - 500 cópias	6	10,7	19	16,9	25	14,9
	>500 cópias	6	10,7	60	53,6	66	39,3
	Sem informação	8	14,3	7	6,3	15	8,9
Resultados da última Carga Viral	Detectável	35	62,5	22	19,6	57	33,9
	Indetectável	11	19,7	82	73,2	93	55,4
	Sem informação	10	17,8	8	7,2	18	10,7

6 Discussão

Nesta seção, os resultados serão discutidos à luz das dimensões e relações entre as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Parte-se do pressuposto que a vulnerabilidade possui uma importante característica que é a tridimensionalidade, sendo, portanto, melhor compreendida quando tais dimensões são trabalhadas em conjunto. Para fins didáticos, inicialmente discute-se as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas que compõe as vulnerabilidades individuais e sociais das PVHIV e, na sequência, foram discutidas as características relacionadas à assistência à saúde, as quais compõem as vulnerabilidades programáticas.

O perfil sociodemografico apresentou algumas diferenças entre os sujeitos internados e não internados. No grupo dos internados houve predomínio dos homens, com idade entre 40 a 60 anos, não brancos, baixa escolaridade, em situação de desemprego e com a presença de alguma crença religiosa. No grupo dos não internados, que eram aqueles que estavam realizando o acompanhamento de saúde devido ao HIV nos SAE, houve o predomínio das mulheres, com idade entre 40 a 60 anos, não brancas, com escolaridade melhor do que o grupo dos internados, a maioria apresentava fonte de renda e com a presença de alguma crença religiosa. Tais achados corroboram com outros achados da literatura (METSCH et al, 2009; FLEISHMAN et al 2005; NUNES, et al, 2015).

Merece destaque o sexo masculino ao se referir aos desfechos desfavoráveis do HIV, sejam eles a internação, ou mesmo o óbito, como também foi observado em outros estudos nacionais e internacionais (BOING, LUNARDON, 2009; DOU et al, 2011; FALSTER et al., 2009; RISQUEZ et al., 2011). Tal aspecto é preocupante, uma vez que os homens também são mais propensos à infecção e agudização da doença devido às influências individuais, sociais e programáticas (GONTIJO, et al, 2013). Nascimento & Araújo (2007) apontam que os homens se sentem invulneráveis e consequentemente, não adotam práticas de autocuidado e se expõem mais a riscos e complicações diante de condições crônicas instaladas. Além disso, há inúmeras fragilidades nas leis trabalhistas voltadas para a saúde do homem e, muitas vezes, a própria organização dos serviços de saúde não incluem tal segmento como participantes das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Esta realidade contribui para que os homens sejam diagnosticados tardiamente refletindo na presença de quadros clínicos instáveis e mais propensos ao aparecimento de doenças oportunistas, além de menores chances de adesão ao tratamento quando comparado à população feminina (NUNES et al., 2010; SOK et al, 2006).

A maioria das pessoas internadas e não internadas pelo HIV pertencia à faixa etária entre 40 e 60 anos, mostrando o impacto positivo do Programa Brasileiro de DST/Aids frente à política de acesso universal e gratuito à TARV (PINTO et al, 2007), o que resultou no desenvolvimento de um perfil crônico da aids e no envelhecimento da população (TOLEDO, 2010; SILVA, et al., 2013). Tal situação traz reflexões sobre a complexidade do manejo desse agravo, seja em nível hospitalar ou mesmo ambulatorial, uma vez que nesta faixa etária outras condições crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças hepáticas também são prevalentes. Alguns estudos apontam ainda a sobrecarga e sobreposição de outras condições crônicas em PVHIV, associadas ou não ao uso da TARV (PATHAI, 2013; RODRIGUEZ-PENNEY, 2013), portanto, envelhecer com HIV implica em novos desafios aos serviços de saúde e seus profissionais sendo fundamental a inclusão de uma proposta de envelhecimento valorizando o papel ativo dos sujeitos no processo de construção do seu próprio cuidado (MELO, 2012; SANTOS, 2011; SALDANHA, 2009).

Houve predomínio da cor não branca, entre os sujeitos do estudo corroborando com a realidade das internações por aids descritas na literatura internacional (BETZ, et al, 2005; BERRY, et al, 2012; BACHHUBER, SOUTHERN, 2014). O estudo realizado por Bachhuber e Southern (2014), nos Estados Unidos apontou que a população não branca registra taxas de hospitalização superiores, além de quadro clínico mais grave devido à presença de doenças oportunistas. Na literatura nacional houve dificuldade para encontrar estudos sobre internação hospitalar envolvendo a questão étnica/racial em suas variáveis, uma vez que a maioria dos estudos se basearam em fontes de dados secundárias. A variável cor da pele foi inclusa no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde em dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), contudo, ainda há indícios da dificuldade de se levantar tal informação nos registros

dos serviços de saúde responsáveis pelo acompanhamento dessas pessoas (BATISTA, MONTEIRO, MEDEIROS, 2013).

Os dados epidemiológicos disponíveis nos sistemas de informação não foram suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre "população negra" e o HIV. A ênfase nessa suposta associação está inscrita em uma dinâmica relacionada à construção do campo da "saúde da população negra", que está imersa em processos mais amplos de interrelação entre ativismo político e o papel do Estado, que transcendendo, portanto, a área da saúde (FRY et al, 2007). Entretanto, no Brasil, discute-se as barreiras de acesso aos serviços de saúde da população não branca, especialmente por estarem expostos às desigualdades sociais, como violência, baixa escolaridade e menor concentração renda, ou seja, imersos em contextos de maior expressão da vulnerabilidade social (CAMPOS, et al, 2011; GOES; NASCIMENTO, 2013).

No presente estudo, observou-se que a baixa escolaridade, a situação de aposentadoria/do lar e os desempregados configuraram-se como fatores que contribuem para a internação devido às complicações do HIV. O que chama atenção é o fato de que uma parcela significativa das pessoas que estavam em acompanhamento no ambulatório apresentava maior escolaridade, portanto a maior condição educacional pode estar contribuindo para a não agudização da doença. Imersos no contexto da vulnerabilidade, a escolaridade e a ocupação podem influenciar diretamente o indivíduo e o seu meio social. Na dimensão individual, a escolaridade pode estar relacionada com o grau de conhecimento e entendimento em relação às formas de transmissão e prevenção do agravo, além da importância do tratamento, repercutindo, assim, no engajamento e proatividade no autocuidado (GARCIA & SOUZA, 2010). Já na dimensão social, a baixa escolaridade e a ausência de fonte de renda podem estar relacionadas ao contexto de pauperização, tendência já descrita na epidemia da doença (FONSECA, 2000; SILVA, et al, 2013) e, nesse cenário, as internações por HIV também se apresentam atreladas aos bolsões de pobreza (PARKER & CAMARGO JR, 2000; ACCORSI et al., 2005).

Além do mais, a discriminação motivada pela baixa escolaridade incide sobre o mercado de trabalho e das ocupações sociais, potencializando as desigualdades de renda (CAMPOS, et al, 2011). Tal aspecto reitera a necessidade de adoção de políticas públicas, pelo Estado, que transcendem o setor saúde. Nesta perspectiva,

há que se destacar também a dimensão da vulnerabilidade programática, uma vez que é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação da população, pela existência de serviços educacionais, sociais e de saúde, sendo de fácil acesso e com delineamento democrático (GARCIA & SOUZA, 2010).

Para além dos serviços educacionais, sociais e saúde, há também a necessidade de estratégias nas quais o Estado articule com os diferentes contextos de religiões e crença para juntos também elaborarem e implantarem políticas públicas voltadas ao bem-estar das PVHIV (SEFFNER & MUSCARI, 2012), uma vez que a religiosidade é vista como fonte de suporte emocional para essa população (FARIA & SEIDL, 2006). No presente estudo, foi possível identificar a presença de crença religiosa e também a aceitação do diagnóstico em ambos os grupos.

Estudo realizado por Siegel & Schrimshaw (2002) com norte-americanos adultos que viviam com HIV apresentou os benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso, sendo que os participantes relataram inúmeros os benefícios provenientes de suas crenças e práticas religiosas, incluindo: favorecimento de emoções e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento, facilitação da aceitação da doença, alívio do medo e da incerteza perante a morte. Esses aspectos sugerem mecanismos potenciais de como a religiosidade pode interferir no processo de adaptação psicológica em contextos permeados por ameaça ou danos à saúde.

Outras características comportamentais identificadas no presente estudo foram a existência de pessoas em situação de rua, histórico de passagem pelo sistema prisional, o uso de drogas licitas e ilícitas e a realização de sexo em troca de algum benefício.

O uso de drogas e a realização de sexo em troca de algum benefício apresentam associação estatística significantes, porém, quando colocadas no modelo de regressão logística condicional essa significância não aparece. O uso de drogas é considerado como um problema sério de saúde pública em nível mundial e também foi identificado entre as pessoas internadas devido ao HIV (NUNES, 2010; RODRIGUEZ, et al, 2007; FLEISHMAN, et al., 2005; BERRY, et al, 2012). Alguns estudos destacam o uso de drogas como preditivos para internação (FIELDEN et al, 2008; BETZ, et al, 2005) ou como fator que influencia diretamente na adesão ao

tratamento (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007; SILVA, et al, 2009) refletindo, desse modo, em um contexto favorável para a ocorrência de desfechos desfavoráveis da doença.

