DELSA NAGATA

**Análise do perfil dos pacientes HIV/aids que faltam às consultas
agendadas de infectologia no Serviço de Extensão ao Atendimento de
Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de: Doenças Infecciosas e Parasitárias

Orientadora: Professora Doutora Eliana Battaggia Gutierrez

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nagata, Delsa

Análise do perfil dos pacientes HIV/aids que faltam às consultas agendadas de infectologia no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Delsa Nagata. -- São Paulo, 2013.

**Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.**

Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientadora: Eliana Battaggia Gutierrez.

Descritores: 1.HIV 2.Síndrome de imunodeficiência adquirida 3.Adesão à
medicação 4.Antirretrovirais 5.Agendamento de consultas 6.Sistema de informação
em saúde 7.Gestão em saúde

USP/FM/DBD-139/13

Dedicatória

Aos meus pais, imigrantes, admiro-os pela coragem, dedicação e valores morais.

Aos irmãos Aya, Paulo e Kaori pela companhia.

Aos sobrinhos Satomi, Akio e Miyuki, pelas risadas. Ao Ryunosuke e Naoto,
mesmo residindo longe, meu carinho.

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado é muito mais que concluir um trabalho acadêmico com finalidade de alavancar a carreira profissional, sobretudo nesta fase da vida. Certamente é um processo que nos faz amadurecer, com muitas alegrias e algumas frustrações. Para chegar até aqui, muito foi feito e nessa jornada muitos me ajudaram, para os quais tenho a grande satisfação de externar os sinceros agradecimentos:

A Deus, pela saúde e equilíbrio.

À Professora Doutora Eliana Battaggia Gutierrez, pelo incentivo e orientação, conseguindo com paciência e sabedoria encontrar soluções em todos os momentos do estudo. Sua energia e forma de trabalhar inspiram segurança e otimismo. Muito obrigada pela amizade.

Aos docentes Professores Doutores Aluísio Augusto Cotrim Segurado, Marta Heloisa Lopes, Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Paulo Rossi Menezes, Maria Inês Batistella Nemes, Ana Marli Christovam Sartori, Marcos Kisil, e Patrícia Coelho de Soárez, por me acolherem nas disciplinas e mostrarem o caminho do pensamento científico.

A Professora Doutora Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Professora Doutora Cássia Maria Buchalla e Professor Doutor Marco Antonio Gutierrez que contribuíram com ideias na etapa da qualificação.

Ao Doutor Mauro Taniguchi pelo suporte à coleta de informações no registro de óbitos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo – PRO-AIM da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo.

À Equipe do Serviço de Arquivo Médico do ICHCFMUSP, Senhoras Suely Luzia dos Santos e Magali Aparecida Pereira pelo suporte à coleta de dados sobre internação hospitalar no ICHCFMUSP.

À Valéria Vilhena Lombardi pelo importante apoio na orientação e documentação da referência bibliográfica.

À secretária da Pós-Graduação Roseli Antonia Santo, sempre amável e disponível em atender os pós-graduandos.

Aos colegas pós-graduandos Camila de Melo Picone e Claudinei Alves Santana pela disposição e colaboração.

Aos profissionais do SEAP HIV/Aids: médicos, dentistas, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas pelas consultas médicas e atendimentos aos pacientes, que gerou a base de dados deste estudo.

Aos funcionários do SEAP HIV/Aids Administradora Solange Maria Minas dos Santos e Senhor Washington Luís Araújo, por assumirem as atividades de coordenação do apoio administrativo do SEAP, tarefa árdua, o que facilitou a minha dedicação ao mestrado.

Aos funcionários do SEAP HIV/Aids por toda sua eficiência e espírito de união.

Aos funcionários Karen Michelle Alves Corneta, Luciana Maria Silva, Richard Alves, Nilma de Castro Felisbino, pela colaboração.

Aos pacientes, muito obrigada!

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª edição. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journal Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de símbolos

Lista de siglas

Lista de figuras

Lista de gráficos

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	Introdução	1
1.1	A epidemia de aids	2
1.2	O enfrentamento da epidemia de aids no Brasil: PN DST/aids	4
1.3	O SEAP HIV/Aids e o SIGH	10
1.4	O paciente que falta à consulta	15
2	Pergunta do estudo	18
3	Objetivos	20
4	Métodos	23
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Seleção da casuística	24
4.3	Variável desfecho	25

4.4	Variáveis independentes	25
4.4.1	Sexo	25
4.4.2	Idade	25
4.4.3	Cor	26
4.4.4	Ocupação	26
4.4.5	Endereço	27
4.4.6	Frequência de consultas médicas agendadas de infectologia em 2007	27
4.4.7	Característica do médico infectologista que acompanhou o sujeito em 2007 e mudança do mesmo	29
4.4.8	Frequência de consultas médicas sem agendamento de infectologia em 2007	30
4.4.9	Frequência de consultas em outras especialidades médicas e atendimentos em disciplinas de saúde no SEAP HIV/Aids em 2007	30
4.4.10	Internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007	31
4.4.11	Frequência de comparecimentos às retiradas de ARV em 2007	32
4.5	Análise estatística	34
4.6	Aspectos éticos	35

5	Resultados	36
5.1	Seleção da casuística	37
5.2	Identificação dos sujeitos que faltaram em consultas agendadas de infectologia	39
5.3	Características sócio-demográficas	41
5.3.1	Características sócio-demográficas dos sujeitos que faltaram em consultas agendadas de infectologia	43
5.4	Frequência de consultas médicas de infectologia em 2007: agendadas e sem agendamento	45
5.4.1	Frequência de consultas agendadas de infectologia (soma de comparecimentos e faltas)	45
5.4.1.1	Comparação da frequência de consultas agendadas de infectologia (soma de comparecimentos e faltas) entre os sujeitos que faltaram e os que não faltaram às mesmas	46
5.4.1.2	Frequência de comparecimentos às consultas agendadas de infectologia	47
5.4.1.3	Frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia	48
5.4.1.4	Taxa de faltas em consultas agendadas de infectologia	49

5.4.2	Frequência de consultas médicas sem agendamento de infectologia	50
5.4.2.1	Comparação da frequência de consultas médicas de infectologia sem agendamento de acordo com a ocorrência de falta em consultas agendadas de infectologia	51
5.5	Característica do médico infectologista que acompanhou o sujeito em 2007	53
5.5.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com as características do médico infectologista	54
5.6	Troca de médico	54
5.6.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com troca de médico	55
5.7	Frequência de comparecimentos em consultas médicas de outras especialidades e atendimentos de disciplinas de saúde em 2007	56
5.7.1	Consultas de ginecologia	56
5.7.1.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à ginecologia	57
5.7.2	Consultas de psiquiatria	58
5.7.2.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à psiquiatria	59

5.7.3	Consultas de proctologia	59
5.7.3.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à proctologia	60
5.7.4	Consultas de oftalmologia	61
5.7.4.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à oftalmologia	62
5.7.5	Consultas de cirurgia plástica	62
5.7.5.1	Comparação das médias de faltas em consultas de agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à cirurgia plástica	63
5.7.6.	Atendimentos de odontologia	64
5.7.6.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de odontologia	65
5.7.7	Atendimentos de nutrição	65
5.7.7.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de nutrição	66
5.7.8	Atendimentos de psicologia	67
5.7.8.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de psicologia	68

5.7.9	Atendimentos de Serviço Social	68
5.7.9.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de Serviço Social	70
5.8	Internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007	71
5.8.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com internação hospitalar no ICHCFMUSP	72
5.9	Retiradas de medicamentos ARV em 2007	73
5.9.1	Frequência de retiradas de ARV	73
5.9.2	Taxa de comparecimento às retiradas de ARV	75
5.9.3	Tratamento antirretroviral e falta em consultas agendadas de infectologia	76
5.9.3.1	Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com uso de ARV	76
5.9.3.2	Comparação do número de retiradas de ARV de acordo com falta em consulta agendada de infectologia	77
6	Discussão	82
7	Conclusão	98
8	Referências	101
9	Anexos	117
	Anexo 1- Certificado de aprovação do Comitê de Ética	118
	Anexo 2- Certificado de aprovação do Comitê de Ética	119
	Anexo 3- Carta de aprovação do Comitê de Ética	120

Listas

Lista de abreviaturas

DP	Desvio Padrão
f.	Feminino
m.	Masculino
Máx	Valor máximo
Mín	Valor mínimo
mg	Miligrama
N	Frequência
n	Número
OR	Razão de chance, do inglês <i>Odds Ratio</i>
p	Nível de significância estatística

Lista de símbolos

%	Porcentagem
=	Igual a
X	Multiplicar por
$\leq$	Menor ou igual
$\geq$	Maior ou igual
<	Menor
>	Maior que

Lista de siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do inglês <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> ,
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARV	Antirretroviral
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD4/8	Linfócitos TCD4+ e TCD8+
CDC	Centro de Controle de Doenças, do inglês <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Código de Endereçamento Postal
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da imunodeficiência humana, do inglês <i>human immunodeficiency virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ICHCFMUSP	Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e travestis
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PN DST/aids	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/aids
PRO-AIM	Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM)
PRODESP	Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
SEAP HIV/Aids	Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIGH	Sistema de Informação e Gestão Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento antirretroviral

Lista de figuras

Figura 1-	Algoritmo de inclusão da casuística	38
Figura 2-	Algoritmo de identificação dos sujeitos que faltaram em consulta agendada de infectologia em 2007	40
Figura 3-	Algoritmo de identificação dos indivíduos com registros de retiradas de ARV no SIGH	74
Figura 4-	Algoritmo utilizado para o cálculo do número previsto de retiradas de ARV no SIGH	75

Lista de gráficos

Gráfico 1-	Distribuição dos sujeitos segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007	42
Gráfico 2-	Proporção de sujeitos que faltaram segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007	43
Gráfico 3-	Distribuição de sujeitos que faltaram e que não faltaram segundo frequência de consultas agendadas e comparecimentos às consultas agendadas de infectologia - SEAP HIV/Aids – 2007	47

Lista de tabelas

Tabela 1-	Distribuição dos sujeitos segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007	41
Tabela 2-	Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos da idade em anos segundo sujeitos que faltaram ou que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007	44
Tabela 3-	Agendamentos de consultas de infectologia: médias (DP), medianas e valores máximos e mínimos de consultas agendadas de infectologia segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007	46
Tabela 4-	Comparecimento às consultas agendadas de infectologia: médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de comparecimentos segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007	48
Tabela 5-	Distribuição de sujeitos segundo faltas em consultas agendadas de infectologia - SEAP HIV/Aids – 2007	49
Tabela 6-	Distribuição e medidas de tendência central de consultas de infectologia segundo modalidade da consulta e desfecho - SEAP HIV/Aids – 2007	51
Tabela 7-	Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de consultas sem agendamento de infectologia segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007	52

Tabela 8-	Distribuição de comparecimentos em consultas e atendimentos e medidas de tendência central - SEAP HIV/Aids – 2007	71
Tabela 9-	Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos da frequência de retiradas de ARV segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007	77
Tabela 10-	Distribuição de sujeitos que faltaram e que não faltaram segundo variáveis independentes - SEAP HIV/Aids – 2007	78
Tabela 11-	Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de faltas em consultas agendadas de infectologia segundo características - SEAP HIV/Aids – 2007	80

Resumo

Nagata D. Análise do perfil dos pacientes HIV/aids que faltaram às consultas agendadas de infectologia no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013. 134 p.

INTRODUÇÃO: A terapia antirretroviral (TARV) reduziu a mortalidade e a morbidade por aids, melhorou a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e, recentemente, foi reconhecida pelo seu papel como instrumento para redução da transmissão do HIV. Entretanto, a efetividade da TARV depende da manutenção de altas taxas de adesão à mesma. Tipo de tratamento, características individuais dos pacientes, barreiras de acesso ao serviço e à informação, falta de regularidade no comparecimento às consultas e às retiradas de medicamentos podem associar-se negativamente à adesão. Do ponto de vista da gestão, a falta à consulta agendada é um problema para os serviços de saúde que pode ser traduzido em custos para a sociedade. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil dos pacientes com HIV/aids que faltaram a consultas médicas agendadas de infectologia em um serviço especializado no atendimento de PVHA adultos, utilizando uma base de dados secundários gerados por um sistema administrativo destinado ao monitoramento da produção e ao faturamento. **MÉTODOS:** Foram incluídas PVHA em acompanhamento no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids (SEAP HIV/Aids) com registro de pelo menos uma consulta agendada de infectologia em 2006 e 2007. Excluídos os sujeitos com discordância nas informações sobre sexo e data de nascimento, gestantes e com registro de óbito ou de transferência de serviço antes da primeira consulta de infectologia em 2007. Através do Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH) foram obtidos dados do cadastro dos pacientes, registros de consultas e atendimentos em especialidades médicas e disciplinas de saúde, de internações hospitalares no ICHCFMUSP e de retiradas de medicamentos. A variável desfecho foi falta em consulta agendada de infectologia em 2007. As variáveis independentes incluíram características sócio-demográficas dos sujeitos, consultas e atendimentos em especialidades e disciplinas disponíveis no SEAP HIV/Aids, internações no ICHCFMUSP; tipo de médico infectologista que acompanhou o sujeito: se assistente ou residente, mudança de médico e retirada de antirretrovirais (ARV), em 2007. Na análise foram utilizados os testes do qui-quadrado de *Pearson* e *t* de *Student*. **RESULTADOS:** Sob o olhar da qualidade de informação, observou-se baixa frequência de registros de consultas e atendimentos em duplicidade. Embora a completude e a acessibilidade tenham sido consideradas adequadas para grande parte dos dados, as variáveis cor, ocupação e endereço, não foram analisadas devido à baixa consistência dos dados referentes às mesmas. Entre os 3075 sujeitos incluídos 38,9% (1195) faltaram em pelo menos uma consulta de infectologia e a taxa de faltas às consultas de infectologia foi de 13,9%; 70,1% (2157) dos sujeitos eram do sexo masculino e não foi observada associação entre sexo e falta em consulta ($p=0,32$). A proporção de sujeitos que faltaram diminuiu à medida em que aumentou a idade ($p<0,001$) e a média de idade dos que faltaram foi

menor do que a dos que não faltaram ($p<0,001$). Os sujeitos que faltaram agendaram 33,3% mais consultas em infectologia ($p<0,001$) e compareceram a menos consultas ($p<0,001$) quando comparados aos que não faltaram. A falta foi associada a maior comparecimento em consulta sem agendamento ($p<0,001$) e em atendimento de serviço social ($p<0,001$), a internação hospitalar no ICHCFMUSP ($p<0,001$), a assistência feita por médico residente e a troca de médico ($p=0,02$), e a menor comparecimento em consultas de ginecologia ($p<0,001$) e de proctologia ($p=0,00$). Sujeitos em uso de TARV faltaram em menor proporção ($p<0,001$). A média de retiradas de ARV entre os sujeitos que faltaram foi menor quando comparados aos que não faltaram ($p<0,001$). A organização do serviço de saúde é um fator relevante para o comparecimento dos pacientes em consulta. No contexto da atenção à saúde de PVHA, acesso a mais modalidades de assistência, atendimento em horário marcado, e uma gestão que tenha por objetivo diminuir as barreiras de acesso ao tratamento podem contribuir para elevar a qualidade da assistência ofertada. A elaboração e acompanhamento de indicadores de qualidade tais como acompanhamento de taxas de faltas e de retiradas de ARV pode contribuir para a redução de taxas de faltas às consultas. Embora ainda necessite de melhorias, o SIGH revelou-se um instrumento útil para a elaboração de indicadores relacionados à qualidade da atenção à saúde de PVHA.

Descritores: HIV/aids, Síndrome de imunodeficiência adquirida, Adesão à medicação, Antirretrovirais, Agendamento de consultas, Sistema de informação em saúde, Gestão em saúde.

Abstract

Nagata D. Characterization of patients who missed infectious diseases medical appointments at the Casa da Aids, an outpatient clinic specialized in HIV/AIDS patients attached to the Infectious Diseases Service, Clinics Hospital of the São Paulo University Medical School. [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo"; 2013. 134 p.

BACKGROUND: The highly active antiretroviral therapy (HAART) reduced AIDS morbidity and mortality in HIV/AIDS patients, improved their quality of life and, was recognized as prevention to HIV transmission. However, the success of antiretroviral therapy (ART) depends on high levels of adherence to it. Treatment regimens, patient individual characteristics, access barriers, missing scheduled appointments and not taking ART drugs can be associated with low adherence. For managers, a missed appointment could be translated in costs. Our goal is to characterize HIV/AIDS patients who missed scheduled medical appointments, according to SIGH, an electronic administrative database. **METHODS:** Adults HIV/AIDS patients followed at a public outpatient clinic specialized in HIV/AIDS attached to the Clinics Hospital of the São Paulo University Medicine School who had at least one scheduled appointment with an infectious disease physician in 2006 and 2007 were included. Patients with uncertain age and gender registry, pregnant or who were transferred or died before first scheduled appointment in 2007 were excluded. The outcome was missed scheduled medical appointment with an infectious diseases physician in 2007. Data on sociodemographic characteristics (age, gender, color/race, occupation, and address), appointments with physicians and health care providers care available in the clinic, hospitalization at Central Institute of Clinics Hospital of the São Paulo University Medicine School and ART withdrawal from the pharmacy in 2007 were obtained from a computerized administrative database; besides, the sort of infectious disease physician (assistant or resident) who cared for the patient, physician changing and number of changes were other independent variables included. Chi-square and Student-t test were used on analysis. **RESULTS:** We observed few duplicities of registry of appointments. Although the database showed a good completeness and accessibility for most variables, color/race, occupation and address had low consistency and were not analyzed. The study included 3075 subjects, 38.9% (1195) of them missed at least 1 scheduled medical appointment with an infectious disease physician in 2007; 13.9% of all medical appointments were missed. Subjects who missed medical appointments scheduled 33.3% more ($p<0.001$) and had less medical consultations ($p<0.001$) compared with those who did not miss medical visits. Seventy one percent (2157) of the subjects were men and we found no association between gender and missing medical appointment ($p=0.32$). Missing medical appointment was associated with younger age ($p<0.001$), unscheduled medical ($p<0.001$) and social worker visits ($p<0.001$), hospitalization ($p<0.001$), assistance by resident ($p=0.04$), change of physician ($p=0.02$), lower attendance to gynecologist ($p<0.001$) and proctologist ($p=0.00$); besides, not be on HAART was associated to missing medical appointment

($p < 0.001$) and subjects who missed medical visits withdrew few ART drugs from the pharmacy ($p < 0.001$).

The organization of the health service is relevant for improving patient attendance to it. Access to more medical specialties and health disciplines, scheduled medical visits, reduction of barriers to access are all management instruments to increase the quality of health services. The use of quality indicators, like rate of missed medical appointments and withdrawal of drugs from the pharmacy, may increase the adherence of HIV/aids patients to the treatment. The performance of SIGH was satisfactory when it was used for quality indicators, although some improvement is still necessary

Descriptors: HIV/AIDS, Acquired Immunodeficiency syndrome, Medication adherence, anti-retroviral agents, Appointments and schedules, health information system, health management.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci (1452-1519)

1 Introdução

1.1 A epidemia de aids

A aids – síndrome da imunodeficiência adquirida, do inglês *acquired immunodeficiency syndrome* pode ser definida como a doença resultante da infecção por HIV – vírus da imunodeficiência humana. Nesta síndrome ocorrem doenças, chamadas de oportunistas, geralmente infecções ou neoplasias, que são o resultado da imunossupressão causada pelo HIV. A aids foi reconhecida inicialmente em 1981, ao serem diagnosticados casos raros de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, anteriormente *carinii*, e sarcoma de Kaposi em jovens, homens aparentemente saudáveis com práticas homossexuais, em grandes centros urbanos norte americanos ^{1, 2}. Posteriormente foram diagnosticados casos em pessoas com hemofilia, que receberam transfusão sanguínea, em usuários de drogas com práticas heterossexuais e em seus parceiros sexuais, e estes registros sugeriam que um agente infeccioso fosse a principal causa da deficiência imunológica característica da aids. Passados dois anos dos primeiros relatos de casos de aids, em 1983, foi isolado um retrovírus em pessoas com aids e que tinham linfadenopatia crônica, o HIV. Os primeiros testes sorológicos para detecção da infecção pelo HIV datam de 1985 ³.

Estima-se que aproximadamente 34,0 milhões de pessoas vivem com HIV/aids no mundo. Na região da África subsaariana vivem 22,9 milhões, o que representa 68,2% das pessoas com HIV/aids no mundo. Nos continentes asiático, europeu e na

Oceania vivem respectivamente cerca de 4,8 milhões, 2,3 milhões e 55 mil pessoas com HIV/aids. Das 3,0 milhões de pessoas com HIV/aids que vivem no continente americano, cerca de 1,5 milhões estão distribuídas nos países da América do Sul e Central sendo que 1/3 destas vivem no Brasil ⁴. De acordo com o Ministério de Saúde do Brasil, estima-se que no Brasil, 630 mil pessoas na idade de 15 a 49 anos vivem com HIV/aids ⁵.

As primeiras ocorrências de aids no Brasil foram registradas na região sudeste do país, na década de 1980. Embora inicialmente identificada em homens que fazem sexo com homens, a aids se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade atingindo crianças, jovens, mulheres, idosos e homens com prática heterossexual ⁶.

Em nosso meio observa-se que as taxas de prevalência da infecção pelo HIV são mais elevadas em grupos específicos, que apresentam taxas de prevalência maiores do que na população em geral, razão pela qual a epidemia é classificada como concentrada. Estes grupos são: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas ilícitas, profissionais do sexo e populações confinadas ^{5, 7, 8}.

Em relação ao número de casos novos, nos últimos anos observa-se estabilização da taxa de detecção de aids no país destacando-se a diminuição da taxa de detecção na Região Sudeste e crescimento nas demais regiões sobretudo o acentuado crescimento observado na Região Sul ⁷.

Ao longo dos anos, os casos de aids foram se disseminando pelo território brasileiro, do litoral para o interior, no que ficou conhecido como processo de interiorização da epidemia. Cerca de 87% dos municípios brasileiros apresentaram pelo

menos um registro de aids até o ano de 2008 ⁷. Atualmente observam-se dois padrões de disseminação da epidemia: o primeiro, em grandes centros urbanos, onde se encontra a maioria dos casos, nos quais a disseminação está associada com maior diversidade de modos de exposição ao HIV e que apresenta tendência à estabilização; por outro lado, nos pequenos municípios observa-se tendência de crescimento da epidemia sendo que a mesma está associada com número menor de categorias de exposição ⁹.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, foram identificados 592.914 casos de aids no período de 1980 a junho de 2010 ⁷.

1.2 O enfrentamento da epidemia de aids no Brasil: PN DST/aids

Desde 1986, o Brasil estruturou o enfrentamento da epidemia da aids tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade ¹⁰. As estratégias elaboradas se desdobraram em ações relacionadas à prevenção, ao diagnóstico da infecção por HIV, à atenção e ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), incluindo as ações de proteção das populações mais vulneráveis. Destacam-se as ações de fortalecimento de gestão e administração de programas e incentivos para os recursos humanos e pesquisa em DST/aids ⁵.

No que diz respeito às ações de prevenção da transmissão sexual da aids, o Programa Nacional de DST/aids (PN DST/aids) disponibilizou e estimulou o uso de

preservativos masculinos e, em menor escala, femininos nos serviços do SUS. Destaca-se a articulação das ações de prevenção em parceria com outros setores governamentais além da saúde, como justiça, direitos humanos, trabalho e educação, e com ONGs, através das quais foi possível planejar ações de prevenção dirigidas a populações vulneráveis como as de conscritos, indígenas e LGBT - lésbicas, gays, bissexuais e travestis ^{5, 10}.

O decréscimo da taxa de incidência de aids em usuário de drogas observada no país pode estar relacionado à política de redução de danos adotada no Brasil, com aumento de práticas de uso seguro de drogas e também com a mudança do perfil de consumo que se verificou em anos recentes, quando se observou elevação do consumo de drogas inalatórias ⁸.

A remuneração de doadores de sangue no País foi proibida partir de 1986, como resultado da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, criada no início dos anos 80, além do advento da aids. Os bancos de sangue passaram a funcionar de forma regulamentada, a doação passou a ser realizada exclusivamente por voluntários e não anônimos e tornou-se obrigatória a realização dos testes para detectar o HIV, entre outros testes, nos doadores. Certamente, esta estratégia representou um grande avanço na prevenção de novas infecções pelo HIV ¹¹.

Segundo o Ministério da Saúde, alguns desafios atuais da prevenção horizontal do HIV/aids são a ampliação de ações nas escolas e presídios, a utilização de novas tecnologias de prevenção e a criação de indicadores para avaliação das ações de prevenção, entre outros ¹⁰.

A transmissão vertical do HIV pode ser evitada se medidas apropriadas forem adotadas durante o pré-natal, no momento do parto e nas primeiras semanas de vida do recém-nascido ¹². Considerando a política nacional de saúde, a organização dos serviços de saúde e estudos científicos disponíveis, a eliminação da transmissão vertical do HIV no Brasil é uma possibilidade concreta, se todas as recomendações forem seguidas. Os insumos necessários para alcançar este objetivo estão disponíveis nos serviços públicos de saúde do SUS: teste de HIV, medicamentos antirretrovirais (ARV), inibidores de lactação e fórmula láctea infantil. Em locais onde as medidas profiláticas preconizadas pelo MS foram implantadas na rotina de pré-natal, as taxas de transmissão vertical foram reduzidas a menos de 2%, abaixo dos padrões aceitos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Cita-se como exemplo o Estado de São Paulo, com taxa de transmissão vertical de 2,7% em 2006 ^{7, 13}. Entretanto, realizar o diagnóstico precocemente em gestantes com objetivo de diminuir a transmissão vertical ainda é um desafio para o País ¹⁴. Somente 52% das gestantes brasileiras receberam intervenções no pré-natal para prevenir a transmissão vertical do HIV, e no Estado de São Paulo a cobertura foi de 82%. Observa-se que as taxas de transmissão vertical nas regiões Norte e Centro-Oeste são de 13,4% e 4,3% respectivamente, acima dos padrões recomendados pela OPAS ^{5, 7, 13}. O acesso ao diagnóstico do HIV é universal no Brasil. A estruturação das redes laboratoriais de testagem e aconselhamento e mais recentemente a introdução dos testes rápidos anti-HIV são descentralizadas. Destaca-se aqui a importância da implantação do teste rápido anti-HIV, cujo objetivo é facilitar o acesso e elevar a taxa de cobertura do diagnóstico da infecção, e que, devido à

facilidade e rapidez de execução, permite que se alcance um aumento da cobertura de testagem de maneira eficiente ^{5, 10}.

Outro ponto importante é a sustentabilidade das ações de diagnóstico do HIV. Os insumos para realização do teste rápido anti-HIV são fabricados por indústrias farmacêuticas brasileiras ⁵.

O Brasil foi pioneiro, na década de 1990, na adoção de uma política de acesso universal ao tratamento antirretroviral (TARV). O tratamento é gratuito, disponível nas unidades especializadas de atendimento aos pacientes com HIV/aids do SUS. A introdução dos ARV altamente eficazes para o tratamento de HIV/aids trouxe avanços na redução da mortalidade e morbidade por aids, e aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas com HIV/aids ^{15, 16, 17, 18}. Nos setores produtivos da economia, o uso de ARV representou redução da mortalidade e melhorias significativas dos índices de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), para pessoas com HIV/aids em idade economicamente ativa ¹⁹.

Recentes estudos sugerem que a ampliação da cobertura de pessoas com HIV/aids que recebem os medicamentos antirretrovirais que vem sendo adotada em muitos países colaborou no declínio de novas infecções por HIV. Além de melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade por aids, o uso de ARV, é reconhecido como instrumento para reduzir a transmissão do HIV ⁴.

Do ponto de vista da gestão de informação, a inclusão da aids como doença de notificação compulsória, ocorrida em 1986, através da Portaria 542 do MS foi a principal estratégia de Vigilância Epidemiológica para monitorar o agravo da doença no

País ²⁰. Além dos casos de aids, a notificação e investigação de outros agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN) - tem como objetivo o controle do registro e o processamento dos dados que resultam no fornecimento de informações para análise do perfil da morbidade utilizadas para tomar decisões importantes sobre a doença em níveis locais, regionais e nacional. Atualmente, as fontes de dados sobre a ocorrência de aids no Brasil estão no SINAN-aids, implementado em 1993, que é a base de dados eletrônica de vigilância epidemiológica de maior importância no País. Os dados são oriundos das notificações universais de casos confirmados de aids conforme definição adotada no Brasil. No Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) são registrados todos os óbitos através da utilização de declaração de óbito padronizado em todo território nacional. O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi criado em 1997, com objetivo de analisar e controlar prescrições médicas de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde além de ser utilizado como uma ferramenta de gestão de apoio logístico de distribuição, dispensação e controle de estoque dos antirretrovirais. O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) de CD4/CD8 e de carga viral para o HIV foi desenvolvido em 1997, com finalidade de armazenar os resultados dos exames realizados por pacientes e está implantado em todos os estados do Brasil ^{5,7}.

Apesar das bases de dados terem finalidades e padronizações diferentes, os dados dos sistemas de informação citados são analisados em conjunto por meio do método de relacionamento probabilístico de bancos de dados, o que resultou na

ampliação da identificação dos casos de aids no País. Em vários campos da área da saúde é crescente o emprego da ferramenta de relacionamento de bases de dados organizados em distintos sistemas de informação, de abrangência nacional, para fins de vigilância epidemiológica, avaliação de acesso e pesquisa. O MS usa esta ferramenta para identificar se existe subnotificação de casos de aids ou notificação em duplicidade, além de produzir importantes indicadores de análise da disseminação da aids em grupos com diferentes vulnerabilidades, monitoramento da evolução de outras doenças sexualmente transmissíveis e o subsidio de ações de prevenção e controle da aids^{5, 7, 21}.

Em 2003, estudo mostrou a importância do conhecimento do fluxo desde a produção dos dados até a divulgação das informações analisadas e consolidadas do SINAN/aids, destacando as perdas dos documentos originais de coleta e a necessidade do aprimoramento das informações a serem coletadas²².

Do ponto de vista da gestão, segundo levantamento realizado pelo MS, em 2008 foram gastos 1,40 bilhões de reais para fortalecer a Política Nacional de DST/aids, mundialmente reconhecida, através de programas de prevenção, atenção e tratamento, ações de fortalecimento das populações mais vulneráveis, fortalecimento da gestão e administração de programas, incentivos para os recursos humanos e pesquisa em DST/aids⁵.

1.3 O SEAP HIV/Aids e o SIGH

O Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids – Casa da Aids – (SEAP HIV/Aids) é um serviço da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Foi fundado em 1994, com o objetivo de promover, de modo integrado, ensino, pesquisa e assistência para pacientes adultos vivendo com HIV/aids²³.

Na ocasião da condução deste estudo, atuavam no SEAP HIV/Aids médicos infectologistas, ginecologista, psiquiatra, oftalmologista, proctologista, cirurgião dentista, farmacêutico, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Disponha de hospital-dia com nove leitos, além de farmácia para dispensação de medicamentos antirretrovirais e complementares.

Na área de ensino, destacam-se as atividades teórico-práticas do Programa de Residência Médica em Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) para os R-1, 2 e 3, a disciplina de pós-graduação senso estrito da FMUSP “Pesquisa Aplicada à Infecção por HIV/aids”, o desenvolvimento dos Programas de Aprimoramento de Psicologia e Serviço Social do HCFMUSP, atividades da Liga de Prevenção de HIV/aids da FMUSP e o processo de educação continuada dirigido à força de trabalho atuando no SEAP HIV/Aids. O serviço constituía-se em amplo campo de pesquisa para diversas áreas profissionais.

Destaca-se a Jornada Científica, realizada anualmente, com apresentações focalizadas em projetos relacionados ao HIV/aids, em especial àqueles desenvolvidos na Instituição²⁴.

Com relação à assistência, estavam em acompanhamento ambulatorial no Serviço aproximadamente 3.300 pacientes adultos vivendo com HIV/aids através do SUS. O primeiro atendimento do paciente com HIV/aids no serviço era realizado pelo médico ou pela equipe multiprofissional quando da aplicação do teste rápido de diagnóstico de HIV. As novas matrículas de pacientes no serviço buscavam contemplar os objetivos institucionais de ensino, pesquisa e assistência.

Depois de matriculado no SEAP HIV/Aids, o paciente adulto com HIV/aids era acompanhado por médico infectologista. Para a primeira consulta médica destinava-se um período de 60 minutos; as consultas subsequentes de seguimento tinham duração média de 30 minutos e a periodicidade do agendamento variava de acordo com as condições clínicas, a fase do tratamento, e disponibilidade de agenda do serviço.

Além das consultas agendadas de caso novo e de seguimento, era oferecido atendimento médico sem agendamento também com médico infectologista, para atender as necessidades dos pacientes com HIV/aids que compareciam ao serviço por demanda espontânea. A organização do atendimento desta consulta era feita disponibilizando uma escala diária dos médicos infectologistas. Análogo às consultas médicas sem agendamento, era oferecido aos pacientes o plantão psicológico e o atendimento de serviço social para atender a demanda psicológica e/ou social.

O atendimento interdisciplinar era oferecido nas áreas de infectologia, saúde mental (psiquiátrico e psicológico), saúde da mulher (ginecologia), oftalmologia, proctologia, saúde bucal, serviço social e nutrição. Adicionalmente eram realizados projetos assistenciais de adesão ao tratamento antirretroviral, de prevenção à DST/aids, ambulatório de transição com jovens com HIV/aids e de humanização.

A captação do paciente em abandono e dos que faltam seguidamente à consulta de infectologia era feito pelos profissionais que participavam do projeto assistencial de adesão ao TARV.

Os pacientes adultos com HIV/aids em acompanhamento no Serviço, retiravam medicamentos na farmácia do Serviço. A dispensação de medicamentos era eletrônica, em data agendada acordada entre o paciente e o técnico da farmácia. No SEAP HIV/Aids, junto aos medicamentos antirretrovirais o paciente retirava todos os medicamentos prescritos nos serviços do Sistema HCFMUSP em um único agendamento. Para estimular a adesão ao TARV, os pacientes que compareciam à farmácia na data agendada tinham atendimento priorizado, mas a medicação também era fornecida aos pacientes que vinham retirá-la fora da data do agendamento, no mesmo dia, para garantir o acesso e inibir a replicação do HIV. A dispensação dos medicamentos com data agendada está relacionada a uma das diretrizes preconizadas pelo PN DST/aids, do uso racional de medicamentos, além de contribuir para organização do serviço e redução do tempo de espera dos pacientes^{25, 26}.

O registro dos dados cadastrais dos pacientes em acompanhamento no SEAP HIV/Aids e as passagens de cada paciente em consultas médicas ou atendimentos no serviço era realizado no Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH). O SIGH, desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP) está implantado nos institutos e serviços do Sistema HCFMUSP e é amplamente utilizado em serviços de saúde ligados ao SUS no Estado de São Paulo ²⁷. São registrados no SIGH, além dos atendimentos ambulatoriais, as passagens em unidades hospitalares de internações, prontos socorros e cirurgias. Permite também o registro de prescrição e dispensação de medicamentos ²⁸.

Com objetivo de desenvolver um modelo assistencial voltado para elevar a adesão ao TARV dos PVHA, iniciou-se em 2004 a implementação do SIGH no SEAP HIV/Aids. Inicialmente este foi utilizado para registro das consultas médicas e atendimentos das disciplinas de saúde de psicologia, serviço social e nutrição e o agendamento de coleta de exames. Posteriormente foram implantados os módulos destinados ao registro da prescrição e dispensação de medicamentos e também estava em funcionamento o módulo de acesso aos resultados de exames de apoio ao diagnóstico dos pacientes.

Taxas de faltas e de ocupação são indicadores classicamente utilizados para fins de avaliação do desempenho dos serviços de saúde e de faturamento ^{29, 30}.

No SEAP HIV/Aids existia uma preocupação crescente em utilizar instrumentos de processo administrativo para atender necessidades institucionais de assistência, ensino e pesquisa. Era feito um esforço institucional no sentido de utilizar o SIGH, ferramenta de gestão informatizada, para a obtenção de informações e a criação de indicadores que pudessem monitorar a adesão dos PVHA ao acompanhamento e ao tratamento, tais como comparecimento dos pacientes às consultas agendadas e retiradas de medicamentos, em especial dos ARV.

Em 2007, o SEAP HIV/Aids recebeu o Prêmio Governador Mario Covas do Governo do Estado de São Paulo na categoria “Eficiência no Uso dos Recursos Públicos e Desburocratização” em reconhecimento ao projeto de gestão desenvolvido com foco na adesão ao tratamento de pacientes vivendo com HIV/aids ³¹.

Outro fato relevante em 2007, foi a classificação do SEAP HIV/Aids no padrão “Ouro” da avaliação dos serviços especializados em HIV/aids de todo território nacional realizado pelo PN DST/aids, através da avaliação padronizada do Sistema QUALIAIDS ³².

1.4 O paciente que falta à consulta

Aproximadamente 190 mil pessoas com HIV/aids estão em terapia antirretroviral no Brasil ⁵. O desafio para atingir maior efetividade e impacto da terapia para estes pacientes depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso ^{33, 34, 35}.

Do ponto de vista da gestão, a falta à consulta agendada é um problema para os serviços de saúde. Todo o aparato que é preparado para atender o paciente, e que se traduz em custos, não é suficientemente aproveitado pelo usuário do serviço. A falta pode ser entendida como oportunidade perdida com relação à realização de um serviço. Os custos envolvidos, geralmente ocultos, decorrentes da falta do paciente à consulta agendada são: movimentação inútil de prontuários e de outros documentos utilizados nas consultas e atendimentos, retrabalho para reagendar uma nova consulta médica, ociosidade da equipe durante o período da falta e o sobreconsumo de materiais ³⁶.

Estudos mostram que a forma como está organizado o serviço de saúde é um dos fatores relevantes relacionados à adesão do paciente ao TARV, além daqueles relacionados ao próprio tratamento, e as características individuais dos pacientes com HIV/aids. Barreiras de acesso ao serviço e à informação, falta de regularidade no comparecimento às consultas agendadas e nas retiradas de medicamentos podem associar-se negativamente à adesão ^{34, 35, 37, 38, 39}.

Observações prévias utilizando a base de dados sobre agendamento de consultas de infectologia obtidos do SIGH, realizadas em 2005 a 2007, sobre falta dos pacientes em acompanhamento no SEAP HIV/Aids, mostraram que houve redução, de 2005 a 2007, da proporção de pacientes que faltaram às consultas e, entre os que faltaram, redução do número de faltas. Observou-se que a média de consultas agendadas em infectologia entre os pacientes que faltaram era 33% superior à média dos que não faltaram ⁴⁰.

Em 1999, Catz, um dos pioneiros a estudar a falta de pacientes com HIV/aids em consultas agendadas, através de um estudo prospectivo, identificou que os pacientes faltavam em aproximadamente 25% das consultas agendadas, e características como idade - especialmente os mais jovens, etnia, estágio da doença e percepção do apoio social foram fatores preditivos para a falta ⁴¹.

Dada a importância do comparecimento às consultas médicas entre pacientes com HIV/aids para a efetividade do TARV, torna-se fundamental a identificação das características que podem associar-se com falta em consulta agendada. Em estudo publicado em 2001 identificou que a média de faltas foi mais elevada entre sujeitos com menos de 26 anos, heterossexuais e entre mulheres ⁴². O fenômeno do não comparecimento (*“no show”*) descrito em 2007, identificou que falta à consulta médica é mais comum em pacientes do sexo feminino, etnias minoritárias e pessoas em condições sociais menos favorecidas ⁴³.

Em estudo desenvolvido na Coreia do Sul, publicado em 2007, o número de faltas às consultas agendadas e o total de dias perdidos entre a falta e a próxima consulta foram identificados como fatores de risco para ocorrência de novas doenças definidoras de aids ou óbito ³⁹.

O conhecimento das características do paciente que falta à consulta e das condições associadas às faltas pode auxiliar a melhoria da qualidade da assistência prestada, e contribuir para os demais objetivos institucionais de ensino e de pesquisa. A utilização da base de dados do SIGH para produzir este conhecimento pode ser uma opção simples e acessível para os equipamentos de saúde que o utilizam.

2 Pergunta do estudo

É possível identificar as características dos pacientes adultos com HIV/aids que faltaram às consultas agendadas de infectologia através de um banco de dados de um sistema informatizado utilizado para finalidades administrativas de produção e faturamento?

3 Objetivos

1- Descrever as características dos pacientes adultos com HIV/aids acompanhados no SEAP HIV/Aids que faltaram às consultas médicas agendadas de infectologia através de informações registradas no SIGH em 2007.

2- Comparar as características dos pacientes adultos com HIV/aids que faltaram e não faltaram às consultas médicas, no mesmo período da análise.

“A força não provém da capacidade física e sim de uma
vontade indomável.”

Mahatma Gandhi (1869-1948)

4 Métodos

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo realizado em serviço com pacientes HIV/aids em acompanhamento no SEAP HIV/Aids em 2007.

4.2 Seleção da casuística

A seleção da casuística foi realizada com base no registro de informações sobre agendamento de consultas médicas de infectologia em 2007.

Foram incluídos os pacientes com pelo menos uma consulta médica agendada de infectologia em 2007 e que tinham registro de consulta agendada de infectologia em 2006.

Foram excluídos:

- os indivíduos para os quais se identificou discordância nos registros de informações sobre sexo e data de nascimento;
- gestantes, que foram identificadas da seguinte maneira: pacientes do sexo feminino com registro de consulta médica em obstetrícia e/ou com registro de retirada do antirretroviral – zidovudina 10mg injetável;
- indivíduos com registro de óbito ou transferência de serviço antes da primeira consulta agendada de infectologia em 2007.

4.3 Variável desfecho

Definiu-se como variável desfecho ou resposta do estudo a falta em uma ou mais consultas médicas agendadas de infectologia em 2007.

4.4 Variáveis independentes

4.4.1 Sexo

Categorizou-se a variável sexo em “masculino” ou “feminino” de acordo com as categorias disponíveis no SIGH.

4.4.2 Idade

A idade em 2007 em anos completos foi obtida a partir da data de nascimento do indivíduo registrada no SIGH.

4.4.3 Cor

O registro da variável cor no SIGH em 2007 era de preenchimento livre e não se encontrava padronizado conforme os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Categorizou-se a variável cor em “preenchida” ou “ignorada ou em branco”.

4.4.4 Ocupação

O registro da ocupação no SIGH é de preenchimento livre. As informações não se encontram padronizadas de acordo com a lista de ocupações da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil. Categorizou-se esta variável em “preenchida” ou “ignorada ou em branco”.

4.4.5 Endereço

O registro do endereço no SIGH é de preenchimento livre e podem ser registrados o endereço residencial ou do local de trabalho. O registro do Código de Endereçamento Postal (CEP) criado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos é opcional. Categorizou-se a variável endereço em “preenchida” ou “ignorada ou em branco”.

4.4.6 Frequência de consultas médicas agendadas de infectologia em 2007

Os dados sobre as consultas médicas agendadas de infectologia em 2007 disponíveis no módulo agendamento do SIGH, foram obtidos através de consulta ao SIGH feitas dos terminais de computadores instalados no SEAP HIV/Aids.

O comparecimento do paciente à consulta agendada é registrado no SIGH como “retorno” e a falta em consulta agendada é registrada como “falta”.

Foram excluídos os registros de consultas médicas agendadas de infectologia em duplicidade na mesma data com o mesmo médico infectologista, que foram considerados erros de preenchimento do sistema.

Contabilizou-se o número de comparecimentos e de faltas para cada sujeito da pesquisa e o total de consultas agendadas foi obtido pela soma de comparecimentos e faltas.

A taxa de falta em consultas médicas agendadas de infectologia foi definida como a relação percentual entre o número de faltas e de consultas agendadas, isto é comparecimentos mais faltas:

$$\text{TxF} = \frac{\text{número de faltas} \times 100}{\text{número de consultas agendadas}}$$

Foram excluídos da análise todos os registros de consultas médicas e atendimentos registrados durante internação e após transferência de serviço ou óbito do sujeito em 2007.

No banco de dados do cadastro de pacientes do agendamento do SIGH não há a informação sobre a situação do paciente, isto é, se o mesmo está em acompanhamento no serviço, se foi transferido para continuar o tratamento em outro serviço, ou se foi a óbito. Para obter esta informação foi consultado o banco de cadastro de pacientes em 2008, obtido do SIGH, identificando-se os que tinham consulta médica agendada de infectologia em 2008, sendo, portanto, considerados em acompanhamento no Serviço. Para esclarecer a situação dos sujeitos que faltaram às consultas médicas - sem registro de consulta médica agendada de infectologia em 2008 foram adotadas as seguintes medidas:

1- Consulta ao SIGH no módulo de internação hospitalar no ICHCFMUSP, para identificar se houve internação do sujeito e óbito na internação.

2- Consulta ao caderno de registro do Serviço Social do SEAP HIV/Aids para pesquisa de óbitos relatados por contactantes e transferência do sujeito para continuar o tratamento em outro serviço.

3- Consulta em prontuário do sujeito de pesquisa sob guarda no Arquivo Médico do SEAP HIV/Aids para pesquisa de registro de transferência e óbito.

4- Consulta ao cadastro de óbitos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM) para pesquisa de óbito.

4.4.7 Característica do médico infectologista que acompanhou o sujeito em 2007 e mudança do mesmo

Com base nos dados do registro de comparecimentos em consultas médicas agendadas de infectologia em 2007, identificou-se o médico infectologista que acompanhou o sujeito. O médico foi caracterizado como assistente ou residente. Adicionalmente, verificou-se se houve mudança do médico responsável pelo sujeito no período.

4.4.8 Frequência de consultas médicas sem agendamento de infectologia em 2007

As consultas médicas sem agendamento prévio de infectologia são originadas por demanda espontânea dos pacientes no Serviço. No SIGH estas consultas estão registradas como “fora de dia” – FD. Para cada sujeito da pesquisa, contabilizou-se o número de consultas médicas sem agendamento de infectologia em 2007.

4.4.9 Frequência de consultas em outras especialidades médicas e atendimentos em disciplinas de saúde no SEAP HIV/Aids em 2007

Nesta variável, foram incluídos os registros de comparecimentos em consultas médicas dos sujeitos nas especialidades médicas realizadas no SEAP HIV/Aids em 2007: ginecologia, psiquiatria, proctologia, oftalmologia e cirurgia plástica.

As disciplinas de saúde que ofereciam atendimento no SEAP HIV/Aids consideradas na análise em 2007 foram: odontologia, nutrição, psicologia e serviço social. Os atendimentos em odontologia, psicologia e nutrição eram realizados com agendamento prévio sendo assim incluídos os registros de comparecimentos na análise.

Os atendimentos do serviço social eram realizados sem agendamento prévio, sendo, portanto, considerados para este projeto todos os comparecimentos em atendimentos em serviço social com registro “FD”.

O registro das consultas de ginecologia foi obtido para os sujeitos do sexo feminino incluídos na pesquisa.

Para cada sujeito da pesquisa, contabilizou-se o número de consultas médicas de outras especialidades e os atendimentos em disciplinas de saúde em 2007.

4.4.10 Internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007

Os dados sobre o registro de internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007, disponíveis no SIGH foram obtidos pela PRODESP e transferidos em arquivo digitalizado para o SEAP HIV/Aids através do Serviço de Arquivo Médico do ICHCFMUSP.

Para cada sujeito, verificou-se o registro de internação hospitalar no ICHCFMUSP o desfecho da internação em “alta” ou “óbito” conforme informação disponível no banco de dados.

4.4.11 Frequência de comparecimentos às retiradas de ARV em 2007

Os dados do registro de retiradas de medicamentos disponíveis no SIGH em 2007, foram obtidos através de consultas ao SIGH realizadas dos terminais de computadores instalados no SEAP HIV/Aids.

Inicialmente foram caracterizados como em uso de ARV todos os sujeitos para os quais se obteve o registro no SIGH de pelo menos uma retirada de ARV em 2007.

Considerando que a dispensação de medicamentos antirretrovirais é mensal, são previstas 12 retiradas de ARV por ano. Para cada sujeito da pesquisa, calculou-se a taxa de comparecimento para retiradas de ARV em 2007, definida como a relação percentual entre o número de retiradas efetuadas e número de retiradas previstas:

$$\text{TxC} = \frac{\text{número de retiradas efetuadas} \times 100}{\text{número previsto de retiradas}}$$

Com base nas datas de retirada de ARV em 2007 verificou-se o número de comparecimentos para as retiradas.

Para o cálculo da taxa de retiradas de ARV, inicialmente identificou-se entre os sujeitos que retiraram ARV em 2007 aqueles que já o faziam em 2006, para os quais se previram 12 retiradas de ARV em 2007.

A dispensação de medicamentos deve ser mensal. Porém o PN DST/aids possibilita a dispensação dos ARV em situações excepcionais para até 3 meses em casos de férias, por necessidade de trabalho ou longa distância entre a residência e o local de tratamento ²⁵. Frequentemente, pacientes viajam no final do ano e não comparecem para retirar medicamentos em janeiro e/ou fevereiro. Estes pacientes podem retirar medicamentos em dobro nos meses de outubro, novembro ou dezembro do ano anterior.

Para aqueles que iniciaram TARV antes de 2007, identificou-se quais os sujeitos que retiraram ARV em dobro nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2006, sendo estas retiradas adicionadas às de 2007 para os mesmos.

Os sujeitos com registro de retiradas de ARV em 2007 e sem registro em 2006 foram caracterizados, na análise, como tendo iniciado TARV em 2007. Para estes sujeitos identificou-se qual foi o primeiro mês em que ocorreu a retirada em 2007 e o número previsto de retiradas em 2007 foi proporcional ao período do ano relativo ao início do tratamento antirretroviral. Por exemplo, um sujeito cuja primeira retirada ocorreu em maio de 2007, espera-se que compareça às retiradas no período de maio a dezembro de 2007. Sendo assim, o número previsto é de 9 retiradas de ARV em 2007.

Nas situações em que houve transferência de serviço ou óbito do sujeito em 2007, o número previsto de retiradas de ARV foi calculado até o mês em que ocorreu o evento supra citado. Por exemplo, o sujeito que retirou ARV em janeiro de 2007 e foi transferido de serviço em outubro de 2007. O número previsto de retirada de ARV em 2007 corresponde ao período de janeiro a outubro, ou seja, 10 retiradas.

4.5 Análise estatística

Inicialmente as informações do cadastro do paciente e agendamento, retiradas de medicamentos e internação foram obtidas separadamente e submetidas à padronização de formatação no programa *Microsoft Excel* 2007. Os arquivos foram agrupados em arquivo único, em formato de banco de dados e transcritos para o programa *SPSS – Statistics*, versão 17.0. A análise descritiva das variáveis desfecho e independentes com medidas de tendência central e proporções foi realizada utilizando o programa *Microsoft Excel* 2007. A análise da associação bruta entre as variáveis desfecho e independentes foi realizada pelos testes de qui-quadrado de *Pearson* e teste *t* de *Student* com IC de 95%, sendo considerado com significado estatístico $p \leq 5\%$.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob parecer CAPPesq 0115/2009. Adicionalmente, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, cujo parecer CEP/SMS 240/2011. Por se tratar de estudo baseado em registro secundário, tendo sido garantido o anonimato e o sigilo das informações, os Comitês de Ética aprovaram a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

5 Resultados

5.1 Seleção da casuística

De acordo com os dados obtidos do SIGH havia 3325 pacientes em acompanhamento no SEAP HIV/Aids em 1 de janeiro de 2007. Destes, 3133 tiveram consultas médicas agendadas em infectologia em 2006, sendo, portanto, elegíveis para a pesquisa. Foram excluídos 12 por discordância nas informações sobre sexo ou data de nascimento, 18 porque não tinham consulta agendada de infectologia, 21 por estarem gestantes, 2 devido a óbito antes da primeira consulta agendada de infectologia e 5 devido a transferência de serviço antes da primeira consulta agendada de infectologia, em 2007. Desta forma, 3075 sujeitos foram incluídos na análise, conforme apresentamos na figura 1.

Figura1- Algoritmo de inclusão da casuística

5.2 Identificação dos sujeitos que faltaram em consultas agendadas de infectologia

Através dos dados do registro de consultas agendadas de infectologia obtidos do SIGH, inicialmente identificou-se que dos 3075 sujeitos incluídos, 39,7% (1220) tinham registro de pelo menos uma falta em consulta agendada de infectologia em 2007. Foram identificados e excluídos os registros de faltas durante período de internação hospitalar, após óbito ou sujeitos que foram transferidos de serviço, de forma que 25 sujeitos deixaram de ter registro de falta. Assim, foram identificados 1195 sujeitos que faltaram em consulta agendada de infectologia, ou seja, 38,9% dos sujeitos, conforme apresentamos na figura seguinte.

5.3 Características sócio-demográficas

Dos 3075 sujeitos da pesquisa, 70,1% (2157) eram do sexo masculino e 29,9% (918) do sexo feminino.

Observou-se que a idade variou de 18 a 81 anos, com média de 44 anos, desvio padrão de 9,34 e mediana de 43. Vinte e cinco por cento (primeiro quartil) dos indivíduos tinham idade entre 18 e 38 anos, 50% (segundo quartil) entre 18 e 43 anos e 75% (terceiro quartil) entre 18 e 49 anos, conforme apresentamos na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007

Sexo	idade				quartil		
	média	DP	mediana	Mín - Máx			
					1º	2º	3º
M	44,1	9,12	43	18 - 81	38	43	49
F	43,8	9,84	43	21 - 74	37	43	49
Total	44,0	9,34	43	18 - 81	38	43	49

NOTA: Incluídos 3075 sujeitos.

Gráfico 1- Distribuição dos sujeitos segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007

NOTA: Incluídos 3075 sujeitos

Observou-se que o registro das variáveis cor, ocupação e endereço no SIGH se encontravam preenchidos respectivamente para 98,1% (3018), 83,3% (2562) e 98,8% (3037) dos sujeitos incluídos.

5.3.1 Características sócio-demográficas dos sujeitos que faltaram em consultas agendadas de infectologia

Entre os 1195 sujeitos que faltaram, 69,1% (826) eram do sexo masculino e 30,9% (369) do sexo feminino.

Observou-se que a variável sexo não esteve associada à falta em consultas agendadas de infectologia ($p=0,32$), conforme tabela 10.

Gráfico 2- Proporção de sujeitos que faltaram segundo sexo e idade - SEAP HIV/Aids – 2007

NOTA: Idade dos sujeitos agrupada segundo quartis.
Teste de qui-quadrado de tendência.
Incluídos 1195 sujeitos.

No gráfico 2 apresentamos a proporção de sujeitos que faltaram segundo faixas de idade agrupada. Observou-se que a proporção de sujeitos que faltaram diminuiu à medida em que aumentou a faixa etária dos sujeitos ($p < 0,001$).

De acordo com resultados apresentados na tabela 2, observamos que a média de idade dos sujeitos que faltaram foi menor do que entre os que não faltaram ($p < 0,001$). A idade dos sujeitos que faltaram variou de 18 a 81 anos, com média de 42,1 anos, desvio padrão de 8,98 e mediana de 41. Entre os que não faltaram, a idade variou de 20 a 80 anos, com média de 45,2 anos, desvio padrão de 9,36 e mediana de 44.

Tabela 2- Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos da idade em anos segundo sujeitos que faltaram ou que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007

	Idade				
	média	DP	mediana	Mín - Máx	p
Faltaram	42,1	8,98	41	18 - 81	<0,001
Não faltaram	45,2	9,36	44	20 - 80	

NOTA: Teste *t* de *Student*. Incluídos 3075 sujeitos.

5.4 Frequência de consultas médicas de infectologia em 2007: agendadas e sem agendamento

5.4.1 Frequência de consultas agendadas de infectologia (soma de comparecimentos e faltas)

Dos 13.750 registros de consultas agendadas de infectologia em 2007, foram identificados e excluídos 48, devido a registros em duplicidade na mesma data com o mesmo médico e 68, que foram registrados durante o período de internação hospitalar, após transferência de serviço ou óbito do sujeito.

Desta forma, foram incluídos na análise 13.634 registros de consultas agendadas de infectologia em 2007. O número de consultas agendadas por sujeito variou 1 a 23, com média de 4,4, desvio padrão de 1,89 e mediana de 4, conforme apresentamos na tabela 6.

5.4.1.1 Comparação da frequência de consultas agendadas de infectologia (soma de comparecimentos e faltas) entre os sujeitos que faltaram e os que não faltaram às mesmas.

Dos 13.634 registros de consultas agendadas de infectologia incluídos na análise, 45,7% (6.237) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 54,3% (7.397) aos que não faltaram.

De acordo com a tabela 3, a média de consultas agendadas entre os sujeitos que faltaram foi maior que entre os demais ($p < 0,001$). A frequência de consultas agendadas de infectologia entre os sujeitos que faltaram variou de 1 a 23 consultas, com média de 5,2, desvio padrão de 2,19 e mediana de 5. Entre os sujeitos que não faltaram, esta frequência variou de 1 a 16 consultas, com média de 3,9, desvio padrão de 1,46 e mediana de 4.

Tabela 3- Agendamentos de consultas de infectologia: médias (DP), medianas e valores máximos e mínimos de consultas agendadas de infectologia segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007

	Consultas agendadas de infectologia				
	média	DP	mediana	Mín - Máx	p
Faltaram	5,2	2,19	5	1 - 23	<0,001
Não faltaram	3,9	1,46	4	1 - 16	

NOTA: Teste *t* de *Student*. Incluídos 3075 sujeitos.

5.4.1.2 Frequência de comparecimentos às consultas agendadas de infectologia

Foram incluídos na análise 11.738 registros de comparecimento às consultas agendadas de infectologia. Observou-se que o número de comparecimentos às consultas agendadas de infectologia variou de 0 a 21, com média de 3,8 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 1,72 e mediana de 4 (tabela 6); 37,0% (4.341) são relativos a sujeitos que faltaram e 63,0% (7.397) a sujeitos que não faltaram.

Gráfico 3- Distribuição de sujeitos que faltaram e que não faltaram segundo frequência de consultas agendadas e comparecimentos às consultas agendadas de infectologia - SEAP HIV/Aids – 2007

Nota: Incluídos 3075 sujeitos

Conforme tabela 4, observou-se que a média de comparecimentos às consultas agendadas entre sujeitos que não faltaram foi maior do que entre os que faltaram ($p < 0,001$), embora estes tenham agendado mais consultas, segundo a tabela 3. A frequência de comparecimentos às consultas agendadas de infectologia entre os 1195 sujeitos que faltaram variou de 0 a 21, com média de 3,6, desvio padrão de 2,05 e mediana de 3. Entre os 1880 sujeitos que não faltaram, a frequência de comparecimentos é a mesma de consultas agendadas de infectologia (Gráfico 3).

Tabela 4- Comparecimento às consultas agendadas de infectologia: médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de comparecimentos segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007

	Comparecimentos às consultas agendadas de infectologia				
	média	DP	mediana	Mín - Máx	p
Faltaram	3,6	2,05	3	0 - 21	<0,001
Não faltaram	3,9	1,46	4	1 - 16	

NOTA: Teste *t* de Student. Incluídos 3075 sujeitos.

5.4.1.3 Frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia

Foram incluídos na análise 1.896 registros de faltas. Observou-se que 38,9% (1195 de 3075) dos sujeitos tinham registros de pelo menos uma falta em consultas agendadas em 2007. Dentre os sujeitos que faltaram, observou-se que o número de

faltas variou de 1 a 6, com média por sujeito que falta de 1,6 faltas, desvio padrão de 0,86, mediana de 1, conforme apresentamos na tabela 6.

5.4.1.4 Taxa de faltas em consultas agendadas de infectologia

Observou-se que a taxa de faltas em consultas agendadas de infectologia foi de 13,9% (1.896 faltas de 13.634 consultas agendadas) em 2007.

Ao analisarmos as taxas de faltas de acordo com o número de faltas agrupadas em três grupos, observou-se que a taxa de faltas aumentou à medida de aumenta o número de faltas (tabela 5).

Tabela 5- Distribuição de sujeitos segundo faltas em consultas agendadas de infectologia - SEAP HIV/Aids – 2007

Faltas	n sujeitos (%)	n faltas (%)	Taxa de faltas (%)
1	715 (23,3)	715 (37,7)	21,2
2	321 (10,4)	642 (33,9)	36,0
3 a 6	159 (5,2)	539 (28,4)	49,8

NOTA: 3075 sujeitos incluídos; 1195 sujeitos que faltaram em consultas agendadas de infectologia.

Trinta e sete sujeitos, ou seja, 1,2% dos 3075 sujeitos incluídos, não compareceram a nenhuma consulta agendada em 2007, isto é, faltaram em todas as consultas agendadas. Conforme foi apresentado na metodologia deste estudo, o SIGH não identifica se o paciente abandonou o tratamento, se faleceu ou foi transferido para

continuar tratamento em outra instituição. Procurou-se esclarecer a situação destes sujeitos através de consulta ao módulo internação no ICHCFMUSP do SIGH, ao caderno de registro do Serviço Social do SEAP HIV/Aids, em prontuário do sujeito de pesquisa sob guarda no Arquivo Médico do SEAP HIV/Aids e ao cadastro de óbitos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM). Desta forma, foram identificados 4 sujeitos que retornaram ao acompanhamento no SEAP HIV/Aids no ano seguinte, 6 que foram transferidos de serviço e para 27 não se obteve informação.

5.4.2 Frequência de consultas sem agendamento de infectologia

Dos 2.976 registros de comparecimento em consultas sem agendamento de infectologia em 2007, foram identificados e excluídos 28 devido a registro em duplicidade, no mesmo dia com o mesmo médico e 4 por terem sido registrados após transferência de serviço do sujeito da pesquisa em 2007. Assim, foram incluídos na análise 2.944 registros de comparecimento de consultas sem agendamento de infectologia.

Observou-se que 43,2% (1328 de 3075) dos sujeitos tinham registros de comparecimento em consultas sem agendamento de infectologia em 2007. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 18, média de 2,2

comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 1,90 e mediana de 2, conforme apresentamos na tabela 6.

Tabela 6- Distribuição e medidas de tendência central de consultas de infectologia segundo modalidade da consulta e desfecho - SEAP HIV/Aids – 2007

Consultas de Infectologia		n (%)	média	DP	mediana	Mín - Máx
Consultas agendadas		13.634 (100)	4,4	1,89	4	1 - 23
comparecimentos		11.738 (86,1)	3,8	1,72	4	0 - 21
faltas		1.896 (13,9)	1,6	0,87	1	1 - 6
Consultas	sem	2.944 (-)	2,2	1,90	2	1 - 18
agendamento						

NOTA: 3075 sujeitos incluídos.

5.4.2.1 Comparação da frequência de consultas sem agendamento de infectologia de acordo com a ocorrência de falta em consultas agendadas de infectologia

Foram incluídos 2.944 registros de comparecimento em consultas sem agendamento de infectologia em 2007, sendo 42,6% (1.254) relativos aos sujeitos que faltaram e 57,4% (1.690) aos que não faltaram.

De acordo com a tabela 10, a proporção de sujeitos que faltaram e que compareceram às consultas sem agendamento (47,6%) foi maior do que a de sujeitos

que não faltaram e que compareceram às consultas sem agendamento (40,4%) ($p < 0,001$).

A frequência de comparecimentos às consultas sem agendamento dos 569 sujeitos que faltaram às consultas agendadas variou de 1 a 15 consultas, com média de 2,2, desvio padrão de 1,79 e mediana de 2. Entre os 759 sujeitos que não faltaram, esta frequência variou de 1 a 18 comparecimentos, com média de 2,2, desvio padrão de 1,98 e mediana de 1 ($p = 0,83$), segundo tabela 7. Não se observou diferença com significado estatístico entre os 2 grupos.

Tabela 7- Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de consultas sem agendamento de infectologia segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007

	Consultas sem agendamento de infectologia				
	média	DP	mediana	Mín - Máx	p
Faltaram	2,2	1,79	2	1 - 15	0,83
Não faltaram	2,2	1,98	1	1 - 18	

NOTA: Teste *t* de *Student*. Incluídos 1328 sujeitos que tinham registro de comparecimento em consultas sem agendamento de infectologia.

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 569 sujeitos que faltaram em consulta agendada e que compareceram às consultas sem agendamento de infectologia variou de 1 a 5, com média de 1,7, desvio padrão de 0,93 e mediana de 1. Entre os 626 sujeitos que faltaram em consulta agendada e que não compareceram às consultas sem agendamento, esta frequência variou de 1 a 6 faltas,

com média de 1,5, desvio padrão de 0,79 e mediana de 1. Conforme apresentado na tabela 11, a média de faltas em consulta de infectologia foi maior entre os sujeitos que faltaram em consulta agendada e compareceram às consultas sem agendamento quando comparados aos que não compareceram ($p=0,00$).

5.5 Característica do médico infectologista que acompanhou o sujeito em 2007

Dentre os 79,9% (2456) dos sujeitos incluídos na análise acompanhados por um único médico infectologista em 2007, 92,3% (2267) foram acompanhados por médicos assistentes e 7,7% (189) por médicos residentes em moléstias infecciosas e parasitárias.

Dentre os 2456 sujeitos acompanhados por um único médico (assistente ou residente), 37,9% (930) faltaram e 62,1% (1526) não faltaram em consultas agendadas.

Quando observamos a distribuição proporcional de sujeitos que faltaram ou não de acordo com a categoria do médico que assistiu o sujeito em 2007, verificamos que houve maior proporção de sujeitos que faltaram entre os que estavam em acompanhamento com médico residente, quando comparados aos acompanhados por médico assistente ($p=0,04$), segundo tabela 10.

5.5.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com as características do médico infectologista

Entre os 845 sujeitos, acompanhados por um médico assistente e que faltaram a frequência de faltas variou de 1 a 5, com média de 1,5, desvio padrão de 0,81 e mediana de 1. Entre os 85 acompanhados por um médico residente e que faltaram, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,7, desvio padrão de 1,01 e mediana de 1. Entre os sujeitos que não sofreram troca de médico em 2007, não se observou diferença na média de faltas de acordo com o tipo de médico responsável pelo atendimento ($p=0,13$), conforme tabela 11.

5.6 Troca de médico

Observou-se que 20,1% (619) sujeitos trocaram de médico infectologista em 2007, sendo 97,4% (603) dos quais acompanhados por 2 médicos e 2,6% (16) por 3 médicos no período.

Dentre os 619 sujeitos que trocaram de médico, 42,8% (265) faltaram e 57,2% (354) não faltaram. De acordo com tabela 10, observou-se que houve associação entre

faltas em consultas agendadas de infectologia e troca de médico em 2007 ($p=0,03$), sendo que os sujeitos que sofreram mudança de médico faltaram em maior proporção.

5.6.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com troca de médico

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia entre os 265 sujeitos que faltaram e que trocaram de médico variou de 1 a 5 faltas, média de 1,7, desvio padrão de 0,96 e mediana de 1. Entre os 930 que faltaram e que não mudaram de médico, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6 faltas, desvio padrão de 0,83 e mediana de 1. Conforme apresentamos na tabela 11, a média de faltas em consultas agendadas de infectologia foi maior entre os sujeitos que faltaram e trocaram de médico quando comparados aos que não trocaram de médico ($p=0,01$).

Ao analisarmos o número de faltas em consultas agendadas de infectologia segundo o número de médicos que assistiram os sujeitos, observou-se que a frequência de faltas dos 257 sujeitos assistidos por 2 médicos variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,7, desvio padrão de 0,92 e mediana de 1. Entre os 8 que foram assistidos por 3 médicos, a frequência variou de 1 a 5 faltas, com média de 2,4, desvio padrão de 1,69 e mediana de 2. Deste modo, de acordo com a tabela 11, observou-se que a média de faltas em consultas agendadas de infectologia dos sujeitos que faltaram e foram

assistidos por 3 médicos foi maior que a média de faltas dos que foram assistidos por 2 médicos ($p=0,04$).

5.7 Frequência de comparecimentos em consultas médicas de outras especialidades e atendimentos de disciplinas de saúde em 2007

5.7.1 Consultas de ginecologia

Foram registrados 1.779 comparecimento de consultas na especialidade de ginecologia em 2007, entre as mulheres incluídas na análise. Foram excluídos 7 registros de comparecimento devido a registro em duplicidade no mesmo dia com o mesmo médico. Portanto, foram incluídos na análise 1.772 registros de comparecimento em consultas de ginecologia, de acordo com a tabela 8.

Dentre as mulheres incluídas, 57,7% (530 de 918 sujeitos do sexo feminino) tinham registros de comparecimento em consultas de ginecologia no período. O número de comparecimentos variou de 1 a 22, com média de 3,3 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 1,84 e mediana de 3, conforme apresentamos na tabela 8.

Dentre os 1.772 registros de comparecimento em consultas de ginecologia em 2007, 31,4% (556) foram relativos às mulheres que faltaram e 68,6% (1.216) às que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

De acordo com tabela 10, observamos que houve associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e comparecimento às consultas de ginecologia: a proporção de mulheres que não faltaram às consultas de infectologia e que compareceram à ginecologia (62,7%) foi superior à das que faltaram (50,4%) ($p < 0,001$).

5.7.1.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à ginecologia

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia das 186 mulheres que faltaram e que compareceram às consultas de ginecologia variou de 1 a 5, com média de 1,5, desvio padrão de 0,79 e mediana de 1. Entre as 183 mulheres que faltaram e que não compareceram às consultas de ginecologia, esta frequência variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,7, desvio padrão de 0,95 e mediana de 1. Conforme apresentamos na tabela 11, a média de faltas em consultas de infectologia foi maior entre as mulheres que não compareceram às consultas de ginecologia quando comparada à média das que compareceram a estas consultas ($p = 0,02$).

5.7.2 Consultas de psiquiatria

Foram registrados 898 comparecimento a consultas na especialidade de psiquiatria em 2007. Foi identificado e excluído 1 registro de comparecimento devido a registro em duplicidade no mesmo dia com o mesmo médico, sendo, portanto, incluídos na análise 897 registros.

Observou-se que 7,8% (241) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimento em consultas de psiquiatria no período. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 13, com média de 3,7 por sujeito, desvio padrão de 2,21 e mediana de 3, conforme apresentamos na tabela 8.

Dos 897 registros de comparecimento em consultas de psiquiatria em 2007, 37,3% (335) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 62,7% (562) aos que não faltaram às consultas agendadas de infectologia.

De acordo com a tabela 10, observou-se que não houve associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e comparecimento às consultas de psiquiatria ($p=0,65$).

5.7.2.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à psiquiatria

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 97 sujeitos que faltaram e que compareceram às consultas de psiquiatria variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,8, desvio padrão de 1,02 e mediana de 1. Entre os 1098 sujeitos que faltaram e que não compareceram às consultas de psiquiatria, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,84 e mediana de 1. Conforme apresentamos na tabela 11, a média de faltas em consultas de infectologia foi maior entre os sujeitos que compareceram às consultas de psiquiatria quando comparados aos que não compareceram ($p=0,04$).

5.7.3 Consultas de proctologia

Foram incluídos na análise 308 registros de comparecimento em consultas na especialidade de proctologia, em 2007.

Observou-se que 8,5% (263) dos sujeitos incluídos na pesquisa, tinham registro de comparecimento em consultas de proctologia no período. Dentre estes sujeitos, o

número de comparecimentos variou de 1 a 3, com média de 1,2 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 0,40 e mediana de 1, conforme tabela 8.

Dos 308 registros de comparecimento em consultas de proctologia em 2007, 28,6% (88) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 71,4% (220) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia. De acordo com a tabela 10, observou-se que houve associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e de proctologia ($p=0,00$).

5.7.3.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à proctologia

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 80 sujeitos que faltaram e que tiveram atendimento de proctologia variou de 1 a 4, com média de 1,4, desvio padrão de 0,65 e mediana de 1. Entre os 1115 sujeitos que faltaram e que não tiveram atendimento de proctologia, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,87 e mediana de 1. Entre os que faltaram em consultas agendadas de infectologia não se observou diferença na média de faltas de acordo com o comparecimento às consultas de proctologia ($p=0,06$), conforme apresentamos na tabela 11.

5.7.4 Consultas de oftalmologia

Foram incluídos 175 registros de comparecimento em consultas na especialidade de oftalmologia, em 2007.

Observou-se que 4,2% (129) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimento em consultas de oftalmologia. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 4, com média de 1,4 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 0,65 e mediana de 1, segundo tabela 8.

Dos 175 registros de comparecimento em consultas de oftalmologia em 2007, 36,0% (63) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 64,0% (112) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

De acordo com a tabela 10, observou-se que não houve associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e comparecimento às consultas de oftalmologia ($p=0,45$).

5.7.4.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à oftalmologia

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 46 sujeitos que faltaram e que compareceram às consultas de oftalmologia variou de 1 a 4, com média de 1,7, desvio padrão de 0,92 e mediana de 1. Entre os 1149 sujeitos que faltaram e que não compareceram às consultas de oftalmologia, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,86 e mediana de 1. Entre os que faltaram em consultas agendadas de infectologia não se observou diferença na média de faltas de acordo com o comparecimento às consultas de oftalmologia ($p=0,60$), conforme tabela 11.

5.7.5 Consultas de cirurgia plástica

Foram registrados 180 comparecimentos em consultas na especialidade de cirurgia plástica em 2007, 2 excluídos devido a registro de comparecimento após transferência de serviço do sujeito da pesquisa. Assim, foram incluídos na análise 178 registros de comparecimento em consultas de cirurgia plástica.

Observou-se que 4,0% (124) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimentos em consultas de cirurgia plástica no período. Dentre eles, o número de comparecimentos variou de 1 a 5, com média de 1,4 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 0,94 e mediana de 1, conforme apresentamos na tabela 8.

Dos 178 registros de comparecimento em consultas de cirurgia plástica em 2007, 27,5% (49) foram relativos a sujeitos que faltaram e 72,5% (129) a que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

De acordo com a tabela 10, não se observou associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e em consultas de cirurgia plástica ($p=0,08$).

5.7.5.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento à cirurgia plástica

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 39 sujeitos que faltaram e que compareceram às consultas de cirurgia plástica variou de 1 a 4, com média de 1,3, desvio padrão de 0,70 e mediana de 1. Entre os 1156 sujeitos que faltaram e que não compareceram às consultas de cirurgia plástica, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,87 e mediana de 1. Entre os que faltaram em consultas agendadas de infectologia não se observou diferença na

média de faltas de acordo com o comparecimento às consultas de cirurgia plástica ($p=0,06$), conforme tabela 11.

5.7.6. Atendimentos de odontologia

Dos 853 registros de comparecimento em atendimentos de odontologia em 2007, 5 foram excluídos: 3 deles devido a registro em duplicidade no mesmo dia com o mesmo cirurgião dentista e 2 por terem sido registrados após transferência de serviço do sujeito. Assim, foram incluídos na análise 848 registros de comparecimentos em atendimentos de odontologia.

Observou-se que 10,5% (324) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimentos em atendimentos de odontologia em 2007. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 8, com média de 2,6 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 1,55 e mediana de 2, segundo tabela 8.

Dentre os 848 registros de comparecimento em atendimentos de odontologia em 2007 incluídos, 38,4% (326) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 61,6% (522) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

Não se observou associação entre comparecimento às consultas agendadas de infectologia e em atendimentos de odontologia ($p=0,90$), conforme apresentamos na tabela 10.

5.7.6.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de odontologia

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 127 sujeitos que faltaram e que compareceram em atendimentos de odontologia variou de 1 a 6, com média de 1,7, desvio padrão de 1,04 e mediana de 1. Entre os 1068 sujeitos que faltaram e que não compareceram em atendimento de odontologia, esta frequência variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,84 e mediana de 1. Entre os que faltaram em consultas agendadas de infectologia não se observou diferença na média de faltas de acordo com o comparecimento em atendimentos de odontologia ($p=0,17$), conforme tabela 11.

5.7.7 Atendimentos de nutrição

Dos 203 registros de comparecimento em atendimentos de nutrição em 2007, 2 foram excluídos: 1 devido a registro em duplicidade no mesmo dia com o mesmo nutricionista e 1 por ter sido registrado após transferência de serviço do sujeito.

Assim, foram incluídos na análise 201 registros de comparecimentos em atendimentos de nutrição.

Observou-se que 4,0% (123) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimento em atendimentos em nutrição em 2007. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 6, com média de 1,6 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 0,99, e mediana de 1, segundo tabela 8.

Dentre os 201 registros de comparecimento em atendimentos de nutrição em 2007, 31,3% (63) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 68,7% (138) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia. Conforme apresentado na tabela 10, não se observou associação entre comparecimento em consultas agendadas de infectologia e em atendimentos de nutrição ($p=0,20$).

5.7.7.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de nutrição

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 41 sujeitos que faltaram e que compareceram em atendimentos de nutrição variou de 1 a 4, com média de 1,7, desvio padrão de 0,91 e mediana de 1. Entre os 1154 sujeitos que faltaram e que não compareceram em atendimento de nutrição, esta frequência variou

de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,86 e mediana de 1. Não se observou diferença nas médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de nutrição ($p=0,47$), conforme apresentamos na tabela 11.

5.7.8 Atendimentos de psicologia

Dos 1.983 registros de comparecimento em atendimento de psicologia em 2007, 24 foram excluídos: 22 devido a registro em duplicidade na mesma data com o mesmo psicólogo e 2 por terem sido registrados após transferência de serviço do sujeito. Assim, foram incluídos na análise 1.959 registros de comparecimento de atendimento de psicologia.

Observou-se 8,7% (267) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimento em atendimentos de psicologia em 2007. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 41, com média de 7,3 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 9,66 e mediana de 2.

Dentre os 1.959 registros de comparecimento em atendimentos de psicologia em 2007, 30,9% (606) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 69,1% (1.353) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia. Não se observou associação entre faltas em consultas agendadas de infectologia e comparecimentos em atendimentos de psicologia ($p=0,28$), conforme apresentamos na tabela 10.

5.7.8.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de psicologia

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 112 sujeitos que faltaram e que compareceram em atendimentos de psicologia variou de 1 a 5, com média de 1,8, desvio padrão de 1,00 e mediana de 1. Entre os 1083 sujeitos que faltaram e que não compareceram em atendimento de psicologia, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,84 e mediana de 1. Conforme apresentamos na tabela 11, a média de faltas em consultas de infectologia foi maior entre os sujeitos que compareceram aos atendimentos de psicologia, quando comparados aos que não compareceram a estes atendimentos ($p=0,01$).

5.7.9 Atendimentos de Serviço Social

Dos 1.851 registros de comparecimento em atendimentos de serviço social em 2007, 44 foram excluídos: 21 devido a registro em duplicidade no mesmo dia com o mesmo assistente social e 23 por terem sido registrados durante a internação hospitalar e após transferência de serviço ou óbito do sujeito da pesquisa. Assim, foram

incluídos na análise 1.807 registros de comparecimento em atendimentos de serviço social.

Observou-se que 26,5% (816) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registros de comparecimento em atendimento de serviço social no período. Dentre estes sujeitos, o número de comparecimentos variou de 1 a 55, com média de 2,2 comparecimentos por sujeito, desvio padrão de 2,82 e mediana de 1, conforme mostramos na tabela 8.

Dentre os 1.807 registros de comparecimento em atendimentos de serviço social em 2007, 50,2% (908) foram relativos aos sujeitos que faltaram e 49,8% (899) aos que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

De acordo com tabela 10, observou-se que houve associação entre faltas em consultas agendadas de infectologia e comparecimentos em atendimentos de serviço social ($p < 0,001$). Uma proporção maior de sujeitos que faltaram compareceu ao serviço social (30,8%) quando comparados aos que não faltaram (23,8%).

5.7.9.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com comparecimento em atendimentos de serviço social

A frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia dos 368 sujeitos que faltaram e que compareceram em atendimentos de serviço social variou de 1 a 6, com média de 1,7, desvio padrão de 0,96 e mediana de 1. Entre os 827 sujeitos que faltaram e não compareceram em atendimento de serviço social, esta frequência variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,5, desvio padrão de 0,81 e mediana de 1. Entre os sujeitos que faltaram a média de faltas em consultas agendadas de infectologia foi maior entre aqueles que compareceram em atendimentos do serviço social quando comparados aos que não compareceram a este atendimento ($p=0,01$), conforme mostramos na tabela 11.

Tabela 8- Distribuição de comparecimentos em consultas e atendimentos e medidas de tendência central - SEAP HIV/Aids – 2007

Especialidades	Consultas / atendimentos (N)	média	DP	mediana	Mín - Máx
Ginecologia*	1.772	3,3	1,84	3	1 - 22
Psiquiatria	897	3,7	2,21	3	1 - 13
Proctologia	308	1,2	0,40	1	1 - 3
Oftalmologia	175	1,4	0,65	1	1 - 4
Cirurgia plástica	178	1,4	0,94	1	1 - 5
Odontologia	848	2,6	1,55	2	1 - 8
Nutrição	201	1,6	0,99	1	1 - 6
Psicologia	1.959	7,3	9,66	2	1 - 41
Serviço social	1.807	2,2	2,82	1	1 - 55

NOTA: * incluídos 918 sujeitos do sexo feminino. Nas demais especialidades foram incluídos 3075 sujeitos.

5.8 Internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007

Observou-se que 4,8% (148) dos sujeitos tinham registro de internação hospitalar no ICHCFMUSP em 2007. Destes 12,2% (18) foram a óbito na internação identificada.

Dos 148 sujeitos internados em 2007 no ICHCFMUSP, 51,4% (76) eram sujeitos que faltaram e 48,6% (72) que não faltaram em consultas agendadas de infectologia.

De acordo com a tabela 10, observou-se que houve associação entre faltas em consultas agendadas de infectologia e internação hospitalar no ICHCFMUSP, de tal forma que a proporção de sujeitos que faltaram e que foram internados (6,4) foi maior do que a dos que não faltaram (3,8) ($p=0,01$).

5.8.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com internação hospitalar no ICHCFMUSP

Entre os sujeitos que faltaram, ao analisarmos a frequência de faltas em consultas agendadas de infectologia segundo internação hospitalar no ICHCFMUSP, observamos que a frequência de faltas dos 76 sujeitos que foram internados variou de 1 a 4 faltas, com média de 1,8, desvio padrão de 0,86 e mediana de 2. Entre os 1119 que não foram internados, esta frequência variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,86 e mediana de 1. A média de faltas em consultas agendadas de infectologia foi maior entre os sujeitos que foram internados no ICHCFMUSP quando comparados aos que não foram internados ($p=0,02$) (tabela 11).

5.9 Retiradas de medicamentos ARV em 2007

5.9.1 Frequência de retiradas de ARV

Através dos dados do registro de retiradas de medicamentos obtidos do SIGH, observou-se que 87,8% (2699) dos sujeitos incluídos na pesquisa tinham registro de retiradas de ARV em 2007, ou seja, estavam em TARV. Dentre eles, 96,1% (2595) tinham registro de retiradas de ARV em 2006; considerou-se que os 3,9% (104) que não tinham registro em 2006 iniciaram ARV em 2007, conforme apresentamos na figura 3.

Figura 3- Algoritmo de identificação dos indivíduos com registros de retiradas de ARV no SIGH

Foram registradas 27.127 retiradas de ARV em 2007. Dentre os 2699 sujeitos com registros de retiradas de ARV em 2007, observou-se que o número de retiradas variou de 1 a 17, com média de 10,1 retiradas por sujeito, desvio padrão de 3,03 e mediana de 11. Observou-se que 25% dos sujeitos tinham de 1 a 9 registros de retiradas e 75% tinham mais de 10 retiradas de ARV em 2007.

5.9.2 Taxa de comparecimento às retiradas de ARV

Observou-se que a taxa de comparecimento às retiradas de medicamentos ARV em 2007 foi de 85,0%.

Figura 4- Algoritmo utilizado para o cálculo do número previsto de retiradas de ARV no SIGH

NOTA: * óbito e transferência: o número de retiradas de ARV previsto é proporcional ao último mês de 2007 em atendimento no SEAP HIV/Aids.

5.9.3 Tratamento antirretroviral e falta em consultas agendadas de infectologia

De acordo com a tabela 10, observou-se associação entre TARV e faltas em consultas agendadas de infectologia de tal forma que a proporção de sujeitos em TARV entre os que faltaram (83,3%) foi menor do que entre os que não faltaram (90,6%) ($p < 0,001$).

5.9.3.1 Comparação das médias de faltas em consultas agendadas de infectologia de acordo com uso de ARV

A frequência de faltas entre os 996 sujeitos que faltaram e que estavam em TARV variou de 1 a 6 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,88 e mediana de 1; entre os 199 que faltaram e que não estavam em TARV, esta frequência variou de 1 a 5 faltas, com média de 1,6, desvio padrão de 0,79 e mediana de 1. Não houve diferença na média de faltas em consultas agendadas de infectologia entre sujeitos que recebiam e os que não recebiam ARV ($p = 0,81$), conforme tabela 11.

5.9.3.2 Comparação do número de retiradas de ARV de acordo com falta em consulta agendada de infectologia

A frequência de registros de retiradas de ARV entre os 996 sujeitos que faltaram variou de 1 a 15 retiradas, com média de 8,7, desvio padrão de 3,35 e mediana de 10. Entre os 1703 que não faltaram, esta frequência variou de 1 a 17 retiradas, com média de 10,8, desvio padrão de 2,51 e mediana de 12. Conforme apresentamos na tabela 9, a média de retiradas de ARV entre os sujeitos que faltaram foi menor do que entre os que não faltaram às consultas agendadas de infectologia ($p < 0,001$).

Tabela 9- Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos da frequência de retiradas de ARV segundo sujeitos que faltaram e que não faltaram - SEAP HIV/Aids – 2007

	Frequência de retiradas de ARV				p
	média	DP	mediana	Mín - Máx	
Faltaram	8,7	3,35	10	1 - 15	<0,001
Não faltaram	10,8	2,51	12	1 - 17	

NOTA: Teste *t* de *Student*. Incluídos 2699 sujeitos com registro de retiradas de ARV em 2007.

Tabela 10- Distribuição de sujeitos que faltaram e que não faltaram segundo variáveis independentes - SEAP HIV/Aids – 2007

Características		Faltaram	Não faltaram	Total	OR	p	IC (95%)
		N (%)	N (%)	N (%)			
Sexo	M	826 (38,3)	1331 (61,7)	2157 (70,1)	1		
	F	369 (40,2)	549 (59,8)	918 (29,9)	0,92	0,32	0,79-1,08
Consultas sem agendamento	Sim	569 (47,6)	759 (40,4)	1328 (43,2)	1		
	Não	626 (52,4)	1121 (59,6)	1747 (56,8)	1,34	<0,001	1,16-1,56
Categoria do médico *	Assistente	845 (90,9)	1422 (93,2)	2267 (92,3)	1		
	Residente	85 (9,1)	104 (6,8)	189 (7,7)	1,38	0,04	1,02-1,86
Troca de médico	Sim	265 (22,2)	354 (18,8)	619 (20,1)	1		
	Não	930 (77,8)	1526 (81,2)	2456(79,9)	1,23	0,03	1,03-1,47
Ginecologia **	Sim	186 (50,4)	344 (62,7)	530 (57,7)	1		
	Não	183 (49,6)	205 (37,3)	388 (42,3)	0,61	<0,001	0,46-0,79
Psiquiatria	Sim	97 (8,1)	144 (7,7)	241 (7,8)	1		
	Não	1098 (91,9)	1736 (92,3)	2834 (92,2)	1,07	0,65	0,81-1,39
Proctologia	Sim	80 (6,7)	183 (9,7)	263 (8,6)	1		
	Não	1115 (93,3)	1694 (90,3)	2812 (91,4)	0,67	0,00	0,51-0,87
Oftalmologia	Sim	46 (3,8)	83 (4,4)	129 (4,2)	1		
	Não	1149 (96,2)	1797 (95,6)	2946 (95,8)	0,87	0,45	0,60-1,25
Cirurgia plástica	Sim	39 (3,3)	85 (4,5)	124 (4,0)	1		
	Não	1156 (96,7)	1795 (95,5)	2951 (96,0)	0,71	0,08	0,48-1,05
Odontologia	Sim	127 (10,6)	197 (10,5)	324 (10,5)	1		
	Não	1068 (89,4)	1683 (89,5)	2751 (89,5)	1,02	0,90	0,80-1,29

continua

Tabela 10- Distribuição de sujeitos que faltaram e que não faltaram segundo variáveis independentes - SEAP HIV/Aids – 2007 (continuação)

Características	Faltaram		Não faltaram	Total	OR	p	IC (95%)
	N (%)	N (%)	N (%)				
Nutrição	Sim	41 (3,4)	82 (4,4)	123 (4,0)	1		
	Não	1154 (96,6)	1798 (95,6)	2952 (96,0)	0,78	0,20	0,53-1,14
Psicologia	Sim	112 (9,4)	155 (8,2)	267 (8,7)	1		
	Não	1083 (90,6)	1725 (91,8)	2808 (91,3)	1,15	0,28	0,89-1,49
Serviço social	Sim	368 (30,8)	448 (23,8)	816 (26,5)			
	Não	827 (69,2)	1432 (76,2)	2259 (73,5)	1,42	<0,001	1,21-1,67
Internação	Sim	76 (6,4)	72 (3,8)	148 (4,8)	1		
ICHCFMUSP	Não	1119 (93,6)	1808 (96,2)	2927 (95,2)	1,71	0,001	1,23-2,37
TARV	Sim	996 (83,3)	1703 (90,6)	2699 (87,8)	1		
	Não	199 (16,7)	177 (9,4)	376 (12,2)	0,52	<0,001	0,42-0,65

NOTA: Teste de qui-quadrado.

* Incluídos 2456 sujeitos que não trocaram de médico infectologista em 2007.

** Incluídos 918 sujeitos do sexo feminino.

Tabela 11- Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de faltas em consultas médicas agendadas de infectologia segundo características - SEAP HIV/Aids - 2007

Características		Faltas em consultas agendadas de infectologia				p
		média	DP	mediana	Mín - Máx	
Consultas sem agendamento	Sim	1,7	0,93	1	1 - 5	0,00
	Não	1,5	0,79	1	1 - 6	
Categoria do Médico *	Assistente	1,5	0,81	1	1 - 5	0,13
	Residente	1,7	1,01	1	1 - 6	
Troca de médico **	Sim	1,7	0,96	1	1 - 5	0,01
	Não	1,6	0,83	1	1 - 6	
Quantidade de médicos **	2	1,7	0,92	1	1 - 5	0,04
	3	2,4	1,69	2	1 - 5	
Ginecologia ***	Sim	1,5	0,79	1	1 - 5	0,02
	Não	1,7	0,95	1	1 - 5	
Psiquiatria	Sim	1,8	1,02	1	1 - 5	0,04
	Não	1,6	0,84	1	1 - 6	
Proctologia	Sim	1,4	0,65	1	1 - 4	0,06
	Não	1,6	0,87	1	1 - 6	
Oftalmologia	Sim	1,7	0,92	1	1 - 4	0,60
	Não	1,6	0,86	1	1 - 6	
Cirurgia plástica	Sim	1,3	0,70	1	1 - 4	0,06
	Não	1,6	0,87	1	1 - 6	
Odontologia	Sim	1,7	1,04	1	1 - 6	0,17
	Não	1,6	0,84	1	1 - 5	
Nutrição	Sim	1,7	0,91	1	1 - 4	0,47
	Não	1,6	0,86	1	1 - 6	

continua

Tabela 11- Médias (DP), medianas e valores mínimos e máximos de faltas em consultas médicas agendadas de infectologia segundo características - SEAP HIV/Aids – 2007 (continuação)

Características		Faltas em consultas agendadas de infectologia				p
		média	DP	mediana	Mín - Máx	
Psicologia	Sim	1,8	1,00	1	1 - 5	0,01
	Não	1,6	0,84	1	1 - 6	
Serviço social	Sim	1,7	0,96	1	1 - 6	0,01
	Não	1,5	0,81	1	1 - 5	
Internação ICHCFMUSP	Sim	1,8	0,86	2	1 - 4	0,02
	Não	1,6	0,86	1	1 - 6	
TARV	Sim	1,6	0,88	1	1 - 6	0,81
	Não	1,6	0,79	1	1 - 5	

NOTA: Teste *t* de Student.

* Incluídos 930 sujeitos que tinham pelo menos um registro de falta em consulta agendada de infectologia e acompanhados por um único médico, infectologista assistente ou residente.

** Incluídos 265 sujeitos que tinham pelo menos um registro de falta em consulta agendada de infectologia e trocaram de médico infectologista.

*** Incluídos 369 sujeitos do sexo feminino e que tinham pelo menos um registro de falta em consulta agendada de infectologia.

Demais características, incluídos 1195 sujeitos que tinham pelo menos um registro de falta em consulta agendada de infectologia.

6 Discussão

Em estudos com dados secundários, é necessário avaliar a informação disponível, através de critérios qualitativos e quantitativos. As informações confiáveis, completas e oportunas podem subsidiar ações de saúde de cuidado individual e coletivo, a gestão dos serviços e a geração de conhecimentos ^{44, 45, 46}.

Um dos critérios iniciais de avaliação da qualidade da informação deve ser a existência de manual de preenchimento e de utilização do Sistema de Informações e a clareza metodológica do mesmo, que pode ser descrita como o grau de elucidação dos documentos escritos de forma sucinta, didática e numa linguagem de fácil compreensão ⁴⁶. O SIGH dispõe de manual, mas o mesmo não é facilmente acessível.

Acessibilidade refere-se à facilidade e rapidez na obtenção dos dados ou informações ⁴⁶. No nosso estudo todos os dados sobre cadastro de pacientes, agendamento e retirada de medicamentos foram obtidos através de consulta ao SIGH feitas nos terminais de computadores instalados no SEAP HIV/Aids. Somente os dados referentes à internação no ICHCFMUSP foram solicitados à PRODESP, devido ao tamanho do arquivo, que contém registro das internações de todos os serviços do ICHC. É importante destacar que, no SIGH, os dados estão disponíveis logo após o seu registro no sistema. Possivelmente, isto se deve por se tratar de sistema de informação local. Deve ser levada em consideração a organização do fluxo da documentação e dos pacientes com relação ao agendamento de consultas. Ações de supervisão, incentivando as equipes administrativa e médica para o completo preenchimento dos dados referentes às consultas e atendimentos como era praticado no SEAP HIV/Aids

também são pontos importantes para a qualidade dos dados ^{44, 45}. Além da facilidade nas operações da fase de coleta de dados do SIGH, o formato dos dados obtidos é compatível com os programas de informática de uso cotidiano ⁴⁶.

Completitude refere-se aos campos preenchidos nos bancos de dados ⁴⁶. Em nosso estudo os campos relativos às variáveis sexo e idade dos sujeitos, estavam preenchidos em 99,9% e 99,6% respectivamente. Para as variáveis cor, ocupação e endereço no SIGH, o percentual de preenchimento foi de 98,1, 83,3 e 98,8.

Consistência da informação pode ser definida como o grau em que as variáveis possuem valores coerentes e aceitáveis quando comparados com indicadores de outra base de dados ^{45, 46}. O registro da variável cor no SIGH em 2007 não se encontrava padronizado conforme os critérios do IBGE, que utiliza categorias de cor: preta, parda, amarela, indígena e branca. Outra questão importante neste quesito é que a definição da cor deve ser autorreferida, ou seja, informada pelos próprios usuários e não definida pelos funcionários ⁴⁷. Diversos estudos mostram que a identificação da cor é difícil de ser realizada em um país marcado pela miscigenação como o Brasil, é subjetiva, e tem forte tendência de enbranquecimento das pessoas na medida em que seus desejos de acesso a bens materiais e simbólicos sejam ampliadas ^{48, 49}. No campo do cuidado à saúde, o quesito cor terá importância na medida que pessoas ou grupos de pessoas possam ter riscos de adoecimento aumentados ou oportunidades de proteção contra a doença diminuídas, devido a dificuldades de acesso ^{49, 50, 51, 52}. Apesar da literatura mostrar a importância do quesito cor para as questões de saúde, como o registro da

variável cor no SIGH em 2007 não se encontrava padronizado conforme os critérios do IBGE, esta variável não foi analisada em nosso estudo.

Na literatura, a variável ocupação tem sido usada como marcador das condições socioeconômicas dos pacientes com HIV/aids. No início da epidemia de aids, predominavam indivíduos inseridos em ocupações classificadas como técnico-científicas. A medida que aumentou o número de pessoas com HIV/aids no Brasil, houve aumento proporcional de pessoas com ocupações classificadas como de menor qualificação, fenômeno chamado de pauperização da epidemia ^{5, 6, 9}. A ocupação pode sofrer interferências em função das mudanças conjunturais vivenciadas pelas populações ou apresentar consequências resultantes do próprio processo de adoecimento das pessoas ⁵³. Na prática diária, a informação da ocupação no SIGH não é atualizada sistematicamente, e mesmo que atualizada não há arquivo de registro de ocupação anterior, motivo pela qual optamos por não analisar esta variável. Mais recentemente a escolaridade tem ocupado um lugar de destaque nas análises das questões sociodemográficas por mostrar-se um indicador mais estável ao longo da vida das pessoas.

O registro do local de moradia ou de trabalho dos sujeitos não foi analisado nesta pesquisa. Já em 1974, Lebrão identificou a dificuldade que hospitais tinham em utilizar o registro do endereço residencial ou de trabalho em seus boletins de alta hospitalar ⁵⁴. Ainda hoje, com relação ao preenchimento do campo endereço no SIGH, podem ser registrados tanto o endereço residencial como o do local de trabalho. O sistema não disponibiliza recurso, hoje corriqueiro, através do qual, ao ser digitado o

CEP criado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, aparece na tela do computador o endereço padronizado. Outro problema que se observa é a falta de atualização sistemática do endereço. Estes problemas se refletem na prática diária, uma vez que na busca ativa dos sujeitos que faltaram às consultas são utilizadas as informações do endereço disponíveis no SIGH. Por este motivo a variável endereço não foi analisada neste trabalho.

Outro critério de avaliação da qualidade das informações é a não duplicidade de registros. Repetidos registros de um mesmo evento podem interferir na análise da variável desfecho do projeto ⁴⁶. Neste estudo verificamos que houve 133 eventos, faltas e/ou comparecimentos, registrados em duplicidade, o que representou uma taxa de duplicidade de 0,5%, que foi considerada baixa e que não comprometeu qualidade dos dados.

No Brasil, apenas 25% dos serviços que atendem pacientes com HIV/aids possuem sistemas que permitem o acompanhamento sistemático de informações tais como número de consultas por pacientes ou taxa de faltas em consultas agendadas ³³. Além disso, muitos serviços de HIV/aids agendam todos os pacientes para o início do período ³⁸. No SEAP HIV/Aids as consultas eram agendadas com hora marcada e o SIGH permitia o acompanhamento de informações tais como número de consultas agendadas, de atendimentos realizados e taxa de faltas.

O número médio de consultas agendadas com infectologista por sujeito incluído na pesquisa foi de 4,4 em 2007. Pode-se considerar adequado o número de consultas médicas agendadas anual, levando-se em conta a recomendação do PN DST/aids, de

que o intervalo entre consultas médicas deve estar adequado à fase do tratamento e às condições clínicas do PVHA, variando de 7 dias a 4 meses ⁵⁵.

Neste trabalho a média de consultas agendadas para sujeitos que faltaram foi 33,3% superior à dos que não faltaram. Do ponto de vista da gestão, a instituição se preparou para realização da consulta, dispendeu recursos que não foram suficientemente aproveitados ³⁶. Diante da tendência mundial de crescimento dos custos com saúde há necessidade de aprofundar a análise de custo da falta à consulta agendada para as instituições de saúde e sociais ⁵⁶.

Neste trabalho, identificamos que os sujeitos que faltaram não só agendaram mais consultas, como a média de comparecimento foi menor do que entre os que não faltaram. A média de comparecimento dos sujeitos que faltaram (3,6 consultas/paciente/ano) foi inferior à dos que não faltaram (3,9 consultas/paciente/ano). Os sujeitos que faltaram às consultas podem ter tido menos oportunidades de receber orientações sobre o tratamento da aids ³⁹.

A taxa de faltas em consultas médicas agendadas de infectologia de todos os sujeitos incluídos na análise foi de 13,9 %. Estudo prospectivo realizado na Louisiana, EUA, com pacientes com infecção por HIV em seguimento ambulatorial, mostrou que o percentual de faltas em consultas agendadas foi de 25,5 ⁴¹, semelhante ao estudo conduzido na Califórnia, EUA, utilizando dados secundários de agendamento de pacientes com HIV ⁴². Estudo prospectivo multicêntrico realizado nos EUA com mulheres HIV mostrou que o percentual de faltas foi de 32,7 ⁵⁷.

Nesta pesquisa a proporção de sujeitos que faltaram em pelo menos uma consulta agendada foi de 38,9 %. Estudo retrospectivo realizado na Coreia do Sul, com pacientes HIV/aids identificou que 42,4% tiveram ao menos uma falta no período de um ano após início do TARV ³⁹. Estudo retrospectivo, conduzido com pacientes HIV/aids na Universidade do Alabama, EUA, observou que a proporção foi de 69,4% no período de trinta meses de estudo ⁵⁸. Mais recentemente, estudo retrospectivo com pacientes HIV/aids realizado na China, mostrou que 37% dos participantes faltaram em consultas durante os primeiros seis meses de TARV ⁵⁹, taxa semelhante à encontrada nesta pesquisa.

Através desta pesquisa foi possível identificar que apenas 5,2% da casuística total faltaram em 3 ou mais consultas agendadas, com taxa de faltas de aproximadamente 50 % do total das consultas agendadas. Estes sujeitos deveriam ser alvo de atenção especial por parte da Instituição, uma vez que esta situação pode estar associada a maior risco de adoecimento.

Chama a atenção que 0,9% (27 de 3075) dos sujeitos incluídos não compareceram a nenhuma consulta agendada em 2007. Para conhecer o destino destes sujeitos foram consultados o módulo internação no ICHCFMUSP do SIGH, o caderno de registro do Serviço Social do SEAP HIV/Aids, o prontuário do sujeito de pesquisa sob guarda no Arquivo Médico do SEAP HIV/Aids e o cadastro de óbitos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM). Mesmo assim não foi possível identificar se estes sujeitos abandonaram o tratamento, faleceram ou se transferiram seu tratamento para outra

instituição. É interessante frisar que, na situação atual, não dispomos de sistemas de informação para elucidar o paradeiro destes sujeitos.

Conforme o PN DST/aids, consultas sem agendamento devem ser planejadas e disponibilizadas em serviços que assistem PVHA, para garantir o acesso daqueles pacientes que faltaram em consulta agendada, ficaram sem medicação ou que apresentaram alguma intercorrência clínica ³². Não houve diferença na média de comparecimento às consultas sem agendamento entre os que faltaram e os que não faltaram. Entretanto, os sujeitos que faltaram às consultas agendadas de infectologia compareceram em maior proporção às consultas médicas sem agendamento. Adicionalmente, entre os que faltaram às consultas agendadas, a média de faltas foi maior entre os que compareceram à consulta sem agendamento. A partir destas informações consideramos que as consultas sem agendamento podem ter sido utilizadas como mecanismo de compensação da falta. A implementação de rotinas com objetivo de diminuir as barreiras de acesso, tais como solicitação de remarcação de consultas médicas agendadas por telefone, solicitação de declaração médica para obtenção de benefícios sociais fora da consulta, praticadas no SEAP HIV/Aids, talvez tenha atuado no sentido de atender uma parte das demandas que são apresentadas pelos pacientes durante as consultas agendadas fora das mesmas, diminuindo a necessidade de consultas sem agendamento. É esperada uma baixa demanda por atendimentos sem agendamento prévio quando a organização geral do serviço consegue responder à maioria das demandas previstas ^{32, 38}.

Neste estudo não houve a associação entre falta em consulta agendada de infectologia e sexo dos sujeitos. Esta questão é controversa na literatura. Há estudos em que as taxas de faltas são maiores entre mulheres⁵⁸ e, nos primeiros 6 meses de TARV foi encontrada a mesma associação⁵⁹. Por outro lado, estudos não demonstraram associação entre falta e sexo dos sujeitos^{41, 60}.

Muitos estudos com pacientes HIV/aids destacam importante associação entre a idade dos participantes e falta às consultas. Idade mais jovem foi fator preditivo para falta às consultas em vários estudos^{41, 42, 43, 60}. No presente estudo, observou-se que a proporção de sujeitos que faltaram é maior entre os de menor idade e esta proporção diminuiu à medida que aumentou a idade dos sujeitos. Ao contrário de nossos achados, estudo retrospectivo de abrangência nacional realizado na China mostrou maior risco de falta em pacientes com idade superior a sessenta anos⁵⁹.

O cuidado médico adequado é importante para o prolongamento da vida e melhoria da qualidade de saúde entre pacientes com HIV/aids. Estes cuidados devem iniciar-se tão logo o paciente tenha o diagnóstico da infecção pelo HIV, com acompanhamento médico sistemático e regular durante o curso da doença. É importante que o acompanhamento seja realizado com o mesmo médico, como condição para estabelecimento do vínculo. O vínculo com o médico e a relação da equipe de saúde com o paciente são condições que contribuem para assegurar a adesão ao serviço e ao TARV^{32, 34, 41}.

Em nosso estudo, observamos que a troca de médico infectologista responsável pelo tratamento foi associada ao maior risco de falta. Não só a proporção de sujeitos que faltaram foi maior entre os que mudaram de médico, mas também a média de faltas foi mais elevada quando comparada à dos que não tiveram troca de médico. O número de trocas de médicos também foi associado a falta em consulta agendada. Sujeitos que faltaram e foram assistidos por 3 médicos tiveram média de faltas maior que os sujeitos que foram assistidos por 2 médicos. A mudança de médico pode se traduzir, para o paciente com HIV/aids, como uma situação de perda de confiança no tratamento ou dificuldade no acesso à consulta, podendo resultar em prejuízo à adesão ao TARV ¹⁵. Uma questão a ser considerada na avaliação do SIGH e que pode ter um reflexo nas faltas associadas à mudança de médico é que o sistema não exclui as consultas agendadas com um médico que deixou de ser responsável por determinado paciente, seja porque se desligou do serviço ou por outra razão. Quando ocorreu a mudança do médico a consulta poderia já estar agendada no SIGH e não ter sido excluída após a mudança de médico. Nestes casos seria registrada como falta em uma consulta já inexistente.

Outro ponto relevante a ser considerado com relação ao médico responsável pelo acompanhamento é a importância da vinculação dos pacientes em serviços que recebem alunos, estagiários e residentes ³². No SEAP HIV/Aids, aos médicos residentes era designado um número de pacientes que eram por eles acompanhados por 2 anos, até o término da residência. Estes pacientes se encontravam em diferentes estágios da doença. Ao final da residência, os médicos assistentes e supervisores avaliavam o

estado de saúde destes pacientes e, de acordo com grau de complexidade, os mesmos permaneciam em seguimento no SEAP HIV/Aids ou eram transferidos para continuar o tratamento em outra instituição. Foi observado, neste estudo, que a proporção dos que faltaram, entre os sujeitos assistidos por residentes foi maior do que entre os acompanhados por assistentes. Uma possível explicação para este achado é o menor tempo de convívio entre estes sujeitos e os médicos residentes, levando a um vínculo menos intenso, ou talvez a idade dos pacientes assistidos por residentes seja diferente da dos assistidos por assistentes. Este estudo não explorou estas hipóteses de forma mais profunda, o que constitui uma limitação do mesmo.

O aumento da sobrevida dos PVHA resultante do acesso universal à terapia antirretroviral mudou o perfil da epidemia de aids no Brasil. Neste contexto, o convívio dos PVHA por maior tempo com determinadas infecções e doenças passou a requerer uma diversificada gama de especialidades médicas e disciplinas de saúde para o manejo adequado das coinfeções e comorbidades. Recomenda-se também a atuação de assistentes sociais e psicólogos para avaliar e minimizar os impactos sociais e psicológicos da doença buscando estratégias de ação individual e em grupo, de superação das várias formas de sofrimento por que passam os PVHA ³².

Com o processo da feminização da epidemia, o governo brasileiro tem hoje uma proposta de abordagem multisetorial para enfrentar as demandas das mulheres com HIV/aids. Uma das estratégias recomendadas é disponibilizar acesso ao atendimento ginecológico periódico às mulheres com HIV/aids ³². No presente estudo, observou-se que proporção das mulheres que compareceram à consulta de ginecologia foi maior

entre as que não faltaram às consultas agendadas de infectologia. Além disso, a média de faltas em consultas de infectologia foi menor entre as mulheres que compareceram na consulta de ginecologia. Estudo prospectivo, realizado com mulheres com HIV, em Maryland, nos EUA, mostrou que a taxa de comparecimento às consultas ginecológicas foi inferior à de consultas de infectologia, sendo que os fatores associados à falta na ginecologia foram: etnia afro americana, CD4 baixo e uso de substâncias ilícitas ⁶¹.

Estudos mostram maior prevalência de lesões precursoras de câncer anal em pacientes com HIV/aids ¹⁵. Por este motivo foi organizado em 2005 o atendimento em coloproctologia no SEAP HIV/Aids, cujo resultado mostrou a importância do rastreamento de displasia anal em pacientes de maior risco ⁶². Em nosso estudo houve associação entre comparecimento à proctologia e às consultas agendadas de infectologia.

As associações observadas entre atendimentos ginecológico e proctológico e comparecimento às consultas agendadas em infectologia permitem a elaborar a hipótese de que a adesão do paciente ao acompanhamento e ao tratamento talvez seja um comportamento global. Determinados sujeitos têm maior adesão e obtém maior acesso aos serviços oferecidos. Este resultado provavelmente é influenciado por fatores individuais dos sujeitos, e também pela forma como o serviço se organiza e promove o acesso.

Em diferentes trabalhos publicados na literatura especializada a prevalência de depressão entre os pacientes com HIV/aids foi superior à observada nos não infectados ^{63, 64}. Entretanto, estudo de 2011, observou que a depressão não esteve

associada à falta em consulta médica ⁶⁵. Ao contrário, uso de álcool e drogas foi associado à falta em consulta em pacientes HIV/aids, em outro trabalho ⁶⁶. Apesar desta questão necessitar de mais estudos para ser esclarecida, é importante destacar a participação da psiquiatria e da psicologia, para identificar e atuar em situações de sofrimento mental que podem, entre outras coisas, comprometer o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV. O PN DST/aids reforça ainda, o papel do psicólogo no sentido de desenvolver atividades dirigidas à força de trabalho que atua com PVHA, tais como educação continuada e busca de alternativas para diminuição do desgaste decorrente do atendimento ao paciente HIV/aids ³².

Em nosso trabalho não observamos associação entre falta em consulta de infectologia e acompanhamento na psiquiatria e/ou na psicologia. Entretanto, entre os sujeitos que faltaram, a média de faltas foi maior entre os que compareceram na psicologia ou na psiquiatria quando comparados aos demais. Talvez estejam em acompanhamento, na saúde mental, os sujeitos com maiores problemas de adesão, entre outros.

Na literatura observa-se que faltas em consulta podem ser associadas ao menor suporte social ⁴¹ ou familiar ⁶⁵, e à perda de seguridade social ⁵⁸.

A contribuição do serviço social no sentido de melhorar a qualidade do cuidado ao paciente com HIV/aids tem sido fortemente estimulada pelo PN DST/Aids ³². No SEAP HIV/Aids, o serviço social, além de identificar e dar suporte pontual para enfrentamento das demandas sociais dos pacientes e familiares, atuava desenvolvendo

atividades individuais e em grupo dirigidas aos pacientes com dificuldades de adesão ao TARV.

Em nosso estudo observamos que, além da associação positiva entre falta em consulta e atendimento pelo serviço social, a média de faltas entre os sujeitos atendidos pelo serviço social foi maior do que a dos não atendidos. Pode-se especular sobre o importante papel desempenhado pelo serviço social no acolhimento das demandas dos pacientes, auxiliando-os no enfrentamento de situações difíceis como, por exemplo, falta às consultas. No SEAP HIV/Aids o serviço social atendia a demanda sem agendamento, o que provavelmente facilitava o acesso dos pacientes com problemas, inclusive os que faltavam à consulta agendada.

Além das características dos pacientes, da doença e do tratamento, a organização dos serviços apresenta importante papel na adesão do PVHA ao TARV³³. O risco de não adesão é mais elevado nos serviços que oferecem poucas modalidades de assistência ao PVHA e que não elaboram indicadores de qualidade. Serviços que atendem exclusivamente HIV/aids apresentam melhores taxas de adesão.

Neste estudo não observamos associação entre faltas em consultas de infectologia e atendimento em oftalmologia, em cirurgia plástica, em odontologia e em nutrição, todos realizados no SEAP HIV/Aids. Entretanto, a disponibilidade de diferentes modalidades de atendimento pode ter tido um papel na taxa geral de faltas, comparativamente mais baixa do que a encontrada em algumas outras pesquisas.

Estudos realizados com pacientes HIV/aids mostram que a instituição de TARV se associa à redução do risco de faltas em consultas^{39, 57, 60, 67}.

Em estudo retrospectivo multicêntrico realizado no Brasil incluindo sujeitos de serviços que atendem pessoas com HIV/aids, falta às consultas esteve associada a baixa adesão ao TARV ³³.

Estudo retrospectivo realizado no SEAP HIV/Aids cujos dados obtidos por aplicação de questionário estruturado em pacientes adultos, mostrou associação entre falta às consultas e menor adesão ao TARV ⁶⁸.

A elevada mortalidade observada em pacientes com HIV/aids que faltam às consultas, pode ser atribuída à associação de falta à consulta e baixa adesão ao TARV progredindo assim para um quadro de falência do tratamento e resistências do vírus aos ARV ⁵⁹.

Em nosso estudo, observamos que sujeitos que estavam em TARV faltaram menos em consultas agendadas de infectologia. Além disso, observamos que os sujeitos que compareceram a todas as consultas agendadas tiveram maior adesão ao TARV, medida através da retirada de medicamentos em farmácia.

A falta à consulta foi fator de risco para ocorrência de novas doenças definidoras de aids e óbito ³⁹. A falta à consulta pode representar, para qualquer paciente, neste caso para os PVHA, perda de oportunidade de tratamento e/ou prevenção de adoecimento. Observamos associação entre internação no ICHCFMUSP e falta em consulta agendada de infectologia. Além disso, a média de faltas em consultas foi maior entre os faltaram e que foram internados.

Destacamos que um fator limitante para análise da associação entre internação e falta em consulta foi que esta só pôde ser realizada com dados de internações que ocorreram no ICHCFMUSP. Internações em outros institutos do HCFMUSP como Instituto de Psiquiatria, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto do Coração, Hospital Auxiliar de Suzano e Hospital Auxiliar de Cotoxó em 2007, ou em outros hospitais não puderam ser identificadas.

7 Conclusão

Os dados disponíveis no SIGH mostraram que este sistema de informações, desenvolvido com finalidades administrativas, de produção e de faturamento, pode subsidiar a análise do perfil de pacientes adultos com HIV/aids que faltaram às consultas agendadas de infectologia num serviço especializado no atendimento de PVHA, embora com algumas limitações.

Neste sentido, o uso das informações do SIGH para ensino, pesquisa e assistência aos pacientes com HIV/aids é bastante promissor pela facilidade e rapidez na obtenção dos dados, por se tratar de um sistema em pleno funcionamento nos serviços do Sistema HCFMUSP e outros serviços de saúde do Estado de São Paulo. Adicionalmente, houve poucos registros de consultas e atendimentos em duplicidade. No entanto, embora as informações sobre cor, ocupação e endereço tenham alcançado alto grau de preenchimento, sob o olhar da qualidade da informação, quando comparadas com informações de outras bases de dados, mostraram ser de baixa consistência. Por este motivo não foram analisadas em nosso estudo.

Identificamos neste estudo que a falta esteve diretamente associada à idade mais jovem, ao comparecimento em consulta sem agendamento de infectologia, ao atendimento de serviço social, à assistência feita por médico residente, à mudança de médico infectologista e à internação hospitalar no ICHCFMUSP; o uso de TARV e o comparecimento a consultas ginecológicas e proctológicas se comportaram como de proteção em relação à falta.

Características individuais dos sujeitos, do tratamento e a forma como está organizado o serviço de saúde para o atendimento de pacientes com HIV/aids são aspectos importantes relacionados à adesão ao TARV. Na atenção à saúde de PVHA serviços que oferecem mais modalidades de assistência ao PVHA, realizam atendimento por hora marcada e elaboram indicadores de qualidade como acompanhamento de faltas e retiradas de ARV, e desenvolvem uma gestão que tenha por objetivo diminuir as barreiras de acesso ao tratamento podem ter, como resultado, menores taxas de faltas.

A construção da aliança terapêutica entre os profissionais de saúde e os pacientes pode contribuir em grande medida para o sucesso do tratamento.

Para terminar, lembramos que ações que contribuem para a melhoria da formação e da atuação dos profissionais de saúde podem colaborar para a redução do sofrimento humano dos pacientes vivendo com HIV/aids.

8 Referências

1. Centers for Disease Control and Prevention. *Pneumocystis* Pneumonia – Los Angeles. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1981; 30(21); 1-3. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infection in previously healthy persons – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1982; 32(22); 300-1. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwr/00001111.htm>.
3. Chamberland ME, Ward JH, Curran JW. Epidemiology and prevention of AIDS and HIV infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious disease*. 4a ed. New York: Churchill Livingstone; 1995. v.1, p.1174.
4. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *UNAIDS World AIDS Day Report – 2011*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216WorldAIDSday_report_2011_en.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. *Metas e compromissos assumidos pelos Estados membros na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/aids UNGASS – HIV/aids. Resposta Brasileira 2008 – 2009 – Relatório de Progresso do País*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/orientacoes_da_onu_sobre_aids_ungass.
6. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica, *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2): 286-310.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico aids e DST. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>.
8. Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Junio PB de. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004, *Cad Saude Publica*. 2009; 22(4): 727-737.

9. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de aids em municípios brasileiros de 2002-2006, *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3): 430-444.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. *Acesso universal no Brasil. Cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas*. 2010. Disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/acesso-universal-no-brasil>.
11. Junqueira PC, Rosenblit J, Hamerschlak N. História da hemoterapia no Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2005; 27(3): 201-207.
12. São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/aids São Paulo. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. Informes técnicos institucionais. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(4): 812-815.
13. Matida LH, Santos NJS, Ramos NA, Gianna MC, Silva MH da, Domingues CSB, Possas C de A, Hearst N. Eliminating vertical transmission of HIV in São Paulo, Brazil: Progress and Challenges. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57(3)-3S: S164-S170.

14. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5): 851-858.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV 2007/2008. Documento preliminar. 2008.* Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments.pdf>.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids. 2007.* Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments.pdf>,
17. Aracena-Genao B, Navarro JO, Lamadrid-Figueroa H, Forsythe S, Trejo-Valdivia B. Costs and benefits of HAART for patients with HIV in a public hospital in Mexico. *AIDS*. 2008; 22 (suppl 1): S141-S148.
18. Geocze L, Mucci S, Marco MAD, Nogueira-Martins LA, Citero V de A. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(4): 743-749.

19. Johansen JD, Smith E, Juel K, Rosdahl N. The AIDS epidemic in the city of Copenhagen, Denmark: Potencial years of life lost and impact on life expectancy. *Scand J Public Healt*. 2005; 33: 222-227.
20. Brasil. MS, Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria Ministerial 608/BSB, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida SIDA/aids e a sífilis congênita e os casos confirmados de aids e deverão ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitária (ementa elaborado pelo CD/MS). *Diário Oficial da União*. 1986.
21. Fonseca MGP, Coeli CM, Lucena F de F de A, Veloso VG e Carvalho MS. Accuracy of a probabilistic applied to identify deaths among cases reported to the Brazilian AIDS surveillance database. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(7): 1431-1438.
22. Cruz MM de, Toledo LM de, Santos EM de. O sistema de informação de aids do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento de vigilância epidemiológica. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(1): 81-89.

23. São Paulo. Secretaria de Estado do Governo. Decreto 39.465, de 4 de novembro de 1994. Cria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo. 1994.

24. Fundação Faculdade de Medicina. *Relatório anual 2010*. Disponível em: <http://extranet.ffm.br/wfcontent/subportals/Downloads/ra2010.pdf>

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. *Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/aids: recomendações do grupo de trabalho de assistência farmacêutica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf.

26. Santana AC, Nagata D, Gutierrez EB. Avaliação da qualidade da assistência farmacêutica a pacientes HIV/aids após implantação do agendamento eletrônico para dispensação de medicamentos através da pesquisa de satisfação do cliente. [CD-ROM]. In: Qualidade e segurança em serviços e sistemas de saúde do IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde – QUALIHOSP 2009; 6-8 abr 2009; São Paulo, SP, Brasil; 2009.

27. Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo. *Relatório de administração e de responsabilidade social 2010*. Disponível em: http://www.prodesp.sp.gov.br/PRODESP_VALOR_ECONOMICO_2010.pdf

28. Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo - O projeto Farmácia Eletrônica evoluiu: no HC, agora a receita é feita diretamente no computador. *INFORMATIVO MENSAL da Cia. de Processamento de Dados do Estado de São Paulo*. 2009; 5. Disponível em: <http://www.prodesp.sp.gov.br/newsletter/JANEIRO/noticia01.html>.

29. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(4): 935-944.

30. Escrivão Junior A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(3): 655-666.

31. Prêmio Governador Mário Covas 2007 do Governo do Estado de São Paulo – Inovações em Gestão Pública no Estado de São Paulo na categoria Eficiência no Uso dos Recursos Públicos e Desburocratização. *Gestão como Instrumento para Elevar a Taxa de Adesão ao Tratamento Antirretroviral de Pacientes Vivendo com HIV/aids*. 2007. Disponível em: http://www.premiomariocovas.sp.gov.br/2012/4_premiados.html.

32. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids*. 2008. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/qaverpontosunid.asp>.
33. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*. 2004; 18 (suppl): S15-S20.
34. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira de MD. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(5): 634-641.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Aderência ao Tratamento por antirretrovirais em serviços públicos do Estado de São Paulo*. 2000. Série Avaliação. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments.pdf>
36. Silva PCP de, Severiano Filho C. Ocorrência de custos ocultos em operações de serviços: *insights* sobre observação em uma sociedade de economia mista no Brasil. *Gest Prod*. 2011; 18(3): 499-508.

37. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com aids: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 – 2002. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(2): 86-92.
38. Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTS de B e, Buchalla CM, Donini AA. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(1): 141-151.
39. Park WB, Choe PG, Kim SH, Jo JH, Bang JH, Kim HB, Kim NJ, Oh M, Choe KW. One year adherence to clinic visits after highly active antiretroviral therapy: a predictor of clinical progress in HIV patients. *J Intern Med.* 2007; 261: 268-275.
40. Nagata D, Gutierrez EB. Experiência da implantação de indicadores de produção ambulatorial com perfil de ensino, pesquisa e assistência [CD-ROM]. In: Diálogos de Qualidade na Saúde do VII Congresso Brasileiro de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde – QUALIHOSP 2007; 3-4 abr 2007; São Paulo, SP, Brasil; 2007.
41. Catz SL, McClure JB, Jones GN, Brantley PJ. Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care.* 1999; 11(3): 361-373.

42. Israelski D, Gore-Felton C, Power R, Wood MJ, Koopman C. Sociodemographic characteristics associated with medical appointment adherence among HIV-seropositive patients seeking treatment in a county outpatient facility. *Prev Med.* 2001; 33: 470-475.
43. Mugavero MJ, Lin HY, Allison JJ, Willig JH, Chang PW, Marler M, Raper JL, Schumacher JE, Pisu M, Saag MS. Failure to establish HIV care: Charactering the “no show” phenomenon. *Clin Infect Dis.* 2007; 45: 127-130.
44. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. *Política nacional de informação e informática em saúde.* 2004. Disponível em: [HTTP://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/.../PoliticaInformacaoSaude29](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/.../PoliticaInformacaoSaude29).
45. Romero DE, Cunha CB da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(3): 701-714.
46. Lima CR de A, Schramm JM de A, Coeli CM, Silva MEM da. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(10): 2095-2109.

47. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/Aids-SP. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. *Perguntar não ofende. Responder ajuda a prevenir. Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?* 2009. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/livro_quesito_cor.pdf.
48. Giovanetti MR, Santos NJS, Westin CP, Darré D, Gianna MC. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/aids no Estado de São Paulo. *Saude Soc.* 2009; 16(2): 163-170.
49. Lopes F, Bucchalla CM, Ayres JR de CM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2007; 41(Supl.2): 39-46.
50. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 199 a 2001. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(5): 630-636.
51. São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de Controle de Doenças e Instituto de Saúde. Causas de óbitos segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo – Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(6): 987-988.

52. Garcia S, Souza FM de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude Soc.* 2010; 19 (Supl. 2): 9-20.
53. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemografica da epidemia de aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saude Publica.* 2002; 36(6): 678-685.
54. Lebrão ML. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev Saude Publica.* 1978; 12: 239-249.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
56. Bonacim CAG, Araújo AMP de A. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Rev Adm Publica.* 2010; 44(4): 903-931.
57. Dietz EBA, Clum GA, Chung S, Leonard L, Murphy DA, Perez LV, Harper GW, Ellen JM. Adherence to scheduled appointments among HIV infected female youth in five U.S. cities. *J Adolesc Health.* 2010; 46: 278-283.

58. Mugavero MJ, Lin H-Y, Allison JJ, Giordano TP, Willig JH, Raper JL, Wray NP, Cole SR, Schumacher JE, Davies S, Saag MS. Racial disparities in HIV virologic failure: Do missed visits matter? *J. Acquir Immune Defic Syndr.* 2009; 50(1): 100-108.
59. Zhang Y, Dou Z, Sun K, Ma Y, Chen RY, Bulterys M, Zhao Y, Zhu H, Liu Z, Zhang F. Association between missed early visits and mortality among patients of China national free antiretroviral treatment cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012; 60(1): 59-67.
60. Howe CJ, Cole SR, Napravnik S, Eron Jr JJ. Enrollment, Retention, and Visit Attendance in the University of North Carolina Center for Aids Research HIV clinical cohort, 2001-2007. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2010; 26(8): 875-881.
61. Tello MA, Yeh HC, Keller JM, Beach MC, Anderson JR, Moore RD. HIV women's health: a study of gynecological healthcare service utilization in a U.S. urban clinic population. *J Womens Health.* 2008; 17(10): 1609-1614.
62. Nahas, CSR, Silva Filho EV da, Segurado AAC, Genevcius RFF, Gerhard E, Gutierrez EB, Marques CFS, Cecconello I, Nahas SC. Screening anal dysplasia in HIV-infected patients: is there an agreement between anal pap smear and high resolution anoscopy-guided biopsy? *Dis Colon Rectum.* 2009, 52(11): 1854-1863.

63. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV Infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 725–730.
64. Mello VA, Segurado AAC, Malbergier A. Depression in women living with HIV: clinical and psychosocial correlates. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13: 193-199.
65. Bofill L, Waldrop-Valverde D, Metsch L, Pereyra M, Kolber MA. Demographic and psychosocial factors associated with appointment attendance among HIV-positive outpatients. *AIDS Care*. 2011; 23(10): 1219-1225.
66. Giordano TP, Visnegarwala F, White JR AC, Troisi CL, Frankowski RF, Hartman CM, Grimes RM. Patients referred to an urban HIV clinic frequently fail to establish care: factors predicting failure. *AIDS Care*. 2005; 17(6): 773-783.
67. Berg MB, Safren SA, Mimiaga MJ, Grasso G, Boswell S, Mayer KH. Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care*. 2005; 17(7): 902-907.

68. Gutierrez EB, Sartori AMC, Schmidt AL, Piloto BM, França BG, Oliveira AS de, Pouza AR, Moreno RV, Picone C de M, Ribeiro MCS de A. Measuring adherence to antiretroviral treatment: the role of pharmacy records of drug withdrawals. *AIDS Behav.* 2012; 16(6); 1482-1490.

Anexo 1- Certificado de aprovação do Comitê de Ética **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 11/03/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0115/09**, intitulado: **"ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES HIV/AIDS QUE FALTAM ÀS CONSULTAS NO SERVIÇO DE EXTENSÃO AO ATENDIMENTO DE PACIENTES HIV/AIDS DA DIVISÃO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS DO HCFMUSP"** apresentado pelo Departamento de **MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Delsa Nagata**

Pesquisador (a) Executante: **Delsa Nagata**

CAPPesq, 12 de Março de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

Anexo 2- Certificado de aprovação do Comitê de Ética **Ao****Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias**

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 25.03.11, tomou conhecimento da inclusão da Dra. Eliana Battaggia Gutierrez no Protocolo de Pesquisa nº 0115/09, intitulado: "Análise do perfil dos pacientes HIV/Aids que faltam às consultas no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HCFMUSP".

Pesquisador Responsável: **Delsa Nagata****CAPPesq, 28 de Março de 2011**

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05430-010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 ramal 18 fax : 011 - 3069 6492 - e-mail : cappesq@hcfmusp.br

Anexo 3- Carta de aprovação do Comitê de Ética

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0379.0.15.162 - 11

São Paulo, 23 de Agosto de 2011
PARECER Nº 274/11 – CEP/SMSIlma. Sra.
Delsa Nagata

Projeto de Pesquisa: Análise do perfil dos pacientes HIV/Aids que faltam às consultas no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HCFMUSP.

Pesquisador Principal: Delsa Nagata

Instituição: HCFMUSP.

Local onde os dados serão coletados: Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids – Casa da Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HCFMUSP

Tipo de Projeto: Mestrado com parecer de outro CEP.

I - Sumário Geral do Protocolo

A introdução dos anti-retrovirais altamente eficazes no tratamento de pacientes com HIV/Aids trouxe avanços na redução da mortalidade e morbidade por Aids, e aumento da expectativa e da qualidade de vida para estas pessoas. O sucesso do tratamento antiretroviral – TAR para estes pacientes depende da adesão dos mesmos ao TAR.

Barreiras de acesso ao serviço e à informação, irregularidade no comparecimento às consultas agendadas e retiradas de medicamentos podem associar-se negativamente à adesão.

A forma como está organizado o serviço de saúde é considerado um dos fatores importantes no sentido de aumentar a adesão ao TAR dos pacientes com HIV/Aids. Neste contexto, foi realizado um esforço institucional no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids – Casa da Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SEAP HIV/Aids – DMIP HC/FMUSP, em desenvolver um modelo assistencial focado em elevar a adesão ao TAR, do ponto de vista da assistência e da gestão. O SEAP HIV/Aids cujo propósito é de realizar de modo integrado o ensino, pesquisa e assistência em HIV/Aids, acompanha aproximadamente 3.300 pacientes adultos com HIV/Aids, através do SUS – Sistema Único de Saúde.

Em 2004, iniciou-se a implementação do SIGH – Sistema de Informação e Gestão Hospitalar no SEAP HIV/Aids. Com este sistema foi possível a obtenção de informações sobre as faltas dos pacientes às consultas agendadas e às retiradas de medicamentos, informações estas que possibilitam acompanhar a adesão dos pacientes ao TAR. Estas informações, de uso clássico em administração e gestão dos serviços de saúde, passaram a ganhar importância técnica na qualidade do tratamento prestado aos pacientes.

O objetivo do projeto é analisar o perfil dos pacientes que faltam às consultas agendadas e as condições associadas à falta através de informações do registro de cadastro do paciente do SIGH.

A razão pela qual submetemos o projeto à Comissão de Ética do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade da Prefeitura Municipal de São Paulo é para solicitar apoio em identificar possível óbito dos indivíduos que faltaram às consultas e não mais compareceram no Serviço em 2008.

Objetivos:

Identificar o perfil dos PVHA acompanhados no SEAP HIV/Aids que faltam às consultas médicas agendadas com médico infectologista através das informações obtidas do SIGH.

Comparar com as características dos PVHA faltosos com não faltosos em acompanhamento no SEAP HIV/Aids, no mesmo período de análise.

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de prevalência com o universo de pacientes em acompanhamento no SEAP HIV/Aids.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, cronograma está adequado. Os custos da pesquisa estarão a cargo da pesquisadora.

A metodologia é adequada aos objetivos; não impõe condição de risco ao sujeito da pesquisa.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 1/2

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0379.0.15.162 - 11

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – apresentado no item 3.6 a informação de que a coleta de dados será através de levantamento de informações de cadastro e os autores garantem o anonimato dos pacientes e sigilo das informações, conforme a Res. CNS 196/96 IV. 3c.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, con-forme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS