

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES

**Monitoramento Clínico de Casos Recém Diagnosticados de
HIV/Aids Assistidos em um Hospital do Interior Paulista**

RIBEIRÃO PRETO
2023

LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES

**Monitoramento Clínico de Casos Recém Diagnosticados de HIV/Aids
Assistidos em um Hospital do Interior Paulista**

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

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Karina Reis

RIBEIRÃO PRETO
2023

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

Nascimento Arantes, Ligia Maria

Monitoramento Clínico de Casos Recém Diagnosticados de HIV/Aids Assistidos em um Hospital do Interior Paulista. Ribeirão Preto, 2023.

64 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Renata Karina Reis

1. HIV. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3. Diagnóstico Tardio.
4. Enfermagem.

ARANTES, LIGIA MARIA NASCIMENTO. **Monitoramento Clínico de Casos Recém Diagnosticados de HIV/Aids Assistidos em um Hospital do Interior Paulista**, 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

APROVADO EM: 21/07/2023.

Presidente

Prof.^a Dr.^a Renata Karina Reis
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
Julgamento: _____

Comissão Julgadora

Prof.^a Dr.^a Elucir Gir
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
Julgamento: _____

Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho
Universidade Federal do Pará - UFPA
Julgamento: _____

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva
Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Julgamento: _____

RIBEIRÃO PRETO
2023

*Dedico à Deus,
Aos meus pais, Maria Auxiliadora e Olívio Nascimento Arantes,
À toda minha família,
Aos meus grandes amigos e professores!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por todas as conquistas alcançadas nessa trajetória de vida, por me fortalecer nas minhas fraquezas, por me levantar nas minhas quedas e por me dar coragem quando tive medo! Obrigada meu Deus por mais essa vitória!!!

À minha família, base de tudo, porque sem ela eu não estaria aqui, nem conquistado tudo que tenho hoje. Mãe, obrigada por ser tão forte a ponto de me impulsionar a vencer sempre. Pai, obrigada por ser você o meu pai tão querido que me ajudou durante toda a minha vida. Ao meu irmão que amo muito, à minha avó e minhas tias tão queridas que me criaram com tanto amor e carinho!

À Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infeciosas – UETDI, que me proporcionou o que sou hoje como profissional e enfermeira.

À toda a equipe de enfermagem e médicos que trabalharam e trabalham comigo, por serem tão potentes e sábios em suas profissões. Passamos por momentos de muita dificuldade e de muito sofrimento nos últimos anos, mas vencemos! Obrigada por toda sabedoria compartilhada!

À minha professora e orientadora Renata Karina Reis, por tanto apoio e paciência, durante os anos de convivência e parceria. E claro aos grandes mestres e doutorandos que me ajudaram nessa conquista.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

*“Só há duas maneiras de viver a vida:
a primeira é vivê-la como se os milagres não existissem.
A segunda é vivê-la como se tudo fosse milagre.”*

Albert Einstein

RESUMO

ARANTES, LIGIA MARIA NASCIMENTO. **Monitoramento Clínico de Casos Recém Diagnosticados de HIV/Aids Assistidos em um Hospital do Interior Paulista**, 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV deve ser uma das prioridades para o controle da aids. Globalmente, as pessoas que vivem com o HIV têm acesso ao diagnóstico tardiamente e com doenças associadas, trazendo implicações para o tratamento e desfecho clínico desfavorável. Apesar dos esforços para o diagnóstico oportuno, os hospitais ainda recebem pacientes com a aids. **Objetivo:** Monitorar clinicamente pacientes recém diagnosticados com HIV/aids quanto ao diagnóstico oportuno e desfecho após um ano. **Método:** Estudo retrospectivo, com dados secundários de uma unidade especializada localizada em um hospital terciário no interior paulista. A coleta de dados incluiu dados sociodemográficos, comportamentais, clínicos e laboratoriais de recém diagnosticados com HIV coletados em prontuário eletrônico que chegaram para primeiro atendimento hospitalar entre 2015-2019. A análise dos dados utilizou os softwares estatísticos SPSS e STATA e abordou estatística descritiva e inferencial, a saber: teste do Qui-Quadrado, Exato de Fisher, T pareado, regressão logística multivariada e multinomial, com significância estatística de 5% ($\alpha \leq 0,05$). O estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012. **Resultados:** 314 pessoas foram recém diagnosticadas com HIV/aids. 70,3% (208) tiveram diagnóstico tardio e 57,1% (169) muito tardio. Houve associação do diagnóstico muito tardio com as variáveis sexo e escolaridade e com: origem, entrada, ocorrência de doenças oportunistas, uso de TARV e óbito, essas com diagnóstico tardio e muito tardio, respectivamente. O seguimento clínico do dia zero e doze meses após apresentou melhora na contagem de CD4, carga viral e indivíduos indetectáveis. A regressão multinomial mostrou uma chance de ocorrência de óbito - 6,17 vezes maior em 2017 quanto em 2015 e chance de ocorrência de perda de seguimento 4,31 vezes maior no mesmo período. Quanto a chance de ocorrência de transferência para serviços secundários, em 2018 foi 7,13 vezes maior do que em 2015 e decréscimo em 2019. A modalidade de entrada pelo primeiro atendimento teve uma chance menor de ocorrência de óbito do que os pacientes originários de enfermagem (87,73%). Os pacientes cuja entrada se deu pelo ambulatório apresentaram uma chance menor de ocorrência de óbito (76,11%) e de transferência para serviço secundário (94,59%) em relação aos originários de enfermagem. **Discussão:** As evidências identificadas foram compatíveis com achados previamente descritos na literatura como a importância da educação no enfrentamento a epidemia de HIV, alta eficiência da TARV e dificuldades das políticas públicas voltadas para o HIV (sejam essas para a prevenção e diagnóstico precoce ou tratamento) em alcançar as pessoas em situação de vulnerabilidade social, especialmente, homens. **Conclusão:** Evidenciou-se alta prevalência de diagnóstico tardio e muito tardio em pacientes recém diagnosticados para o HIV, que apresentam em grande proporção doenças oportunistas, principalmente, quando necessitam de internação hospitalar. Recomenda-se planos de ação voltados para o diagnóstico oportuno do HIV e ações para efetivação da política nacional de saúde do homem. Além de outras pesquisas a fim de preencher lacunas como referente ao impacto da pandemia de COVID -19 no diagnóstico e tratamento desses indivíduos. **Descritores:** HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Diagnóstico Tardio. Enfermagem.

ABSTRACT

ARANTES, LIGIA MARIA NASCIMENTO. **Clinical Monitoring of Newly Diagnosed HIV/AIDS Cases Assisted in an Interior Hospital in São Paulo**, 2023. Dissertation (Master of Science) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introduction: Timely diagnosis of HIV infection should be a priority for AIDS control. Globally, people living with HIV have late access to diagnosis and associated illnesses, resulting in implications for treatment and unfavorable clinical outcomes. Despite efforts towards timely diagnosis, hospitals still receive patients with AIDS. **Objective:** To clinically monitor newly diagnosed HIV/AIDS patients for timely diagnosis and outcomes after one year. **Method:** Retrospective study with secondary data from a specialized unit located in a tertiary hospital in the interior of São Paulo. Data collection included sociodemographic, behavioral, clinical, and laboratory data from newly diagnosed HIV patients collected from electronic medical records who arrived for initial hospital care between 2015-2019. Data analysis used statistical software SPSS and STATA and included descriptive and inferential statistics, namely: Chi-Square test, Fisher's Exact test, paired t-test, multivariate and multinomial logistic regression, with statistical significance set at 5% ($\alpha \leq 0.05$). The study met the ethical precepts of Resolution no. 466/2012. **Results:** 314 people were newly diagnosed with HIV/AIDS. 70.3% (208) had late diagnosis and 57.1% (169) had very late diagnosis. Very late diagnosis was associated with sex and education variables, as well as origin, entry, occurrence of opportunistic diseases, use of ART, and death, all with late and very late diagnosis, respectively. Clinical follow-up at zero and twelve months showed improvement in CD4 count, viral load, and undetectable individuals. Multinomial regression showed a 6.17-fold higher chance of death in 2017 than in 2015 and a 4.31-fold higher chance of loss to follow-up in the same period. The chance of transfer to secondary services was 7.13 times higher in 2018 than in 2015, with a decrease in 2019. The entry modality for initial care had a lower chance of death than patients originating from the ward (87.73%). Patients whose entry was through the outpatient clinic had a lower chance of death (76.11%) and transfer to secondary service (94.59%) than those originating from the ward. **Discussion:** The evidence identified was consistent with previously described findings in the literature, such as the importance of education in dealing with the HIV epidemic, the high efficiency of ART, and the difficulties of public policies focused on HIV (whether for prevention and early diagnosis or treatment) in reaching people in situations of social vulnerability, especially men. **Conclusion:** A high prevalence of late and very late diagnosis was found in newly diagnosed HIV patients, who presented a high proportion of opportunistic diseases, especially when hospitalized. Action plans aimed at timely HIV diagnosis and actions to implement the national health policy for men are recommended. Further research is needed to fill gaps regarding the impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis and treatment of these individuals.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Late Diagnosis. Nursing.

ABSTRACTO

ARANTES, LIGIA MARIA NASCIMENTO. **Seguimiento clínico de casos recién diagnosticados de VIH/SIDA asistidos en un hospital del interior de São Paulo, 2023.** Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introducción: El diagnóstico oportuno de la infección por VIH debe ser una de las prioridades para el control del SIDA. A nivel global, las personas que viven con VIH tienen acceso tardío al diagnóstico y con enfermedades asociadas, lo que trae implicaciones para el tratamiento y el desenlace clínico desfavorable. A pesar de los esfuerzos para el diagnóstico oportuno, los hospitales aún reciben pacientes con SIDA. **Objetivo:** Monitorear clínicamente a pacientes recién diagnosticados con VIH/SIDA en cuanto al diagnóstico oportuno y desenlace después de un año. **Método:** Estudio retrospectivo, con datos secundarios de una unidad especializada ubicada en un hospital terciario en el interior de São Paulo. La recolección de datos incluyó datos sociodemográficos, conductuales, clínicos y de laboratorio de recién diagnosticados con VIH recopilados en el registro electrónico que llegaron para la primera atención hospitalaria entre 2015-2019. El análisis de datos utilizó los software estadísticos SPSS y STATA y abordó estadística descriptiva e inferencial, a saber: prueba de Chi-cuadrado, Exacto de Fisher, T pareado, regresión logística multivariada y multinomial, con significancia estadística de 5% ($\alpha \leq 0,05$). El estudio cumplió con los preceptos éticos de la Resolución n° 466/2012. **Resultados:** 314 personas fueron recién diagnosticadas con VIH/SIDA. El 70,3% (208) tuvieron un diagnóstico tardío y el 57,1% (169) muy tardío. Hubo asociación del diagnóstico muy tardío con las variables sexo y escolaridad y con: origen, entrada, ocurrencia de enfermedades oportunistas, uso de TARV y óbito, estas con diagnóstico tardío y muy tardío, respectivamente. El seguimiento clínico del día cero y doce meses después presentó mejora en el conteo de CD4, carga viral e individuos indetectables. La regresión multinomial mostró una probabilidad de ocurrencia de muerte 6,17 veces mayor en 2017 que en 2015, y una probabilidad de pérdida de seguimiento 4,31 veces mayor en el mismo período. En cuanto a la probabilidad de transferencia a servicios secundarios, en 2018 fue 7,13 veces mayor que en 2015, con una disminución en 2019. La modalidad de ingreso a través de la atención primaria tuvo una menor probabilidad de ocurrencia de muerte en comparación con los pacientes originarios de enfermería (87,73%). Los pacientes que ingresaron a través del ambulatorio presentaron una menor probabilidad de ocurrencia de muerte (76,11%) y de transferencia a servicios secundarios (94,59%) en comparación con los originarios de enfermería. **Discusión:** Las evidencias identificadas fueron compatibles con hallazgos previamente descritos en la literatura, como la importancia de la educación en el enfrentamiento a la epidemia de VIH, la alta eficiencia de la TARV y las dificultades de las políticas públicas dirigidas al VIH (ya sea para la prevención y el diagnóstico temprano o el tratamiento) para llegar a personas en situación de vulnerabilidad social, especialmente hombres. **Conclusión:** Se evidenció una alta prevalencia de diagnóstico tardío y muy tardío en pacientes recién diagnosticados con VIH, que presentan en gran proporción enfermedades oportunistas, principalmente cuando requieren hospitalización. Se recomiendan planes de acción para el diagnóstico oportuno del VIH y acciones para la efectividad de la política nacional de salud del hombre, así como otras investigaciones para llenar vacíos en cuanto al impacto de la pandemia de COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de estos individuos.

Descriptor: VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Diagnóstico Tardío, Enfermería

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	CONTEXTO DO ESTUDO: PANORAMA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS....	10
1.2	CAMINHO PARA A AGENDA 2030	11
1.3	CASCATA DO CUIDADO CONTÍNUO EM PVHIV	12
1.4	A INFECÇÃO PELO HIV E SEU DIAGNÓSTICO	13
1.5	CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: UMA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL.....	15
1.6	A TARV E SEU IMPACTO NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS	18
1.7	JUSTIFICATIVA DO TRABALHO	19
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	21
2.1	GERAL	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	MÉTODO.....	22
3.1	TIPO DE ESTUDO	22
3.2	LOCAL DE ESTUDO	22
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	23
3.4	CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE	23
3.5	COLETA DE DADOS	24
3.6	VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO.....	24
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	25
3.7.1	Regressão Logística Multinomial	25
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4	RESULTADOS.....	29
4.1	SEGUIMENTO CLINICO.....	38
5	DISCUSSÃO	42
6	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
	APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD) .	58
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA PARA JUÍZES	59
	APÊNDICE D - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO	61
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS JUÍZES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO DO ESTUDO: PANORAMA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada um problema de saúde pública, que continua nas pautas das agendas internacionais e de prevenção de doenças, devido a sua alta incidência mundial, conforme estimativas globais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 2021: 1,5 milhão de pessoas foram diagnosticadas com HIV, o qual pode levar a aids, que possui elevado índice de mortalidade e eleva os gastos necessários para o combate a esta epidemia. Sabe-se que, mundialmente, 650 mil de pessoas morreram por doenças relacionadas à aids em 2021 (UNAIDS, 2022).

Em 2021, foram diagnosticados 40.880 novos casos de HIV e 35.246 casos de aids no Brasil. Onde a razão de sexos, entre a população geral, foi de 25 homens para cada 10 mulheres e entre jovens (de 15 a 24 anos) de 36 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2022a). No Estado de São Paulo, foram notificados 6.275 casos da aids neste mesmo ano. Deste total, destaca-se o sexo masculino, foi responsável por 76,97% (2.039) dos casos de aids. Para o mesmo período em Ribeirão Preto, foram 101 casos de aids em 2021 e 54 casos em 2022. Destes, 45 (83,33%) são homens e 9 (16,67%) em mulheres (BRASIL, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), embora o Brasil tenha registrado uma queda de 24,6% no coeficiente de mortalidade por aids, no período de 2011 a 2021, muito ainda tem a evoluir, uma vez que, de 1980 até junho de 2022, foram notificados 1.088.536 casos de aids, acompanhados de 371.744 óbitos associados ao HIV/aids como causa (CID10: B20 a B24), até 31 de dezembro de 2021, sendo a região Sudeste afrente dos demais estados, com o registro de 56,6% do total de casos (BRASIL, 2022a).

Conforme o Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo, sabe-se que entre 2010 e 2020, foram a óbito por aids 37.649 indivíduos, sendo a taxa de mortalidade em 2020 de 4,2 óbitos por 100 mil habitantes no Estado (SÃO PAULO, 2021).

A epidemia do HIV surgiu no período em que as autoridades sanitárias mundiais supunham que as doenças infecciosas estavam controladas, em função das tecnologias e do saber médico da época. Porém, o surgimento do HIV impôs desafios sobre como tratar e controlar a doença. Com o tempo, houve um grande avanço no tratamento, diagnóstico e

prevenção, entretanto, décadas após seu surgimento ainda há diversas barreiras para enfretamento e controle do HIV (VILLARINHO, et al. 2013).

No Brasil, a epidemia do HIV avançou principalmente em populações de vulnerabilidade social e econômicas. Desse modo, o HIV se constitui em uma temática bastante relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (VILLARINHO, et al. 2013).

1.2 CAMINHO PARA A AGENDA 2030

O plano de metas 90-90-90 (UNAIDS, 2017) embasou a elaboração de protocolos e políticas públicas de diversos países que se empenharam na luta para a erradicação do HIV, inclusive do Brasil.

Esse plano de metas foi lançado em 2014 através da Declaração de Paris e foi atualizada em abril de 2021, onde se propôs as metas globais 95-95-95 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), com o objetivo de alcançar, até 2030, 95% de todas as pessoas vivendo com HIV conheçam seu estado sorológico positivo para o vírus, 95% de todas essas pessoas diagnosticadas com HIV tenham acesso ao tratamento antirretroviral e que 95% de todas as pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável. Assim, o teste de HIV é a porta de entrada para a prevenção, tratamento, cuidados e outros serviços de apoio e é a partir dele que o indivíduo é inserido na cascata de cuidado (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2017; UNAIDS, 2021a).

Essa atualização se alinha com a nova Estratégia Global para AIDS 2021-2026, pelo UNAIDS, que tem como foco principal as desigualdades que estão impedindo o progresso de erradicação da aids. Esta estratégia visa diminuir ou acabar com as desigualdades até 2025, unir os países e as comunidades para acabar com a doença até 2030, se baseando em ações que acelerem o processo rumo a zero nova infecção pelo HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à aids (UNAIDS, 2021b)

Apesar de todos os avanços no combate à aids, sabe-se que o impacto da pandemia de COVID-19 está diretamente relacionado, com a necessidade de implementação de ações mais urgentes e, conseqüentemente, mais difíceis também, identificando os reais fatores que influenciaram para a não conquista das metas estipuladas até 2020 (UNAIDS, 2021b). No último relatório atualizado pelo Ministério da Saúde, de 2022, podemos visualizar as novas estatísticas referentes ao Brasil. Estima-se que, no final de 2021, 89% das pessoas vivendo com HIV estavam diagnosticadas e conheciam seu estado sorológico positivo para HIV, destas 73%

estão em tratamento com a TARV e destas pessoas em tratamento, 65% estão com carga viral (CV) suprimida (BRASIL, 2022a; 2022b)

O Estado de São Paulo foi o primeiro estado do país a assinar essa nova versão da Declaração de Paris, onde foi pactuado o trabalho contra o estigma e preconceito em relação às PVHIV e a disponibilização ampla e gratuita de testagem e métodos de prevenção combinada que incluem preservativos, PEP (Profilaxia Pós Exposição) e PreP (Profilaxia Pré Exposição) (UNAIDS, 2021a).

1.3 CASCATA DO CUIDADO CONTÍNUO EM PVHIV

Segundo modelagem matemática do UNAIDS, o alcance das metas 95-95-95 permitiria ao mundo acabar com a epidemia de aids em 2030. Para isso, foi instituído a Cascata do Cuidado Contínuo, na qual apresenta 6 pilares que representam as etapas vivenciadas pelas pessoas vivendo com HIV (PVHIV). O objetivo da cascata é monitorar a eficácia das intervenções, desde o diagnóstico até a supressão viral (BRASIL, 2017; MIRANDA, et al. 2018).

No Brasil, os 6 pilares consistem em:

1º Número de PVHIV;

2º Pessoas diagnosticadas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM);

3º Pessoas vinculadas ao serviço de saúde caracterizado por pelo menos um exame de TCD4+ ou carga viral (CV) ou uma dispensa de antirretroviral;

4º Pessoas retidas em algum serviço de saúde caracterizado por pelo menos dois exames de TCD4+ ou CV ou uma dispensa de antirretroviral;

5º Pessoas em tratamento com TARV com pelo menos uma dispensa de antirretroviral;

6º E, por último, pessoas com carga viral suprimida com um resultado de CV inferior a 1.000 cópias/ml (BRASIL, 2017; SÃO PAULO, 2017).

As cascatas de cuidado têm se tornado instrumentos fundamentais para nortear decisões pelos serviços de saúde e melhorar políticas sanitárias. De acordo com essas etapas pré-definidas, no Brasil, em 2021, estimou-se aproximadamente 960 mil PVHIV, dessas 89% foram diagnosticadas. Cerca de 82% estavam vinculadas a um serviço de saúde, 76% foram retidas em algum desses serviços, 73% em uso de TARV e 65% com carga viral indetectável (BRASIL, 2022b)

Especificamente o Estado de São Paulo, em 2021, apresentou proporção de 92% de PVHIV vinculadas e em retenção, 87% das PVHIV vinculadas em tratamento e 79% com carga viral suprimida (BRASIL, 2022b)

O acesso contínuo ao atendimento adequado com permanência no serviço de saúde é o 4º pilar, conforme descrito anteriormente, com importante necessidade de compreender barreiras e definir aspectos facilitadores para enfrentar as origens intrínsecas em cada indivíduo relacionados ao serviço de saúde e ambiente externo (MIRANDA, et al. 2018).

1.4 A INFECÇÃO PELO HIV E SEU DIAGNÓSTICO

O HIV é um vírus imunossupressor, tendo tropismo pelos linfócitos TCD4, sua ação patológica gera a redução gradativa de sua eficiência até levar a destruição destes. Sua infecção é dividida em quatro fases clínicas: infecção aguda, fase assintomática, fase sintomática e aids, respectivamente (BRASIL, 2018a)

A infecção aguda apresenta um pico de viremia com sintomas semelhantes a uma infecção viral comum e é caracterizada pela janela imunológica, onde ocorre a soroconversão do indivíduo. Há também uma queda significativa da CV e uma estabilização da contagem dos linfócitos TCD4 no sangue periférico, ocasionando então um desaparecimento momentâneo dos sintomas, dando início à fase assintomática. Nesta, o vírus fica em estado de latência por anos, dificultando o diagnóstico em fases mais precoces (BRASIL, 2018a)

Com o início de novos sintomas, fica claro uma queda da função do sistema imune, que representa a fase sintomática. A aids, contudo, é determinada por uma elevada carga viral (CV) e uma queda na contagem de linfócitos TDC4. O aparecimento de neoplasias e/ou infecções oportunistas é definidor da aids. Nesses casos, a contagem de linfócitos TCD4 situam-se a níveis inferiores a 200 unidades por mm³ de sangue, na maioria dos casos (BRASIL, 2018a).

O Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças veio para orientar e subsidiar, especialmente os profissionais de saúde, na realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, além de nortear e proporcionar oportunidades de diagnósticos precoces ou infecções recentes às PVHIV (BRASIL, 2018b)

Segundo este Manual, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conceitua infecção recente ou precoce como a fase entre o surgimento de anticorpos em quantidade detectável por um teste sorológico até a completa maturação da resposta dos anticorpos, que ocorre até 6 meses após a soroconversão (BRASIL, 2018b).

Já os parâmetros utilizados para definir o diagnóstico tardio incluem a combinação de aspectos clínicos e imunológicos, que objetivam identificar a fase da progressão da infecção pelo HIV (GRANGEIRO et al. 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) liberou um Guideline em 2017 (WHO, 2017a; 2017b) sobre a doença avançada pelo HIV e a rápida iniciação da terapia antirretroviral. O diagnóstico tardio do HIV é caracterizado por um indivíduo sendo diagnosticado com HIV pela primeira vez com uma contagem de CD4 < 350 células/mm³ ou devido a um evento definidor de aids, independentemente da contagem de células CD4 (CROXFORD, 2022). Uma proporção desses indivíduos terá diagnóstico muito tardio ou doença avançada pelo HIV no momento do diagnóstico, definida como contagem de CD4 < 200 células/mm³ ou estágio clínico 3 e/ou 4 (CROXFORD, 2022; WHO, 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) definiram o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV como uma das prioridades para o controle da aids como epidemia mundial (WHO, 2015). É fundamental que os serviços de saúde, através de seus profissionais, ofereçam os testes gratuitos a todas as pessoas sexualmente ativas, com ou sem sintomas, principalmente aos jovens, possibilitando vínculo profissional-paciente e precoce diagnóstico da infecção, de forma segura e rápida. (BRASIL, 2018a). Uma vez que se constata o diagnóstico precoce, que se inicia uso de TARV, mantendo níveis de TCD4+ acima de 500 células/mm³, com carga viral indetectável, observa-se expectativa de vida semelhante ao de pessoas que não convivem com a doença (RIBEIRO et al. 2020). De acordo com as análises feitas por essas agências, publicado em 2004, apenas 0,2% de adultos em países de baixa e média renda foram testados para HIV e receberam aconselhamento, e 90% dos indivíduos que necessitam de um teste de HIV (com base na exposição ao risco) não têm acesso aos serviços especializados (GRANGEIRO et al. 2009).

Esses dados vão de encontro a um estudo realizado no Reino Unido, onde se evidenciou que os atrasos nos testes de HIV, a não vinculação a um serviço especializado e a falta de garantia de tratamento individualizado, são fatores cruciais que contribuem para o aumento da mortalidade pela doença. O estudo mostrou também que o aumento da sobrevivência dos pacientes foi resultado de melhorias relacionada ao diagnóstico precoce e tratamentos adequados (CROXFORDS et al. 2017)

Um estudo realizado no Canadá demonstrou que para o alcance da meta prioritária em diagnosticar precocemente os indivíduos infectados pelo HIV, é imprescindível que não se perca oportunidades em serviços de saúde, como o aumento dos testes sorológicos, incluindo aqueles indivíduos assintomáticos, que enfrentam barreiras ao tratamento, considerando essa

uma estratégia valiosa para diminuir significativamente o diagnóstico tardio (NANDITHA et al. 2019).

Assim como no Brasil, vários estudos realizados em outros países, revelam a preocupação em identificar oportunidades clínicas para o diagnóstico precoce de HIV através dos testes em populações vulneráveis de difícil acesso (MALLITT et al. 2018; HU et al. 2019).

A primeira contagem de linfócitos TCD4, além de indicar um valor onde se permite constatar a fase da doença, ela acompanha a situação do diagnóstico precoce. Sabe-se que no Brasil, ainda se observa o acesso tardio aos serviços de saúde. Entre 2012 e 2015, as pessoas se apresentavam ao serviço de saúde tardiamente e com a doença já avançada. Até 2019, a taxa de detecção de diagnósticos tardios se manteve estável, mas esse número se eleva a partir desse ano. Até setembro de 2022, 29% dos casos diagnosticados apresentavam TCD4 < 200 células/mm³ (BRASIL, 2022b)

Em 2017, a UNAIDS divulgou que as doenças relacionadas a aids continuam a ser a principal causa de morte entre mulheres que vivem com HIV em idade reprodutiva no mundo inteiro, e são a segunda causa de morte de mulheres jovens com idades compreendidas entre 15 e 24 anos em países subdesenvolvidos (UNAIDS, 2017).

1.5 CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: UMA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

A criação de políticas brasileiras direcionadas ao aconselhamento, como os serviços oferecidos pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), seguem os princípios de acessibilidade e gratuidade. Estes serviços visam o acesso rápido à população, por estarem situados em locais de fácil acesso, principalmente às populações mais vulneráveis e, além disso, garantem a disponibilidade dos resultados dos testes em tempo hábil, para o devido encaminhamento aos serviços assistenciais especializados, dos indivíduos HIV positivos, onde o acesso ao tratamento seja no menor tempo possível (VILLARINHO, et al. 2013).

A possibilidade do diagnóstico de HIV na rede básica de saúde, impulsionado pela campanha “Fique Sabendo”, lançada em 2003 pelo governo federal, aumentou em 30% a procura pelo teste anti-HIV. Contudo, a implementação de ações relacionadas ao HIV nos serviços de atenção básica de saúde tem sido lenta e gradual, uma vez que as políticas de saúde no Brasil se desenvolveram a partir do surgimento dos Centros de Referência de DST/Aids e os CTA. A incorporação da testagem anti-HIV à rotina pelos profissionais da rede básica, é considerado um desafio, um procedimento de difícil aplicação, bem como o aconselhamento,

não fundamentado teoricamente, o que dificulta a ampliação necessária (PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006).

Assim, a dificuldade ao acesso e o estigma ainda afasta muitas pessoas desses centros (COTA, CRUZ, 2021). Dentre as principais barreiras à testagem, se encontra fatores relacionados ao próprio paciente como medo do resultado, desconhecimento, preocupação com o sigilo após o diagnóstico e baixa percepção de risco. E as relacionadas ao profissional e serviço, como falta de capacitação, falta de tempo, horário de atendimento restrito, crenças sobre testes somente em populações específicas e inexperiência em oferecer testes. Este fato pode resultar no diagnóstico de HIV em um estágio avançado da infecção, contribuindo para o aumento da incidência de aids (LEBLANC, FLORES, BARROSO, 2016).

Outro fator considerável nas detecções de diagnósticos positivos para o HIV é o desinteresse em realizar o teste, principalmente entre os jovens (BEZERRA, et al. 2013). Esse desinteresse está relacionado a um posicionamento predominantemente subjetivo, onde envolve resistência e/ou medo em se testar e o impacto da própria doença, na possibilidade do resultado positivo. Essa posição, além de contribuir para aumento da vulnerabilidade dos jovens, também pode estar fundamentada na baixa percepção de risco, na compreensão de que a doença está relacionada ao outro, distante do contexto individual, além de não reconhecerem o real risco ao HIV em suas próprias práticas cotidianas, dificultando assim a adoção de condutas preventivas. Para que sejam implementadas essas condutas, as pessoas precisam estar convencidas de seu risco em contrair o HIV (BEZERRA, et al. 2013).

Um estudo transversal realizado em um CTA de um grande município na Região Sul do Brasil identificou que questões relacionadas ao comportamento sexual e compartilhamento de seringas são fatores importantes da positividade para HIV, além de ressaltar o papel inerente do enfermeiro que atua diretamente no controle do HIV, através das testagens e do aconselhamento (DA MATA ROSSI, et al. 2021).

As disparidades relacionadas ao acesso e à infecção pelo HIV são resultados das desigualdades (UNAIDS, 2021b) São consideradas populações chaves: homens que fazem sexo com homem, homens gays, pessoas trans, profissionais do sexo, usuários de drogas, especialmente as injetáveis, todos são sujeitos à discriminação, à violência e à ambientes sociais punitivos, contribuindo assim para a vulnerabilidade ao HIV (UNAIDS, 2021b).

Como consequência, as pessoas não procuram os centros de testagem, favorecendo a ocorrência do diagnóstico tardio. É neste contexto que em 2022, o Ministério da Saúde divulgou que no ano de 2021 houve um aumento surpreendente de diagnóstico do HIV entre os jovens e adultos, com a maior taxa de detecção, 53,6 casos/100.000 habitantes, entre os indivíduos na

faixa etária de 25 a 29 anos, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2016 (BRASIL, 2022a).

Ainda em relação a faixa etária, nos anos de 2010 a 2021, observaram-se que houve reduções das taxas de detecção de aids entre indivíduos do sexo masculino, exceto na faixa de 15 a 29 anos. (BRASIL, 2022a).

O Boletim Epidemiológico de 2021, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, reforça essa situação quando demonstra que os jovens de 15 a 19 anos ocupam um espaço importante na incidência da aids, devido ao aumento de casos entre homens. Observou-se que houve um aumento na incidência de 1,3 vezes dessa faixa etária no ano de 2020, comparado ao ano de 2010 (SÃO PAULO, 2021).

Assim fica evidente como a população ainda é vulnerável. Logo, o conceito de vulnerabilidade está associado a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids, resultantes de um conjunto de aspectos e contextos coletivos e não somente individuais, levando a maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, dessa forma, disponibilidade de recursos em maior ou menor proporção em todas as ordens (AYRES, et al. 2006).

Vale ressaltar o quanto a pandemia de COVID-19 impactou na prestação de serviços especializados às PVHIV, causando barreiras e desafios no atendimento contínuo (JIANG, ZHOU, TANG, 2020). O distanciamento social reduziu o acesso aos testes de HIV, a vinculação oportuna das pessoas diagnosticadas ficou prejudicada, gerando atraso no início da TARV, devido toda atenção das autoridades públicas estarem focadas na pandemia de COVID-19 e a descontinuação não planejada da TARV, ocasionadas pelos bloqueios de cidades que retardaram a disponibilização dos recursos apropriados (JIANG, ZHOU, TANG, 2020).

Uma pesquisa realizada em junho de 2020 no Brasil, revelou uma diminuição de 40% nas equipes de saúde e uma queda de 35% nas consultas. Isso levou a uma redução de 22% nos testes de HIV (FERREIRA; CORDEIRO, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde, houve um grave comprometimento no programa brasileiro de prevenção, diagnóstico e tratamento da aids, ocasionado pela situação caótica em que o sistema de saúde público do Brasil se encontrava (PARENTE et al., 2021).

A pandemia de COVID-19 causou sobrecarga nos serviços de saúde, o que pode ter levado a uma redução em parte na taxa de detecção de aids no ano de 2020, gerados pelos efeitos da subnotificação de casos. Isso contribuiu para uma queda de 20,1% nos registros, ou seja, 7.689 casos a menos, quando comparados os anos de 2019 e 2020 (BRASIL, 2022a).

1.6 A TARV E SEU IMPACTO NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

A TARV deve ser iniciada imediatamente para todas as PVHIV, assim que forem diagnosticadas, independentemente do seu estado clínico ou imunológico. Essa é uma recomendação do Ministério da Saúde desde dezembro de 2013 (BRASIL, 2018a). A TARV tem como objetivo suprimir a replicação viral e preservar o sistema imunológico, além dos claros benefícios na redução de morbimortalidade e diminuição da transmissibilidade (BRASIL, 2018a).

O Brasil garante distribuição gratuita de antirretrovirais (ARV), contudo, ainda há dificuldades na adesão imediata ao tratamento e uma resistência do próprio indivíduo devido à complexidade dos esquemas de terapia e a insegurança sobre os efeitos colaterais. Portanto, para se iniciar a TARV, deve-se informar a todas as PVHIV, sobre seus benefícios e riscos, além de preparar e motivar o indivíduo, garantindo assim sua autonomia no tratamento (BRASIL, 2018a).

Hoje são distribuídos 22 antirretrovirais diferentes pelo Ministério da Saúde, distribuídos em 38 apresentações farmacêuticas, com uma diminuição considerável do número de internações e das infecções oportunistas, principalmente, naqueles que tem diagnóstico precoce (BRASIL, 2022c).

Existem algumas situações de priorização para início do tratamento, como PVHIV sintomática, linfócitos TCD4 + abaixo de 350 céls/mm³, gestantes, tuberculose ativa, coinfeção HBV ou HCV e risco cardiovascular elevado. Os serviços de saúde devem estar capacitados para identificar essas situações e determinar um conjunto de cuidados necessários de atendimento para TARV (BRASIL, 2018a).

Apesar de observar melhora na proporção de adesão nos últimos anos, ainda há uma preocupação quanto à proporção de perda de seguimento, que se mantém igual desde 2015. A perda de seguimento é considerada pelo óbito ou abandono ao tratamento (BRASIL, 2022b). Segundo Ministério da Saúde, abandono ao tratamento é definido como os casos de pacientes que não comparecem ao serviço de saúde por 3 meses após a retirada dos medicamentos ou que não comparecem às consultas em um intervalo maior que 6 meses (RODRIGUES; MAKSUD, 2017). Em 2012, 10% das 336 mil PVHIV, tiveram perda de seguimento, enquanto em 2021, 9% das 768 mil PVHIV foram consideradas perda de seguimento (BRASIL, 2022b).

O diagnóstico tardio é também um dos grandes fatores responsáveis para o início do tratamento em fases mais avançadas, uma vez que o vírus é detectado somente após o aparecimento de doenças oportunistas. Grande parcela dos diagnosticados não possuem registro

da contagem de CV quando iniciado tratamento com antirretrovirais, o que prejudica a identificação do prognóstico. Estudos evidenciam que pacientes que realizam o teste anti-HIV por recomendação médica representam a grande parcela que inicia tardiamente a TARV, comparado aos que buscam o diagnóstico de forma espontânea. Isto se dá ao fato de que, estes geralmente já apresentam manifestações clínicas (FERNANDES, et al. 2009).

Além de obterem menor eficácia no tratamento com a terapia antirretroviral (TARV), os indivíduos diagnosticados tardiamente para o HIV apresentam uma maior incidência de aids, um aumento significativo da mortalidade à curto prazo, além de apresentar elevados custos para a saúde pública (GRANGEIRO et al. 2011).

Apesar de toda evolução tecnológica e das políticas públicas nacionais voltadas a prevenção e tratamento da doença, em 2021, foram registrados no Brasil um total de 11.238 óbitos por causa básica aids (CID10: B20 a B24), com uma taxa de mortalidade padronizada de 5,3/100.000 habitantes (BRASIL, 2023).

1.7 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde passou a valer-se de diversas estratégias para o manejo do HIV. Entre elas, está a descentralização das ações de prevenção para a Atenção Básica, possibilitando maior cobertura e acessibilidade dos usuários do SUS à prevenção ao HIV (BRASIL, 2014). No entanto, apesar de todos os esforços para o diagnóstico precoce, ainda os hospitais de nível terciário recebem pacientes em todas as fases da doença, principalmente nas fases mais avançadas, uma vez que muitos casos de infecção pelo HIV são diagnosticados tardiamente.

O diagnóstico tardio pode ser considerado um problema multifacetado e muito complexo, além de ser um dos grandes obstáculos para o controle da epidemia. Estudos mostram que a falta de percepção da vulnerabilidade individual, juntamente com a não realização de ações de prevenção, são fatores que contribuem para que indivíduos suscetíveis descubram seu diagnóstico em fase tardia (RIBEIRO, 2019).

A apresentação tardia, como consequência, está associada ao aumento da mortalidade, morbidade e custos elevados de saúde (VALBERT, 2021). Nesse contexto, vale ressaltar o impacto do diagnóstico precoce em relação à descoberta do diagnóstico tardiamente. O diagnóstico precoce em conjunto com o início imediato da terapia antirretroviral, traz benefícios irrefutáveis para a saúde individual, bem como para a saúde coletiva, pois contribui para a

prevenção do HIV através da diminuição da transmissibilidade da infecção pelo vírus (DA SILVA; BIGARAN; FREDOCCI, 2022).

Por isso, é essencial conhecer as características desses pacientes infectados que iniciam o acompanhamento de suas doenças, para assim conhecer a população alvo, permitindo intervir, posteriormente, em novas campanhas de prevenção (MÍNGUEZ-GALEGO et al. 2015).

Diante disto, julgou-se importante a realização deste estudo, com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico desses pacientes atendidos em um hospital terciário especializado em doenças infecciosas no interior do Estado de São Paulo. O intuito também foi avaliar os pacientes recém diagnosticados pelo HIV, identificando-os como diagnóstico tardio ou diagnóstico muito tardio, de acordo com as variáveis associadas, além de avaliar a evolução e desfecho clínico tanto dos casos diagnosticados como tardio quanto dos casos diagnosticados como muito tardio.

Neste sentido, a realização deste estudo pretende contribuir para a qualidade na assistência multiprofissional e interdisciplinar em saúde destes pacientes, visando o alcance do vínculo paciente-profissional e adesão à TARV, melhorando assim o cuidado integral na ótica de promoção à saúde, acolhimento e tratamento individualizado.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 GERAL

- Comparar variáveis clínicas em pacientes recém diagnosticados com HIV/aids quanto ao diagnóstico oportuno e desfecho após um ano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico, comportamental de saúde, clínicas e laboratoriais;
- Analisar a prevalência de diagnóstico tardio e muito tardio entre pessoas recém-diagnosticadas com o HIV;
- Identificar os fatores associados com o diagnóstico tardio de pessoas recém-diagnosticadas com o HIV;
- Analisar os desfechos clínicos, como perda de seguimento, transferência para outro serviço de saúde e critério óbito, após 1 ano do primeiro atendimento e fatores associados.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, baseados em dados secundários, coletados no Prontuário Eletrônico dos Pacientes (PEP).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma unidade especializada de um hospital terciário de grande porte do interior paulista, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas – UETDI, foi inaugurada em 1996 com o objetivo de absorver a demanda dos pacientes diagnosticados com HIV/aids. É considerada referência terciária no cuidado às PVHIV do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), que engloba 26 municípios. O atendimento é exclusivamente SUS.

Ao longo das últimas décadas, este tem sido o serviço de referência terciária para pacientes de uma região com mais de 3,5 milhões de habitantes, no interior do estado de São Paulo.

É uma unidade composta por três setores: enfermaria, hospital dia e ambulatório para pacientes que requerem cuidados de média a alta complexidade e realiza cerca de 500 internações por mês em sua enfermaria especializada. A unidade conta com 18 leitos, dez salas de atendimento médico, além de uma farmácia de alto custo para dispensação de medicamentos aos pacientes. Ao longo destes anos, a unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e outros especializados no cuidado da Pessoa que Vive com HIV/aids.

O acesso dos pacientes à UETDI, na maioria das vezes, se dá através do ambulatório, em consultas agendadas no Ambulatório da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ASID) ou através do Primeiro Atendimento de Moléstias Infecciosas (PA-MI), onde são agendados pacientes que necessitam de atendimento médico especializado de infectologia. O PA-MI é um ambulatório que também são identificados os casos novos daqueles indivíduos que se diagnosticaram com HIV recentemente (nos últimos 6 meses). Outra forma de entrada dos casos

novos é a enfermaria, onde internam pacientes com objetivo de diagnosticar e tratar doenças oportunistas.

Para o funcionamento do atendimento ambulatorial neste hospital, o fluxo indicado é: o paciente, que na necessidade de atendimento médico deverá procurar, inicialmente, o Posto de Saúde mais próximo de sua residência, que terá condições de prestar o atendimento necessário ou, se for o caso, proceder ao encaminhamento para agendamento na UETDI. E quando precisar de atendimento de urgência/emergência, deverá procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência, que poderá ser Unidade Básica de Saúde – UBS, Unidade de Pronto Atendimento – UPA ou Pronto Socorro. Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, caso necessário, o paciente será encaminhado pelo Serviço de Regulação Médica para o HCFMRP-USP para dar seguimento ao tratamento via internação.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída pelos casos recém diagnosticados de HIV/aids nos últimos 6 meses, que chegaram para primeiro atendimento em consultas no ambulatório ou via internação na enfermaria, encaminhados de outros serviços ou não.

Para identificação dos pacientes elegíveis para o estudo, foram analisados os instrumentos eletrônicos de registro de primeira consulta do serviço, realizados pelos médicos e enfermeiros da unidade.

3.4 CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

Os critérios utilizados para a inclusão foram:

- Ter idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos;
- Possuir prontuários eletrônicos disponíveis;
- Ter sido diagnosticado com HIV/aids nos últimos 6 meses;
- Ser o primeiro atendimento na UETDI, via ambulatorial ou enfermaria, no período de 2015 a 2019.

Os critérios utilizados para a exclusão no estudo foram:

- Gestantes (mulheres grávidas não são acompanhadas na UETDI, elas são encaminhadas ao departamento de ginecologia e obstetrícia para acompanhamento durante todo o pré-natal, não sendo possível realizar a coleta de dados).

3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados referentes às variáveis sociodemográficas, comportamentais de saúde, clínicas e laboratoriais foram coletados utilizando os registros dos prontuários dos pacientes por meio de um questionário construído para este estudo (APÊNDICE A).

O período escolhido foi de 2015 a 2019, com a justificativa de que no ano de 2015, as anotações e evoluções começaram a ser feitas no prontuário eletrônico do paciente, descontinuando os documentos em papéis.

Foi realizado levantamento de todos os prontuários de pacientes atendidos entre o período escolhido, que tiveram atendimento, primeiramente, por meio do ambulatório da Unidade e após, por meio da enfermaria.

A coleta de dados teve uma amostragem de população de pessoas, ou seja, após esse levantamento de todos os prontuários dos pacientes em seu primeiro atendimento, foi selecionado o primeiro prontuário que satisfizesse os critérios de elegibilidade.

O questionário de coleta de dados foi aplicado no primeiro atendimento do paciente para obtenção de informações de interesse para o estudo.

O questionário foi submetido à validação teórica de face exame de conteúdo por três profissionais especializados na área de infectologia, os quais avaliaram o instrumento quanto a aceitação do questionário, fácil compreensão e relevância dos itens, clareza da redação, presença de ambiguidades e realizaram sugestões para alterações.

Para a aplicação deste instrumento, foi utilizado dados contidos no prontuário eletrônico do paciente por meio de documentos de uso contínuo na Unidade pela equipe de enfermagem e equipe médica. Tais documentos foram referentes aos casos recém diagnosticados identificados na UETDI, preenchidos pelo enfermeiro e médico no primeiro atendimento.

Foram coletados também dados referentes a 1 ano após o primeiro atendimento, através do mesmo instrumento, que buscou informações sobre a evolução clínica, último resultado de carga viral e de contagem de células TCD4, doenças associadas neste período, número de internações recidivas e óbitos.

3.6 VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO

- a) Sociodemográficas: sexo (feminino / masculino), orientação sexual, data de nascimento, idade, naturalidade e procedência, estado civil e escolaridade.

- b) Comportamentais de saúde: tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, tipos de drogas ilícitas e tempo de uso de drogas ilícitas.
- c) Clínico-epidemiológicas: data do primeiro atendimento, origem do paciente, tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV, uso de TARV, tempo de uso de TARV, contagem de células TCD4 e quantificação da carga viral individual, comorbidades associadas, número de internações recidivas e abandono de tratamento.
- d) Critério óbito (epicrise de óbito com menção de aids ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência - sem classificação por outro critério após investigação; data do óbito; motivo e local) descritas de acordo com os códigos B.20-B24 da Classificação Internacional de Doenças (CID10) e registradas no PEP.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha do *Excel for Windows* e realizada dupla digitação e validação dos dados, a fim de identificar possíveis erros de digitação. Posteriormente, a planilha foi transportada para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25.0 for Windows, para a realização da análise dos dados. A análise dos dados utilizou de estatística descritiva: média, mediana, desvio-padrão, mínima e máxima para as variáveis contínuas e frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas. Bem como, utilizou da estatística inferencial, onde foram realizados o teste Exato de Fisher, o teste T pareado e regressão logística para encontrar a razão de chances. Para tanto, foi adotado o valor de $\alpha \leq 0,05$.

Os dados serão apresentados por meio de tabelas e gráficos.

3.7.1 Regressão Logística Multinomial

Para a realização da análise de regressão logística multinomial foi considerada como variável de desfecho do estudo a ocorrência do resultado: Em tratamento, Óbito, Perda de seguimento, Transferência para serviço secundário, para o qual foi adotado o uso do modelo multinomial. Matematicamente o modelo é definido como

$$\text{logit}(P(Y = j|x)) = \log \frac{P(Y = j|x)}{P(Y = J|x)}$$

Onde $P(Y = j|x) = \pi_j$. No nosso caso $j = 1,2,3,4$ onde 1 = Óbito, 2 = Perda de seguimento, 3 = Transferência para serviço secundário e 4 = em tratamento. Essa relação entre variáveis dependentes e independentes do modelo de regressão logística multinomial é dada pela expressão:

$$\text{logit}(P(Y = j|x)) = \alpha_j + \beta_{jk}x_k$$

Para $j = 1, \dots, J-1$ o número de ligações ($J - 1$) do modelo e $k = 1, \dots, p$ indica o número de parâmetros de cada ligação. Há um caso particular que ocorre quando todos os logits apresentam o mesmo parâmetro de inclinação – hipótese de paralelismo: $\beta_{2k} = \beta_{3k} = \dots = \beta_{jk} = \beta_k$. Com isso, é dito que o modelo é de *odds* proporcionais (McCULLAGH, 1980).

Contudo, há situações em que se aplica a mesma inclinação à algumas variáveis enquanto para outras a hipótese de proporcionalidade não se aplica. Neste contexto, tem-se um modelo de *odds* proporcional parcial (AGRESTI, 2010).

Utilizamos como variáveis independentes do modelo Gênero (Feminino, Masculino) e Idade (anos), Ano (2015, 2016, 2017, 2018, 2019), Naturalidade (Ribeirão Preto, Região Ribeirão Preto, Outras cidades do Estado de São Paulo, Cidade fora do Estado de São Paulo), Procedência (Ribeirão Preto, Região Ribeirão Preto, Outras cidades), Estado Civil (Casado/Amasiado, Solteiro, Viúvo, Separado/Divorciado), Escolaridade (até Ensino Fundamental, Ensino médio/técnico, Ensino Superior), Orientação sexual (Heterossexual, Bissexual, Homossexual, Homens que fazem sexo com Homens), Tabagista (Sim, Não), Etilista (Sim, Não), Uso de Drogas (Sim, Não), Origem do paciente (Casa, Transferência de serviço secundário, UBDS, Unidade de emergência), Entrada (Enfermaria – internação, PA-MI, ASID), Tempo de diagnóstico de HIV(até 1 mês, 1 a 3 meses, 3 a 6 meses), Uso de TARV (Sim, Não).

Também foram utilizadas como independentes as doenças oportunistas na primeira avaliação: Síndrome Consuptiva (Sim, Não), Neoplasia (Sim, Não), Pneumopatia (Sim, Não), Sistema Nervoso Central (Sim, Não), Trato Gastrointestinal (Sim, Não) e outras (Sim, Não). Na segunda avaliação foram testadas Neoplasia (Sim, Não), Pneumopatia (Sim, Não), Sistema Nervoso Central (Sim, Não), Trato Gastrointestinal (Sim, Não) e outras (Sim, Não).

Por fim, também foram inseridas as doenças associadas na primeira avaliação: Tuberculose (Sim, Não), Pneumocistose (Sim, Não), Diarreia (Sim, Não), Neurotoxoplasmose (Sim, Não), Neurocriptocose (Sim, Não), Sarcoma de Kaposi (Sim, Não), CMV (Sim, Não), Monólise oral (Sim, Não), Neurosífilis (Sim, Não) e Perda Ponderal (Sim, Não). Na segunda avaliação foram consideradas Herpes Zoster (Sim, Não), Pneumocistose (Sim, Não),

Neurotoxoplasmose (Sim, Não), CMV (Sim, Não), Monolíase oral (Sim, Não), Diarreia (Sim, Não) e Perda Ponderal (Sim, Não).

A seleção das variáveis deu-se em duas etapas. Primeiramente foi avaliada a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Essa avaliação de multicolinearidade analisa a existência de variáveis no modelo que sejam muito correlacionadas entre si, ou seja, similares. Para tanto, utilizamos o Fator de Inflação da Variância (VIF, acrônimo em inglês), dado pela expressão:

$$VIF_j = \frac{1}{1 - R_j^2}$$

onde R_j^2 é o coeficiente de correlação múltipla resultante da regressão de X_j nos outros $p - 1$ regressores. Quanto maior o grau de dependência de X_j dos regressores remanescentes, mais forte a dependência e maior o valor de R_j^2 . Adotou-se como ponto de corte o valor de $VIF < 5$ (MYERS & MONTGOMERY, 2002). Uma vez que as variáveis independentes são as mesmas para ambos os desfechos, foi considerado o resultado desta análise para ambos os desfechos.

Na segunda etapa foi aplicado o procedimento de seleção de variáveis denominado por *stepwise*, utilizando o uso do Critério de Informação de Bayesiana (BIC: Sakamoto 1986), para as variáveis selecionadas na etapa anterior. Por razões de ordem numérica relacionada ao número de parâmetros, o procedimento foi aplicado considerando-se o modelo de *odds* proporcionais. Para as variáveis selecionadas pelo BIC, testou-se de forma individual usando o teste da Razão de Verossimilhança (ZEILEIS & HOTHORN, 2002), a suposição de não proporcionalidade para cada variável individualmente.

Para o modelo final foi calculado as Razões de Chances (Odds Ratio, OR) correspondentes segundo os parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados, bem como os respectivos gráficos com os valores de probabilidades preditas para cada combinação de parâmetros. Todas as análises foram realizadas com auxílio do *software* R (R Core Team, 2021) com um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), através do uso do pacote VGAM (Yee, 2010).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a análise dos dados no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), foi solicitado a dispensa para o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de um estudo retrospectivo e com dados secundários.

Os dados obtidos no estudo foram considerados propriedade conjunta das partes envolvidas- com ressalva da não necessidade de autorização prévia do participante, por não ser necessária a presença do indivíduo no momento da coleta dos dados; consequentemente não serão divulgados a terceiros sem sua prévia autorização. Entretanto, torna-se expresso que os resultados da pesquisa serão divulgados, sejam eles favoráveis ou não, preservando a identidade dos participantes envolvidos na pesquisa.

Em consenso com as normas legais e éticas da Resolução 466/2012, a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como a privacidade de seus conteúdos será resguardada pelo pesquisador. O mesmo se responsabiliza em zelar pela integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

O risco desta pesquisa inclui a quebra da confidencialidade dos dados coletados nos prontuários bem como a privacidade de seus conteúdos não ser garantida pelo pesquisador. O não zelo pela integridade das informações e a quebra da privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Os benefícios da pesquisa envolvem: contribuir para a qualidade na assistência em saúde destes pacientes, visando um cuidado integral na ótica da promoção à saúde, acolhimento, tratamento adequado e com intenção de melhorar os processos de adesão e vínculo.

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob nº do parecer 4.143.945 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

Um total de 1.120 pacientes com HIV/aids foram atendidos no hospital terciário durante o período do estudo, destes 314 (28%) pessoas eram recém diagnosticadas com infecção pelo HIV.

Quanto ao perfil sociodemográfico identificou-se que a maioria 73,9% (232) eram homens; com idade variando entre 18 a 74 anos e média de 38, 6 anos (DP= 12,4). Quanto a procedência, verificou-se que 37,6% (118) eram do Estado de São Paulo; majoritariamente solteiros – 54,5% (171); onde mais da metade tinham apenas ensino fundamental – 51,3% (161) e declararam ser heterossexuais – 59,6% (187). Referente aos aspectos comportamentais de saúde, identificou-se que 60,2% (189) eram tabagistas; 76,8% (241) eram etilistas e 36,3% (114) faziam uso de outras drogas, conforme observado na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2015 a 2019.

Variáveis	Ano					Total	p*
	2015	2016	2017	2018	2019		
Sexo							
Feminino	22 (27,2)	14 (26,9)	17 (24,6)	16 (28,6)	13 (23,2)	82 (26,1)	0,967
Masculino	59 (72,8)	38 (73,1)	52 (75,4)	40 (71,4)	43 (76,8)	232 (73,9)	
Idade (média em anos)	38,8 (36,1-41,5)	36,9 (33,1-40,6)	40,1 (37,2-42,9)	39,2 (35,5-42,8)	37,5 (34,5-40,4)	38,6	0,4372
Naturalidade							
Ribeirão Preto	20 (24,7)	10 (19,2)	15 (21,7)	9 (16,1)	7 (12,5)	61 (19,4)	0,712
Região de Ribeirão Preto	10 (12,3)	12 (23,1)	10 (14,5)	11 (19,5)	8 (14,3)	51 (16,2)	
Estado de São Paulo	29 (35,8)	19 (36,5)	28 (40,6)	18 (32,1)	24 (42,9)	118 (37,6)	
Outros Estados	22 (27,2)	11 (21,2)	16 (23,2)	18 (32,1)	17 (30,4)	84 (26,8)	
Procedência							
Ribeirão Preto	38 (46,9)	21 (40,4)	20 (29,0)	17 (30,4)	16 (28,6)	112 (35,7)	0,059
Região de Ribeirão Preto	12 (14,8)	14 (26,9)	14 (20,3)	19 (33,9)	11 (19,6)	70 (22,3)	
Estado de São Paulo	30 (37,0)	13 (25,0)	30 (43,5)	17 (30,4)	29 (51,8)	119 (38,0)	
Outros Estados	1 (1,2)	2 (3,8)	2 (2,9)	2 (3,6)	0	7 (2,2)	
Ignorado	0	2 (3,8)	3 (4,3)	1 (1,8)	0	6 (1,9)	
Estado Civil							
Solteiro	41 (50,6)	30 (50,7)	32 (46,4)	33 (58,9)	35 (62,5)	171 (54,5)	0,104
Casado/Vivendo como Casado	30 (37,0)	12 (23,1)	27 (39,1)	12 (21,4)	13 (23,2)	94 (30,0)	
Viúvo	3 (3,7)	1 (1,9)	3 (4,3)	2 (3,6)	5 (8,9)	14 (4,5)	
Separado/Divorciado	7 (8,6)	9 (17,3)	7 (10,1)	9 (16,1)	2 (3,6)	34 (10,8)	
Ignorado	0	0	0	0	1 (1,8)	1 (0,3)	
Orientação Sexual							
Heterossexual	53 (65,4)	25 (48,1)	39 (56,5)	38 (67,9)	32 (57,1)	187 (59,6)	0,277
Bissexual	6 (7,4)	4 (7,7)	4 (5,8)	6 (10,7)	1 (1,8)	21 (6,7)	
Homossexual	10 (12,3)	13 (25,0)	9 (13,0)	3 (5,4)	9 (16,1)	44 (14,0)	
HSH	9 (11,1)	3 (5,8)	8 (11,6)	5 (8,9)	7 (12,5)	32 (10,2)	
Outros	0	0	1 (1,4)	0	0	1 (0,3)	
Ignorado	3 (3,7)	7 (13,5)	8 (11,6)	4 (7,1)	7 (12,5)	29 (9,2)	
Escolaridade							
Analfabeto	0	3 (5,8)	1 (1,4)	2 (3,6)	2 (3,6)	8 (2,5)	0,311
Fundamental	46 (56,8)	27 (51,9)	34 (49,3)	29 (51,8)	25 (44,6)	161 (51,3)	
Médio	21 (25,9)	17 (32,7)	23 (33,3)	22 (39,3)	24 (42,9)	107 (34,1)	
Superior	11 (13,6)	5 (9,6)	11 (15,9)	3 (5,4)	4 (7,1)	34 (10,8)	
Ignorado	3 (3,7)	0	0	0	1 (1,8)	4 (1,3)	

(CONTINUA)

TABELA 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2015 a 2019. (CONCLUSÃO)

VARIÁVEIS	2015	2016	ANO 2017	2018	2019	Total	P*
Tabagista							
Sim	52 (64,2)	29 (55,8)	38 (55,1)	37 (66,1)	33 (58,9)	189 (60,2)	0,685
Não	27 (33,3)	22 (42,3)	29 (42,0)	19 (33,9)	22 (39,3)	119 (37,9)	
Ignorado	2 (2,5)	1 (1,9)	2 (2,9)	0	1 (1,8)	6 (1,9)	
Uso de álcool							
Sim	63 (77,8)	42 (80,8)	44 (63,8)	45 (80,4)	47 (83,9)	241 (76,8)	0,058
Não	16 (19,8)	10 (19,2)	23 (33,3)	11 (19,6)	7 (12,5)	67 (21,3)	
Ignorado	2 (2,5)	0	2 (2,9)	0	2 (3,6)	6 (1,9)	
Uso de drogas							
Sim	28 (34,6)	17 (32,7)	22 (31,9)	24 (42,9)	23 (41,1)	114 (36,3)	0,677
Não	52 (64,2)	32 (61,5)	45 (65,2)	31 (55,4)	32 (57,1)	192 (61,1)	
Ignorado	1 (1,2)	3 (5,8)	2 (2,9)	1 (1,8)	1 (1,8)	8 (2,5)	

*Teste qui quadrado para variáveis qualitativas com mais de duas categorias; Teste de Kruskal-Wallis para variáveis quantitativas para três ou mais grupos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quanto aos aspectos clínicos observou-se que o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV variou de 1 a 6 meses, sendo a maioria 47,1% (148) a menos de um mês e média de dois meses. Destaca-se ainda que 57,6% (181) tiveram como origem o domicílio e 43,6% (137) deram entrada pela enfermagem; 72,0% (226) apresentavam doenças oportunistas e predominantemente não faziam uso de TARV – 82,2% (258) (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição dos participantes segundo variáveis clínicas. Ribeirão Preto, SP, 2015 a 2019.

VARIÁVEIS	ANO					Total	p*
Tempo de diagnóstico (mês)	2015	2016	2017	2018	2019		
< 1	41 (50,6)	23 (44,2)	36 (52,2)	23 (41,1)	25 (44,6)	148 (47,1)	0,795
1 a 3	29 (35,8)	22 (42,3)	26 (37,7)	28 (50,0)	22 (39,3)	127 (40,4)	
3 a 6	11 (13,6)	7 (13,5)	7 (10,1)	5 (8,9)	9 (16,1)	39 (12,4)	
Origem							
Casa	47 (58,0)	32 (61,5)	36 (52,2)	32 (57,1)	34 (60,7)	181 (57,6)	0,852
UBDS	11 (13,6)	5 (9,6)	9 (13,0)	3 (5,4)	3 (5,4)	31 (9,9)	
Unidade de Emergência	5 (2,2)	5 (9,6)	4 (5,8)	4 (7,1)	6 (10,7)	24 (7,6)	
Transferência dentro do HC	2 (2,5)	2 (3,8)	5 (7,2)	4 (7,1)	2 (3,6)	15 (4,8)	
Transferência de outra cidade	11 (13,6)	5 (9,6)	13 (18,8)	11 (19,6)	8 (14,3)	48 (15,3)	
Transferência de Inst. de RP	3 (13,7)	0	2 (2,9)	1 (1,8)	2 (3,6)	8 (2,5)	
Ignorado	2 (2,5)	3 (5,8)	0	1 (1,8)	1 (1,8)	7 (2,2)	
Entrada							
Enfermaria	36 (44,4)	21 (40,4)	33 (47,8)	25 (44,6)	22 (39,3)	137 (43,6)	0,590
Primeiro atendimento	34 (42,0)	28 (53,8)	25 (36,2)	22 (39,3)	24 (42,9)	133 (42,4)	
Ambulatório	11 (13,6)	3 (5,8)	11 (15,9)	9 (16,1)	10 (17,9)	44 (14,0)	
Doença Oportunista							
Sim	61 (75,3)	32 (61,5)	51 (73,9)	46 (82,1)	36 (64,3)	226 (72,0)	0,096
Não	20 (24,7)	20 (38,5)	18 (26,1)	10 (17,9)	20 (35,7)	20 (35,7)	
Uso da TARV							
Sim	15 (18,5)	8 (15,4)	13 (18,8)	10 (17,9)	10 (17,9)	56 (17,8)	0,991
Não	66 (81,5)	44 (84,6)	56 (81,2)	46 (82,1)	46 (82,1)	258 (82,2)	
Tempo de TARV (mês)							
< 1	4 (4,9)	3 (5,8)	6 (8,7)	4 (7,1)	3 (5,4)	20 (6,4)	0,680
1 a 3	4 (4,9)	4 (7,7)	5 (7,2)	6 (8,9)	6 (10,7)	24 (7,6)	
3 a 6	5 (6,2)	1 (1,9)	2 (2,9)	1 (1,8)	1 (1,8)	10 (3,2)	
Não se aplica	68 (84,0)	44 (84,6)	56 (81,2)	46 (82,1)	46 (82,1)	260 (82,8)	
Diagnóstico tardio							
< 350	51 (68,9)	33 (66,0)	48 (73,8)	39 (72,2)	37 (69,3)	208 (70,3)	0,909
> e =350	23 (31,1)	17 (34,0)	17 (26,2)	15 (27,8)	16 (30,2)	88 (29,7)	
Diagnóstico muito tardio							
< 200	43 (58,1)	25 (50,0)	37 (56,9)	36 (66,7)	28 (52,8)	169 (57,1)	0,482
> e =200	31 (41,9)	25 (50,0)	28 (43,1)	18 (33,3)	25 (47,2)	127 (42,9)	

*Teste qui quadrado para variáveis qualitativas com mais de duas categorias.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Do total, 70,3% (208) tiveram diagnóstico tardio e 57,1% (169) diagnóstico muito tardio, ou seja, contagem de células CD4 < 200 mm³ de sangue.

Na Tabela 3 estão apresentadas as variáveis sociodemográficas e comportamentais associadas a ter recebido o diagnóstico tardio e muito tardio da infecção pelo HIV. Identificou-se associação com as variáveis sexo (valor de p = 0,01 e 0,04, respectivamente) e escolaridade para o diagnóstico muito tardio (valor de p = 0,03).

TABELA 3 – Fatores sociodemográficos e comportamentais dos pacientes com diagnóstico tardio e muito tardio da infecção pelo HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Variáveis	Diagnóstico Tardio (CD4 < que 350)			Diagnóstico Muito Tardio (CD4 < que 200)		
	Não n(%)	Sim n(%)	*p	Não n(%)	Sim n(%)	*p
Sexo						
Feminino	32 (36,36)	46 (22,12)	0,01	41 (32,28)	37 (21,89)	0,04
Masculino	56 (63,64)	162 (77,88)		86 (67,72)	132 (78,11)	
Naturalidade						
Ribeirão Preto	15 (17,05)	43 (20,67)	0,37	26 (20,47)	32 (18,93)	0,17
Região de Ribeirão Preto	17 (19,32)	30 (14,42)		24 (18,90)	23 (13,61)	
Estado de São Paulo	37 (42,05)	75 (36,06)		51 (40,16)	61 (36,09)	
Fora do Estado de São Paulo	19 (21,59)	60 (28,85)		26 (20,47)	53 (31,36)	
Procedência						
Ribeirão Preto	31 (35,23)	74 (36,63)	0,37	41 (32,80)	64 (38,79)	0,11
Região de Ribeirão Preto	18 (20,45)	49 (24,26)		29 (23,20)	38 (23,03)	
Estado de São Paulo	39 (44,32)	74 (36,63)		55 (44,00)	58 (35,15)	
Fora do Estado de São Paulo	0 (0)	5 (2,48)		0 (0)	5 (3,03)	
Estado Civil						
Solteiro	48 (54,55)	114 (55,07)	0,90	72 (56,69)	90 (53,57)	0,72
Casado/Amasiado/Vivendo como Casado	28 (31,82)	61 (29,47)		38 (29,92)	51 (30,36)	
Viúvo	4 (4,55)	8 (3,86)		6 (4,72)	6 (3,57)	
Separado/Divorciado	8 (9,09)	24 (11,59)		11 (8,66)	21 (12,50)	
Escolaridade						
Ens. Fundamental	39 (44,83)	108 (52,68)	0,52	53 (42,40)	94 (56,29)	0,03
Ens. Médio	33 (37,93)	72 (35,12)		48 (38,47)	57 (34,13)	
Ens. Superior	12 (13,79)	20 (9,76)		20 (16,00)	12 (7,19)	
Analfabeto	3 (3,45)	5 (2,44)		4 (3,20)	4 (2,40)	
Orientação sexual						
Heterossexual	50 (60,98)	129 (67,89)	0,89	73 (61,34)	106 (69,28)	0,34
Bissexual	8 (9,76)	12 (6,32)		10 (8,40)	10 (6,54)	
Homossexual	16 (19,51)	27 (14,21)		24 (20,17)	19 (12,42)	
HSH	8 (9,76)	21 (11,05)		12 (10,08)	17 (11,11)	
Outros	0 (0)	1 (0,53)		0 (0)	1 (0,65)	
Tabagista						
Sim	55 (63,22)	128 (61,84)	0,89	101 (80,16)	127 (76,05)	0,47
Não	32 (36,78)	79 (38,16)		25 (19,84)	40 (23,95)	
Uso de Drogas						
Sim	33 (37,50)	76 (37,07)	1,00	46 (36,22)	63 (37,95)	0,80
Não	55 (62,50)	129 (62,50)		81 (63,78)	103 (62,05)	

Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto/SP, 2022.

Quanto as variáveis clínicas, o Teste Exato de Fisher revelou associação das variáveis: origem, entrada e a ocorrência de doenças oportunistas [com valor de $p < 0,00$] com o diagnóstico tardio e muito tardio; e também do uso de TARV (valor de $p = 0,04$ e $0,01$) e Óbito (valor de $p = 0,01$ e $< 0,00$), com o diagnóstico tardio e muito tardio, respectivamente (TABELA 4).

TABELA 4– Fatores clínicos dos pacientes com o diagnóstico tardio e muito tardio da infecção pelo HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Variáveis	Diagnóstico Tardio (CD4 < que 350)			Diagnóstico Muito Tardio (CD4 < que 200)		
	Não n(%)	Sim n(%)	* <i>p</i>	Não n(%)	Sim n(%)	* <i>p</i>
Tempo de diagnóstico (mês)						
< 1	34 (38,64)	103 (49,52)	0,15	54 (42,52)	83 (49,11)	0,53
1 a 3	44 (50,00)	79 (37,98)		56 (44,09)	67 (39,64)	
3 a 6	10 (11,36)	26 (12,50)		17 (13,39)	19 (11,24)	
Origem						
Casa	73 (84,88)	98 (48,28)	0,00	103 (82,40)	68 (41,46)	0,00
UBDS	2 (2,33)	27 (13,30)		4 (3,20)	25 (15,24)	
Unidade de Emergência	2 (2,33)	21 (10,34)		5 (4,00)	18 (10,98)	
Transferência Dentro do HC	1 (1,16)	13 (6,40)		3 (2,40)	11 (6,71)	
Transferência Outra Cidade	6 (6,98)	39 (19,21)		7 (5,60)	38 (23,17)	
Transferência de Inst. de RP	2 (2,33)	5 (2,46)		3 (2,40)	4 (2,44)	
Entrada						
Enfermaria – Internação	13 (14,77)	115 (55,29)	0,00	22 (17,32)	106 (62,72)	0,00
PA-MI	60 (68,18)	67 (32,21)		86 (67,72)	41 (24,36)	
ASID	15 (17,05)	26 (12,50)		19 (14,96)	22 (13,02)	
Doença Oportunista						
Sim	33 (37,50)	181 (87,02)	0,00	54 (42,52)	160 (94,67)	0,00
Não	55 (62,50)	27 (12,98)		73 (57,48)	9 (5,33)	
TARV						
Sim	10 (11,36)	44 (21,15)	0,04	15 (11,81)	39 (23,08)	0,01
Não	78 (88,64)	164 (78,85)		112 (88,19)	130 (76,92)	
Tempo de TARV (mês)						
< 1	3 (33,33)	16 (37,21)	1,00	4 (30,77)	15 (38,46)	0,83
1 a 3	5 (55,56)	19 (44,19)		6 (46,15)	18 (46,15)	
3 a 6	1 (11,11)	8 (18,60)		3 (23,08)	6 (15,38)	
Óbito						
Sim	5 (5,68)	32 (15,38)	0,01	9 (7,09)	28 (16,57)	0,00
Não	59 (67,05)	120 (57,69)		89 (70,08)	90 (53,25)	
Transferência	13 (14,77)	44 (21,15)		17 (13,39)	40 (23,67)	
Perda de Segmento	11 (12,50)	12 (5,77)		12 (9,45)	11 (6,51)	

Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto/SP, 2022.

Ao verificarmos as variáveis que se associaram ao diagnóstico tardio e muito tardio desenvolvemos um modelo de regressão para cada variável dependente. Na análise bivariada pela regressão logística, observamos que houve maior chance de diagnóstico tardio e muito tardio, os pacientes que vieram provenientes da UBDS, Unidade de Emergência e Transferência de outra cidade, comparado aos que vieram de casa. Além disso, foi fator de proteção ter entrado pelo primeiro atendimento da unidade de moléstias infecciosas comparado aos que entraram vindo de outra unidade de internação. Não ter doença oportunista e não fazer uso de TARV também foi um fator de proteção para não ter diagnóstico tardio e muito tardio comparado aos que possuíam uma doença oportunista e usavam TARV. Os pacientes do sexo masculino tiveram maior chance de ter diagnóstico tardio e muito tardio comparado ao sexo feminino. O nível de escolaridade, ter ensino superior, foi fator de proteção, comparado ao ensino fundamental para ter diagnóstico tardio. Já em relação ao desfecho, foi fator de proteção ter alta comparado aos pacientes que foram à óbito de ter diagnóstico tardio, já os pacientes que foram transferidos tiveram maior chance de ter diagnóstico tardio, comparado aos que foram à óbito.

Já na análise multivariada pela regressão logística, não ter doença oportunista foi um fator de proteção para não ter diagnóstico tardio comparado aos que possuíam uma doença oportunista. Os pacientes do sexo masculino tiveram maior chance de ter diagnóstico tardio comparado ao sexo feminino. Foi fator de proteção ter entrado pelo primeiro atendimento da unidade de moléstias infecciosas comparado aos que entraram vindo de outra unidade de internação para ter diagnóstico tardio, bem como ter ensino superior, comparado ao ensino fundamental. Não ter doença oportunista também foi um fator de proteção para não ter diagnóstico muito tardio comparado aos que possuíam uma doença oportunista.

TABELA 5 - Fatores associados ao diagnóstico tardio e muito tardio da infecção pelo HIV segundo o modelo de regressão logística. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

CD4 < 350 *	Odds Ratio Bruto	IC	p valor	Odds Ratio Ajustado	IC	p valor
Origem						
Casa	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
UBDS	6,443	1,497 - 27,734	0,012	1,327	0,117 - 15,046	0,819
Unidade de Emergência	4,846	1,111 - 21,146	0,036	0,791	0,071 - 8,878	0,850
Transferência dentro do HC	5,816	0,749 - 45,175	0,092	1,856	0,115 - 30,028	0,663
Transferência de outra cidade	3,171	1,289 - 7,799	0,012	0,523	0,073 - 3,749	0,519
Transferência de outra unidade de Ribeirão Preto	1,061	0,202 - 5,576	0,945	0,212	0,019 - 2,292	0,202
Entrada						
Enfermaria-Internação	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
PA-MI	0,222	0,129 - 0,378	<0,0001	0,238	0,035 - 1,618	0,142
ASID	0,695	0,348 - 1,388	0,303	0,292	0,038 - 2,242	0,236
Doença Oportunistas						
Sim	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,0895	0,049 - 0,162	<0,0001	0,122	0,060 - 0,248	<0,0001
CV_1	1	0,999 - 1,000	0,101	1	0,999 - 1,0	0,493
TARV						
Sim	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,478	0,228 - 0,999	0,050	0,781	0,310 - 1,964	0,599
Óbito						
Sim	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,670	0,397 - 1,130	0,134	1,029	0,295 - 3,585	0,965
Transferência	1,548	0,787 - 3,044	0,206	0,706	0,173 - 2,886	0,628
Perda de seguimento	0,429	0,181 - 1,012	0,053	0,313	0,068 - 1,454	0,138
Sexo						
Feminino	<i>Categoria de comparação</i>				<i>Categoria de comparação</i>	
Masculino	2,012	1,168 - 3,467	0,012	2,228	1,111 - 4,467	0,024
Idade	1,022	1,001 - 1,044	0,042	1,013	0,987 - 1,039	0,320

(CONTINUA)

TABELA 5 - Fatores associados ao diagnóstico tardio e muito tardio da infecção pelo HIV segundo o modelo de regressão logística. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

(CONCLUSÃO)						
	Odds Ratio Bruto	IC	p valor	Odds Ratio Ajustado	IC	p valor
CD4 < 200 **						
Idade	1,019	0,999 - 1,038	0,056	0,997	0,968 - 1,027	0,838
Sexo						
Feminino		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
Masculino	1,701	1,010 - 2,863	0,046	1,928	0,916 - 4,058	0,084
CV_1	1,0	1,0 - 1,0001	0,026	1,0	0,999 - 1,000001	0,130
Origem						
Casa		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
UBDS	5,441	1,842 - 16,073	0,002	0,902	0,1005 - 8,098	0,927
Unidade de Emergência	2,959	1,067 - 8,204	0,037	0,381	0,050 - 2,907	0,352
Transferência dentro do HC	2,924	0,798 - 10,713	0,105	1,044	0,119 - 9,185	0,969
Transferência de outra cidade	5,084	2,185 - 11,827	<0,0001	0,522	0,083 - 3,284	0,489
Transferência de outra unidade de Ribeirão Preto	1,017	0,223 - 4,627	0,983	0,261	0,024 - 2,881	0,273
Entrada						
Enfermaria-Internação		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
PA-MI	0,153	0,092 - 0,255	<0,0001	0,114	0,0197 - 0,666	0,016
ASID	0,851	0,439 - 1,649	0,632	0,243	0,0368 - 1,608	0,142
Doença Oportunista						
Sim		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,042	0,019 - 0,089	<0,0001	0,061	0,026 - 0,143	<0,0001
TARV						
Sim		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,446	0,234 - 0,853	0,015	0,629	0,259 - 1,528	0,307
Escolaridade						
Ensino Fundamental		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
Ensino Médio	0,849	0,521 - 1,385	0,513	0,257	0,034 - 1,957	0,190
Ensino Superior	0,432	0,201 - 0,927	0,031	0,092	0,009 - 0,908	0,041
Ensino Técnico	0,744	0,148 - 3,749	0,720	0,129	0,008 - 2,087	0,150
Óbito						
Sim		<i>Categoria de comparação</i>			<i>Categoria de comparação</i>	
Não	0,486	0,299 - 0,790	0,004	1,429	0,492 - 4,153	0,511
Transferência	2,006	1,077 - 3,737	0,028	1,159	0,342 - 3,935	0,813
Perda de seguimento	0,667	0,284 - 1,565	0,352	0,713	0,162 - 3,129	0,654

*IC= Intervalo de confiança de 95%; Valor-p

Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto/SP, 2022.

4.1 SEGUIMENTO CLINICO

A Tabela 6 mostra a evolução do seguimento clínico do dia zero e doze meses após para as variáveis de diagnóstico tardio (CD4+<350 células/mm³) e muito tardio (CD4+<200 células/mm³), contagem de CD4 (células/mm³), carga viral e indivíduos indetectáveis, onde todos os seguimentos apresentaram melhora segundo a estatística do Test T pareado com nível de significância < 0,00.

TABELA 6 – Monitoramento do seguimento clinico segundo baseline e doze meses após.

Variáveis clínicas	Seguimento Clínico		p-valor*
	Baseline	12 meses	
CD4 média (DP)	255	448,4	<0,00
Cd4 <350			
Sim	208 (70,3)	90 (30,4)	<0,00
Não	88 (29,7)	206 (69,6%)	
<200			
Sim	169 (57,1)	36 (12,2%)	<0,00
Não	127 (42,9)	260 (87,8%)	
Carga viral média (DP)	499231	6310	<0,00
Carga viral indetectável			
Sim	15 (5,1)	157 (53,0)	<0,00
Não	280 (94,6)	40 (13,5)	

*Test T pareado

Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto/SP, 2022.

Na Tabela 7, observa-se aumento na contagem de CD4+ (células/mm³) em relação a segunda contagem, bem como, redução da carga viral, essa chegando a mediana de 40 para a segunda contagem em todo o período, 2015 a 2019.

TABELA 7 – Descrição da 1ª e 2ª contagem após 12 meses de CD4+ (células/mm³) e Carga Viral, segundo ano de entrada. Ribeirão Preto, SP, 2023.

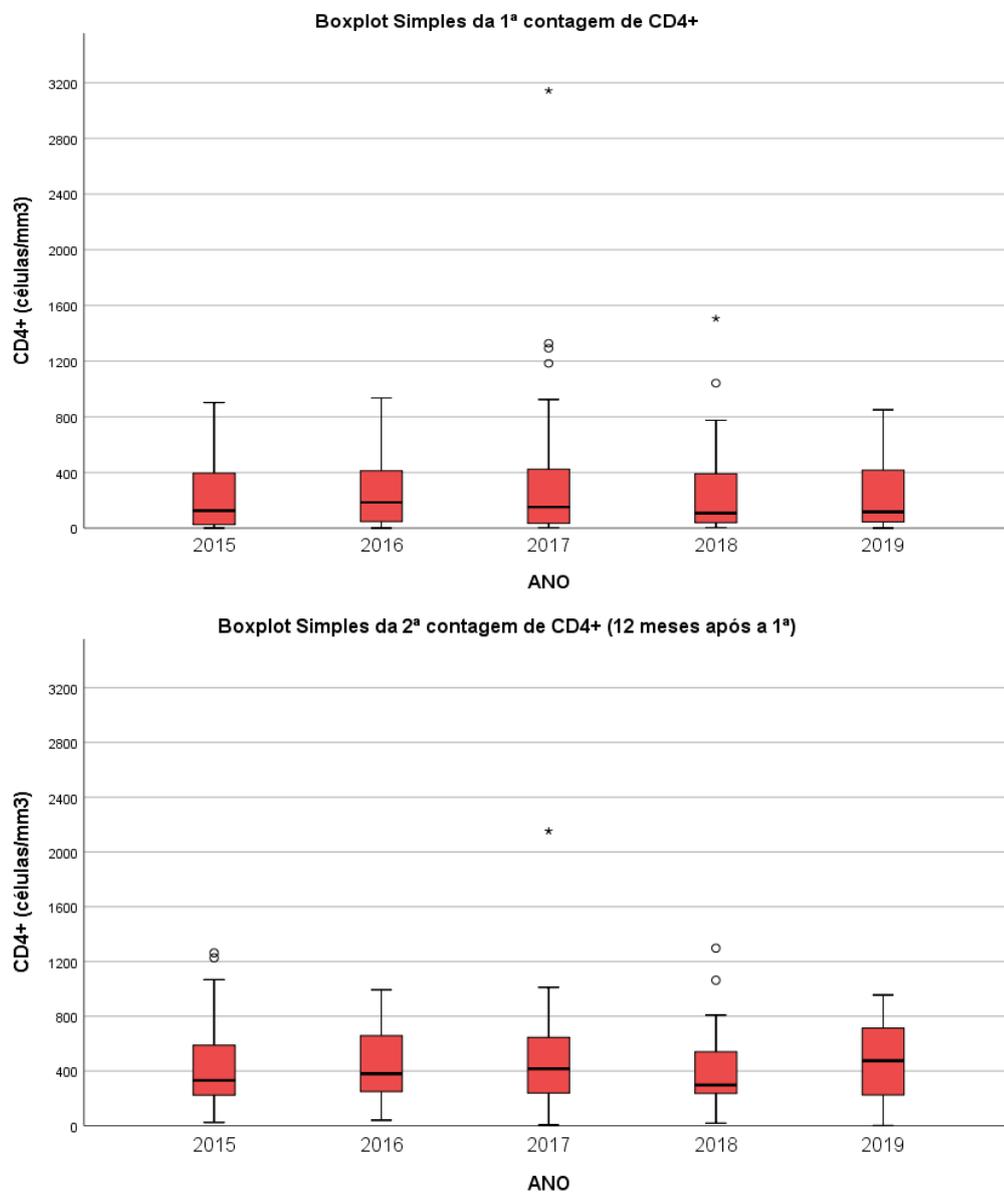
		Ano				
		2015	2016	2017	2018	2019
1º CD4	Média	212	262	314	247	245
	Mediana	126	186	152	109	117
	Máximo	903	936	3143	1506	850
	Mínimo	1	1	4	5	1
	Desvio padrão	220	256	480	302	240
2º CD4 (12 meses)	Média	438	468	488	401	456
	Mediana	332	380	416	297	475
	Máximo	1263	994	2152	1297	955
	Mínimo	24	41	4	19	1
	Desvio padrão	311	267	407	282	293
1ª CV	Média	389373	236303	344508	764463	817261
	Mediana	99078	54916	55153	195105	63200
	Máximo	3684420	2519926	3376809	9587365	19022017
	Mínimo	40	40	40	40	40
	Desvio padrão	709080	509017	639201	1937013	2916942
2ª CV	Média	17131	445	48	2123	4612

(12 meses)	Mediana	40	40	40	40	40
	Máximo	528692	13230	208	67742	123153
	Mínimo	40	40	40	40	40
	Desvio padrão	78667	2128	32	11602	21818

Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

Quanto a contagem de células T CD4+ (/mm³) a mediana da primeira amostra aumentou em relação a segunda amostra (realizada 12 meses após) em todo período estudado, entre 2015 e 2019.

GRÁFICO 1 – BoxPlot da 1ª e 2ª contagem de CD4+ (células/mm³) segundo ano de entrada. Ribeirão Preto, SP, 2023.



Fonte: Dados do estudo, Ribeirão Preto/SP, 2022.

Os resultados da regressão logística relacionada aos desfechos: óbito, perda de seguimento e transferência, mostraram que a chance de ocorrência de Óbito no ano de 2017 foi 6,17 vezes maior do que o ano de 2015, para o mesmo período, a chance de ocorrência de perda de seguimento foi 4,31 vezes maior em 2017 comparado a 2015. Quanto a chance de ocorrência de transferência para serviços secundário, em 2018 esta foi 7,13 vezes maior do que o ano de 2015, com decréscimo no ano de 2019 (6,71 vezes maior do que o ano de 2015) (TABELA 8).

Quanto a modalidade de entrada, a regressão identificou que pacientes cuja entrada se deu por PA-MI tiveram uma chance 87,73% (1 - 0,12) menor de ocorrência de Óbito do que os pacientes originários de Enfermaria – Internação. Os mesmos pacientes, cuja entrada ocorreu via PA-MI, também, tiveram uma chance 86,34% (1 - 0,13) menor de ocorrência de Transferência para Serviço Secundário em comparação aos Pacientes Originários de Enfermaria – Internação (TABELA 8).

Os pacientes cuja entrada se deu por ASID também apresentaram uma chance menor de ocorrência de Óbito (76,11%; 1 - 0,2389) e de Transferência para Serviço Secundário (94,59%; 1 - 0,0541) em relação aos Pacientes Originários de Enfermaria – Internação (TABELA 8).

TABELA 8 – Estimativas, erros padrão, valor *p* de z, razão de chances e seus respectivos limites inferior e superior (LI-LS; entre parênteses) da logística multinomial. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

Variáveis	Óbito		Perda de Seguimento		Transferência	
	Odds Ratio(IC)	p	Odds Ratio (IC)	p	Odds Ratio (IC)	p
Intercept						
Ano						
2016	1,6 (0,37 - 7,16)	0,50	0,38 (0,04 - 3,49)	0,39	1,56 (0,35 - 6,85)	0,55
2017	6,16 (1,8- 20,79)	0,00	4,3 (1,28 - 14,51)	0,01	2,20 (0,53 - 9,03)	0,27
2018	0,96 (0,16 - 5,6)	0,96	1,18 (0,24 - 5,63)	0,83	7,13 (2,02 - 25,13)	0,00
2019	2,64 (0,63 - 11,00)	0,18	0,40 (0,04 - 3,81)	0,43	6,71(1,84 - 24,46)	0,00
Uso álcool						
Sim	0,40 (0,19-0,82)	0,01				
Não	1					
Entrada						
PA-MI	0,12 (0,04 - 0,34)	0,00	0,41(0,13 - 1,32)	0,14	0,13 (0,05 - 0,33)	0,00
Ambulatório	0,23 (0,06 - 0,86)	0,02	0,89 (0,23 - 3,42)	0,87	0,05 (0,01 - 0,27)	0,00

Nota: * IC=Intervalo de Confiança de 95%

5 DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que embora os pacientes assistidos em primeiro atendimento chegam como casos recém diagnosticados de HIV, a maioria pode ser considerada como diagnóstico tardio, 66,2% dos pacientes apresentavam contagem de TCD4+ inferior a 350 células/mm³ ou muito tardio, onde 53,8% apresentavam contagem de TCD4+ inferior a 200 células/mm³. Esse elevado índice é semelhante a um estudo realizado em um estado do Nordeste Brasileiro, que correspondeu a 59,1% em 2017 (RIBEIRO, et al. 2020) e a outros países como a China, onde se evidenciou um percentual maior que 60% no período de 2015 a 2016 (XIE et al. 2017) e na Etiópia, com 68,8% no ano de 2014 (ASSEN, et al. 2016). Esses dados são alarmantes e superiores quando comparados aos dados nacionais, onde se identificou percentuais de 42% no ano de 2015 (BRASIL, 2015) e 48% no ano de 2022 (BRASIL, 2022b) de pessoas diagnosticadas com TCD4+ abaixo de 350 células/mm³.

Alguns fatores sociodemográficos, como o grau de instrução e nível de conhecimento, podem estar diretamente ligados ao acesso à saúde, impactando na prevalência do diagnóstico tardio ou muito tardio (COTA, CRUZ, 2021). O fato deste estudo mostrar que 56,29% (n=94) dos pacientes detectados com células TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ possuíam apenas ensino fundamental, semelhante a achados de um estudo de coorte europeu realizado entre 1996 a 2013, que identificou que quanto menor a escolaridade maior a chance do indivíduo apresentar contagem menor de células TCD4+ e, também, menor chance de supressão viral (DEL AMO, 2017). Outro estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2012 a 2018, também encontrou evidências de associação entre baixa escolaridade e uma menor chance de atingir a supressão viral (RAPOSO et al. 2021).

Em relação ao sexo, o fato de ter identificado neste estudo que ser do sexo masculino há 2,41 vezes mais de chance de apresentação tardia, é correlato a pesquisas anteriores, como na Nigéria, onde também foi identificado alto percentual de homens que se apresentam tardiamente (90,1% vs. 83,3% para mulheres; $P < 0,001$) ou com doença avançada (70,4% vs. 59,2% para mulheres; $P < 0,001$) (AGABA et al. 2014) e em Salvador, Brasil, ser do sexo masculino aumentou as chances de atraso no diagnóstico, com razão de chance ajustado de 3,02; IC 95%, 2,0–4,6 (MACCARTHY, et al. 2016). Segundo dados do Ministério da Saúde brasileiro, na estratificação por sexo, os homens ganham destaque em relação às mulheres. Referente ao diagnóstico tardio (TCD4+ < 350 células/mm³), até setembro de 2022, a proporção entre sexos, foi de 49% do sexo masculino, enquanto 46% do sexo feminino. Já quando se fala

em diagnóstico muito tardio ($\text{TCD4}^+ < 200$ células/ mm^3), essa proporção foi de 29% entre os homens e 27% entre mulheres (BRASIL, 2022b).

A prevalência observada no sexo masculino pode estar relacionada aos avanços e conquistas nas políticas de enfrentamento ao HIV em mulheres (BRASIL, 2019) e mulheres grávidas, como ações de aconselhamento individual ou coletivo, planejamento familiar, atendimento ginecológico periódico, pré-natal, centro de testagens ao HIV e em maternidades (BRASIL, 2003). Assim, o acesso à triagem para infecções, como o HIV, é um facilitador para medidas preventivas e diagnóstico oportuno. Um estudo em Gana, realizado em 2018, comprovou que a prevalência de HIV em gestantes foi menor comparada à população em geral (ABUKU, ALLOTEY, AKONDE, 2023). Em contrapartida, a política de testagem durante o pré-natal produz alguns efeitos na população masculina, uma vez que as mulheres descobrem a presença da infecção pelo HIV nas gestações ou por meio do adoecimento, ocasionando a descoberta do diagnóstico pelos homens através de suas parceiras (KNAUTH, et al. 2020).

Ressalta-se o fato da ocorrência maior da infecção pelo HIV ser em homens que se identificam heterossexuais, 59,6% (n=187). A literatura traz que essa população se coloca em baixo risco, por não se considerarem entre a população de risco (KNAUTH, et al. 2020). Uma revisão sistemática realizada na África, levantou que o papel de homem da família, medo do comportamento sexual após um resultado positivo, estigma, a construção social de que homens são fortes e autossuficientes, são fatores associados ao fato da população masculina heterossexual estar mais propensa a ser diagnosticada tardiamente (SILEO, et al. 2018).

Nacionalmente, apesar do predomínio dos casos de aids, segundo categoria de exposição homens que fazem sexo com homens (HSH), vir aumentando nos últimos anos, a proporção dos casos de exposição heterossexual é relevante como na região Sul do Brasil, que deteve uma porcentagem de 45,2% em 2021 dos casos de aids segundo categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2022a).

Um estudo realizado na Região Sul do Brasil, em 2019, mostrou que a baixa percepção de risco é extremamente relevante, mais de 90% dos indivíduos entrevistados se identificaram como baixo ou nenhum risco à infecção do HIV e mais de 30% nunca fizeram o teste de HIV, por não se considerarem em risco ou porque não veem motivos para realizarem o teste (DAMACENA, et al. 2022).

No que concerne a modo de entrada, a entrada à unidade pela enfermaria, foi um fator associado ao diagnóstico tardio, em comparação aos pacientes que vão para consulta via ambulatorial. Esse dado é similar a um estudo realizado no Malawi em 2020, onde se identificou que 53,3% dos pacientes internados, recém diagnosticados com HIV, tinham contagem de

TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ e 32% já estavam abaixo de 100 células/mm³ (HELLER et al. 2022) e outro realizado na África do Sul, entre 2014 e 2015, que mostrou que os pacientes hospitalizados apresentavam contagens de TCD4+ muito baixas, com mediana de 37 células/mm³, percentual este maior que o encontrado em pacientes ambulatoriais (COETZEE et al. 2018).

Neste estudo, fazer uso da terapia antirretroviral (TARV) foi um fator de proteção para não ter o diagnóstico tardio, com p-valor de 0,050 e IC95% 0,228-0,999. A literatura traz o impacto positivo do início imediato da TARV após o diagnóstico de HIV (TYMEJCZYK et al. 2019). A supressão viral, através da TARV, produz efeitos na saúde tanto individual quanto coletiva, uma vez que o tratamento serve como prevenção de novas infecções (KAY, BATEY, MUGAVERO, 2016). No Reino Unido, em 2019, constatou-se um expressivo número de PVHIV, em supressão viral, 97%, mais uma vez apostando no tratamento eficaz com uso de TARV (SHAH, et al. 2020).

No entanto, não se pode esquecer de algumas condições ambientais, como o estigma e a discriminação relacionados ao HIV, além das necessidades de saúde física, mental e social não atendidas, que interferem no resultado do tratamento, como mostra um estudo realizado na Inglaterra e no País de Gales em 2017 (WIGINTON et al. 2021).

Um estudo de coorte retrospectivo na China, realizado entre 2006 e 2020, mostrou que o início da TARV em PVHIV diminuiu significativamente o índice de mortalidade nessa população, impactando diretamente nas taxas de mortalidade na população em geral. Contudo, no mesmo estudo, fatores como ser PVHIV do sexo masculino, ter diagnóstico muito tardio de HIV, início da TARV após 12 meses de diagnóstico e falha virológica (carga viral detectável após 6 meses do início ou modificação do tratamento), influenciaram para uma taxa de mortalidade maior (NIU et al. 2023; BRASIL 2018a).

Apesar dos avanços no tratamento e nos cuidados direcionados às PVHIV, o óbito ainda é elevado nessa população, quando descoberto diagnóstico tardiamente (BRASIL, 2022a). Durante um estudo na Colômbia, entre 2009 e 2014, com PVHIV, detectaram que 80% das internações em UTI eram associadas às infecções oportunistas, onde 57% foi atribuída à insuficiência respiratória, sendo essa a maior causa de morte nessa população (GAVÍRIA et al. 2023), assim como outro estudo realizado em hospitais franceses entre o período de 1997 a 2020, que embora a proporção de internações por pacientes diagnosticados por HIV e a taxa de infecção oportunista apresentaram queda significativa, os motivos de admissão não se alteraram ao longo do tempo, demonstrando assim a insuficiência respiratória como a principal causa (GAILLET et al. 2023).

Um estudo semelhante na Coreia entre 2004 e 2018 mostrou que tem sido mais frequente em homens o desenvolvimento de doenças oportunistas dentro de 6 meses após o diagnóstico de HIV e que os indivíduos, no geral, apresentaram maior taxa de mortalidade quando possuíam doenças definidoras e câncer associado a aids (PARK et al. 2022). Vale ressaltar a importância da adesão ao tratamento, onde se encontra maior taxa de mortalidade em PVHIV não tratadas adequadamente (DE CONINCK et al. 2018).

O desfecho óbito foi associado ao diagnóstico tardio, sendo consistente em outros estudos que mostram que ser diagnosticado com HIV precocemente tem menor risco de morte (CROXFORD et al. 2017). Resultados semelhantes foram observados em um estudo realizado em Minas Gerais, entre 2009 e 2018, o qual indicou que 56% dos indivíduos iniciaram TARV tardiamente e 44% iniciaram o tratamento com diagnóstico muito tardio de HIV (MENDICINO et al. 2021). E na África do Sul, entre 2010 e 2014, a proporção variou de 36 a 58% dos pacientes que iniciaram TARV com TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ (WORLD BANK, 2016).

Este estudo monitorou os pacientes após 12 meses de seu primeiro atendimento, identificando a recuperação imunológica, com aumento da média e da mediana das células TDC4+ e com mediana de carga viral indetectável. Pesquisas realizadas na literatura contrasta essa realidade, como em Minas Gerais, 42% dos indivíduos não obteve recuperação imunológica durante um longo tempo de acompanhamento (MENDICINO et al. 2021) e na África do Sul, 55,6% dos indivíduos também não alcançaram a recuperação imunológica e, além disso, identificaram que o tempo médio para esse alcance foi estimado em 17,3 meses (WORLD BANK, 2016).

Sabe-se que iniciar a TARV o mais precocemente possível, leva a benefícios para a saúde individual que impactam na redução de eventos graves relacionados à aids, bem como na diminuição do risco de transmissibilidade do HIV (The INSIGHT START Study Group, 2015). No entanto, vale ressaltar que, mesmo após a recuperação imunológica daqueles indivíduos que iniciaram TARV com contagem de células TCD4+ abaixo de 200 células/mm³, podem ainda apresentar alto risco de complicações relacionados à aids e óbito, assim como mostra um estudo na Grécia, em 2019 (PANTAZIS et al. 2023). Na África do Sul, foram utilizados dados laboratoriais entre 2010 e 2014 para analisar a evolução da recuperação imunológica em indivíduos em uso de TARV e descobriram que, naqueles que iniciaram TARV já em diagnóstico muito tardio com contagem de TCD4+ menor que 50 células/mm³, permaneciam com média de contagem de TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ após 12 meses de tratamento (KUFA et al. 2019).

O diagnóstico tardio do HIV tem consequências para a saúde individual e pública (DARLING, et al. 2016), além das econômicas (ASSEN, et al. 2016). Com isso, se faz necessário estratégias para melhorar o diagnóstico oportuno, como campanhas direcionadas à prevenção e diagnóstico, promoção de testes precoces e cuidados (GUARALDI, et al. 2017). Combater barreiras como dificuldades de acesso aos testes, falta de conscientização dos riscos e doenças relacionadas ao HIV, estigma e preconceito, pode diminuir favoravelmente os casos diagnosticados tardiamente (KIRWAN, et al. 2022).

Fica evidente a necessidade de implementação de estratégias eficazes que possibilitem a detecção de diagnóstico precoce para o HIV, resultando na diminuição da transmissibilidade da doença e, conseqüentemente, na diminuição das chances de diagnósticos tardios (SALMERÓN-BÉLIZ, et al., 2021). Na Espanha, em 2019, constatou-se que 16% dos pacientes diagnosticados com a infecção pelo HIV, perderam oportunidades de diagnóstico nos 5 anos anteriores, onde por algum motivo, procuraram atendimento médico por alguma doença associada e não fizeram teste para detectar a infecção pelo vírus (SALMERÓN-BÉLIZ, et al., 2021) e no Canadá, entre 2001 e 2014, um estudo mostrou que de 7 a 14% dos indivíduos tiveram uma ou mais oportunidades perdidas de diagnóstico do HIV, mesmo diante de um cenário irrestrito de cuidados de saúde (NANDITHA et al. 2019).

A mortalidade relacionada à aids está extremamente relacionada à apresentação tardia, principalmente no primeiro ano de diagnóstico do HIV (XU et al. 2023) e fica claro que uma das causas é a perda de testes sorológicos em momentos oportunos quando indivíduos se apresentam a algum serviço de saúde anterior ao diagnóstico (CHADWICK; FREEDMAN, 2019).

Por ser um estudo retrospectivo, este estudo está sujeito a limitações que incluem a obtenção de dados secundários em prontuário eletrônico, o que significa que algumas informações não puderam ser mais exploradas, como o monitoramento e desfecho clínico de pacientes que foram transferidos a outros centros de referência em tratamento para HIV e aids dentro e fora de Ribeirão Preto, além do preenchimento inadequado dos instrumentos disponíveis eletronicamente para coleta de dados em primeiro atendimento, gerando falta de informações importantes como sociais e comportamentais. Outra limitação foi o aparecimento da pandemia de COVID-19, que pode ter influenciado alguns resultados atuais significativos no atendimento e tratamento dos pacientes diagnosticados com HIV, visto que o monitoramento do desfecho clínico dos pacientes atendidos no ano de 2019 se estendeu até dezembro de 2020, pois foram coletados dados após um ano do primeiro atendimento.

6 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de diagnóstico tardio e muito tardio em pacientes recém diagnosticados há menos de 6 meses para o HIV. A maioria eram homens, que possuíam ensino fundamental, provenientes de UBDS, da Unidade de Emergência ou transferidos de outras cidades, que deram entrada pela enfermaria via internação, em grande proporção com doenças oportunistas, sem uso de TARV e grande risco de evoluir para óbito, como desfecho clínico, se tornando um desafio às autoridades públicas no combate à prevenção, controle, transmissibilidade da doença e ao alcance do diagnóstico oportuno.

Apesar dos grandes avanços no combate aos novos casos de HIV e aids no Brasil e no mundo, ainda há muito o que se trabalhar diante de alguns dados encontrados tanto neste estudo quanto em outros semelhantes contidos nessa tese, como o enfrentamento das barreiras que prejudicam as testagens de HIV, bem como, a priorização de ações baseadas na cascata de cuidado contínuo, garantindo a prevenção e testagem, direcionadas para o HIV naqueles indivíduos com maior risco de diagnóstico tardio, impactando diretamente na procura de assistência e internações em hospitais de grande porte de nível terciário.

Dessa forma, se faz necessário voltar a atenção para fatores relacionados à apresentação tardia, tanto comportamentais quanto clínicos, como adultos, do sexo masculino, com menor escolaridade, doenças oportunistas presentes e sem uso de TARV, os quais são evidenciados neste estudo.

Sabe-se que a apresentação tardia está correlacionada diretamente a taxas mais altas de mortalidade, evidenciado também por este estudo. O desfecho clínico é de extrema importância quando se avalia diagnóstico e adesão ao tratamento, uma vez que referencia as barreiras de prevenção e qualidade de assistência prestada a essa população.

Implementação de novas medidas e campanhas protetoras se torna imprescindível na redução de casos de apresentação tardia, não só nas populações de risco, mas também naqueles que se identificam como baixo ou nenhum risco. Entretanto, mais pesquisas precisam ser realizadas, a fim de preencher lacunas encontradas nesse estudo, inclusive referente ao impacto da pandemia de COVID -19 no diagnóstico e tratamento desses indivíduos e à capacitação profissional, que pode ser considerada uma barreira para o diagnóstico oportuno e adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABUKU, Vital Glah; ALLOTEY, Emmanuel Alote; AKONDE, Maxwell. Clinical and laboratory presentation of first-time antenatal care visits of pregnant women in Ghana, a hospital-based study. **Plos one**, v. 18, n. 1, p. e0280031, 2023.
- AGABA, P. A. et al. Patients who present late to HIV care and associated risk factors in Nigeria. *HIV medicine*, v. 15, n. 7, p. 396-405, 2014.
- Agresti, A. (2002). **Categorical data analysis**. 2nd Edition, Hoboken, NJ Wiley. doi10.1002/0471249688.
- Agresti, A. (2010). **Analysis of Ordinal Categorical data**. 2nd Edition, Hoboken, NJ Wiley. doi10.1002/0471249688.
- Achim Zeileis, Torsten Hothorn (2002). **Diagnostic Checking in Regression Relationships**. *R News* 2(3), 7-10. URL <https://CRAN.R-project.org/doc/Rnews/>
- ASSEN, Admassu et al. Late presentation for diagnosis of HIV infection among HIV positive patients in South Tigray Zone, Ethiopia. *BMC public health*, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2016.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. 2006. p. 375-417.
- WORLD BANK. Determinants of CD4 immune recovery among individuals on antiretroviral therapy in South Africa: a national analysis. World Bank, 2016.
- BEZERRA, Elys Oliveira et al. Analysis of the vulnerability of college students to HIV/AIDS. *Rev Rene*, v. 13, n. 5, 2013.
- BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 2653-2662, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. Brasília, DF, março de 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manejo do HIV na Atenção Básica, 2014 [site]. Disponível em: < <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/manejo-do-hiv-na-atencao-basica> > Acesso em: 12 set 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília, DF, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, número especial, dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, número especial, dez. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/aids, Tratamento, 2022c [site]. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>> Acesso em: 01 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros, 2023 [site]. Disponível em: < <http://indicadores.aids.gov.br/index.php> > Acesso em: 20 abr 2023.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006.

CHADWICK, David R.; FREEDMAN, Andrew. Treating late HIV diagnosis as a patient safety issue in the UK. The Lancet HIV, v. 6, n. 6, p. e346-e348, 2019.

COETZEE, Lindi-Marie et al. Cryptococcal antigen positivity combined with the percentage of HIV-seropositive samples with CD4 counts < 100 cells/ μ l identifies districts in South Africa with advanced burden of disease. PLoS One, v. 13, n. 6, p. e0198993, 2018.

COTA, Vanda Lúcia; CRUZ, Marly Marques da. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, v. 45, p. 393-405, 2021.

CROXFORD, Sara et al. Late diagnosis of HIV: an updated consensus definition. HIV medicine, v. 23, n. 11, p. 1202-1208, 2022.

CROXFORD, Sara et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. The Lancet Public Health, v. 2, n. 1, p. e35-e46, 2017.

DA FONSECA, João José Saraiva. Apostila de metodologia da pesquisa científica. João José Saraiva da Fonseca, 2002.

DAMACENA, Giseli Nogueira et al. Conhecimento e práticas de risco à infecção pelo HIV na população geral, homens jovens e HSH em três municípios brasileiros em 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

DA MATA ROSSI, Angélica et al. Positividade ao HIV e fatores associados em um centro de testagem e aconselhamento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 2021.

DARLING, Katharine EA et al. Late presentation to HIV care despite good access to health services: current epidemiological trends and how to do better. *Swiss medical weekly*, v. 146, n. 3334, p. w14348-w14348, 2016.

DA SILVA, Aline Cristina Ramos; BIGARAN, Larissa Toloy; FEDOCCI, Elizabete Melo Montanari. Implicações do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV/AIDS. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 11, n. 5, pág. e12611527850-e12611527850, 2022.

DE CONINCK, Zaake et al. Non-AIDS mortality is higher among successfully treated people living with HIV compared with matched HIV-negative control persons: a 15-year follow-up cohort study in Sweden. *AIDS patient care and STDs*, v. 32, n. 8, p. 297-305, 2018.

DEL AMO, Julia. Inequalities by educational level in response to combination antiretroviral treatment and survival in HIV-positive men and women in Europe (1996-2013): a collaborative cohort study. *Aids*, v. 31, n. 2, p. 253-262, 2017.

FERREIRA, R. M; CORDEIRO, G. S. Construindo-nos: paralelos e lições entre HIV/aids e covid-19 a partir da análise de redes semânticas no Twitter. *Reciis -Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 104-119, jan.-mar. 2022.

FERNANDES, José Roberto Maggi et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 25, n. 6, p. 1369-1380, 2009.

GAILLET, Antoine et al. Outcomes in critically Ill HIV-infected patients between 1997 and 2020: analysis of the OUTCOMEREA multicenter cohort. *Critical Care*, v. 27, n. 1, p. 108, 2023.

GAVIRIA, Sara Penagos et al. HIV/AIDS infection in critical care: epidemiological profile and risk factors for mortality in a Colombian cohort. *The Journal of Infection in Developing Countries*, v. 17, n. 01, p. 102-110, 2023.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 427-436, 2009.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 2053-2063, 2009.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003–2006. *PLoS One*, v. 6, n. 1, p. e14585, 2011.

GUARALDI, Giovanni et al. Late presentation increases risk and costs of non-infectious comorbidities in people with HIV: an Italian cost impact study. *AIDS research and therapy*, v. 14, p. 1-7, 2017.

HELLER, Tom et al. Implementing Advanced HIV Disease Care for Inpatients in a Referral Hospital in Malawi—Demand, Results and Cost Implications. *Annals of Global Health*, v. 88, n. 1, 2022.

HU, Xi et al. HIV late presentation and advanced HIV disease among patients with newly diagnosed HIV/AIDS in Southwestern China: a large-scale cross-sectional study. *AIDS research and therapy*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2019.

JIANG, Hongbo; ZHOU, Yi; TANG, Weiming. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The lancet HIV*, v. 7, n. 5, p. e308-e309, 2020.

KAY, Emma Sophia; BATEY, D. Scott; MUGAVERO, Michael J. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS research and therapy*, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2016.

KIRWAN, Peter D. et al. Re-assessing the late HIV diagnosis surveillance definition in the era of increased and frequent testing. *HIV medicine*, v. 23, n. 11, p. 1127-1142, 2022.

KNAUTH, Daniela Riva et al. HIV/AIDS diagnosis in heterosexual men: still a surprise after more than 30 years of the epidemic. *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, 2020.

KUFA, Tendesayi et al. CD4 count recovery and associated factors among individuals enrolled in the South African antiretroviral therapy programme: An analysis of national laboratory based data. *PLoS One*, v. 14, n. 5, p. e0217742, 2019.

LEBLANC, Natalie M.; FLORES, Dalmacio D.; BARROSO, Julie. Facilitators and barriers to HIV screening: A qualitative meta-synthesis. *Qualitative Health Research*, v. 26, n. 3, p. 294-306, 2016.

MACCARTHY, Sarah et al. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 40, n. 6, p. 418-426, 2016.

MALLITT, Kylie-Ann et al. Identifying missed clinical opportunities for the earlier diagnosis of HIV in Australia, a retrospective cohort data linkage study. *Plos one*, v. 13, n. 12, p. e0208323, 2018.

MCCULLAGH, Peter. Regression models for ordinal data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, v. 42, n. 2, p. 109-127, 1980.

- MENDICINO, Cássia CP et al. Immune recovery after antiretroviral therapy initiation: a challenge for people living with HIV in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00143520, 2021.
- MINAYO, MC d S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014. MORIN, E. A cabeça bem feita—repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- MÍNGUEZ-GALLEGO, Carlos et al. Cambios en las características clínico-epidemiológicas de los nuevos casos de infección por el VIH-1 en Castellón (España) y su repercusión en la presentación tardía (1987-2011). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, v. 33, n. 3, p. 173-180, 2015.
- MIRANDA, Wenislayne de Araújo et al. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018.
- MYERS, Raymond H.; MONTGOMERY, Douglas C.; ANDERSON-COOK, Christine M. Response surface methodology: process and product optimization using designed experiments. John Wiley & Sons, 2016.
- NANDITHA, Ni Gusti Ayu et al. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *PLoS One*, v. 14, n. 3, p. e0214012, 2019.
- NIU, Dandan et al. Excess mortality and associated factors among people living with HIV initiating highly active antiretroviral therapy in Luzhou, China 2006–2020. *BMC Infectious Diseases*, v. 23, n. 1, p. 186, 2023.
- PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de saúde pública*, v. 40, p. 109-119, 2006.
- PANTAZIS, Nikos et al. Low pre-ART CD4 count is associated with increased risk of clinical progression or death even after reaching 500 CD4 cells/ μ L on ART. *PloS one*, v. 18, n. 3, p. e0283648, 2023.
- PARENTE, J. S. et al. O impacto do isolamento social na pandemia de COVID-19 no acesso ao tratamento e aos serviços de prevenção do HIV. *Research Society and Development*, v. 10, n. 1, e28110111692, 2021.
- PARK, Boyoung et al. Mortality and Causes of Death among Individuals Diagnosed with Human Immunodeficiency Virus in Korea, 2004–2018: An Analysis of a Nationwide Population-Based Claims Database. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 18, p. 11788, 2022.
- R Core Team (2021). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- RAPOSO, Mariana Amaral et al. Efetividade do tratamento antirretroviral após 12 e 66 meses em centro de referência para pessoas vivendo com HIV, Belo Horizonte, Minas Gerais-2012 a 2018. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 31, 2021.

REIS, Renata Karina et al. Educação em saúde junto às pessoas com HIV/AIDS: proposta de intervenção interdisciplinar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 402-410, 2014.

RIBEIRO, Luana Carla Santana; GIAMI, Alain; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representations of people living with HIV: influences on the late diagnosis of infection. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019.

RIBEIRO, Luana Carla Santana et al. Diagnóstico tardio de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e fatores associados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 2020.

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivya. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 526-538, 2017.

SAKAMOTO, Yosiyuki; ISHIGURO, Makio; KITAGAWA, Genshiro. Akaike information criterion statistics. Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel, v. 81, n. 10.5555, p. 26853, 1986.

SALMERÓN-BÉLIZ, Octavio José et al. Evaluation of emergency department visits prior to an HIV diagnosis: Missed opportunities. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.)*, 2022.

SANTOS, Naila JS et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. suppl 2, p. s321-s333, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico, CRT-PE-DST/AIDS/CVE. Ano XXXIV, n. 1, julho de 2016 a junho de 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Programa Estadual de IST/Aids de São Paulo. Boletim Epidemiológico, CRT-PE-DST/AIDS/CVE. ANO XXXVIII, nº1, período de 1º de Julho de 2020 a 30 de Junho de 2021.

SILEO, Katelyn M. et al. What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa?: a scoping review. *AIDS and Behavior*, v. 22, p. 2468-2479, 2018.

SHAH, Ammi et al. Trends in HIV testing, new diagnoses and people receiving HIV-related care in the United Kingdom: data to the end of December 2019. *Health Protection Report*, v. 14, n. 20, 2020.

TIBÚRCIO, Alberto Saraiva. Avaliação imunoviológica inicial de pacientes com HIV/AIDS em um serviço de assistência especializada. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, v. 22, n. 1, p. 7-9, 2010.

TONETTO, Prof Dr Leandro. GIL, AC Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 2009.

UNAIDS. 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, 2014. [Internet]. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf> Acesso em: 21 abr 2023.

UNAIDS. Un aids. Data 2017, 2017. Disponível em:
<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf>
Acesso em: 21 abr 2023.

UNAIDS. Ending AIDS. Progress Towards the 90-90-90 Targets. Global aids Update, 2017.
Disponível em:
<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>
Acesso em: 21 abr 2023.

UNAIDS. Knowledge is power. Know your status, know your viral load, 2018 [Internet].
Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2940_knowledge-is-power-report_en.pdf> Acesso em: 21 abr 2023.

UNAIDS BRASIL. Estado de São Paulo assina Declaração de Paris e se compromete a
acelerar a resposta ao HIV, 2021a. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2021/12/estado-de-sao-paulo-assina-declaracao-de-paris/>> Acesso em: 20 abr 2023.

UNAIDS BRASIL. Estratégia global para aids 2021-2026. Acabar com as desigualdades.
Acabar com a aids, 2021b. 1.ed-Brasília, DF. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf> Acesso em:
20 abr 2023.

UNAIDS. FACT SHEET 2022: Estatísticas Globais do HIV, 2022 [site]. Disponível em:
<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf> Acesso
em: 20 abr 2023.

INSIGHT START STUDY GROUP. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic
HIV infection. *New England Journal of Medicine*, v. 373, n. 9, p. 795-807, 2015.

TYMEJCZYK, Olga et al. Changes in rapid HIV treatment initiation after national “treat all”
policy adoption in 6 sub-Saharan African countries: regression discontinuity analysis. *PLoS
medicine*, v. 16, n. 6, p. e1002822, 2019.

VALBERT, Frederik et al. Understanding and avoiding late presentation for HIV diagnosis—
study protocol of a trial using mixed methods (FindHIV). *AIDS care*, v. 33, n. 12, p. 1642-
1646, 2021.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a
assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 271-277,
2013.

WIGINTON, John Mark et al. Brief report: HIV-related healthcare stigma/discrimination and
unmet needs among persons living with HIV in England and Wales. *Preventive Medicine
Reports*, v. 24, p. 101580, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines. Consolidated guidelines on HIV
testing services, 5Cs: consente, confidentiality, counselling, correct results and connection,
July 2015. [Internet] Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 21 abr 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, julho 2017. World Health Organization; 2017a. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255884/9789241550062_eng.pdf?sequence=1> Acesso em 21 abr 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV Treatment and Care. What's new in treatment monitoring: viral load and CD4 testing. Update July, 2017b [Internet] Disponível em:< <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255891/WHO-HIV-2017.22-eng.pdf;jsessionid=C3F7D3612281014A0286BA0D29B2CE38?sequence=1> > Acesso em: 21 abr 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV and aids. Key facts, 2023 [Internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>> Acesso em: 21 abr 2023.

XIE, Jing et al. Delays in HIV diagnosis and associated factors among patients presenting with advanced disease at a tertiary care hospital in Beijing, China. PLoS One, v. 12, n. 8, p. e0182335, 2017.

XU, Zhihui et al. Real-world data in late presentation of HIV infection in Suzhou, China: Results from four consecutive cross-sectional surveys, 2017–2020. Frontiers in Public Health, v. 11, p. 1084840, 2023.

YEE, Thomas W. The VGAM package for categorical data analysis. Journal of Statistical Software, v. 32, p. 1-34, 2010.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- 1.1 REGISTRO HC: _____
- 1.2 DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ 1.3 IDADE: _____ 1.4 SEXO: () FEM. () MASC.
- 1.4 NATURALIDADE: _____ 1.5 PROCEDÊNCIA: _____
- 1.6 ESTADO CIVIL: _____
- 1.7 ESCOLARIDADE: () ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO () ENSINO SUPERIOR
() ENSINO TÉCNICO () NÃO SABE LER OU ESCREVER () ANALFABETO

2. HÁBITOS

- 2.1 ORIENTAÇÃO SEXUAL: () HETEROSSEXUAL () BISSEXUAL () HOMOSSEXUAL
() HSH () OUTROS: _____
- 2.2 TABAGISTA: () SIM () NÃO
- 2.3 ETILISTA: () SIM () NÃO
- 2.4 DROGAS ILÍCITAS: () SIM () NÃO 2.5 QUAIS: _____
- 2.6 TEMPO DE USO DE DROGAS ILÍCITAS: _____

3. DADOS DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

- 3.1 DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO: ___/___/___
- 3.2 ORIGEM DO PACIENTE: () CASA () UBDS: _____ () UNIDADE DE EMERGÊNCIA
() TRANSFERÊNCIA DENTRO DO HC: _____
() OUTRO LOCAL: _____
- 3.3 ENTRADA NA UETDI: () ENFERMARIA – INTERNAÇÃO () PA-MI () ASID

4. DADOS CLÍNICOS RELACIONADOS AO HIV/AIDS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

- 4.1 PRIMEIRO RESULTADO DE CD4 COLETADO: _____
- 4.2 PRIMEIRO RESULTADO DE CARGA VIRAL COLETADO: _____
- 4.3 DOENÇA OPORTUNISTA ASSOCIADA: () SIM () NÃO
- 4.4 DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES OU DOENÇAS OPORTUNISTAS:
- () PNEUMOPATIAS: _____
- () SISTEMA NERVOSO CENTRAL: _____
- () TRATO GASTROINTESTINAL: _____
- () NEOPLASIAS: _____
- () SÍNDROME CONSUMPTIVA: _____
- () OUTRAS: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA

- 5.1 TEMPO DE DIAGNÓSTICO DO HIV: _____
- 5.2 USO DE TARV: () SIM () NÃO 5.3 TEMPO DE USO DE TARV: _____
- 5.4 ESQUEMA ATUAL DE TARV: _____

6. DADOS CLÍNICOS RELACIONADOS AO HIV/AIDS 1 ANO APÓS O PRIMEIRO ATENDIMENTO

- 6.1 ÚLTIMO RESULTADO DE CD4: _____ DATA DO EXAME: __/__/__
- 6.2 ÚLTIMO RESULTADO DE CARGA VIRAL: _____ DATA DO EXAME: __/__/__
- 6.3 MUDANÇA DO ESQUEMA DE TARV? () SIM () NÃO
- 6.4 ESQUEMA ATUAL DE TARV: _____
- 6.5 DOENÇAS OPORTUNISTAS ASSOCIADAS:
- () PNEUMOPATIAS: _____
- () SISTEMA NERVOSO CENTRAL: _____
- () TRATO GASTROINTESTINAL: _____
- () NEOPLASIAS: _____
- () SÍNDROME CONSUMPTIVA: _____
- () OUTRAS: _____
- 6.6 NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO PERÍODO DE 1 ANO: _____
- 6.7 ÓBITO: () SIM () NÃO DATA DO ÓBITO: __/__/__

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Renata Karina Reis**, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (EERP- USP), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“Seguimento Clínico de casos recém diagnosticados de HIV/aids em um Hospital do Interior Paulista”**, **comprometo-me** com a utilização dos dados contidos nos prontuários, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

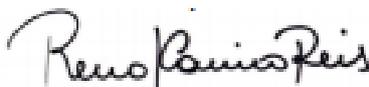
Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP-CONEP.

A partir das informações acima, informa a necessidade de **dispensa** do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado para fins diagnósticos e da revisão de prontuários com as informações referentes aos pacientes.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos de Ligia Maria Nascimento Arantes, discente de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob minha orientação.

Ribeirão Preto, 15 maio de 2020.



Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA PARA JUÍZES

Prezado Especialista,

Eu, Ligia Maria Nascimento Arantes, sou enfermeira e discente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Venho convidá-lo (a) para participar do como avaliador do projeto de pesquisa intitulado **“Seguimento Clínico de casos recém diagnosticados de HIV/aids em um Hospital do Interior Paulista”** que tem como objetivo realizar o seguimento clínico dos pacientes recém diagnosticados de HIV/aids e identificar as variáveis associadas.

Desta forma, solicito seu auxílio para validar o instrumento quanto ao conteúdo e adequação, concordando ou discordando das questões formuladas e sugerindo alterações e para isto o/a senhor(a) irá receber um questionário por meio postal ou eletrônico contendo questões sobre o conteúdo e adequação do instrumento com o objetivo de avaliar o instrumento quanto a aceitação do questionário, fácil compreensão e relevância dos itens, clareza da redação, presença de ambiguidades e poderão realizar sugestões para alterações. O tempo previsto para esta avaliação é de aproximadamente 25 minutos. Esclarecemos que será mantido em sigilo a sua identidade. Esclarecemos que os colaboradores voluntários desta pesquisa não terão gastos financeiros e não haverá pagamento pela participação. Nos comprometemos a prestar quaisquer informações e esclarecimentos adicionais, diante de dúvidas a respeito da pesquisa que por ventura possam ocorrer. Neste caso, é possível contatar a pesquisadora pelo telefone (16) 33150534 ou email: ligiausp@usp.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP através do telefone (16) 33159197 ou no endereço Av. Bandeirantes 3900, Ribeirão Preto- SP de segunda à sexta das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

O(A) senhor(a) tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os riscos e/ou desconforto de participação do estudo são mínimos relacionado com o tempo gasto para a avaliação dos instrumentos pela extensão do instrumento ou por não saber responder alguma questão formulada e para minimizar tais questões estamos estipulando um prazo de 15 dias para o preenchimento, em momento de sua preferência, e se por ventura não souber responder alguma pergunta a mesma poderá ficar sem resposta. Sua participação poderá trazer benefícios para o uso de estratégias educativas que contribuem para o cuidado integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids.

Se o(a) sr(a) aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo em duas vias, ficando uma delas, também assinada por mim, em seu poder. Caso

precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o(a) sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador. Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas) e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Este Comitê de Ética tem a finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos, protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos que envolve seres humanos, desde a elaboração do projeto até o relatório final.

Antecipadamente, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Renata Karina Reis
Pesquisadora Responsável

Ligia Maria Nascimento Arantes
Mestranda da EESP- USP

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Local e data

Assinatura do participante

APÊNDICE D - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO

“Seguimento Clínico de recém diagnosticados de HIV/aids em um Hospital do Interior Paulista”

Prezado (a) Pesquisador (a):

Agradecemos sua colaboração na primeira etapa desta pesquisa e destacamos que esta ação será fundamental para desencadarmos o processo de coleta de dados.

O objetivo geral é realizar o seguimento clínico dos pacientes recém diagnosticados de HIV/aids e identificar as variáveis associadas.

Relembrando algumas questões sobre o instrumento: destacamos que o mesmo será utilizado para coletar dados secundários fornecidos pelos prontuários dos pacientes que são atendidos pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - UETDI e que estejam inclusos nos critérios de inclusão e exclusão.

Participarão da primeira etapa da pesquisa 200 prontuários de pessoas que vivem com HIV/aids, que são atendidas na UETDI. O instrumento foi estruturado com o intuito de adquirir o máximo de informações sociodemográficas e clínicas relacionadas ao HIV/aids no primeiro atendimento e após 1 ano, não necessitando da prévia autorização dos pacientes.

No entanto, caso acredite que a linguagem, a estrutura das perguntas e/ou o conteúdo devam ser alterados, suas considerações serão bem-vindas e devem ser incluídas no questionário. Caso ache necessário acrescentar ou retirar alguma questão, por favor faça essa sugestão ao final do formulário.

Por favor, preencha o INSTRUMENTO conforme as orientações que constam no próprio arquivo e retorne por email **no prazo máximo de 20 dias**.

Agradeço antecipadamente e me coloco à sua inteira disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, por meio do contato: ligiausp@usp.br ou rkreis@eerp.usp.br.

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS JUÍZES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte 1 – Dados de identificação:

1. Iniciais do nome:
2. Ano de formação:
3. Área de atuação:
4. Local de trabalho:
5. Nível de qualificação profissional:

Parte 2 – Análise do instrumento:

1. Os itens do questionário estão agrupados de forma adequada?

() Sim () Em parte () Não

Sugestões:

2. Acha que houve coerência entre as questões apresentadas?

() Sim () Em parte () Não

Sugestões:

3. Concorde com as respostas atribuídas a cada questão?

() Sim () Em parte () Não

Sugestões:

4. Os itens abordados no instrumento são objetivos e claros?

() Sim () Em parte () Não

Sugestões:

5. Existe alguma questão que queira acrescentar ou excluir do instrumento? Se sim, especifique e justifique:

6. O instrumento possibilita analisar o seguimento clínico das pessoas que vivem com HIV/aids?

Sim Em parte Não

Sugestões:

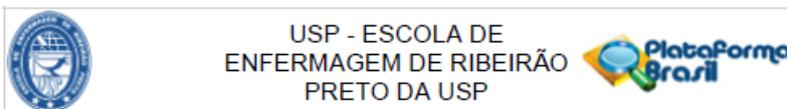
7. O instrumento é de fácil leitura e compreensão?

Sim Em parte Não

Sugestões:

Obrigado pela sua participação!

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Seguimento clínico de casos recém diagnosticados de HIV/aids em um hospital do interior paulista.

Pesquisador: LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33054820.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.143.945

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores:

"Sabe-se que no Estado de São Paulo, ainda se observa o acesso tardio aos serviços de saúde. Apesar de todos os esforços para o diagnóstico precoce, ainda os hospitais de nível terciário recebem pacientes em todas as fases da doença. Diante disto, julgou-se importante a realização deste estudo, com o objetivo de analisar o seguimento clínico dos pacientes recém diagnosticados com infecção pelo HIV/aids em um serviço hospitalar terciário. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e será desenvolvido em uma unidade especializada do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os dados serão coletados utilizando fontes secundárias descritas nos 200 prontuários dos indivíduos que chegarem para primeiro atendimento em consultas no ambulatório ou via internação na enfermaria, utilizando um questionário estruturado, contendo variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas ao HIV/aids. A análise de dados será realizada por meio de tabelas e gráficos e será realizado teste de associação Qui-Quadrado e teste exato de Fisher adotando $p < 0,05$, das informações e garantir a confidencialidade dos dados".

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Geral

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.143.945

Analisar o seguimento clínico dos pacientes recém diagnosticados com infecção pelo HIV/aids em serviço hospitalar terciário.

Específicos

Identificar as variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais;

Descrever a evolução clínica, doenças associadas e número de internações por recidivas após 1 ano do primeiro atendimento".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

"O risco desta pesquisa inclui a quebra da confidencialidade dos dados coletados nos prontuários bem como a privacidade de seus conteúdos não ser garantida pelo pesquisador. O não zelo pela integridade das informações e a quebra da privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas".

"Os benefícios da pesquisa envolvem: contribuir para a qualidade na assistência em saúde destes pacientes, visando um cuidado integral na ótica da promoção à saúde, acolhimento, tratamento adequado e com intenção de melhorar os processos de adesão e vínculo".

Considerando a coleta de dados em prontuários, considero os riscos e manejo adequado, quanto a benefícios, avalio que não há benefícios direto aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de mestrado que pode contribuir para o entendimento referente às dificuldades do seguimento em hospitais no que diz respeito ao HIV/aids.

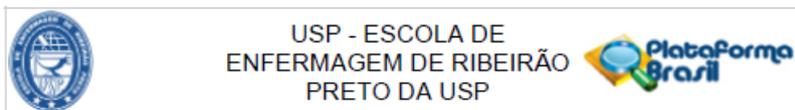
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto com assinatura somente da pesquisadora (sem a assinatura da diretora da EERP) identificando um N de 200 pacientes. Apresenta termo de compromisso assinado pela orientadora sobre a utilização dos dados e compromisso com os cuidados com os mesmos. Solicita dispensa de TCLE pautado na justificativa: "tendo em vista que utilizará somente dados de prontuário". Apresenta ofício ao CEP adequado nos termos necessários; orçamento e cronograma compatíveis; e por fim autorização do responsável do serviço envolvido no hospital das clínicas (HCFMRP).

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.143.945

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 273ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1562052.pdf	04/06/2020 10:25:18		Aceito
Outros	Dispensa_de_TCLE.pdf	04/06/2020 10:23:33	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento_assinado.pdf	04/06/2020 10:22:49	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DE_DADOS_convertido.pdf	02/06/2020 10:02:28	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Novo_2020_convertido.pdf	02/06/2020 09:47:41	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_anuencia_Prof_Benedito.pdf	02/06/2020 09:42:03	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
Orçamento	orcamento_mestrado_convertido.pdf	02/06/2020 09:40:51	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_cep_convertido.pdf	02/06/2020 09:38:04	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	02/06/2020 09:26:51	LIGIA MARIA NASCIMENTO ARANTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.143.945

RIBEIRAO PRETO, 08 de Julho de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br