O consumo de crack não só está relacionado às internações, como também é considerado como fator de risco para infecção pelo HIV e outras IST (AZEVEDO, BOTEGA & GUIMARAES, 2006). Artigos abordando as vulnerabilidades permeadas ao uso do crack identificam que, nos momentos de necessidade de consumo da droga, muitos usuários fazem sexo em troca de droga ou mesmo do dinheiro necessário para comprá-la, expondo-se ao risco às IST, gravidez indesejada, bem como violência sexual (BONI et al, 2005; AZEVEDO, BOTEGA & GUIMARAES, 2006; NUNES et al, 2007; MALTA et al, 2008; CARVALHO & SEIBEL, 2009; COSTA et al, 2012).

No grupo das variáveis comportamentais, identificaram-se como fatores de risco para internação por HIV o fato de as pessoas se encontrarem em situação de rua e terem históricos de passagem no sistema prisional. A população em situação de rua é considerada como um fenômeno multifacetado e multidimensional, porém Escorel (1999), aponta algumas características comuns, como é o fato dessas pessoas apresentarem precariedades nas dimensões sociofamiliares, laborais, além de sentimentos como o isolamento, a solidão e a percepção no sentido de não pertencimento (ESCOREL, 1999).

A decisão de estar, bem como permanecer em situação de rua, muitas vezes é influenciada por elementos estruturais e biográficos, sendo assim compreender e até mesmo enfrentar tal realidade implica no reconhecimento das condições de vida desses sujeitos e da disponibilidade dos serviços sociais existentes em cada cidade (AKERMAN, 2014). Em relação à assistência social, o municio de Ribeirão Preto, conta com equipes para abordagem da população em situação de rua e serviços específicos como é o caso da Central de Triagem e Encaminhamento ao Imigrante/Itinerante e Morador de rua (CETREM) e do Centro de Referência Especializado para Atendimento à População em Situação de Rua (CENTRO POP) (RIBEIRÃO, 2016).

Tais serviços oferecem atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade ou exclusão social, realizando acolhimento temporário, oportunidades para fortalecimento do vínculo familiar, pessoal, social, com o intuito

de promover a sua inclusão, autonomia e independência dos sujeitos, através da participação em atividades socioeducativas e oficinas operacionais.

Adicionalmente, o município conta com a assistência à saúde organizada em distritos sanitários, sendo que o Programa de DST/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose possui em alguns SAE, atendimento com profissional assistente social e o consultório na rua, tendo como foco principal os usuários de crack e gestantes com sífilis em situação de rua. De acordo com Serafino & Luz (2015), diante da complexidade da assistência prestada a essa população, para além da disponibilidade e oferta de ações e serviços de saúde, é necessário o compromisso das equipes para promoverem um trabalho de qualidade, no sentido de garantir a intersetorialidade e a integração entre os diversos serviços de assistência social e de saúde pertencentes à rede assistencial (SERAFINO & LUZ, 2015), com o intuito de minimizar as vulnerabilidades existentes nesse cenário de pobreza e exclusão social.

Contudo, tais esforços exigem um contexto político alinhado as propostas de identificação de grupos vulneráveis e focalização de ações e serviços mais includentes, resgatando e valorizando propostas de desenvolvimento social.

Nessa mesma direção ancoram-se as reflexões sobre os sujeitos com passagem ou em situação de privação de liberdade, cuja variável, no presente estudo, apresentou-se como fator de risco para a agudização do HIV. Há que se esclarecer a limitação quanto a informação sobre o momento do diagnóstico do HIV, nos sujeitos entrevistados. Dito isso, sabe-se que o ambiente prisional apresenta inúmeras vulnerabilidades ao HIV, seja para infecção ou mesmo para instabilidade da doença. A prevalência do HIV na população privada de liberdade pode ser atinge valores 02 a 10 vezes superiores em relação à população geral e tal situação é agradava pela alta prevalência de outras doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e hepatites virais (UNODC, 2008).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu uma nova Política Nacional de Saúde Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, a qual prevê que as equipes de saúde do sistema prisional ofertem ações e serviços de APS, sendo que as demais ações serão previstas e pactuadas nas RAS (BRASIL, 2014).

Em Ribeirão Preto o atendimento especializado ao HIV das pessoas privadas de liberdade, tanto em nível ambulatorial como hospitalar é ofertado no âmbito do município.

Catoia (2014) realizou uma revisão integrativa sobre análise das evidências cientificas disponíveis sobre as estratégias e intervenções desenvolvidas durante a assistência prestada às PVHIV no âmbito prisional. Destacou que o período pré e pós-livramento devem ser incorporados como etapas que permeiam o planejamento do cuidado, superando a mera dimensão clínica do HIV, considerando como prioridade a identificação e integração de serviços e benefícios sociais disponíveis aos cidadãos, além da produção e a transferência de um cuidado com concepções ampliadas no processo de reinserção social dos sujeitos. De modo geral identificou uma lacuna na produção de conhecimento em nível nacional sobre a assistência ao HIV no sistema prisional, tal fato limita e dificulta maiores reflexões e compreensão dos desafios que permeiam o cuidado em saúde neste contexto.

Em relação às características clínicas, as pessoas não internadas não apresentavam dificuldades quanto ao uso da TARV e utilizavam os mesmos de forma regular. Já o grupo dos internados identificaram-se dificuldades quanto ao uso e regularidade na tomada dos medicamentos ARV, além da presença do histórico de abandono. Neste estudo, identificou-se que a não utilização regular da TARV apresentou-se como fator de risco para internação por HIV. Segundo o Ministério da Saúde, é necessário garantir a tomada de, pelo menos 80%, das doses prescritas para que se obtenha resposta terapêutica satisfatória. A má adesão é identificada como uma das principais causas de falha terapêutica e, consequentemente, agudização da doença (BRASIL, 2013a).

A adesão à TARV, é um assunto amplamente discutido no campo da assistência prestada em HIV/aids (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; NEMES, et al, 2009; BRASIL, 2013a), porém ainda há obstáculos a serem superados, uma vez que a supressão viral em 90% dentre as PVHIV em tratamento, conforme as prerrogativas das meta 90-90-90 (UNAIDS, 2015), configura-se como um sério desafio para o Brasil (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015). Tais obstáculos para a garantia de adesão à TARV e demais metas, como a supressão viral, estão imersos em contextos permeados por vulnerabilidade de diferentes naturezas e perpassam pelas dimensões da vulnerabilidade individual, social e

programática (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2013a; SANTOS, et al, 2016; NEMES, et al, 2009), cujo enfrentamento exige políticas públicas mais abrangentes, robustas e capazes de articular atores e setores da sociedade.

A não adesão aos ARV compromete o controle da epidemia, uma vez que aumenta a chance de transmissão e ou agudização da doença (WONG-MCCLURE, LEÓN-BRATTI, 2006, ROSSI et al., 2012), portanto é indispensável o acompanhamento continuo e duradouro das PVHIV, além de lançar mão de estratégias e ações que contribuam para a retenção desses cidadãos, no plano de cuidado com destaque para a integração e envolvimento da equipe multiprofissional, o monitoramento da retirada dos ARV na farmácia, contagens de células T CD4+ e carga viral (FIELDEN et al., 2008, SANI et al., 2006), dentre outros.

O desafio da disponibilidade e oferta universal e gratuita da TARV, já foi superado, no Brasil, porém ainda são enfrentados importantes obstáculos como a adesão ao tratamento, a presença de doenças oportunistas, o uso concomitante de quimioprofilaxias e outras condições crônicas associadas (SALDANHA, 2009).

Alguns estudos apontam que é fundamental o acompanhamento dessas outras condições crônicas associadas, pois, muitas vezes, são silenciosas e podem contribuir para evolução de prognósticos desfavoráveis, os quais repercutem nas taxas de internação e mortalidade entre as PVHIV relacionadas às causas não atribuídas ao HIV/aids (FAZITO et al., 2013; GODOI et al., 2012; ARRUDA JR. et al., 2010; LAUDA, 2011). Outros estudos apontam que as condições crônicas são causas importantes de internações hospitalares (THOMPSON et al, 2012; BERRY, et al., 2012), contudo, nesse estudo, as comorbidades não foram consideradas como fator de risco para internação por HIV. Tais achados nos fazem refletir sobre a necessidade da articulação do trabalho em rede, incluindo a AB como integrante importante na garantia da saúde e diretos dos cidadãos que vivem com HIV. Sobre isso discutiremos mais adiante.

Ainda sobre as características clínicas, as quais foram coletadas por meio de fonte secundária, mesmo não sendo possível considera-las na análise de regressão logística, a descrição das mesmas subsidiou o reconhecimento das condições imunológicas dos sujeitos participantes desse estudo. Em relação ao diagnóstico principal que motivou a internação, houve destaque para as causas relacionadas ao próprio HIV, além do mais, os indivíduos internados, apresentaram alguma doença

oportunista, manifestação clínica, LT-CD4+ menor que 350 cópias e carga viral detectável. Como esperado, as pessoas não internadas apresentaram características clínicas mais estáveis.

Uma meta-analise realizada em 2015 sobre as causas das admissões hospitalares de pessoas adultas que vivendo com HIV apontou as doenças relacionadas à aids 46% (IC 95% [40 – 53]) e as infecciosas bacterianas 31% (IC 95% [20 – 42]) considerando diferentes regiões geográficas mundiais. Dentro da categoria de doenças relacionadas à aids, a tuberculose esteve presente em 18% das admissões hospitalares (IC 95% [16 – 21]), a candidíase oral (18% das admissões hospitalares IC 95% [16 – 20]), Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em 8% das admissões hospitalares (IC 95% [7 – 8]) e encefalite toxoplásmica em 6% das admissões hospitalares, (IC 95% [5 - 7]). Das infecções bacterianas, 15% (IC 95% [13 – 18]) foram por pneumonia bacteriana, 11% bacteremia isolada (IC 95% [10 – 13]) e 9% diarreia grave (IC 95% [7 – 10]). Na região da América Central e Sul foram destacadas causas relacionadas ao sistema respiratório, neurológico, digestivo e condições relacionados com o fígado, infecções virais e toxicidade dos medicamentos (FORD et al, 2015).

Um estudo realizado na França entre 1999 a 2010 identificou um aumento temporal nas causas de internação não relacionadas à aids, como exemplo a presença de doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas e renais (BARBIER et al, 2014). Os EUA, identificaram queda entre 2001 e 2008 nas causas relacionadas a aids (BERRY et al, 2012). A disponibilização da TARV também contribuiu para a diminuição das taxas de internações hospitalares (MOCROFT et al, 2004; PAUL et al, 2002; BUCHACZ, 2008), mortalidade e incidência da infeção, com incremento progressivo no estado imunológico das PVHIV (MOCROFT et al; 2004). Ressalta-se que, embora haja declínio na taxa de internação pelo HIV ao longo dos últimos anos, ainda há diferença nessas taxas quando analisadas em determinados grupos considerados mais vulneráveis (FLEISHMAN & HELLINGER, 2003).

Apesar de alguns estudos mostrarem que há queda nas causas de internação por doenças infeciosas ao longo do tempo, essas ainda continuam sendo as principais causas de internação hospitalar e óbito (FORD et al, 2015). Tais achados permitem reflexões acerca da complexidade que permeia o diagnostico oportuno e o

acompanhamento clínico das PVHIV e as respectivas interfaces com dimensões individuais, sociais, culturais, econômicas, sanitárias e programáticas.

Neste estudo, a presença de coinfecção também esteve presente em ambos os grupos. Ressalta-se que são considerados como coinfecções as condições crônicas infecciosas associadas ao HIV, por exemplo, a tuberculose, as Hepatites Virais B e C, Sífilis, entre outras. Portando, diante da complexidade da presença e manejo das coinfecções torna-se fundamental a coordenação entre equipe e serviços de saúde, além do compartilhamento do cuidado com uma equipe multiprofissional na perspectiva de delineamento, implementação e avaliação do plano terapêutico singular (BRASIL, 2013), valorizando a utilização da TARV e do oferecimento de profilaxias para prevenção de doenças oportunistas mais recorrentes entre as PVHIV (FORD et al, 2015), causadas pelos agentes *Pneumocystis jirovecii*, *Toxoplasma gondii*, *Mycobacterium tuberculosis*, Complexo *Mycobacterium avium*, C*ryptococcus sp. Histoplasma capsulatu*m, Citomegalovírus e Herpes simplex.

Quanto ao tempo de indicação da TARV, tanto para os internados como para os não internados, houve predomínio de registros de tal indicação em até 5 anos. E o tempo de diagnóstico do HIV em ambos os grupos foi de 11 ou mais anos. Tais achados mostram que parece haver coerência entre o tempo de diagnóstico e o tempo de início/indicação de tratamento, quando se considera o período de infecção até a manifestação da síndrome e as recomendações terapêuticas vigentes anteriores que preconizavam a introdução da TARV mediante alterações celulares e clínicas (BRASIL, 2008).

Contudo, há que se ter cautela nessa interpretação, uma vez que não se obteve informações sobre a situação do diagnóstico oportuno ou tardio para tais inferências quanto aos tempos descritos. Adicionalmente, lacunas no registro dos prontuários (presença e qualidade da informação) também podem fragilizar possíveis interpretações. Valeria a pena investigar a real situação de saúde dos indivíduos recentemente diagnosticados com HIV. Sabe-se que o diagnóstico precoce e tratamento oportuno impactam na estabilidade clínica e qualidade de vida das PVHIV, contribuindo assim, com o rompimento da cadeia de transmissão viral, prevenindo novas infecções (ARANTES & SANTOS, 2015; ADLAKHA A, 2011).

Diante disso, seguindo o pressuposto de que a infecção leva em média 10 anos para o aparecimento da doença e que quase 70% das pessoas internadas nesse estudo apresentavam o diagnóstico há mais de 11 anos, questiona-se: será que tais sujeitos ficaram sabendo do diagnóstico, porém, não foram retidos no serviço para seguimento terapêutico? Assim, quando a doença se manifestou, os mesmos estavam gravemente instáveis, necessitando de internação? Ou será que iniciaram o tratamento em momento oportuno, porém não conseguiram dar continuidade ao mesmo? Ou ainda poderia haver situações de sujeitos que iniciaram e continuaram o tratamento e, nesse momento especifico, apresentaram falha terapêutica ou outra condição disparadora de instabilidade clínica do paciente? Muitos são os questionamentos em relação ao tempo de diagnóstico do HIV e indicação da TARV, o que reforça a necessidade de realização de mais estudos para a melhor compreensão da relação dessa variável com as internações.

Como já foi mencionado, atreladas às vulnerabilidades individuais e sociais também se encontram as vulnerabilidades programáticas ou assistenciais. Neste estudo, identificou-se que tanto as pessoas internadas quanto as não internadas utilizam outros serviços de saúde além dos SAE, sendo que a maioria frequentava os serviços de pronto atendimento (PA) e uma minoria utilizava os serviços de AB, os convênios de saúde ou pagavam para ter acesso a consultas médicas com especialista, contudo, não se identificou associação estatística significante entre os grupos em relação à utilização destes demais serviços de saúde. Segundo Travassos & Martins (2004), o perfil sociodemografico, econômico e social dos usuários, as necessidades clínicas e aquelas relacionadas aos serviços de saúde, como por exemplo, o tipo do prestador, a organização e disponibilização se enquadram entre os determinantes da procura e utilização dos mesmos. Com isso é importante considerar as tecnologias de saúde e as necessidades individuais e coletivas dos usuários visto que se trata de uma condição crônica, a qual requer um manejo amplo e efetivo. Pensar na gestão do cuidado em saúde neste contexto implica em conceber e articular suas dimensões, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

Diante do desafio que permeia a gestão do cuidado, ainda mais ao se considerar a possibilidade de utilização de serviços de saúde pertencentes aos sistemas público e privado, a assistência em HIV torna-se ainda mais complexa no

que se refere à coordenação e integração entre profissionais e serviços de saúde (LOPES et al, 2014).

Adicionalmente, há que se destacar a descentralização do cuidado e a valorização da AB (PALACIO, 2012) neste contexto, a qual é impulsionada enquanto diretriz, defendida pelo MS, o qual enfatiza a necessidade de implantação de um novo modelo assistencial em HIV, considerando o SAE como serviço principal e fundamental, porém essa nova linha de cuidado pressupõem um fortalecimento e atuação conjunta de outros serviços e profissionais de saúde, em especial, a AB, os serviços de atenção domiciliar e as equipes de consultório na rua, visando a composição de uma rede de atenção (BRASIL, 2015).

Pensando na meta 90-90-90, a retenção do paciente pode ser qualificada, se conseguisse o fortalecimento da atuação da AB, uma vez que ficaria mais próxima do contato com o usuário sendo possível ações mais efetivas de busca aos faltosos e constituição de uma relação de vinculo talvez mais fortalecida (BRASIL, 2015). Diante dos desafios para a vinculação e retenção desses cidadãos, aos serviços de saúde necessitam lançar mão de estratégias e organização para o oferecimento de um cuidado continuo, garantindo o seguimento terapêutico oportuno e o adequado acompanhamento pelo sistema de saúde (KOK, et al, 2015; NOSYK, B., et al, 2014; MUGAVERO, et al, 2013).

No que se refere à dimensão sistêmica da gestão do cuidado no âmbito público, são definidos mecanismos para construção de conexões formais, regulares e regulamentadas entre os diversos serviços de saúde, sendo possível assim, a composição de linhas de cuidado com o objetivo de oferecer a integralidade da assistência e contribuir para a ordenação e interação entre os serviços de saúde (CECILIO, 2011). E a dimensão organizacional da gestão do cuidado envolve diretamente a composição e comunicação entre os profissionais e equipes envolvidas no cuidado, a definição de fluxos e regras de atendimentos, a utilização de protocolos clínicos e a realização sistemática de reunião de equipe e estratégias de planejamento e avaliação (CECILIO, 2011).

Outras características também analisadas neste estudo foram que os usuários internados e os não internados não apresentaram dificuldade para conseguir atendimento nos SAE, porém, o comparecimento insatisfatório à consulta agendada foi considerado como fator de risco para internação. O município de

Ribeirão Preto se destaca no Estado de São Paulo por possuir cinco SAEs distribuídos nos distritos sanitários existentes, tal realidade amplia o acesso às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV e demais IST. Entretanto, no município, as equipes do SAE são compostas de forma heterogênea e, muitas vezes, com escassez de profissional e sobrecarga de atividade e funções assumidas, podendo refletir em dificuldades para o monitoramento sistemático dos casos e delineamento de estratégias de busca dos faltosos, mesmo diante da abordagem consentida instituida na rotina assistencial. A portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013 (BRASIL, 20013b) recomenda que tais serviços possuam a equipe mínima composta por médico clínico ou infectologista, o enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo (BRASIL, 2013b).

A oferta de atendimento médico, com a equipe de enfermagem e assistente social apresentaram associação estatística significante entre os internados e não internados, sendo que a oferta de médico e equipe de enfermagem foi avaliada de forma satisfatória e a oferta do assistente social insatisfatória.

Considerando que todos os SAE contam com, no mínimo, um médico em algum período; auxiliares/técnicos de enfermagem em todos os períodos; o enfermeiro está presente em apenas dois SAE de forma exclusiva e em período integral e o assistente social está presente em dois SAE sendo que estes profissionais não atuam de forma exclusiva, uma vez que compartilham ações e atividades com outros programas, bem como assumem outras demandas que emergem no serviço de saúde.

Dentre tais profissionais o atendimento com o assistente social foi considerado como um fator de proteção para não internação hospitalar por HIV. Este profissional possui competências e habilidades com potencial para minimizar as vulnerabilidades sociais presentes no contexto das PVHIV, cujas atribuições agilizar a inserção e integração ao mundo do trabalho; facilitar o acesso ao transporte público; prever e promover processos que agilizam ações para auxílio financeiro; conciliar e integrar as atividades do SAE com outros serviços, ONGs e casas de autoajuda (SILVA, 2007).

A Assistência Social é entendida como um conjunto de ações voltadas aos segmentos pauperizados da população. Assim como na saúde, a Constituição Federal de 1988 representa um marco fundamental, pois reconhece a assistência

social como política pública de proteção social, a qual opera mediante um sistema único federativo, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Neste sentido, a politica social atrelada às políticas de saúde e de previdência social compõem o sistema de seguridade social brasileiro, sendo possível viabilizar a proteção social, que é o conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus cidadãos (SPOSATI, 2013).

Paiva (2015) aponta que no campo das políticas do HIV muitos foram os avanços no campo biomédico, porém ressalta as dificuldades de implementação de ações bem sucedidas na prática, caso não se considere o contexto sociopolítico. Enfatiza ainda a necessidade do trabalho com grupos socialmente vulneráveis, hoje chamados de "populações chave" e a identificação e adequação das ações coerentes com cada local e contexto. A autora acrescenta que a diminuição da participação popular e a falta de ênfase nos direitos humanos resultam políticas públicas de pior qualidade refletindo, assim, na violação de direitos humanos às PVHIV.

Pensar em minimizar as vulnerabilidades existentes, tanto para infecção do HIV como para aquelas imersas no contexto de vida e de saúde que as PVHIV estão expostas pressupõe considerar cada pessoa como um sujeito detentor de direitos, bem como acompanhar a atuação dos governantes em relação à proposição de projetos que garantam o fortalecimento da cidadania (AYRES, PAIVA & FRANÇA, JUNIOR, 2012).

Diante disso, considerando a existência de fatores relacionados às vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas que interferem diretamente nas internações por HIV, fica claro que a problemática transcende o setor saúde, sendo necessária a articulação com os setores educacional e de assistência social, uma vez que as PVHIV estão inseridas em uma sociedade que deve garantir, minimamente, os direitos de cidadania. Portanto, o presente estudo aponta a urgente necessidade de estruturação e efetivação de políticas públicas de natureza intersetorial para impactar de forma positiva no manejo dessa condição crônica, visando minimizar os desfechos desfavoráveis, como as internações em decorrência da doença.

Como limitações deste estudo, reconhece-se que, por se tratar da análise retrospectiva, possa ter a ocorrência do *viés de memória* durante as entrevistas com

as pessoas internadas e não internadas pelo HIV, além do *viés de informação* em decorrência da utilização de fontes secundárias, as quais podem conter falhas no registro. Esse modelo de estudo nos permitiu identificar fatores sociais, individuais e programáticos que estão associados às internações por HIV, além de sugerir outras hipóteses e novas ideias para investigação e estudos.

7 Conclusões

O presente estudo traçou o perfil sociodemografico, comportamental e clínico das PVHIV, bem como a assistência prestada a esses indivíduos com o intuito de identificar fatores relacionados às vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas associados às internações por HIV no município de Ribeirão Preto – SP.

Identificou-se no grupo dos internados o predomínio do sexo masculino, envelhecimento da população, não brancos e baixa escolaridade. No grupo dos não internados, identificou-se que seguiu a mesma tendência dos casos, porém com predomínio do sexo feminino e pessoas com inserção laboral.

Em relação aos aspectos clínicos das PVHIV, observou-se que no grupo dos internados houve maior presença de outra condição crônica associada, bem como maior dificuldade para tomar os ARV de forma regular.

Quanto aos dados sobre aspectos da assistência em saúde às PVHIV, as características relacionadas a uma maior vulnerabilidade programática estiveram associadas ao grupo de indivíduos que tiveram internação por HIV.

No modelo final do estudo, foi possível concluir como fatores de risco para internação pelo HIV:

- ✓ As pessoas que estão desempregadas ou as aposentadas e do lar apresentaram maior chance de internar do que as aquelas que eram empregadas ou autônomas;
- ✓ As pessoas que se encontravam em situação de rua apresentaram maior chance de internar do que aquelas que não estavam em situação de rua;
- ✓ As pessoas que não usam a TARV de forma regular apresentaram maior chance de internar do que aquelas que usam a TARV de forma regular;
- ✓ As pessoas que não compareciam às consultas de rotina agendadas apresentaram maior chance de internar do que aquelas que não faltavam às consultas;
- ✓ As pessoas que não recebiam atendimento com o profissional assistente social apresentaram maior chance de internar do que aquelas que eram atendidas pelo assistente social, configurando assim, como fator de proteção para a não internação por HIV.

Tais achados nos permitem refletir sobre as influências que as características individuais, sociais e programáticas determinam na agudização do HIV, propiciando assim, desfechos desfavoráveis como a internação hospitalar. Portanto, torna-se urgente a necessidade de formulações e efetivação de políticas públicas focalizadas, no sentido de minimizar a instabilidade clínica, o sofrimento, a dor e até mesmo os custos dos serviços hospitalares. Considera-se que as internações hospitalares por HIV são um dos grandes desafios para o sistema municipal de saúde, exigindo assim, uma gestão comprometida com o controle da doença desenvolvendo ações e programas em nível intersetorial, envolvendo principalmente a assistência social e educação, com o intuito de promover o desenvolvimento social e fortalecimento da rede de serviços de saúde existente no município.

Referências

ACCORSI, S. et al. The disease profile of poverty: morbidity and mortality in northern Uganda in the context of war, population displacement and HIV/AIDS. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. v. 99, n. 3, p.226-33, 2005.

ADLAKHA, A. et al. Survival of HIV-infected patients admitted to the intensive care unit in the era of highly active antiretroviral therapy. **Int J STD AIDS**. v. 22, n. 9, p.498–504, 2011

AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? Intersetorialidades! Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

Aldaíza Sposati. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, 2013.

ALMEIDA, C.M.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. 1 ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006. p.215.

ALVES, J. A. L. **Os Direitos Humanos como Tema Global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.

ARANTES, E. O; SANTOS, R. S. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas públicas: proposta e realidade. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 562-6, jul/ago 2015.

ARRUDA JÚNIOR, E. R. et al. Perfil dos Pacientes com Hipertensão Arterial Incluídos em uma Coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 95, n. 5, p. 640-647, 2010.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 n.3, p. 583-592, 2004.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; JUNIOR, I. F. Conceitos e Práticas de Prevenção: da Historia Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: PAIVA, V.;AYRES, J. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R; CALAZANS, G. J.; SALETTI Filho, H. C.; FRANÇA Jr., I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G,

Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417

AYRES, J. R; CALAZANS, G.; SALLETI Filho, H. C.; FRANÇA Jr., I. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA,D.;FREITAS,E. C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, Fiocruz. p.117-139, 2003.

AZEVEDO, R. C. S.; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev Bras Psiquiatr.** v.29, n.1, p.39-42, 2006.

BACHHUBER, M. A.; SOUTHERN, W. N. Hospitalization rates of people living with HIV in the United States, 2009. **Public Health Rep**. United States, v. 129, n. 2, p. 178-86, 2014.

BARBIER, F et al. Temporal trends in critical events complicating HIV infection: 1999–2010 multicentre cohort study in France. **Intensive Care Med**. v.40, n.12, p.1906–15, 2014

BATISTA, L.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, p. 681-690, Dec. 2013.

BATISTA, L.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, Dec. 2013.

BERRY, S. A. et al. Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV, 2001-2008. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v. 59, n 4, p 368-75, 2012.

BETZ, M. E et al. Patterns of diagnoses in hospital admissions in a multistate cohort of HIV-positive adults in 2001. **Med Care**. v.43, n. 9, p. 3-14, 2005.

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.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica** n.18. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 719 de 28 dez 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília, DF, 2008.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013.** Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Diário Oficial da União. 16 jan 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/aids**. ISSN: 1517-1159. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - Manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. BRASIL 2015b.

. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. I**ndicadores e dados básicos do HIV/aids dos municípios brasileiros**. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/aids/ . Acesso em: 11 maio 2016.

BUCHACZ, K. et al. Rates of hospitalizations and associated diagnoses in a large multisite cohort of HIV patients in the United States, 1994-2005. **Aids**. v. 22, n 11, p. 1345-54, 2008.

CAMPOS, A. C. M., et al. Desigualdade de acesso entre diferentes etnias de pacientes com HIV/aids tratados no HC UNICAMP. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

CARVALHO, H.B.; SEIBEL SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and hiv. **Clinics.** v.64, n.9, p.857- 866, 2009

CASTRO, A.P. et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com hiv/aids em hospital de salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.37, n. 1, p.122-132, jan./mar. 2013.

Catóia, Erika Aparecida. **Caracterização da assistência à saúde prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids: uma revisão integrativa**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CONTI, S et al. Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of italian patients with specific Aids-Defining Illness. **J Acquir Immune Defic Syndr,** v.25, n.5, p.451-8, 2000.

COSTA, G. M, et al. Pregnant crack addicts in a psychiatr unit. **J Bras Psiquiatr, v.**61, n.1, p.8-12, 2012.

COSTA, J. P. D. et al. Expectaciones de pacientes hospitalizados con HIV/AIDS cuanto a la atención de enfermería. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 2, p. 172-6, 2006.

CRUM-CIANFLONE NF et al. Trends and Causes of Hospitalizations among HIV-Infected Persons during the Late HAART Era: What is the Impact of CD4 Counts and HAART Use? **J Acquir Immune Defic Syndr,** v.54, n.3, p.248–257, 2010.

De Boni, R et al. Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e Porto Alegre. **Rev. Psiq. Clín**. v.32, n.1, p.8-9, 2005.

DIAS-DA-COSTA, J. S., et al . Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 1699-1707, July 2008

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.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

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.

FALSTER, K. et al. Hospitalizations in a cohort of HIV patients in Australia, 1999-2007. **Aids**. v.24, n. 9, p. 1329-39, 2010.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.

FAZITO, E. et al. Trends in non-AIDS-related causes of death among adults with HIV/AIDS, Brazil, 1999 to 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1644-1653, 2013.

FIELDEN, S. J et al. Predicting hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients starting HAART: determining clinical markers and exploring social pathways. ***AIDS care,*** v. 20, n.3, p.297-303, 2008.

FIELDEN, S. J. et al. Predicting hospitalization among HIV-infected antiretroviral naïve patients starting HAART: determining clinical markers and exploring social pathways. **AIDS Care**. v. 20, n. 3, p. 297-303, 2008.

FIGUEIREDO, L. A. et al . Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1026-1034, 2014.

FLEISHMAN, J. A. et al. Hospital and outpatient health services utilization among HIV-infected adults in care 2000-2002. **Med Care**. v. 43, n. 9, p. 40-52, 2005.

FLEISHMAN, J. A.; HELLINGER, F. H. Recent Trends in HIV-Related Inpatient Admissions 1996–2000 A 7-State Study. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.34, n.1, p.102-110, 2003.

FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. S77-S87, 2000.

FORD, N et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, v.2, n.10, p.401-450, 2015.

FRANÇA, MSJ. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. **Interface (Botucatu),** v.12, n.27, Oct./Dec, 2008.

FRY, P. H. et al. AIDS tem cor ou raça interpretação de dados e formulação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p.497–507, 2007b.

FUNDACAO HOSPITLAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG. **Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS**. 20/08/2007. *Disponível em:* www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos*. Acesso em: 25/05/2010.*

FURBER, A. S., HODGSON, I. J.; DESCLAUX, A.; MUKASA, D.S. Barriers to better care for people with AIDS in developing countries. ***Bmj*329**, n.7477, p.1281-1283, 2004.

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

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2013.

GODOI, E. T. A. M. et al. Efeito da terapia antirretroviral e dos níveis de carga viral no complexo médio-intimal e no índice tornozelo-braço em pacientes infectados pelo HIV. **J. Vasc. Bras.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2012.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GÓMEZ SÁNCHEZ MC. Intervention of the case management nurse in hospital admissions of patients with HIV infection. **Rev Esp Salud Publica**. v.85, n.3, p.237-44, 2011.

GONTIJO, D. T., et al. "Deixo ela no canto e vou tocar minha vida": significados de viver com HIV para homens com adesão irregular à terapia antirretroviral. **Rev Bras Promoc Saude**, v. 26, n 4, p. 480-488, out./dez., 2013.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I.B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 52, p. 5-8, 2015.

GUERREIRO, M. F., et al. Survival of Adult AIDS patients in a reference hospital of a metropolitan area in Brazil. **Ver. Saúde Pública**, v.36, n.3, p.278-84, 200.

HCFMRP. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Governo do estado de São Paulo. **Relatório de Atividades 2014**. Ribeirão Preto, 2015.

HOMAR J. C.; MATUTANO, C. C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Aten Primaria**. v. 31, n. 01, p. 61-65, Jan, 2003.

IBGE. 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: 11 maio 2016.

KIERTIBURANAKUL, S; LUENGROONGRO, J. P; SUNGKANUPARPH, S. Clinical Characteristics of HIV-Infected Patients Who Survive after the Diagnosis of HIV Infection for More Than 10 Years in a Resource-Limited Setting. **J Int Assoc Provid AIDS Care,** v.11, n.6, p.361-5, 2012.

KOK, S. et al. Optimizing an HIV testing program using a system dynamics model of the continuum of care. **Health Care Manag Sci**. v. 18. n 3, p. 334-362, 2015.

LAUDA, L. G.; MARIATH, A. B.; GRILLO, L. P. Síndrome metabólica e seus componentes em portadores do HIV. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v.57, n. 2, p.182-186, 2011.

LOPES, L.M. et al . Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 11, p. 2283-2297, Nov. 2014.

LOUIE, J. K. et al. Opportunistic infections in hospitalized HIV-infected adults in Ho Chi Minh City, Vietnam: a cross- sectional study. **Int J STD AIDS**. v. 15, n. 11, p. 758-61, 2004.

LUCERO, C; et al. Rate and predictors of non-AIDS events in a cohort of HIV-infected patients with a CD4 T cell count above 500 cells/mm. **AIDS Res. Hum. Retroviruses,** v.29, n.8, p.1161-7, 2013.

MALTA, M et al. HIV/ AIDS. Risk among female sex workers who use crack in Southern, Brazil. **Rev Saúde Pública,** v.42, n.5, p.830- 837, 2008.

MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v.17, n.11, p.1675-82, 2003.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO-JUNIOR, N.. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, 2005.

MCCLURE,W. R.; BRATTI, L. M. P. Efecto de la terapia antirretroviral en la rehospitalización por enfermedad oportunistaen Costa Rica. **Acta méd**. Costarric. v.48, n 4, p. 179-84, 2006.

MELO, H. M. A. et al. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens:um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. 2ed.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: il, 2012.

METSCH, L.R. et al, Hospitalized HIV-Infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. **Am J Public Health.** v. 99, n 6, p. 1045–1049, June. 2009.

MOCROFT, A et al. Changes in hospital admissions across Europe: 1995–2003. Results from the EuroSIDA study. **HIV Medicine,** v.5, p.437–447, 2004.

MORAES DR. Revistando as concepções de integralidade. **Revista APS,** v.9, n.1, p.64-72, 2006.

MOREIRA, V.; MESQUITA, S.; MELO, A. K. The experience of hospitalization lived by patients with AIDS. **Bol. Psicol**. São Paulo, v. 60, n. 133,p. 153-166, dez. 2010.

MUGAVERO, M. J. et al. The State of Engagement in HIV Care in the United States: From Cascade to Continuum to Control. **Clin Infect Dis**. v. 57, n. 8, p. 1164–71, 2013.

NEMES, M. I. B., et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NOSYK, B., et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study**. Lancet Infect. Dis**. v. 14, n. 1, p. 40-9, 2014.

NUNES AA, CALIANI LS, NUNES MS, SILVA AS, MELLO LM. Profile analysis of patients with HIV/AIDS hospitalized after the introduction of antiretroviral therapy. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.20, n.10, p.3191-3198. 2015

NUNES, A. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids internados em um hospital de ensino do Brasil. **Rev. Panam. Infectol**. v.10, n. 3, p. 26-31, 2008.

NUNES, A. A., et al. Hospitalizations for HIV/AIDS: differences between sexes. **Gend Med**. v. 7, n. 1, p. 28-38, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial/Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2003

OVIEDO, R. A. M; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, June, 2015.

PALACIO, M.B., FIGUEIREDO, M.A.C; SOUZA, L.B. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, pp. 360-367, jul./set. 2012.

PARKER, R.; CAMARGO, JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.

PATHAI, S. et al. Is HIV a Model of Accelerated or Accentuated Aging? **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** v. 69, n.7, p.833-42, 2014.

PAUL, S et al. Impact of Antiretroviral Therapy on Decreasing Hospitalization Rates of HIV-Infected Patients in 2001. **Aids research and human retroviruses.** v.18, n.7, p. 501–506, 2002.

PERBOST, I. et al. In the era of highly active antiretroviral therapy, why are HIV-infected patients still admitted to hospital for an inaugural opportunistic infection? **HIV Med,** v. 6, n. 4, p. 232-9, 2005.

PEREIRA, A. J.; NICHIATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc saúde coletiva,** v.16, n.7, p.3249-57, 2011.

PÉREZ, E.; TOIBARO, J. J.; LOSSO, M. H. Motivos de internación vinculados a la infección por HIV en la era pre y post-tratamiento antirretroviral de alta eficácia. **Medicina (BAires)**. Buenos Aires, v.65, n. 6, p. 482-8, 2005.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **Jornal Brás. Doenças Sex. Transm**. Rio de Janeiro, 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

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl. Apr. 2006 .

PRICE, J.E. et al. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects. **AIDS Care**, v. 21, n. 5, p. 608-14, 2009.

RAO, N. et al. Antiretroviral therapy prescribing in hospitalized HIV clinic patients. **HIV Med**.; v. 13, n. 6, p. 367-71, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Período 2014-2017.** 2013.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Assistência Social. 2016. Disponível em: www.ribeiraopreto.sp.gov.br/scidadania/atendimento/i27cetrem.php

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa municipal de DST/aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/aids/painel/i16indice.php >. Acesso em: 25 fev. 2012.

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

RODRIGUEZ A.E. et al. Differences in HIV-related hospitalization trends between Haitian-born Blacks and US-born Blacks. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 45, n. 5, p. 529-534, 2007.

RODRIGUEZ, A. E. et al. Differences in HIV-related hospitalization trends between Haitian-born blacks and US-born blacks. **J Acquir Immune Defic Syndr**., v. 45, n. 5, p. 529-34, 2007.

RODRIGUEZ-PENNEY, A. T. et al. Co-Morbidities in Persons Infected with HIV: Increased Burden with Older Age and Negative Effects on Health-Related Quality of Life. **AIDS Patient care and STDs,** Larchmont, v. 27, n. 1, p. 5-16, 2013.

ROSSI, S. M. et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n, 2, p. 117-123, 2012.

SALDANHA, A. A. W; ARAÚJO, L. F.; SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. **Interamerican Journal of Psychology**, Austin, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SAMAYOA, B. et al. The emergence of AIDS in Guatemala: inpatient experience at the Hospital General San Juan de Dios. **Int J STD AIDS**., v. 4, n. 12, p. 810-3, 2003.

SANI, M.U. et al. AIDS mortality in a tertiary health institution: A four-year review. J **Natl Med Assoc**. v. 98, n. 6, p. 862-6, 2006.

SANI, M.U. et al. AIDS mortality in a tertiary health institution: A four-year review. J **Natl Med Assoc**., v. 98, n. 6, p. 862-6, 2006.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

SANTOS, E. I. D., et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com hiv/aids. R**evista Rede de Cuidados em Saúde**,Brasília, v. 10, n. 1, 2016.

SÃO PAULO. 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 XXX – nº 1, Janeiro, 2015.

SÃO PAULO. Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015. Institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no Estado de São Paulo e dá providencias correlatas. **Diário Oficial do Estado, São Paulo, Nº 35** – DOE de 24/02/15 – Seção 1 – p.33.

SEADE. 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.

SEFFER, F; MUSCARI, M. Presença religiosa nas políticas públicas de enfrentamento à aids no Brasil: um estudo de caso. **Estudos Teológicos São Leopoldo**, v. 52, n. 2, p. 374-388 jul./dez. 2012.

SERAFINO, L; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál**., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SHRESTHA, N.K.; BHATTA, N. Current status of inpatient HIV care at a tertiary care center in Nepal. **Scand J Infect Dis.,** v.38, n. 5, p. 366-70, 2006.

SIEGEL, K. & SCHRIMSHAW, E. W. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 41, p. 91-102, 2002.

SILVA, C. G. S.; Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicol. cienc. prof**. v.27, n.1, Brasília, 2007.

SILVA, M.C. et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Rev Inst Med Trop.** São Paulo, v 51, p.135-139, 2009.

SILVA, R. A. R., et al. A epidemia da aids no brasil: análise do perfil atual. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-8, out., 2013.

SOK, P. et al. Demographic and clinical characteristics of HIV-infected inpatients and outpatients at a Cambodian hospital. **AIDS Patient Care STDS**. v. 20, n. 5, p. 369-78, 2006.

SOUSA, P. K. R. et al. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 66, n. 2, p. 202-7, 2013.

SOUZA, T.R.C. **Impacto psicosocial da aids enfrentando perdas: ressignificando a vida.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TEJA, V.D.; SUDHA, T.; LAKSHMI, V. Causes and pattern of mortality in HIV-infected, hospitalized patients in a tertiary care hospital: a fourteen year study. **Indian journal of medical sciences**, v. 61, n. 10, p. 555, 2007.

THOMPSON, L. H. et al. Medical ward admissions among HIV-positive patients in Winnipeg, Canada, 2003-10. **Int J STD AIDS**. Canada, v. 23, n. 4, p. 287-8, 2012.

TOLEDO, L. S. G., et al. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.43, n.3, p. 264-267, Junho, 2010.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online] v.20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UNAIDS. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Diagnostics Access Initiative to achieve the 90-90-90 treatment target**. UNAIDS, 2015.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Organization (WHO). **The GAP Report.** Geneva: UNAIDS, 2014.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm.,** Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, Apr. 2013.

WHO. **International Statistical Classification of Diseases and Related Problems – ICD-10.** 10th Revision, vol. 2, 2010.

WOLOSIN, R. J. HIV/AIDS patient satisfaction with hospitalization in the era of highly active antiretroviral therapy. **JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.** v. 16, n. 5, p. 16-25, 2005.

WONG-MCCLURE, R.; LEON-BRATTI, M. P. Efecto de la terapia antirretroviral en la rehospitalización por enfermedad oportunista en Costa Rica. **Acta Médica.** Costarricense, San José, v. 48, n. 4, p. 179-184, Oct. 2006.

APÊNDICES

APENDICES I

FORMULÁRIO ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS

Responsável pela coleta de dados: _____	Número do questionário:_____
Local da coleta: _____	Número do caso:_____
Data da entrevista: ____/____/_____	Número do controle 1:_____
Horário de início da entrevista: _____	Número do controle 2:_____
Horário de término da entrevista: _____	Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/_____

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Projeto: Fatores associados às internações por aids: análise da integração das ações e serviços de saúde no município de Ribeirão Preto

FONTE DE DADOS: PRIMÁRIA

I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS DAS PVHA

1.	Iniciais da PVHA:						
2.	Data de nascimento (dd/mm/aaaa):						
3.	Bairro onde reside:_____						
4	Ambulatório de acompanhamento:_____						
5.	Sexo:	1 □	Masculino				
		2 □	Feminino				
6.	Cor ou raça (auto referida):	1 □ Branca	2 □ Preta	3 □ Amarela	4 □ Parda	5 □ Indígena	
7.	Escolaridade: _____	1□ Sem escolaridade	2 □ 1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	3 □ 1ª fase do ensino fundamental (completo)	4 □ 2ª fase do ensino fundamental (incompl.)		
		5 □ 2ª fase do ensino fundamental (completo)	6 □ Ensino Médio (incompleto)	7 □ Ensino médio (completo)	8 □ Ensino superior (incompleto)	9 □ Ensino superior (completo)	
8.	Ocupação: _____	1 □	Empregado				
		2 □	Desempregado				
		3 □	Autônomo				
		4 □	Estudante				
		5 □	Do lar				
		6 □	Autônomo				
		7 □	Outro (especificar): _____				
9.	Crença religiosa:	1 □ SIM	9.a	1 □	Católica		
				2 □	Espirita		
				3 □	Evangélica		
				4 □	Outros		
				0 □	Não se aplica		
		2 □ NÃO					

II- DADOS SOBRE VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS E SOCIAIS

10.	Morador de rua?	1 □	SIM		
		2 □	NÃO		
11.	O (A) Sr. (a) aceita o fato de ter o diagnóstico do HIV/aids?	1 □	SIM		
		2 □	NÃO		
12.	Faz uso de bebida alcoólica?	1 □	SIM (especificar)	12.1	Frequência: _____vezes/semana
				12.2	Tipo:
				12.3	Quantidade (copos):
		2 □	NÃO		
13.	Usuário de Drogas?	1 □	SIM (especificar)	13.1	Frequência: _____vezes/semana
				13.2	Tipo:
				13.3	Quantidade:
		2 □	NÃO		
14.	Pertencente ao Sistema Prisional?	1 □	SIM		
		2 □	NÃO		
15.	Já passou pelo sistema prisional alguma vez na vida?	1 □	SIM (especificar)	15.1 Quantas vezes?_____. 15.2 Quanto tempo ficou preso? _____meses	
		2 □	NÃO		
16.	Já fez sexo em troca de algum benefício?	1 □	SIM		
		2 □	NÃO		

III - DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO DAS PVHA NO MOMENTO DA ENTREVISTA						
17.	Presença de outra condição crônica:	1 ☐	SIM	17.1	Hipertensão Arterial	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.2	Diabetes	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.3	Depressão auto referida	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.4	Depressão com diagnóstico médico	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.5	Colesterol	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.6	Triglicérides	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.7	Hepatites Virais	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
				17.8	Outros	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO Especificar
		2 ☐	NÃO			
18.	Fazia uso da TARV conforme prescrição médica e orientação da equipe de saúde?	1 ☐	SIM			
		2 ☐	NÃO			
19.	Você apresenta alguma dificuldade para tomar os antirretrovirais?	1 ☐	SIM Quais:_____	2 ☐	NÃO	3 ☐ Não se aplica
20.	Já abandonou o uso dos antirretrovirais alguma vez?	1 ☐	SIM Quantas vezes?_____	2 ☐	NÃO	
21.	Presença de outras internações por complicações relacionadas ao HIV/aids?	1 ☐	SIM	21.1	Frequência	1 ☐ 1 a 2 vezes
						2 ☐ 3 a 4 vezes
						3 ☐ 5 ou mais
						0 ☐ Não se aplica
		2 ☐	NÃO			

IV – INFORMAÇÕES SOBRE A ASSINTÊNCIA À SAÚDE			
22.	22.1	O Sr. Realiza atendimento ambulatorial para o acompanhamento do HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
	22.2	O Sr. está satisfeito com o atendimento recebido no SAE?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
23.		O Sr. teve dificuldade de conseguir atendimento para fazer o acompanhamento do HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
24.		O Sr. Falta as consultadas de retorno agendadas para o acompanhamento HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
25.		O Sr. passa por consultas com o MÉDICO INFECTOLOGISTA no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
26.		O Sr. passa por consultas com a EQUIPE DE ENFERMAGEM no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
27.		O Sr. passa por consultas com o ASSISTENTE SOCIAL no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
28.		O Sr. passa por consultas com o PSICOLOGO?	1 ☐ Nunca 2 ☐ Quase Nunca 3 ☐ As vezes 4 ☐ Quase Sempre 5 ☐ Sempre **0**☐Não se aplica **99**☐Não sabe
			28.1 — 1 ☐ Rede pública - Local:_____
			28.1 — 2 ☐ Rede privada

29.	O Sr. passa por consultas com o NUTRICIONISTA?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
		29.1	1 □	Rede pública - Local:_____			
			2 □	Rede privada			
30.	O Sr. consegue retirar os antirretrovirais na farmácia do ambulatório?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
31.	O Sr. recebe medicamentos para prevenir os efeitos colaterais dos antirretrovirais?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
32.	O Sr. utiliza outros serviços de saúde?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
33.	O Sr. utilizou os serviços de Pronto atendimento?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
34.	O Sr. utilizou as unidades básicas de saúde?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
35.	O Sr. utiliza convênio médico?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
		Em que ocasiões?	35.1	Pronto Atendimento	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			35.2	Ginecologia	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			35.3	Tratar o HIV/aids	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			35.4	Fazer exames	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			35.5	Outras especialidades	1 □ SIM 2 □ NÃO Especificar_____		
36.	Com que frequência o Sr. paga para ter acesso a consulta médica?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
37.	A equipe de saúde questiona sobre suas condições de vida?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
38.	A equipe de saúde questiona sobre alguma intercorrência?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
39.	Com que frequência o Sr. procura o serviço de saúde em caso de intercorrência?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
		Em que ocasiões?	39.1	SAE	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.2	UBS/USF	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.3	UBDS	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.4	UPA	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.5	Pronto atendimento do convenio	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.6	Médico particular	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			39.7	Outros	1 □ SIM 2 □ NÃO 39.6.1 Especificar:		
40.	No caso de necessidade, o Sr. consegue atendimento no ambulatório?	1 □ Nunca 2 □ Quase Nunca 3 □ As vezes 4 □ Quase Sempre 5 □ Sempre **0**□Não se aplica **99**□Não sabe					
FONTE DE DADOS: SECUNDÁRIA							
II- DADOS SOBRE VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS E SOCIAIS - ANTECEDENTES							
41.	Etilismo	1 □ SIM 2 □ NÃO 3 □ SEM INFORNAÇÃO					
42.	Drogadição	1 □ SIM 2 □ NÃO 3 □ SEM INFORNAÇÃO					
43	Morador de rua	1 □ SIM 2 □ NÃO 3 □ SEM INFORNAÇÃO					
44.	Não adesão a TARV	1 □ SIM 2 □ NÃO 3 □ SEM INFORNAÇÃO					
45.	Passagem pelo sistema prisional	1 □ SIM 2 □ NÃO 3 □ SEM INFORNAÇÃO					
- DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO DAS PVHA NO MOMENTO DA ENTREVISTA (PRONTUÁRIO).							
46.	Presença de doenças oportunistas:	1 □ SIM	46.1	Herpes Zoster	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.2	Citomegalovírus	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.3	Pneumocitose	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.4	Criptococose	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.5	Neurotoxoplasmose	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.6	Candidíase esofágica e orofaríngea	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.8	Histoplasmose	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.9	Doença citomegálica	1 □ SIM 2 □ NÃO		
			46.10	Outras.	1 □ SIM 2 □ NÃO Especificar:_____		
		2 □ NÃO					

47.	Presença de co-infecção:	1 ☐ SIM	47.1	Coinfecção com o vírus da hepatite C (HCV)
			47.2	Coinfecção com o vírus da hepatite B (HBV)
			47.3	Coinfecção com tuberculose
			47.4	Coinfecção com sífilis
			47.5	Coinfecção com Doença de Chagas
			47.6	Coinfecção com hanseníase
			47.7	Coinfecção com HTLV
			47.8	Coinfecção com leishmanioses
			47.9	Coinfecção com paracoccidioidomicose
			47.10	Doenças em situações epidêmicas

48.	Presença de manifestação clínica:	1 ☐ SIM	48.1	Febre maior ou igual a 38º.C por período igual ou superior a 1 mês	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.2	Diarréia igual ou maior que 1 mês	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.3	Caquexia ou perda de peso maior que 10%	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.4	Dermatite persistente	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.5	Contagem de Linfócitos TCD4+ <500	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.6	Hepatite não viral	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
			48.7	Outras	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO Especificar_____
		2 ☐ NÃO			

49.	Data de diagnóstico HIV	1 ☐	SIM Data:_____	2 ☐	NÃO
50.	Data de diagnóstico aids	1 ☐	SIM Data:_____	2 ☐	NÃO
51.	Data de inicio da PRIMEIRA indicação de uso da TARV	1 ☐	SIM Data:_____	2 ☐	NÃO
52.	Há registro do resultado do último CD4 realizado	1 ☐	SIM Data:_____ Valor:_____	2 ☐	NÃO
53.	Há registro do resultado da última carga viral realizada	1 ☐	SIM Data:_____ Valor:_____	2 ☐	NÃO

IV - INFORMAÇÕES SOBRE A ASSINTÊNCIA À SAÚDE
SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS FONTE DE INFORMAÇÃO – (SISTEMA HYGIA-WEB)

54.	Utilização das UBS/USF nos últimos 6 meses antes da internação do caso?	0 ☐	Não se aplica				
		1 ☐	SIM 53.1 Nº de vezes:_____				
		2 ☐	NÃO				
55.	Utilização dos SAE/HIV/aids nos últimos 6 meses antes da internação do caso?	0 ☐	Não se aplica				
		1 ☐	SIM	54.1	Nº de vezes: _____		
				Profissional que atendeu	55.2	Médico	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					55.3	Enfermeiro	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					55.4	Auxiliar de Enfermagem	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					55.5	Outros	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO Especificar
		2 ☐	NÃO				
56.	Utilização de Pronto Atendimento nos últimos 6 meses antes da internação do caso?	1 ☐	SIM	56.1	Nº de vezes: _____		
				Profissional que atendeu	56.2	Médico	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					56.3	Enfermeiro	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					56.4	Auxiliar de Enfermagem	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO
					56.5	Outros	1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO Especificar
		2 ☐	NÃO				
		0 ☐	Não se aplica				
57.	Situação Vacinal	1 ☐ Em dia 2 ☐ Atrasado					

APENAS PARA OS CASOS FONTE DE INFORMAÇÃO SECUNDÁRIA - AIH		
58.	Tipo de unidade solicitante de internação:	1 ☐ UBDS 2 ☐ UPA 3 ☐SAMU 4 ☐UBS 5 ☐ ESF 6 ☐SAE 7 ☐ AMB. OUTRAS ESPECIALIDADES
59.	Data da internação:	
60.	Duração da internação	
61.	Diagnóstico inicial:	

APENDICE II

Carta convite

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
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 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 20 de fevereiro de 2014

Ilma Sra_____

Solicitamos por meio deste documento, a apreciação de Vossa Senhoria acerca do questionário a ser utilizado no desenvolvimento do doutorado da aluna Livia Maria Lopes, intitulado: "Análise dos fatores associados às internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto - SP". Esta pesquisa tem por objetivo analisar Analisar os fatores associados às internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto – SP. Destacamos que este município é considerado um cenário de extrema relevância para o alcance dos objetivos delineados no presente estudo, em função do histórico epidemiológico e organizacional da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Acreditamos que os resultados, bem como as propostas decorrentes deste projeto irão contribuir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, bem como na produção de conhecimentos que subsidiem o planejamento e execução de ações para o controle e prevenção do HIV/aids no contexto do SUS.

Sua participação é de extrema importância para validação do conteúdo, na qual irá analisar a pertinências das questões contempladas no instrumento seguindo o modelo (Anexo I). Enviamos também uma cópia do questionário (ANEXO II) a ser utilizado na pesquisa e um resumo do projeto de pesquisa (ANEXO III). Caso aceite contribuir com o aperfeiçoamento do estudo supramencionado solicitamos, se possível, a devolução do parecer considerando um prazo máximo de 20 dias.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe
Profa. Dra. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Livia Maria Lopes
Enfermeira
Aluna de Pós-graduação – Nível Doutorado do Programa de Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contatos: e-mail amonroe@eerp.usp.br Telefone: (16) 3602-3403 ou (16) 92075920
e-mail liviamarialopes_euf@yahoo.com.br Telefone: (16) 3602-3403 (16) 98186-3813

APENDICE III

Instrumento para apreciação de conteúdo

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DAS PVHA							
1. Iniciais da PVHA							
2. Data de nascimento							
3. Endereço							
4. Sexo							
5. Cor							
6. Escolaridade							
7. Profissão							
8. Renda Familiar (em reais):							
9. Crença religiosa							
10. Número de pessoas que depende da renda							
II. DADOS SOBRE VULNERABILIDADES SOCIAIS							
11. Prática sexual?							
12. Morador de rua?							
13. Usuário de Álcool?							
14. Usuário de Drogas?							
15. Pertencente ao Sistema Prisional?							
16. Já passou pelo sistema prisional alguma vez na vida?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
17. Quanto tempo ficou preso?							
18. Profissional do sexo							
III - DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO DAS PVHA							
FONTE DE DADOS PRIMÁRIA							
19. Presença de doenças oportunistas:							
20. Presença de manifestação clínica:							
21. Presença de outra condição crônica:							
22. Adesão à TARV (SICLON)							
23. Presença de outras internações?							
FONTE DE INFORMAÇAO SECUNDARIA – FICHA DE NOTIFICAÇAO E PRONTUARIO DO PACIENTE							
24. Provável modo de transmissão:							
25. Data de diagnóstico HIV							
26. Data de diagnóstico aids							
27. Data de inicio da TARV							
28. Há registro do resultado do último CD4 realizado							
29. Há registro do resultado do último carga viral realizada							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
IV – INFORMAÇÕES SOBRE A ASSINTÊNCIA À SAÚDE							
30. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido no SAE?							
31. No caso de falta do Sr. nas consultas de rotina agendadas. Qual o grau de satisfação que o Sr tem em relação ao contato que o serviço de saúde faz com o Sr. para reagendar a consulta?							
32a. O Sr. passa por consultas com o MÉDICO no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?							
32b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido pelo médico?							
33a. O Sr. passa por consultas com o ENFERMEIRO no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
33b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido pelo enfermeiro?							
34a. O Sr. passa por consultas com o ASSISTENTE SOCIAL no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?							
34b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido pelo assistente social?							
35a. O Sr. passa por consultas com o PSICOLOGO no serviço de saúde que fez o acompanhamento para o tratamento do HIV/aids?							
35b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido pelo psicólogo?							
36a. O Sr. recebe orientações e/ou procedimentos realizados pela equipe de enfermagem?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
36b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem?							
37a. O Sr. recebe orientações e procedimentos realizados pelo(a) médico(a)?							
37b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem?							
38a. O Sr. consegue retirar a TARV na farmácia do SAE?							
38b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido pela equipe de farmácia?							
39a. O Sr. recebe os medicamentos para prevenir e evitar os eventos colaterais da TARV pela equipe farmacêutica?							
40. O Sr. utiliza outros serviços de saúde?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
41a. Nos últimos 6 meses o Sr. utilizou o SAE?							
41b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido no SAE?							
42a. Nos últimos 6 meses o Sr. utilizou os serviços de Pronto atendimento?							
42b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido no Pronto atendimento?							
43a. Nos últimos 6 meses o Sr. utilizou as unidades básicas de saúde (postinho)?							
43b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido nas unidades básicas de saúde (postinho)?							
44a. O Sr. tem convênio médico?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
44b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido no convenio que o Sr. utiliza?							
45a. O Sr. paga para ter acesso a consulta médica?							
45b. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao atendimento recebido no consultório particular?							
46. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação aos questionamento sobre suas condições de vida?							
47. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação aos questionamento sobre o aparecimento de alguma intercorrência?							
48. Qual o grau de satisfação que o Sr. tem em relação ao comprometimento da equipe responsável pelo seu acompanhamento?							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
49. Em caso de falta em consultas agendadas, há registro da conduta adotada?							
50. Há registro sobre incentivos sociais oferecidos a PVHA?							
SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS FONTE DE INFORMAÇÃO – SISTEMA HYGIA-WEB							
51. Utilização das UBS/USF nos últimos 6 meses antes da internação do caso?							
52. Utilização dos SAE/HIV/Aids nos últimos 6 meses antes da internação do caso?							
53. Utilização dos Pronto Atendimento nos últimos 6 meses antes da internação do caso?							
54. Profissionais que atenderam a PVHA 6 meses antes da internação do caso?							
55. Número de visitas feitas aos serviços de saúde nos últimos 6 meses antes da internação do caso? _____							
56. Situação Vacinal:							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
APENAS PARA OS CASOS - FONTE DE INFORMAÇÃO SECUNDÁRIA - AIH							
24. Tipo de unidade solicitante de internação							
25. Data da internação:							
26. Duração da internação							
27. Diagnóstico inicial:							

APENDICE IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa denominada "Análise dos fatores associados às internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto - SP". Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora Lívia Maria Lopes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e tem como objetivo Analisar os fatores associados às internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto – SP. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com duração média de 20 minutos onde serão abordadas as seguintes informações: dados sociodemográficos, vulnerabilidades sociais, perfil clínico das PVHA, informações sobre a assistência à saúde e serviços de saúde utilizados pelas PVHA. Destacamos que a sua identificação será mantida em sigilo e para isso será utilizado um código no lugar do seu nome. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos como o cansaço durante a entrevista. Se você ficar cansado ou indisposto, a entrevista será encerrada e marcado em novo horário. Ressaltamos que você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação nesta pesquisa. O benefício indireto relacionado à sua participação é proporcionar a identificação dos fatores que estão envolvidos com o desfecho desfavorável (internação hospitalar) e melhoria qualidade na assistência prestada às PVHA, posto que sua participação pode auxiliar no desenvolvimento de políticas de saúde que contemplem a necessidade de sistematizar o atendimento às PVHA. Os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico em forma de pôster, apresentação oral ou artigos, porém sua identificação será mantida em sigilo. Informamos ainda que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios financeiros para a referida participação. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao senhor(a) e nem a outras pessoas. Você receberá uma via assinada deste termo deste podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Agradecemos a sua colaboração.

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmo que recebi uma via assinada deste termo e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Ribeirão Preto, ___, de_____ de 2013.

_____
Assinatura do entrevistado

_____
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe
Orientadora do Projeto

_____
Lívia Maria Lopes
Pesquisadora Responsável

……

CONTATO: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, Ribeirão Preto/SP. CEP 14049-900. Horário de Funcionamento: 8h às 17h. Telefone (16) 3602-3386
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe: (16) 3602-3403; Lívia Maria Lopes: (16) 9223-9645.

ANEXO

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 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 297/2013

Ribeirão Preto, 09 de dezembro de 2013

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 09 de dezembro de 2013.

Protocolo: 25096113.0.0000.5393

Projeto: Análise dos fatores associados às internações por HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto - SP.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe
Lívia Maria Lopes

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,

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

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP