

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE CRISTINA GONÇALVES ANDRADE

Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP.

RIBEIRÃO PRETO

2014

ALINE CRISTINA GONÇALVES ANDRADE

Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP.

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 Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Aline Aparecida Monroe

RIBEIRÃO PRETO

2014

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.

Andrade, Aline Cristina Gonçalves

Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP.. Ribeirão Preto, 2014.

99 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Aline Aparecida Monroe

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Assistência Ambulatorial. 3. População Vulnerável. 4. Doença Crônica. 5. Enfermagem em Saúde Pública.

ANDRADE, Aline Cristina Gonçalves

Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP.

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 Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Ao meu lindo e maravilhoso Deus sempre bom e fiel!

*Aos meus queridos pais e meu irmão pelo grande incentivo,
apoio, por compreender minhas ausências e pela paciência
para que pudesse me dedicar ao meu sonho.*

Agradecimento especial

À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, pela grandeza de alma. Sinto-me honrada por tê-la conhecido. Cheguei até você como pedra bruta e com toda a sua sensibilidade e paciência se dispôs a me lapidar. Obrigada por me abrir as portas para o conhecimento, pesquisa e antes de tudo por acreditar em mim. Sempre terei imensa gratidão por você. Posso dizer que você é muito mais que uma orientadora, uma pessoa muito abençoada que Deus colocou em minha vida. Agradeço por me formar como pesquisadora mas acima de tudo como pessoa!

As minhas queridas companheiras e pós graduandas Livia Maria Lopes e Erika Aparecida Catoia, pela humildade, disponibilidade, solidariedade e simplicidade em partilhar seus conhecimentos comigo. Agradeço pela imensa contribuição de vocês nesse trabalho. Pelo respeito e dedicação, vocês são exemplo de vida pra mim!

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por estar sempre no comando dos meus caminhos e sonhos. Por ter colocado pessoas tão especiais na minha vida e me conduzir para ser uma pessoa melhor. "Mas em todas essas coisas, somos mais que vencedores pela virtude daquele que nos amou". (Rom. 8,37)

À minha mãe do céu a qual consagrei esse projeto. Obrigada mãe pelas inúmeras providências.

À minha família. Aos meus pais Nílza e José e ao meu irmão Alex pela convivência diária. Creio que esse processo foi de extremo amadurecimento para todos nós. Vocês são meu alicerce, meu tudo, minha vida. Muito obrigada!

A minha grande amiga Neusinha pelas orações, incentivo e apoio. Obrigada por nunca me deixar desistir, por me emprestar seus ouvidos para ouvir minhas inquietações e desabafos. Sua fé me inspirou a confiar em Deus e em mim mesma.

À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, por me acolher no grupo operacional de estudos do GEOTB.

Aos professores Dr. Ricardo Alexandre Arcênio e Dra. Jordana de Almeida Nogueira, pelas considerações, sugestões em várias etapas da realização desse projeto.

A Dra. Rubia Laine de Paula Andrade agradeço por compartilhar e contribuir com seu vasto conhecimento técnico-científico. E a todas as pessoas do grupo GEOTBTB.

A funcionária Ângela Maria Lucato Aguilar pelos treinamentos e apoio técnico dispensados na biblioteca central Usf de Ribeirão Preto.

Aos companheiros de trabalho da radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP agradeço a todos na pessoa da Sonia Riul por disponibilizar horário para me dedicar a esse estudo.

Ao Grupo geoaids liderado pela da Profa. Dra. Aline Monroe: Livia, Érika, Glaucia, Mayara, Aline Araújo, Elis, Glauber, Luana, Cassiara, Fernanda agradeço pela parceria e companheirismo. A convivência com vocês foi primordial nesse processo.

A todos os profissionais do Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais e as pessoas que vivem com HIV/aids que utilizam esse serviço que contribuíram e aceitaram participar deste estudo.

Muito obrigada!

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP, pelo acolhimento e apoio institucional a este estudo.

*Na dimensão horizontal da vida
Para o tempo psicológico:
passado é apenas uma lembrança no agora;
futuro simplesmente é antecipação no agora.
A vida não é
ontem ou amanhã:
a vida é AQUI, AGORA.
Este agora, está no tempo
mas dele independe.
Feliz daquele que aproveita seu tempo
E numa dimensão vertical, profundidade
ultrapassa o que fora está,
aparência, exterioridade
e no fundo consegue chegar, interioridade
que somente realizar-se-á
Aqui ... e agora.*

ANTONIO RUFFINO NETTO

18 de julho 2008.

RESUMO

ANDRADE, A.C.G. **Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP.** 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) configura-se como um dos grandes fenômenos da saúde pública na atualidade. Considerada como uma condição crônica manejável e controlável, porém não curável, torna-se necessário pensar em mecanismos que possibilitem minimizar os episódios de agudização e instabilidade das condições clínicas e de saúde. Esse estudo objetivou analisar as condições clínicas das pessoas que viviam com aids em acompanhamento nos serviços de assistência especializada (SAE) em HIV/aids do município de Ribeirão Preto-SP. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito exploratório. A população do estudo constituiu-se pelas pessoas que viviam com aids (PVHA) em acompanhamento nos cinco SAE da rede pública municipal, no período de julho/2011 a fevereiro/2012, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual/superior a 18 anos, residentes no município e não pertencentes ao sistema prisional. Foram realizadas entrevistas com apoio de um questionário estruturado. Utilizaram-se fontes primárias e secundárias de informação. Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados por meio do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft. Os indivíduos foram caracterizados em relação ao perfil sociodemográfico e clínico, a partir de técnicas estatísticas descritivas. A seguir, os mesmos foram classificados em quatro grupos específicos, organizados a partir da articulação dos seguintes indicadores: marcadores do HIV/aids (carga viral e doenças oportunistas), situação imunológica (contagem de linfócitos T-CD4+) e a presença de outras condições crônicas. Utilizou-se teste qui-quadrado de proporção para identificar associação entre os grupos formados e as variáveis do perfil sociodemográfico. Foram entrevistadas 301 PVHA. Identificou-se paridade na proporção homens/mulheres, predomínio da faixa etária entre 40 e 64 anos, ensino fundamental incompleto, indivíduos solteiros/divorciados ou viúvos, classe econômica C, empregados/autônomos/afastados e que possuíam moradia própria. Quanto às condições clínicas no momento da entrevista, importante parcela possuía linfócitos T-CD4+ superiores a 500 células (61,5%), carga viral indetectável, ausência de doenças oportunistas e manifestações clínicas. Identificou-se elevado percentual de outras condições crônicas, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica. Em relação à constituição dos grupos, mais da metade das PVHA foram classificadas como instáveis. Ao se analisar tais grupos, considerando as variáveis sociodemográficas, houve associação estatística significativa apenas no que se refere à ocupação. Urge a necessidade de delineamento e operacionalização de tecnologias capazes de ampliar a percepção acerca das necessidades e demandas dos das PVHA, oferecendo novas oportunidades para se refletir sobre a organização dos serviços e das práticas de saúde no controle do HIV/aids.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Assistência Ambulatorial, População Vulnerável, Doença Crônica, Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

ANDRADE, A.C.G. People living with HIV/aids: an analysis based on sociodemographic and clinical conditions, Ribeirão Preto-SP. 2014. 99 p. Master Degree - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is characterized as one of the greatest phenomena of public health today. It is considered a manageable and controllable chronic condition, but without possibilities of cure. For its care one need to consider mechanisms that allow the decrease of instability episodes and the worsening of clinical conditions and health status. This study aimed to analyze the clinical conditions among people living with aids in follow-up at the HIV/AIDS specialized assistance services (SAS) in Ribeirão Preto-SP. This is a descriptive and exploratory survey. The study population was composed by people living with AIDS (PLWHA) in follow-up at five local SAS during the period of July/2011 up to February/2012, who met the following inclusion criteria: aged above 18 years old, living in the city and outside the prison system. Interviews were conducted by using a structured questionnaire. We used primary and secondary sources of information. The collected data were entered, stored and analyzed using the Statistica software, version 9.0 from Statsoft. Individuals were characterized in relation to sociodemographic and clinical profile by applying descriptive statistics techniques. They were then classified into four specific groups, classified through the following indicators: HIV/aids markers (viral load and opportunistic infections), immune status (CD4+ T cell count) and the presence of other chronic conditions. We used chi-square ratio test for identifying association between these groups and the sociodemographic variables. A total of 301 PLWHA were interviewed. We identified male/female ratio parity, and the predominant characteristics: age between 40 and 64 years old, incomplete primary education, single/divorced or widowed individuals, economic class C, employed/autonomous/retired and owning their own house. As for the clinical conditions at the time of interview, a significant amount of interviewees presented CD4+T-cells count over 500 (61,5%), undetectable viral load, clinical manifestations and absence of opportunistic diseases. We identified a high percentage of other chronic conditions, especially hypertension. Regarding the formation of groups, more than half of PLWHA were classified as unstable. A statistically significant association only with regard to the occupation was found when analyzing such groups and considering sociodemographic variables. There is an urgent need to design and operate technologies that expand the perception of PLHA demands, offering new opportunities to reflect on the organization of services and health practices in the control of HIV/aids.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Ambulatory Care, Vulnerable Populations, Chronic Disease, Public Health Nursing.

RESUMÉN

ANDRADE, A.C.G. Las personas que viven con el VIH/SIDA: un análisis de las condiciones sociodemográficas y clínicas, Ribeirão Preto-SP. 2014. 99 h. Máster - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se caracteriza como uno de los grandes fenómenos de salud pública en la actualidad. Considerada una condición crónica manejable y controlable, sino sin cura, es necesario tener en cuenta los mecanismos que permitan reducir al mínimo los episodios de inestabilidad y el empeoramiento de las condiciones clínicas y de salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar las condiciones clínicas de las personas que viven con el SIDA en seguimiento en servicios especializados de asistencia (SEA) en VIH / SIDA en Ribeirão Preto-SP. Este es un estudio exploratorio descriptivo. La población estaba compuesta por las personas que viven con el SIDA (PVVS) en seguimiento por los cinco SEA en el período comprendido entre julio/2011 a febrero/2012, que presentaban los siguientes criterios de inclusión: edad mínima de 18 años de edad, que viven en la ciudad y fuera del sistema penitenciario. Se realizaron entrevistas con un cuestionario estructurado. Se utilizó fuentes primarias y secundarias de información. Los datos recogidos se introdujeron, fueron almacenados y analizados utilizando el software Statistica, versión 9.0 de Statsoft. Los individuos se caracterizaron en relación con el perfil sociodemográfico y clínico a partir de las técnicas estadísticas descriptivas. A continuación, se clasificaron en cuatro grupos específicos, organizados a través de la articulación de los siguientes indicadores: marcadores de VIH/SIDA (carga viral y infecciones oportunistas), el estado inmunitario (recuento de linfocitos T CD4+) y la presencia de otras condiciones crónicas. Se utilizó el test de chi-cuadrado para la identificación de la asociación entre los grupos formados y las variables sociodemográficas. Un total de 301 PVVS fueron entrevistados. Identificamos la paridad en la relación hombre/mujer, una edad predominante entre los 40 y 64 años de edad, la educación primaria incompleta, las personas solteras/divorciadas o viudas, los de clase económica C, los empleados/autónomos/jubilados y dueños de su propia casa. A respecto de las condiciones clínicas en el momento de la entrevista, una parte importante tuvo conteo de CD4+T de más de 500 (61,5%), manifestaciones clínicas, una carga viral indetectable, y ausencia de enfermedades oportunistas. Se identificó un alto porcentaje de otras condiciones crónicas, especialmente la hipertensión. A respecto de la formación de grupos, más de la mitad de las PVVS fueron clasificados como inestables. Al analizar dichos grupos teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, hubo una asociación estadísticamente significativa con respecto a la ocupación. Hay una necesidad urgente de diseñar y operar tecnologías para ampliar la percepción de las demandas de las PVVS, ofreciendo nuevas oportunidades para reflexionar sobre la organización de los servicios y prácticas de salud en el control del VIH/SIDA.

Palabras-clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Atención Ambulatoria, Poblaciones Vulnerables, Enfermedad Crónica, Enfermería en Salud Pública.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2011	51
Tabela 2.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011	52
Tabela 3.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o perfil clínico das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011	53
Tabela 4.	Distribuição do número de pessoas que viviam com aids em quatro grupos (I, II, III e IV) segundo as condições clínicas e de saúde apresentadas no momento da entrevista, Ribeirão Preto- SP, 2011.....	55
Tabela 5.	Distribuição das pessoas que viviam com aids pertencentes aos Grupos I, II, III e IV, segundo as variáveis sociodemográficas do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2011	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Equipe responsável pelo atendimento as Pessoas que Vivem com HIV/aids e atividades ofertadas.....	42
------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Perfil Municipal: População e condições de vida	40
Quadro 2.	Distribuição do número de indivíduos segundo o serviço que acompanha o caso	44
Quadro 3.	Descrição das variáveis do estudo.....	46

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice I.	Questionário.....	91
Apêndice II.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
Apêndice III.	Escala Likert	97
Anexo I.	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCRP	Biblioteca Central de Ribeirão Preto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CTA	Centros de Triagem e Aconselhamento
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
LILACS	Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NGA 59	Ambulatório Regional de Especialidades
PA	Pronto Atendimento
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PUBMED	Public/Medline ou Publisher Medline
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados

LISTA DE ABREVIATURAS

SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
USA	Unidade de Suporte Avançado
USF	Unidades de Saúde da Família
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/aids
USP	Universidade de São Paulo

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Análise semântica: verificar se os itens dos questionários são inteligíveis para população meta a qual o instrumento será aplicado.

AIDS: encontra-se a palavra “AIDS” em diversas grafias: AIDS, Aids ou aids. O UNAIDS utiliza a grafia “AIDS”, mas reconhece e adota as outras formas de registro. No Brasil, adota-se a sigla em inglês “AIDS” (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), enquanto em outros países de língua oficial portuguesa, utiliza-se SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)(UNAIDS,2011).A grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando fizer menção a departamento, títulos, ou faz parte de uma sigla a exemplo, “Pessoas Vivendo com HIV e Aids” ou “ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais”. O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antônio Houaiss, marca a palavra aids escrito em caixa baixa, por ser um substantivo feminino comum. Isso também serve para a escrita das demais doenças: sífilis, gonorreia, hepatite.

Condição Crônica: são patologias que provocam perdas ou disfunções associada a diversos fatores como hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Configura-se de forma persistente por um período superior a três meses, podendo torna-se permanente o que coloca em risco a capacidade funcional e alterações no cotidiano dos sujeitos. Se expressa de várias formas, tais como, degenerativa, incurável, não reversível, episódica ou contínua e fragmentada ou integrada e que demanda respostas sociais reativas ou proativas de diversos atores (sistemas de atenção à saúde, profissionais de saúde e dos usuários). As condições crônicas vão além das doenças crônicas por ser associada também a doenças infecciosas persistentes de longa duração como o HIV/aids. O manejo inadequado das condições crônicas pode desencadear momento de agudização (FREITAS, 2007; MENDES, 2012).

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

Sumário

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Estado da Arte - HIV/aids: perfil de adoecimento e de vulnerabilidades	28
1.2 Eixo Teórico - Estratificação da população a partir de critérios de vulnerabilidade: uma tecnologia para a organização dos serviços e práticas de saúde	32
2 OBJETIVOS.....	36
2.1 Geral.....	37
2.2 Específicos	37
3 MATERIAIS E MÉTODOS	38
3.1 Tipo de estudo.....	39
3.2 Local de estudo	39
3.3 População de Referência	43
3.4 Instrumento e Fontes de Coleta de Dados	45
3.5 Variáveis do estudo	46
3.6 Procedimentos envolvidos na coleta de dados	46
3.7 Análise de dados.....	47
3.8 Aspectos Éticos.....	48
4 RESULTADOS.....	49
4.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que viviam com aids.....	50
4.2 Classificação das pessoas que viviam com aids a partir da utilização de critérios clínicos.....	54
5 DISCUSSÃO	59
5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que viviam com aids.....	60
5.2 Classificação das pessoas que viviam com aids a partir da utilização de critérios clínicos.....	66
6 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES	90
ANEXO	98

APRESENTAÇÃO

O presente estudo tem como foco a análise do perfil sociodemográfico e das condições clínicas das pessoas que vivem com HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. Trata-se de um sub eixo do Projeto Regular FAPESP, intitulado: “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde” (Processo nº 2010/17607-7), desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOH aids), no período de abril/2011 a outubro/2013. Tal projeto está inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP/USP).

O interesse pela temática de estudo emergiu durante a participação das reuniões e das atividades de pesquisa desenvolvidas pelo GEOH aids, o qual se articula e atua em parceria com o GEOTB (Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose). Tal objeto de investigação e a oportunidade de dar continuidade à minha formação acadêmica inserida em grupos de estudos multicêntricos motivaram a minha busca em desenvolver o mestrado acadêmico junto à EERP-USP, aprofundando questões teóricas e operacionais, além da oportunidade de produzir e divulgar o conhecimento científico.

Espera-se que os produtos do presente estudo contribuam com reflexões acerca das políticas públicas que envolvem o manejo do HIV/aids, sobretudo, no contexto das micropolíticas, com o intuito de nortear o desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção e tecnologias do cuidado que favoreçam o acesso, a organização e a sistematização da atenção prestada no âmbito dos serviços de assistência especializada em HIV/aids.

1 INTRODUÇÃO

O estudo tem como foco a compreensão acerca do perfil sociodemográfico e das condições clínicas das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no município de Ribeirão Preto. Pretende-se, contribuir com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que possibilitem a articulação de ações e intervenções visando a equidade e resolutividade na produção do cuidado em saúde, a partir da utilização de indicadores clínicos capazes de sinalizar o gradiente relacionado à complexidade das condições de saúde das PVHA acompanhadas nos serviços de assistência especializada (SAE) em HIV/aids em um município de grande porte do interior de São Paulo.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), configura-se como um dos grandes fenômenos da saúde pública, trazendo implicações para a sociedade e diversos desdobramentos nas pessoas infectadas (ALVES, 2012; SILVA, 2010; PINTO, 2007), tanto do ponto de vista clínico, como também psicológico e social.

Ao se pensar nos elementos que contribuíram para o desenvolvimento e perpetuação desta importante pandemia, há que se destacar as contribuições do fenômeno da globalização no processo de disseminação da doença nos diferentes continentes, permeado pela intensificação de fluxos de pessoas e informações (PARKER, 2000). Estima-se que, desde seu surgimento na década de 1980, 34 milhões de pessoas já contraíram o vírus, das quais 1,7 milhões, entre adultos e crianças, morreram vítimas da doença. (UNAIDS & WHO, 2012). Na América Latina, a epidemia mantém-se estável com cerca de 1,4 milhões de casos notificados (UNAIDS & WHO, 2011).

Diante deste panorama, em 2010, o *Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS* (UNAIDS) pactuou metas audaciosas visando reverter a propagação do HIV, dentre elas, "zerar" as novas infecções pelo vírus, a discriminação sofrida pelas PVHA e as mortes relacionadas à doença, além de garantir o acesso às ações preventivas, assistenciais e de tratamento para o agravo (UNAIDS, 2012). Tais metas mantêm coerência e devem ser operacionalizadas, inclusive para o alcance do 6º Objetivo pertinente às metas para o *Desenvolvimento do Milênio* previstas até 2015, ou seja, deter a propagação do HIV/Aids e garantir acesso universal ao tratamento (IPEA, 2010). Observam-se que as metas definidas não visam somente o controle da epidemia, mas também a promoção da qualidade de vida e o bem estar social das PVHA devido à heterogeneidade assumida pelo agravo nos diversos continentes (UNAIDS & WHO, 2010).

Ainda em relação aos casos de HIV/aids no Brasil, no período de 1980 até junho de 2012 foram identificados 656.701 casos. A epidemia brasileira constitui-se de subepidemias regionais distintas, sendo que a região Sudeste contribuiu de forma expressiva para os valores elevados nas taxas de detecção de casos no país (BRASIL, 2013a).

No estado de São Paulo foram registrados 228.698 casos de aids imersos em um contexto de redução da incidência em 20,8 por 100.000 hab./ano em 2011, acompanhada também de redução na taxa de mortalidade, cujo coeficiente foi de 6,6 óbitos por 100.000 hab. em 2012. (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Em consonância com as metas da UNAIDS para 2015, atreladas às Metas para o Desenvolvimento do Milênio, algumas estratégias foram definidas no Estado de São Paulo, por meio do desenvolvimento do Plano de Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV, a saber: ampliação do diagnóstico precoce do HIV, redução da vulnerabilidade entre Gays, HSH e Travestis, enfrentamento da feminilização da epidemia, redução da morbimortalidade pelo agravo, dentre outros (GIANNA, et al. 2012).

Entre os municípios do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto registrou 5.928 casos da doença entre 1980 a 2011, com uma taxa de incidência de 33,5 por 100.000 habitantes e mortalidade de 11,4 óbitos por 100.000 habitantes, perfazendo um total de 2.806 óbitos no referido período. Um aspecto operacional a ser destacado e que auxilia na reflexão dos referidos indicadores epidemiológicos relacionados ao agravo é o fato do município apresentar um bom percentual de identificação e notificação de casos, ou seja, 90%. ((ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Apesar da seriedade e visibilidade da doença, a experiência acumulada e os impactos na sobrevivência e, sobretudo, na qualidade de vida das PVHA, os avanços nas políticas de saúde para o controle do HIV/aids ainda não são suficientes para interromper a disseminação global do agravo, mesmo com a oferta de meios preventivos comprovados (GRECO, 2008), uma vez que tal agravo é manejável e controlável, porém não curável, apontando um descompasso entre a meta pactuada e a erradicação da doença.

Em relação à epidemia no Brasil, há que se destacar um cenário dinâmico, complexo e permeado por dimensões e proporções no que se refere aos impactos sociais, econômicos e sanitários que envolvem a doença. Observou-se, ao longo

dos anos, uma mudança no perfil epidemiológico do HIV/aids amplamente marcado pelos contrastes sociais e regionais, e pela resposta do Estado e da sociedade brasileira no controle da disseminação da doença, a qual tem-se mostrado desafiadora, demandando monitoramento aprimorado e contínuo (BERQUÓ, 2008).

Dentro de um contexto permeado por disparidades regionais e diversificado mosaico epidêmico que envolve diferentes padrões de riqueza, discriminação social, relações de gênero, as quais estão presentes na sociedade brasileira, observa-se que estes fenômenos sociais perpassam as transformações no perfil de acometimento da doença, sobretudo, a partir década de 90, especificamente no que se refere ao processo de “heterossexualização”, “feminização”, “pauperização” e “juvenização” da epidemia. Observou-se também uma expansão do agravo naqueles municípios de médio e pequeno porte, que ocorriam paralelamente com o aumento das taxas de prevalência em alguns seguimentos populacionais compostos por HSH, UDI, profissionais do sexo e populações privadas de liberdade. Não podendo desconsiderar, atualmente, o aumento da incidência na população acima dos 50 anos (GRANGEIRO, 2010; SILVA, 2010; SANTOS, 2011), coerente com a transformação na pirâmide etária brasileira e os avanços no setor saúde.

Em função deste sinergismo epidemiológico e social apontado anteriormente, as formas de organizar o cuidado, cujo manejo clínico, psicológico e social necessitam de revisão e readaptação visando promover o acesso tanto ao diagnóstico precoce como tratamento oportuno e qualificado, de modo que estes sejam coerentes com os diferentes perfis populacionais e, principalmente, ao se zelar pelo princípio da equidade em saúde, há de se considerar as necessidades e demandas de grupos mais vulneráveis à infecção e ao risco evolutivo da doença para aqueles indivíduos que vivem com o vírus. Para tal, há que se pensar no fortalecimento e efetiva integração de uma rede de atenção à saúde que seja capaz de manejar os agravos na lógica e nos modelos requeridos pelas condições crônicas (MENDES, 2012), incluindo neste rol de agravos o próprio HIV/aids.

Destaca-se que os serviços responsáveis pela atenção às PVHA no Brasil, segundo portaria do Ministério da Saúde, são classificados como: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Atenção Especializada (SAE), Centro de Referência e Treinamento (CRT), Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013b). Tal documento normatiza a organização dos serviços voltados à prevenção e manejo do

HIV/aids. Apesar dos esforços, a operacionalização do cuidado em uma perspectiva ampliada ainda é complexa e fragmentada, uma vez que avanços são necessários na perspectiva de integração entre os serviços especializados e a atenção básica em saúde (ABS). Nota-se que o diagnóstico precoce, atividades educativas, acompanhamento conjunto concomitantemente aos outros níveis de atenção, apoio na adesão terapêutica, prevenção da transmissão vertical fazem parte do rol de atributos da ABS referente ao agravo (BRASIL, 2006).

Partindo dos princípios da universalidade do acesso e integralidade da assistência prestada, o manejo do HIV/aids transcende os compromissos relacionados à prevenção, uma vez que a responsabilização, o vínculo terapêutico, o acolhimento, humanização e a operacionalização de uma clínica ampliada são elementos que devem ser agregados para melhoria na qualidade de vida e, principalmente do cuidado àqueles indivíduos que vivem com a doença. Nesse sentido, entre as ações prioritárias, destaca-se a distribuição universal de medicamentos. Cabe ressaltar que essa conquista é fruto do empenho da sociedade brasileira e dos profissionais de saúde que não aderiram à proposta restritiva de somente desenvolver ações de prevenção, conforme determinação do Banco Central na década de 90 (PARKER, 2000; VELOSO, 2003; BERKMAN, 2005; COLOMBRINI, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; SANTOS, 2011).

O protagonismo de diversos atores e setores no Brasil resultou em efeitos positivos para o enfretamento da epidemia, dentre eles: redução da mortalidade, diminuição das internações hospitalares e redução da incidência de infecções oportunistas e transmissão vertical do HIV (POLEJACK, 2010).

Nessa perspectiva, objetivando promover o diagnóstico precoce e o manejo oportuno do HIV/aids, alguns avanços foram desenvolvidos no âmbito nacional e merecem destaque, por exemplo, a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), campanhas permanentes do “Fique Sabendo”, além das estratégias de prevenção utilizando os antirretrovirais definida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP), estudos sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a distribuição gratuita de insumos como o preservativo masculino e kit de redução de danos (GIANNA et al, 2012).

A atenuação do processo de adoecimento advindo pela TARV trouxe uma nova identidade para a síndrome, agora considerada como uma condição crônica, contudo, para relacionar-se com esse novo significado, mudanças paradigmáticas

são requeridas, com esforços para a transição do modelo de atenção tradicional, biomédico, tecnicista e reducionista para ações ancoradas nas premissas dos direitos humanos. Esse referencial permite analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/aids que transcendem a implementação de ações pactuadas para o diagnóstico e terapêutica medicamentosa - de caráter biologicista, adentrando no plano individual, social e programático, levando em conta as relações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza, norteando, deste modo, a valorização da integração entre prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BORGES, 2012; FERRAZ, 2012; BACKES, 2009; SILVA, 2008; PAIVA, 2006).

O universo sobre as vulnerabilidades ao HIV/aids, conceitualmente, as mesmas podem ser descritas pela morbidade das PVHA, invalidez ou morte (SOUSA 2013, SILVA, 2008, AYRES et al., 2003) e, ao se identificar esse processo, torna-se necessário pensar nos mecanismos que possibilitem minimizar a agudização da doença, bem como a evolução para formas mais graves do agravo e seus desfechos desfavoráveis, tais como, internações e óbitos.

Compreender, portanto, a vulnerabilidade ao HIV/aids, implica em defini-la como :

“o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”. (AYRES et al., 2003).

Baseando-se na conceituação acima mencionada, entender a suscetibilidade de uma determinada população ao adoecimento, significa olhar não apenas para os aspectos individuais, mas reconhecer o contexto social, político e cultural no qual as PVHA estão inseridas e seus desdobramentos e impactos na qualidade de vida das mesmas e que, compromete-se a resolutividade do serviço de saúde e, sobretudo, caracteriza à epidemia (AYRES et al, 2003).

Em contrapartida, apesar do alto investimento do Programa Nacional de DST e aids, as dificuldades em sistematizar o cuidado com enfoque nos

determinantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos têm sido apontadas como um dos grandes entraves à formulação de campanhas de prevenção mais efetivas tornando sua aplicabilidade incipiente (SANTOS, 2011; GRUSKIN, 2008; SANTOS, 2007). Nota-se que tal fato ainda não foi desvencilhado na atenção prestada às PHVA visto que o manejo do agravo está atrelado às questões terapêuticas, etiológicas, biologicistas e as vulnerabilidades inerentes aos indivíduos ainda necessitam ser incorporadas nas práticas assistenciais (BRITO, 2011).

Diante da indissociabilidade das dimensões sociais, culturais, individuais, político e institucionais envolvidas na sistematização do cuidado, não apenas relacionado à prevenção da doença entre populações consideradas vulneráveis, mas também no que se refere àqueles sujeitos cujo diagnóstico já foi efetivado e a terapia medicamentosa instituída, com o intuito de estratificar os sujeitos em grupos que configurem diferentes vulnerabilidades relacionadas ao risco evolutivo/agravamento da doença e ao impacto social, psicológico e econômico resultante das condições de vida e de saúde, conformando deste modo, diferentes complexidades, exigindo, portanto, estratégias singulares e abordagens sistematizadas e diferenciadas visando o adequado manejo, não da doença em si, mas do indivíduo que vive com a mesma.

1.1 Estado da Arte - HIV/aids: perfil de adoecimento e de vulnerabilidades

Para fundamentar e fortalecer o objeto de estudo realizou-se um levantamento bibliográfico com a finalidade de proceder à aproximação da temática em questão e conhecer o cenário nacional e internacional com foco nas práticas de saúde e a vulnerabilidade relacionada ao processo de adoecer e viver com o HIV/aids.

A busca na literatura foi realizada nas bases de dados *Medline/Pubmed*, *Cinhal*, *Lilacs*, *Scopus*, *Web of Science* e *SciELO*, através da combinação dos seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): “Síndrome Imunodeficiência Adquirida”, “Fatores Socioeconômicos”,

“População Vulnerável” e a palavra-chave “Vulnerabilidade Social”. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão dos materiais bibliográficos: artigos completos publicados e disponíveis ao acesso público no período de 2007 a 2012; periódicos nacionais e internacionais; idiomas português, inglês e espanhol; menção nos resultados sobre a vulnerabilidade e seus determinantes, bem como as práticas de saúde voltadas às pessoas que vivem com HIV/aids. Foram identificados 50 artigos científicos, dos quais 32 foram considerados relevantes para o presente estudo. Destaca-se que foram excluídos textos que se repetiram entre as bases de dados citadas acima. Também houve a inclusão de dois capítulos de livro associados à temática.

Após a leitura dos textos, os mesmos foram categorizados, segundo seus resultados e contribuições, configurando os seguintes eixos temáticos: *Feminização, vulnerabilidade individual da mulher, fidelidade, poligamia, sexualidade, submissão e uso do preservativo* (SANTOS et al 2009; URZÚA. & BARREDA, 2008; SANTOS & IRIART, 2007; VELOSO et al, 2008; LOPES et al, 2007; BOGALE et al, 2010; GERMAN & LATKIN et al, 2012; BRAGA et al, 2007; MONTEIRO, 2009a; KIM, et al, 2008; MONTEIRO, 2009b); *Heterossexualização, relações gênero e status marital na modalidade - união estável* (MAIA, 2008; GUILHEM & AZEVEDO, 2008; SADDIQ et al, 2010; JACUBOWSKI, 2008; REIS & GIR, 2009); *Juvenização, fatores socioeconômicos* (PAIVA et al, 2008; BATTEH et al, 2008; REGIDOR et al, 2008); *Definição do conceito de vulnerabilidade* (SOUSA et al, 2011; SANTIS, 2008; AYRES et al, 2012; SANTOS & ASSIS, 2011); *Segmentos populacionais vulneráveis - homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e idosos* (EVANS, 2010; OLIVEIRA, 2009; KNOX et. al, 2011; AMIRKHANIAN, 2012; MALTA et al, 2008; GREENER & SARKAR, 2010; GIANNA, et. al, 2012; SEMENZA, 2010); *Organização dos serviços de saúde na atenção ao HIV/aids: o contexto social e político* (EDMUNDO et al, 2007; MONTEIRO, 2009b; QUEVEDO-GÓMEZ et al., 2011; GRUSKIN & TARANTOLA, 2008).

Os trabalhos selecionados permitiram uma aproximação com questões que envolvem as tendências e transformações do perfil clínico, bem como as condições de vulnerabilidade ao HIV/aids à medida que abordam os determinantes sociais, culturais, regionais, os quais interferem diretamente na qualidade da assistência prestada a essa população.

Em relação às contribuições dos estudos referente à dinâmica do HIV/aids e o fenômeno da feminização destacou-se o impacto das relações de submissão e iniquidade de gênero nivelada pela subordinação econômica, social e cultural, valorizando assim, a vulnerabilidade das mulheres. Concomitantemente, a sujeição quanto ao uso do preservativo, a promiscuidade do parceiro e os mitos quanto à testagem sorológica agravam ainda mais esse processo (BOGALE, 2010; SANTOS et al, 2009; URZÚA, 2008; SANTOS, 2007; BRAGA et al, 2007). Ressalta-se que as perspectivas abordadas enfocam a vulnerabilidade das mulheres no que tange à exposição e transmissão do HIV/aids.

Estudos desenvolvidos nos continentes africano e americano reforçam a posição desprivilegiada das mulheres decorrentes da desigualdade socioeconômica, marginalização social, baixa escolaridade e falta de acesso a bens e serviços sociais e de saúde (BOGALE, 2010; MONTEIRO, 2009a; KIM, 2008; MONTEIRO, 2009b). A desigualdade racial potencializa a vulnerabilidade da população de mulheres negras (GERMAN, 2012; VELOSO et al, 2008; LOPES, 2007).

Não obstante, a hierarquização presente no estado marital fomentada por valores religiosos sobre a sexualidade consolida o homem como gênero predominante, o que dificulta a adoção de práticas preventivas como o uso do preservativo nas relações heterossexuais, colocando as mulheres em um estado permanente de vulnerabilidade (MAIA, 2008; GUILHEM, 2008).

Pesquisas realizadas na Nigéria e na Indonésia identificaram que a dinâmica das relações de gênero perpassa por fatores culturais, econômicos e diversidade religiosa. Sendo assim, a união conjugal posta pela monogamia ou poligamia, isoladamente, não define a vulnerabilidade ao HIV/aids nos diversos grupos sociais. Entretanto, as relações de gênero presentes na união estável colocam as mulheres em uma posição desprivilegiada (JACUBOWSKI, 2008; SADDIQ et al, 2010). Concomitantemente, a oferta de atendimento integral de casais sorodiscordantes deve ser incluída nas práticas assistenciais, haja vista que a “naturalização” da doença dificulta a adesão às medidas preventivas, acentuando a vulnerabilidade ao HIV/aids (REIS, 2009).

Em relação à juvenização do perfil do HIV/aids foi possível identificar que as estratégias de promoção do uso do preservativo não têm alcançado jovens, especialmente de menor renda e escolaridade, inclusive jovens negros devido as barreiras socioculturais (PAIVA et al, 2008). Batteh e colaboradores (2008), em

consonância com Paiva et al. (2008), identificou em Camboja que as crianças e adolescentes em famílias afetadas pelo HIV/aids vivem em maior vulnerabilidade devido aos aspectos socioeconômicos e culturais a que estão expostas e, em decorrência da escassez de recursos financeiros, as mesmas estão mais propensas ao abandono escolar. Ainda em relação aos fatores socioeconômicos Regidor e colaboradores (2008) identificaram que a mortalidade por aids em adultos jovens em Madrid foi predominante em indivíduos desempregados.

Além disso, a falsa “invisibilidade” de alguns segmentos populacionais apontados em estudos na Ásia, Europa, África, Índia e no Brasil, compostos por homossexuais, UDI, profissionais do sexo, populações confinadas, migrantes, refugiados, prisioneiros, moradores de rua e idosos restringe o potencial de atuação do setor saúde, inclusive, aponta os desafios para a intersectorialidade e a descentralização de ações de prevenção da doença e promoção da saúde no contexto das políticas públicas. Pensar na produção de um cuidado que seja coerente com as necessidades e demandas dos grupos específicos da população implicam em investimentos para a garantia de equipes multidisciplinares qualificadas do ponto de vista técnico, operacional, relacional e gerencial (OLIVEIRA, 2009; KNOX et. al, 2011;EVANS, 2010; AMIRKHANIAN, 2012; MALTA et al, 2008; GIANNA, et. al, 2012; SEMENZA, 2010; GREENER, 2010).

Identificou-se ainda como fragilidades dos sistemas e serviços de saúde o hiato entre a incorporação dos aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos e o delineamento do perfil dos usuários diante das novas tendências assumidas pelo agravo, assim como o despreparo dos profissionais em identificar as dificuldades na organização dos serviços de saúde a fim de garantir um acesso equânime, universal, integral e contínuo. (EDMUNDO et al, 2007; MONTEIRO, 2009b; QUEVEDO-GÓMEZ et al, 2011; GRUSKIN, 2008).

Sendo assim, a valorização da intersubjetividade dos sujeitos durante a assistência prestada, bem como a necessidade de articulação efetiva e homogênea do setor público de saúde com outros setores governamentais e não governamentais tornam-se prerrogativas para garantir a proteção social às PVHA diante das iniquidades enfrentadas, as quais intensificam a vulnerabilidade dessa população dificultando o acesso universal aos serviços de saúde.

Enfim, considerando o presente objeto de estudo, articulando-o à síntese dos materiais bibliográficos selecionados identificam-se lacunas na produção do

conhecimento científico no que se refere a estratégias capazes de subsidiar a organização da assistência prestada a partir da identificação e seleção de indicadores que possibilitem vislumbrar os diferentes perfis e a complexidade das condições clínicas e de saúde das PVHA, possibilitando deste modo, o delineamento de estratégias de intervenções compatíveis e singulares às necessidades e demandas dos indivíduos.

Ao se conceber a dinâmica do cuidado pautado no reconhecimento dos determinantes sociais, a vulnerabilidade apoiada nos indicadores epidemiológicos, permite estabelecer prioridades ancoradas na equidade e integralidade das ações no processo decisório da organização do trabalho de forma não prescritiva (AYRES, 2012). Entretanto, o esforço de incorporar esse conceito nas práticas de saúde não só favorece o reconhecimento das restrições aos direitos humanos que afetam negativamente a saúde, mas, sobretudo, corrobora para que a implementação dos direitos humanos tenha impactos positivos na saúde e no bem estar das PVHA, promovendo a efetividade das políticas públicas envolvidas no manejo do referido agravo.

O levantamento bibliográfico realizado reitera o enfoque da produção de conhecimentos pautados nas situações e condições que predisõem os sujeitos sociais à infecção e adoecimento pelo HIV/aids, ou seja, há que se avançar em estudos que abordem o perfil e o grau de complexidade das condições de vida e de saúde dos indivíduos que já possuem a doença, identificando assim, as vulnerabilidades presentes que influenciam na instabilização ou agudização das condições clínicas e, conseqüentemente, na evolução para desfechos debilitantes e/ou desfavoráveis do HIV/aids como internações e óbitos.

1.2 Eixo Teórico - Estratificação da população a partir de critérios de vulnerabilidade: uma tecnologia para a organização dos serviços e práticas de saúde

Partindo das políticas e diretrizes atuais que fundamentam a organização das redes de atenção à saúde, como estratégia de fortalecimento do SUS, uma de suas premissas é a oferta do cuidado baseada nas necessidades da população, de

modo a identificar pessoas/grupos com necessidades de saúde similares, possibilitando rupturas na lógica da atenção padronizada, ancorada no princípio de que se atinge homogeneamente toda população atendida. Tal concepção e lógica de organizar e sistematizar o cuidado estão permeadas por dinâmicas que podem resultar na suboferta de cuidados e/ou superestimar a ofertar cuidados desnecessários. Estas dinâmicas desarticuladas e fragmentadas nas quais não incorporam estratégias que reconhecem e classificam o nível da severidade das condições de saúde, em especial as crônicas, que impactam a sociedade brasileira na atualidade (MENDES, 2011).

As condições crônicas, de acordo com a definição utilizada por Mendes (2010) representam desajustes que comprometem a saúde, como patologias, que se apresentam de forma persistente, com período variável de duração decorrente de diversos fatores tais como estilo de vida, hereditariedade, determinantes ambientais e/ou fisiológicos, podendo atingir os diversos ciclos da vida, demandando assim, uma capacidade de resposta das equipes de saúde de modo proativo, contínuo e integrado. Dessa forma incluem-se nesse rol os distúrbios mentais; doenças infecciosas persistentes como tuberculose, HIV/aids, hanseníase; incapacidades físicas e debilidades estruturais, bem como as demais doenças crônicas como o diabetes e hipertensão.

Sendo assim, o atual contexto dos sistemas de saúde caracteriza-se pelo descompasso assistencial, uma vez que a relação necessidades/demandas é assimétrica quando se considera a disponibilidade de recursos e as práticas de saúde adotadas. Tal contexto permeia tanto a ABS como os centros de especialidades médicas, expressando, deste modo, as fragilidades do sistema vigente haja vista que as condições crônicas também enfrentam episódios de agudização e instabilidade, exigindo das equipes de saúde, portanto, estratégias de intervenções diferenciadas, subsidiadas por diretrizes clínicas capazes de produzir impactos positivos nas condições de saúde dos indivíduos (MENDES, 2011), tanto no sentido de minimizar a ocorrência de tais eventos agudizantes, como também produzir os enfrentamentos necessários durante esses episódios de instabilidade, minimizando seus efeitos e desfechos desfavoráveis.

“Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.” (MENDES, 2012).

Para incorporar tal estratégia, torna-se necessário atrelar o conhecimento da população atendida, baseando-se em critérios e sinais que subsidiem a classificação e organização da mesma de forma coerente, bem como a identificação e compreensão das vulnerabilidades presentes, além de seus aspectos biológicos.

Ressalta-se que, delinear o perfil das PVHA e suas vulnerabilidades ao agravamento da doença, a priori, pretende-se trazer aporte teórico necessário para compreender as transformações, adaptações e implicações que são inerentes ao contexto socioeconômico e de saúde com intuito de nortear e produzir os ajustes necessários na produção do cuidado pelos profissionais de saúde, bem como subsidiar a elaboração de políticas que incorporem perspectivas intersetoriais para o enfrentamento da doença e qualificação da assistência prestada.

Convém salientar que:

“A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde; impactos positivos nos resultados clínicos; e maior eficiência no uso dos recursos de saúde.”
(MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde depende da integração de atores e setores de forma sincronizada com o intuito de promover o adequado e oportuno reconhecimento das necessidades e especificidades que se configuram no processo de adoecimento como forma de garantir e/ou disponibilizar a oferta de tecnologias de saúde que transitam nas distintas dimensões da gestão do cuidado a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

Entender a complexidade tecnológica inerente à relação que se configura entre a equipe multidisciplinar, a forma de organizar a assistência e as PVHA (NEMES, 2004) aliadas à necessidade de integração entre ações e serviços de saúde tornam-se prerrogativas que podem interferir diretamente na qualidade da assistência prestada, além da interface com a própria heterogeneidade estrutural e organizacional dos serviços de saúde.

Sendo assim, em função das transformações no perfil de adoecimento como produto das diferentes vulnerabilidades que estão presentes e são peculiares à epidemia do HIV/aids, verifica-se a necessidade de delinear o perfil

sociodemográfico e clínico das PVHA e estratificá-lo segundo as variáveis clínicas, psicossociais e culturais a fim de compreender se existem diferentes padrões de vulnerabilidade ao agravamento da doença e/ou ao comprometimento do cuidado prestado com o objetivo de contribuir com a concepção e elaboração de estratégias e intervenções oportunas e que tragam impacto na organização da assistência prestada.

Nesse estudo, apesar do reconhecimento e valorização de elementos psicossociais, econômicos, culturais e, inclusive, estruturais e ideológicos, optou-se por priorizar indicadores clínicos de natureza biológica para uma primeira aproximação e viabilização da classificação das PVHA, considerando o gradiente de complexidade clínica e das condições de saúde de tais sujeitos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as condições clínicas das pessoas que vivem com aids em acompanhamento nos serviços de assistência especializada em HIV/aids do município de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Específicos

- ❖ Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com aids;
- ❖ Analisar as condições clínicas das pessoas que vivem com aids;
- ❖ Analisar as condições clínicas segundo o perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com aids.
- ❖

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito exploratório, realizado a partir da abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

O estudo tem como cenário o município de Ribeirão Preto, o qual se situa na região nordeste do Estado de São Paulo. Em 2012, possuía uma população estimada de 621.038 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2012) e, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social, se enquadrava no grupo 2, ou seja, entre os municípios com níveis de riqueza elevados, porém, com debilidades nos indicadores sociais. Ainda em relação ao panorama social, o município apresentou-se superior ao Estado de São Paulo no que se refere aos seguintes indicadores: população com mais de 60 anos, indivíduos com ensino médio completo e acima da linha da pobreza. Já a taxa de analfabetismo e o percentual de indivíduos abaixo da linha da pobreza inferiores ao Estado de São Paulo como um todo (QUADRO 1).

Quadro 1. Perfil Municipal: População e condições de vida.

População	Ano	Município	Estado
Densidade Demográfica (habitantes/km ²)	2012	954,03	168,96
População com 60 anos e mais (em %)	2012	13,20%	12,20%
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (%)	2010	2,91%	4,33%
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (%)	2010	61,15%	58,68%
Proporção de moradores acima da linha da pobreza	2010	96,8%	94%
Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza	2010	4,3%	6%
Condições de vida	Ano	Município	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS	2010	Grupo 2 – Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais.	
IPRS – Dimensão Riqueza	2010	44 pontos	45 pontos
IPRS – Dimensão Longevidade	2010	73 pontos	69 pontos
IPRS – Dimensão Escolaridade	2010	47 pontos	48 pontos
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	2000	0,85	0,81
Renda per Capita (em reais R\$)	2010	1.052,76	853,75

Fonte: Fundação SEADE (2012); IPRS (2010); Portal ODM (2010).

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) classificou os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos com similaridades de riqueza municipal, longevidade e escolaridade. Ribeirão Preto encontra-se no grupo 2 composto por 75 municípios dentre eles São Paulo, Campinas, Guarujá, Osasco, Guarulhos, Campos do Jordão entre outros.

Apesar dessa disparidade, Ribeirão Preto é referência nacional em serviços de saúde devido à formação de profissionais, localização de equipamentos públicos, serviços de apoio clínico e laboratorial, além de segmentos industriais que incrementam a riqueza local (IPRS, 2010).

A rede de assistência à saúde no município contempla desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, sendo distribuída em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), vale destacar que há uma diversidade do perfil socioeconômico da população pertencente a cada distrito de saúde, os quais são compostos por 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com Pronto Atendimento (PA) e algumas especialidades; 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 30 Unidades Tradicionais e 13 Unidades de Saúde da Família (USF); 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 1 unidade de suporte avançado (USA) para atendimento móvel, 5 Ambulatórios de Moléstias Infectocontagiosas; 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, 1 Centro Regional de Saúde do Trabalhador; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 3 ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

3.2.1 Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP

A rede de atenção voltada ao HIV/aids está organizada em nível secundário e terciário. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids e Hepatites Virais estão distribuídos nos 5 distritos sanitários, sendo responsáveis pelo acompanhamento das PVHA. Tais ambulatórios se constituem por equipes especializadas, que se configuram de forma heterogênea quanto à estrutura física e quadro de funcionários. Além disso, as especialidades atendem outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), tuberculose (TB) e hanseníase.

O atendimento ambulatorial ao HIV/aids é realizado por uma equipe composta, minimamente, por médico infectologista, equipe de enfermagem e farmacêuticos. A essência do atendimento às PVHA é centralizada no manejo clínico da patologia, entretanto, na prática assistencial, observa-se a valorização de estratégias que visam o acolhimento e o cuidado humanizado, baseado no acesso e integralidade da atenção à saúde desta população. Contudo, fragilidades em

relação à disponibilidade de recursos humanos, questões gerenciais e heterogeneidade na organização dos SAE dificultam avançar na efetivação de tais estratégias (FIGURA 1).



Figura 1. Equipe responsável pelo atendimento às Pessoas que Vivem com HIV/aids e as respectivas atividades ofertadas.

Dentre as atribuições mínimas das equipes atuantes nos SAE do município, destacam-se: orientação de enfermagem (pré e pós consulta), coleta e checagem de exames de carga viral e de células T-CD4+, prescrição e disponibilização da Terapia Antirretroviral (TARV); agendamento de retorno com intervalo entre 2 e 3 meses, podendo reduzir esse período de acordo com a necessidade, principalmente para os casos; avaliação e estímulo permanente à adesão tanto ao seguimento clínico como à tomada regular e ininterrupta da TARV quando esta já á foi instituída.

Os casos de maior complexidade são referenciados para acompanhamento ambulatorial ou internação na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), inserido no complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (RIBEIRÃO PRETO, 2012b).

Devido à relevância do agravo, o município de Ribeirão Preto pactuou no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 ações e metas voltadas para o HIV/aids,

entretanto, priorizando apenas a incidência em menores de cinco anos de idade (RIBEIRÃO PRETO 2011).

3.3 População de Referência

Pessoas que vivem com aids em acompanhamento clínico-terapêutico nos serviços de assistência especializada em HIV/aids.

3.3.1 População de Estudo

Constituiu-se pelas pessoas que vivem com aids e estavam em acompanhamento nos cinco SAE do Programa Municipal de DST/aids de Ribeirão Preto-SP, no período de julho/2011 a fevereiro/2012.

3.3.1.1 Critérios de Inclusão:

- ❖ Indivíduos residentes no município de Ribeirão Preto;
- ❖ Utilização da TARV por período superior a seis meses;
- ❖ Idade igual ou superior a 18 anos;
- ❖ Não pertencentes ao sistema prisional.

3.3.1.2 Cálculo e seleção da amostra do estudo

Para a definição do tamanho da amostra, inicialmente levantou-se o número total de PVHA que estavam em tratamento nos ambulatórios em janeiro de 2011, obtendo-se um total de 1.389 casos, distribuídos entre os SAE (QUADRO 2). Optou-

se pela utilização das letras “A”, “B”, “C”, “D” e “E” para designar os SAE do município, com o intuito de preservar a identidade dos mesmos.

Quadro 2. Distribuição do número de indivíduos segundo o serviço que acompanha o caso.

Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/aids	N. de indivíduos
SAE A	249
SAE B	374
SAE C	249
SAE D	374
SAE E	143

Para o cálculo do tamanho da amostra, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto de d igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de doentes foi determinado pela expressão $n^* = (P \times Q) / V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \text{ e } n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384,16$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N = 1.389$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384,16}{1 + (384,16 / 1389)} = 301$$

Utilizando a correção para uma perda potencial de 5% determinou-se que $(286,05 / 0,95) = 317$ indivíduos fossem entrevistados.

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: estratificação com partilha proporcional segundo o SAE que acompanha o caso e amostragem sequencial até atingir o tamanho da amostra ($n=301$), levando-se em consideração o número de sujeitos previsto para cada serviço de saúde: 54 no SAE “A”; 81 no “B”; 54 no “C”; 81 no “D” e 31 no “E”. Salienta-se que 316 indivíduos foram abordados para a entrevista, no entanto, 15 se recusaram a participar do estudo, tendo como principal argumento a falta de tempo.

3.4 Instrumento e Fontes de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com apoio de um questionário estruturado, o qual foi elaborado com base nas *Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV* (BRASIL, 2008), no *protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais* (FHEMIG, 2007) e na *metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS* (ALMEIDA, 2006).

Tal instrumento compreende quatro seções (I- Dados sócio demográficos; II- Dados sobre o perfil clínico e acompanhamento dos casos; III- Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde e IV- Dados sobre a integração de ações e serviços de saúde), cuja versão inicial foi submetida à apreciação de conteúdo por sete *expertises* nas áreas temáticas de HIV/aids e saúde coletiva.

Após as adequações sugeridas, procedeu-se ao teste piloto, mediante realização de 20 entrevistas, considerando os cinco distritos de saúde do município, onde foi possível realizar a *análise semântica* dos itens contidos no instrumento (PASQUALI, 1999) e a verificação do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa. Tais etapas resultaram em ajustes/adequações na versão final do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE I).

Ressalta-se que, para este estudo, foram utilizadas as variáveis contidas nas seções I e II do referido instrumento. Alguns dados destas seções foram coletados de fontes secundárias, utilizando o SINAN e prontuários de saúde, tais como: serviço que notificou o caso, data do diagnóstico, doenças oportunistas no momento do diagnóstico, modo de transmissão, entre outros.

3.5 Variáveis do estudo

A seguir serão apresentadas as variáveis que foram selecionadas para o presente estudo (QUADRO 3).

Quadro 3. Descrição das variáveis do estudo.

Seção	Variáveis
I – Sociodemográfica e comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Idade - Cor - Estado Civil - Escolaridade - Situação de Trabalho - Classe econômica - Moradia - Comportamento sexual
II - Perfil clínico e acompanhamento dos casos	<ul style="list-style-type: none"> - Categoria de Exposição - Doenças oportunistas no momento do diagnóstico - Manifestação Clínica no momento do diagnóstico - Doenças oportunistas no momento da entrevista - Manifestação Clínica no momento da entrevista - Tempo de uso da TARV - Procura do diagnóstico

3.6 Procedimentos envolvidos na coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho/2011 a fevereiro/2012. Cada entrevistado foi abordado por entrevistadores previamente treinados tanto no que se refere à abordagem dos sujeitos quanto à aplicação do instrumento de coleta de dados. Os sujeitos foram esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo, cuja aceitação em participar da pesquisa formalizou-se mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II). As entrevistas foram realizadas nos cinco SAE do Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais de Ribeirão Preto, em locais previamente acordados com as equipes de saúde visando resguardar a privacidade dos entrevistados. Com o intuito de facilitar a compreensão dos entrevistados no que se refere aos às possíveis respostas por meio da escala

likert, foi elaborada uma figura e entregue aos sujeitos no momento da entrevista (APÊNDICE III).

3.7 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados por meio do programa *Statistica*, versão 9.0 da *Statsoft*.

Para o alcance do 1º objetivo específico do estudo, os indivíduos foram caracterizados em relação ao perfil sociodemográfico e clínico, a partir de técnicas estatísticas descritivas.

Em seguida, com o intuito de alcançar o 2º objetivo específico, ou seja, a análise das condições clínicas das PVHA, os indivíduos foram classificados (estratificados) em quatro grupos específicos, organizados a partir de indicadores pautados na dimensão biológica, ou seja, nas condições clínicas e de saúde, articulando-se os marcadores do HIV/aids (carga viral e doenças oportunistas), a situação imunológica dos indivíduos (contagem de linfócitos T-CD4+) e a presença de outras condições crônicas.

- ❖ **Grupo I - Indivíduos com doença estável/sem doença crônica associada** (status imunológico de CD4+superior ou igual a 500 cópias, carga viral indetectável (menor que 50 mm³), ausência de manifestações clínicas, doenças oportunistas e outras doenças crônicas);
- ❖ **Grupo II – Indivíduos com doença estável/com doença crônica associada** (status imunológico de CD4+superior ou igual a 500 cópias, carga viral indetectável (menor que 50 mm³), ausência de manifestações clínicas e doenças oportunistas e presença de outras doenças crônicas associadas);
- ❖ **Grupo III Indivíduos com doença instável/ sem doença crônica associada** (CD4+ inferior a 500 cópias e/ou carga viral maior que 50 mm³; presença ou não de manifestações clínicas e/ou de doenças oportunistas, e ausência de outras doenças crônicas);
- ❖ **Grupo IV - Indivíduos com doença instável/com doença crônica associada** (CD4 abaixo de 500 cópias e/ou carga viral maior que 50 mm³;

presença ou não de manifestações clínicas e/ou doenças oportunistas e outras doenças crônicas associadas).

Salienta-se que tais grupos expressam o gradiente de complexidade das condições clínicas e de saúde das PVHA do estudo.

Para o alcance do 3º objetivo específico, utilizou-se teste qui-quadrado de proporção para identificar a associação entre os quatro grupos formados e as variáveis do perfil sociodemográfico das PVHA.

3.8 Aspectos Éticos

Atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo possui aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, conforme protocolo nº 1215/2010 (ANEXO I).

4.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que viviam com aids

Entre as 301 PVHA entrevistadas, a proporção foi semelhante entre os sexos, com razão de 1,05 homens para cada mulher. A idade média foi de 45,2 anos (desvio padrão = 10,1), com a faixa etária predominante de 40 a 64 anos (64,8%). Houve o predomínio da cor branca. Quanto ao estado marital, 194 indivíduos eram solteiros, separados/divorciados ou viúvos (64,5%). Em relação à escolaridade, a maioria possuía o ensino fundamental incompleto. Quanto à situação empregatícia houve predomínio da condição de empregados/autônomos/afastados. A maioria pertencia à classe econômica C e possuíam moradia própria. Sobre o comportamento sexual, 232 indivíduos se consideravam heterossexuais (77,1%) e 69 homossexuais / bissexuais (22,9 %) (TABELA 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis sócio demográficas e comportamentais		DOENTES (N=301)	
		n	%
Sexo	Masculino	154	51,2
	Feminino	147	48,8
Faixa Etária	24 a 39	94	31,2
	40 a 59	195	64,8
	60 a 75	12	4,0
Cor	Branco	184	61,1
	Pardo	83	27,6
	Preto	30	10,0
	Indígena	3	1,0
	Amarelo	1	0,3
Estado Civil	Casado / União Estável	107	35,5
	Solteiro	103	34,2
	Separado / Divorciado	54	17,9
	Viúvo	37	12,3
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	159	52,8
	EF completo	64	21,3
	Ensino médio completo	67	22,3
	Ensino superior completo	11	3,7
Situação Empregatória	Empregado/ Autônomo/ Afastado	178	59,2
	Aposentado	57	18,9
	Desempregado	46	15,3
	Do Lar	17	5,6
	Outro	2	0,7
Classificação Econômica	A	1	0,3
	B	72	23,9
	C	169	56,2
	D	55	18,3
	E	3	1,0
Local onde vive	Próprio	151	50,2
	Alugado	101	33,3
	Cedido	40	13,3
	Outro	7	2,3
	Asilo / Abrigo	2	0,7
Comportamento Sexual	Heterossexual	232	77,1
	Homossexual	34	11,3
	Bissexual	35	11,6

Legenda: EF: Ensino Fundamental

Em relação à notificação dos casos, houve predomínio da via sexual como provável modo de transmissão do HIV. Entre os motivos que levaram os indivíduos a obterem o diagnóstico destacou-se o aparecimento de sinais e sintomas, seguido do diagnóstico do parceiro. Os Centros de Referência em DST/aids foram os principais responsáveis pelas notificações de aids do município. O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou-se com unanimidade entre os sistemas de saúde utilizados pelas

peças entrevistadas, entretanto, uma parcela referiu utilizar, concomitantemente ao SUS, os Sistemas Privados, via desembolso direto ou na modalidade de adesão a planos/convênios de saúde, ou outros planos que ofereciam benefícios na saúde. A maioria afirmou fazer uso de outros medicamentos além da TARV, a qual estava sendo utilizada por um período de 5 a 10 anos (TABELA 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.

Variáveis sobre o acompanhamento do caso		DOENTES (N=301)	
		N	%
Sexual		248	82,4
Sem informação*		27	8,9
Drogas injetáveis		16	5,3
Ignorado**		13	4,3
Transfusão sanguínea		4	1,3
Transmissão vertical		0	0,0
Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		0	0,0
Aparecimento sinais e sintomas		86	28,6
Diagnóstico do(a) parceiro(a)		73	24,3
Por acaso		54	17,9
Curiosidade		23	7,6
Pré Natal		21	7,0
Outros		19	6,3
Doação de sangue		16	5,3
Parto		9	3,0
Serviço responsável pela notificação do caso		224	74,4
Centro de Referência DST/aids		50	16,6
Hospital		27	8,9
Sem informação*			
Sistemas de saúde utilizados		257	85,4
SUS		43	14,3
Misto (SUS + Privado)		1	0,6
Ignorado			
Até 5 anos		101	33,6
5 a 10 anos		120	39,9
Maior que 10 anos		73	24,3
Sem informação		07	2,2

Nota: *Sem informação – refere-se às pessoas que vivem com aids e que estavam em tratamento nos ambulatórios de referência, entretanto, não haviam sido notificados até o momento da coleta de dados. **Ignorado – refere-se aos casos notificados em que, contudo, não foi informado o modo de transmissão do HIV no SINAN.

Em relação ao perfil clínico das PVHA no momento da notificação enquanto caso de aids, a maioria possuía alguma manifestação clínica e doença oportunista, com destaque para a candidose oral. Já no momento da entrevista, a maioria dos entrevistados encontrava-se com adequada contagem celular dos linfócitos T-CD4+ (> 500 células), a carga viral estava indetectável e ausência de manifestações

clínicas relacionadas à doença, contudo, foram identificadas 211 (58,0%) ocorrências de outros agravos crônicos associados, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (TABELA 3).

Tabela 3. Distribuição de frequência das variáveis sobre o perfil clínico das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.

Variáveis do perfil clínico ^a		Frequência	
		N	%
Doenças oportunistas no momento da notificação	Nenhuma	169	45,1
	Candidose oral	54	14,4
	Outras	48	12,8
	Sem informação*	27	7,2
	Tuberculose	25	6,9
	Pneumonia	22	5,8
	Herpes Zoster	15	4,0
	Toxoplasmose	13	3,5
	Citomegalovírus	01	0,3
	Criptococose	01	0,3
Manifestações clínicas no momento da notificação	Nenhuma	165	37,4
	Outras	93	21,0
	Caquexia ou perda de peso > 10%	60	13,6
	Sem informação*	47	10,7
	Febre ≥ 38° por período ≥ 1 mês	33	7,5
	Diarréia ≥ 1 mês	24	5,5
	Dermatite persistente	19	4,3
Doenças oportunistas no momento da entrevista	Nenhuma	283	93,3
	Herpes Zoster	06	1,9
	Candidose oral	04	1,3
	Tuberculose	04	1,3
	Outras	03	1,0
	Pneumonia	02	0,6
	Citomegalovírus	01	0,3
Doenças crônicas no momento da entrevista	Nenhuma	153	42,0
	HAS	70	19,2
	Depressão	43	11,8
	Hepatites virais	29	7,9
	Dislipidemia	25	6,9
	Diabetes Mellitus	23	6,3
	Outros	21	5,8
Manifestações clínicas no momento da entrevista	Nenhuma	246	76,6
	Outras	29	9,0
	Lipodistrofia	12	3,7
	Diarréia ≥ 1 mês	11	3,4
	Caquexia ou perda de peso > 10%	10	3,1
	Dermatite persistente	07	2,1
	Febre ≥ 38° por período ≥ 1 mês	06	1,8

Tabela 3. Distribuição de frequência das variáveis sobre o perfil clínico das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.(continuação).

Linfócitos T - CD4+ no momento da entrevista	<350	67	22,3
	350 a 499	43	38,5
	>500	185	61,5
	Sem informação	06	02
Carga viral no momento da entrevista	Indetectável	230	76,4
	Detectável	64	21,3
	Sem informação	07	2,3
Realização de tratamentos além dos ARV	Não	177	58,8
	Sim	124	41,2

Legenda: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nota: a – As variáveis desta tabela permitiram múltiplas opções de respostas, portanto, o n não corresponde ao número de pessoas entrevistadas, mas sim, a frequência das manifestações clínicas apresentadas. *Sem informação – refere-se às pessoas que vivem com aids e que estavam em tratamento nos ambulatórios de referencia, entretanto, não haviam sido notificados até o momento da coleta de dados.

4.2 Classificação das pessoas que viviam com aids a partir da utilização de critérios clínicos

A classificação dos sujeitos do estudo, a partir da utilização de critérios clínicos, resultou na conformação de quatro grupos de PVHA em acompanhamento nos SAE municipais. Tais grupos compõem gradientes diferenciados que compõem perfis de maior/menor estabilidade/instabilidade das condições de saúde e de controle da doença. Dos 301 indivíduos entrevistados, 137 (45,5%) enquadravam-se nos grupos que caracterizavam as condições mais estáveis de saúde/controle da doença e 164 (54,5%) apresentavam condições que expressavam a instabilidade dos sujeitos (saúde/controle da doença). O Grupo III foi o mais expressivo, com 94 PVHA (31,2%), indicando aqueles indivíduos que possuíam níveis inferiores de linfócitos T-CD4+ (< 500 células) ou carga viral detectável ou ainda alguma manifestação clínica e doença oportunista no momento da entrevista (TABELA 4).

Tabela 4. Distribuição do número de pessoas que viviam com aids em quatro grupos (I, II, III e IV) segundo as condições clínicas e de saúde apresentadas no momento da entrevista, Ribeirão Preto- SP, 2011.

CONDIÇÃO CLÍNICA ^b	ESTÁVEL		INSTÁVEL	
	I	II	III	IV
Número (%)	59 (19,6%)	78 (25,9%)	94 (31,2%)	70 (23,3%)
TOTAL (%)	137 (45,5%)		164 (54,5%)	

Nota: b. Grupo I - Indivíduos com doença estável/sem doença crônica associada: Linfócitos T-CD4+ superior ou igual a 500 células, carga viral indetectável (inferior a 50 mm³), ausência de manifestações clínicas, doenças oportunistas e outras condições crônicas associadas. Grupo II - Indivíduos com doença estável/com doença crônica associada: Linfócitos T-CD4+ superior ou igual a 500 células, carga viral indetectável (inferior a 50 mm³), ausência de manifestações clínicas/doenças oportunistas e a presença de outras condições crônicas associadas. Grupo III - Indivíduos com doença instável/sem doença crônica associada: Linfócitos T-CD4+ inferior a 500 células e/ou carga viral detectável (superior 50 mm³) e/ou presença manifestações clínicas/doenças oportunistas, ausência de outras condições crônicas associadas. Grupo IV - Indivíduos com doença instável/com doença crônica associada: Linfócitos T-CD4+ inferior a 500 células e/ou carga viral detectável (superior 50 mm³) e/ou presença manifestações clínicas/doenças oportunistas e a presença de outras condições crônicas associadas.

Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico dos sujeitos, segundo as condições de clínicas e de saúde apresentadas, verificou-se que o Grupo I possuía 59 PVHA, com as seguintes características: paridade entre o sexo masculino/feminino, faixa etária de 40 a 60 anos, indivíduos brancos, solteiros/separados/divorciados, sem escolaridade/ensino fundamental incompleto encontravam-se na condição de empregados/autônomos/afastados, pertencentes à classe econômica C, heterossexuais, via sexual como provável fonte de transmissão da doença, o diagnóstico foi efetivado em ocasiões como doação de sangue/pré-natal e/ou parto, a maioria possuía o diagnóstico de HIV há 10 anos ou mais e a notificação como caso de aids ocorreu em um período entre seis e dez anos (TABELA 5).

O Grupo II incluía 78 PVHA, sendo a maioria do sexo masculino, faixa etária de 40 a 60 anos, cor branca, solteiros/separados/divorciados, sem escolaridade/ensino fundamental incompleto, empregados/autônomos/afastados, pertencentes à classe econômica C, heterossexuais, a via sexual como provável fonte de transmissão da doença, a procura pelo diagnóstico ocorreu devido ao aparecimento dos sinais/sintomas sugestivos da doença, bem como pelo exame do

parceiro, o diagnóstico do HIV ocorreu há 10 anos ou mais e a notificação enquanto caso de aids ocorreu entre seis e dez anos (TABELA 5).

O Grupo III possuía 94 PVHA, sendo a maioria do sexo feminino, indivíduos pertencentes à faixa etária de 40 a 60 anos, cor branca, estado marital - solteiros/separados/divorciados, sem escolaridade e/ou ensino fundamental incompleto, indivíduos empregados/autônomos/afastados, pertencentes à classe econômica C, heterossexuais, via sexual como a provável fonte de transmissão da doença, a procura pelo diagnóstico ocorreu em função do aparecimento dos sinais e sintomas da doença, o diagnóstico do HIV e a notificação enquanto caso de aids foram realizados em um período entre seis e dez. Ressalta-se que 30% das PVHA neste grupo possuíam a notificação e enquadramento como caso de aids há menos de cinco anos (TABELA 5).

O Grupo IV possuía 70 PVHA, com predomínio do sexo masculino, faixa etária de 40 a 60 anos, cor branca, indivíduos solteiros/separados/divorciados, a maioria sem escolaridade ou possuíam o ensino fundamental incompleto, empregados/autônomos/afastados, pertencentes à classe econômica C, referiram comportamento heterossexual, a provável via de transmissão da doença foi sexual, a busca pelo diagnóstico ocorreu em função do aparecimento dos sinais e sintomas da doença, o diagnóstico da infecção pelo vírus ocorreu entre seis e dez anos, sendo que a maioria também possuía a definição e notificação enquanto caso de aids no mesmo período (TABELA 5).

TABELA 5. Distribuição das pessoas que viviam com aids pertencentes aos Grupos I, II, III e IV, segundo as variáveis sociodemográficas do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2011.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		GRUPOS								p
		GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III		GRUPO IV		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	<i>Feminino</i>	30	50,8	36	46,1	50	53,2	31	44,3	0,65
	<i>Masculino</i>	29	49,1	42	53,9	44	47,8	39	55,7	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Idade	<i>≤ 39 anos</i>	20	33,9	23	29,5	23	24,5	28	40,0	0,07
	<i>40 - 60 anos</i>	31	52,5	50	64,1	62	66,0	41	58,6	
	<i>> 60 anos</i>	8	13,5	5	6,4	9	9,6	1	1,4	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Cor	<i>Branco</i>	36	61,0	55	70,5	53	56,4	40	57,1	0,51
	<i>Pardo/Preto</i>	22	37,3	23	29,5	39	41,5	29	41,4	
	<i>Amarelo/ Indígena</i>	1	1,7	0	0,0	2	2,1	1	1,4	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Estado Civil	<i>Casado/U.E.</i>	26	44,1	22	28,2	34	36,2	25	36,0	0,33
	<i>Solt./Sep./ Div.</i>	28	47,4	43	55,1	52	55,3	34	48,6	
	<i>Viúvo</i>	5	8,5	13	16,7	8	8,5	11	16,0	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Escolaridade	<i>Sem escolaridade/ E.F.I.</i>	22	37,3	39	50,0	59	62,8	39	55,7	0,16
	<i>Ensino Fund. Completo</i>	14	23,7	20	25,7	15	16,0	15	21,4	
	<i>Ensino Médio Completo</i>	21	35,6	16	20,5	17	18,1	13	18,6	
	<i>Ensino Sup. completo</i>	2	3,4	3	3,9	3	3,2	3	4,3	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
*Ocupação	<i>Empregado/ Autônomo/ Afastado</i>	42	71,2	42	53,9	62	66,7	32	46,4	0,01
	<i>Desempregado</i>	8	13,5	12	15,4	13	14,0	13	19,0	
	<i>Aposentado/pe nsonista</i>	4	6,8	22	28,2	15	16,1	16	23,2	
	<i>Do lar/ Estudante</i>	5	8,5	2	2,6	3	3,2	8	11,6	
	Total	59	100	78	100	93	100	69	100	

TABELA 5. Distribuição das pessoas que viviam com aids pertencentes aos Grupos I, II, III e IV, segundo as variáveis sociodemográficas do estudo. Ribeirão Preto - SP, 2011.(continuação).

Classificação Econômica	A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0,21
	B	18	30,5	24	30,8	17	18,3	13	18,6	
	C	31	52,5	41	52,6	55	59,1	42	60,0	
	D	8	13,5	13	16,7	21	22,6	13	18,6	
	E	2	3,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	
	Total	59	100	78	100	93	100	70	100	
Orientação Sexual	Heterossexual	40	68,0	60	77,0	79	84,0	51	73	0,30
	Homossexual	10	17,0	8	10,3	9	9,6	8	11,4	
	Bissexual	9	15,2	10	13,0	6	6,4	11	16,0	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Via de transmissão	Parenteral	2	3,4	5	6,4	2	2,1	4	6,0	0,69
	Sexual	52	88,2	60	77,0	82	87,2	54	77,1	
	Desconhece	2	3,4	4	5,1	3	3,2	4	6,0	
	Não consta	3	5,1	9	11,5	7	7,4	8	11,4	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Procura pelo diagnóstico	Por acaso	11		17	21,8	14	15,0	12	17,1	0,16
	Curiosidade	4	6,8	7	9,0	6	6,4	6	8,6	
	Aparecimento de sinais e sintomas	11	19,0	22	28,2	29	31,0	24	34,3	
	Diagnóstico do parceiro	11	19,0	22	28,2	26	28,0	14	20,0	
	Outros	22	37,3	10	13,0	19	20,2	14	20,0	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Tempo do diagnóstico pelo HIV	≤ 5 anos	10	17,0	12	15,4	27	29,0	13	18,6	0,15
	6 - 10 anos	16	27,2	26	33,3	35	37,2	29	41,4	
	> 10 anos	31	52,5	36	46,1	28	30,0	24	34,3	
	Sem informação	2	3,4	4	5,1	4	4,2	4	6,0	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	
Tempo do diagnóstico da aids	≤ 5 anos	13	22,0	16	20,5	28	30,0	16	23,0	0,80
	6 - 10 anos	26	44,1	26	33,3	31	33,0	28	40,0	
	> 10 anos	14	23,7	24	30,8	22	23,0	17	24,0	
	Sem informação	6	10,2	12	15,4	13	14,0	9	13,0	
	Total	59	100	78	100	94	100	70	100	

Legenda: U.E. – União Estável; E.F.I – Ensino Fundamental Incompleto. Solt./Sep./ Div – solteiros, separados e divorciados.

A maioria das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico das PVHA não apresentaram nível de significância estatística em relação aos quatro grupos formados ($p > 0,05$). Apenas a variável ocupação apresentou associação estatística significativa ($p = 0,01$).

5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com aids

O delineamento do perfil das PVHA neste estudo acompanha a tendência nacional, observada desde a década de 1990, com paridade entre os sexos remetendo ao processo de feminização do HIV/aids. O aumento dos casos do agravo em mulheres está intrinsecamente relacionado ao fenômeno da heterossexualização da epidemia e às relações de gênero, construídas socialmente, que se baseiam nas diferenças sexuais para produção e naturalização de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, privilegiando a figura masculina (SIQUEIRA, 2008).

Sendo assim, verifica-se que o casamento e/ou união estável podem determinar a subserviência feminina, onde questões imperativas como sexualidade, fidelidade e uso de preservativo ainda dependem da anuência do homem, prevalecendo assim hegemonia masculina nas relações afetivo-sexuais estabelecidas. Portanto, ter uma relação estável não se caracteriza como fator de proteção às mulheres, posto que, como apontam os estudos, pode tornar-se um fator agravante colocando a mulher numa posição desprivilegiada (MELO, 2012; SADDIQ et. al, 2010; OLIVEIRA, 2009; GUILHEM, 2008; JACUBOWSKI, 2008; MAIA, 2008), aumenta sua vulnerabilidade ao HIV/aids.

Por outro lado, ainda é expressivo o número de homens infectados pelo agravo, este fato pode estar associado a diversos fatores, dentre os quais, as especificidades da sexualidade masculina reforçada por questionamentos intrínsecos como o comprometimento do prazer pelo uso do preservativo, desejo sexual incontrolável e a confiabilidade na (o) parceira (o), além da infidelidade masculina reconhecida pela sociedade como algo inerente ao homem, tais questões que permeiam a construção da masculinidade e contribuem com a percepção da “invulnerabilidade” do homem. Além disso, a incorporação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o reconhecimento das vulnerabilidades as quais tornam os homens expostos ao HIV/aids devem ser incluídas no rol das tecnologias do trabalho além da identificação precoce do status sorológico por serem os mais atingidos (ARRAES, 2013; SANTOS, 2011; FRANCISCO, 2010). Nota-se o protagonismo do município ao operacionalizar as campanhas “fique

sabendo” em espaços não programáticos, como as praças públicas, o que favorece o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde. A despeito do fenômeno da heterossexualização, há que se destacar o impacto da epidemia em grupos sociais vulneráveis, dentre os quais, os HSH, uma vez que a prevalência da doença é superior quando se compara à população geral (BRASIL, 2012).

A faixa etária predominante no estudo foi de 40 a 59 anos de idade. Embora haja aumento na prevalência de outras condições crônico-degenerativas como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e doenças hepáticas nesta faixa etária, influenciadas, dentre outras questões, pelo próprio avanço da idade, estudos apontam prevalência maior desses agravos em PVHA associadas ou não ao uso da TARV (PATHAI, 2013; RODRIGUEZ-PENNEY, 2013). No entanto, a literatura sinaliza dados controversos quanto aos mecanismos subjacentes associados ao uso prolongado da TARV, efeitos inflamatórios do HIV e o aumento do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, dislipidemia ou até mesmo a síndrome metabólica, por se tratar de doenças assintomáticas, porém, com elevada prevalência na população geral. Nesse sentido, a detecção e monitoramento precoce dessas condições clínicas que potencializam o risco para um prognóstico desfavorável devido à presença de comorbidades constituem-se em ferramentas cruciais para retardar o risco evolutivo do HIV/aids e outras condições crônicas, uma vez que são responsáveis por transformações nas taxas de mortalidade entre as PVHA, como causa não atribuída ao HIV/aids (FAZITO et al., 2013; GODOI et al., 2012; HOTTZ, 2012; ARRUDA JR. et al., 2010; LAUDA, 2011).

Ainda em relação à faixa etária encontrada no estudo, ressalta-se que a equipe multidisciplinar do SAE deve estar atenta às particularidades que permeiam os adultos jovens (faixa etária de 24 a 39 anos), pois representavam 31,2% dos sujeitos entrevistados. Além de serem economicamente ativos, o fato de estarem no auge da vida sexual e reprodutiva exige abordagens que valorizem elementos contextuais como a sexualidade, as expectativas em firmar laços afetivos, a conjugalidade de casais sorodiscordantes, bem como a própria expectativa de terem filhos. Tais aspectos devem integrar o arcabouço de ações ofertadas pelos serviços com o intuito de garantir a integralidade do cuidado em saúde.

Estudos reforçam que, o fato de se ter amplo acesso à informação não garante a adoção de medidas preventivas e que algumas crenças quanto à “naturalização” da doença, “falsa” imunidade, credices religiosas e o tempo de convívio com o agravo incrementam a vulnerabilidade ao HIV/aids (OLIVEIRA, D. C., 2013; REIS, 2009). Tal situação reforça a necessidade de que a assistência prestada deve extrapolar as ações pactuadas em protocolos clínicos e operacionais, visto que diferentes vulnerabilidades individuais e culturais vão se configurando ao longo período de convivência com a doença. Portanto, estratégias que possibilitem apreender e agregar os diversos fatores que permeiam a doença e suas representações sociais nas relações afetivos e ideológicas é de suma importância na sistematização do cuidado às PVHA.

Em contrapartida, estudos apontam a soropositividade como um fator limitante e depreciativo nas relações sexuais e no estabelecimento de relacionamentos afetivos e sociais, o que pode levar ao ocultamento da soropositividade e o isolamento dos sujeitos (GOMES, 2011; TORRES, 2008). Tal fato se contrapõe aos resultados obtidos visto que a união estável encontra-se fortemente presente entre os entrevistados. Adicionalmente, durante a coleta de dados, mesmo não sendo objetivo deste estudo, também foram identificadas situações envolvendo a formação de casais sorodiscordantes.

Paralelamente, envelhecer com aids implica em novos desafios aos serviços de saúde e seus profissionais, uma vez que a realidade social expressa a invisibilidade da sexualidade em idosos, a impossibilidade de procriação, tabus sociais quanto ao uso do preservativo imersos em um contexto que favorece o acesso de medicamentos estimulantes sexuais na faixa etária de 60 a 75 anos (MELO, 2012; SANTOS, 2011; SALDANHA, 2009). Neste sentido, as intervenções precisam transpor o cuidado fragmentado, episódico e isolado com foco na doença, ou seja, requer inovações tecnológicas nas estratégias de abordagem desta população durante a assistência prestada (MENDES, 2010).

Os achados deste estudo corroboram com outros na medida em que aponta a vulnerabilidade das pessoas, embora em distintos níveis, ao HIV/aids, considerando as diferentes fases do ciclo vital (SANTOS, 2011). Para além das questões do adoecimento, identificar as especificidades que tornam as PVHA vulneráveis ao agravamento das condições clínicas e de saúde ao longo dos anos também é fundamental na configuração das práticas assistenciais de forma a não

homogeneizar os indivíduos, agregando, deste modo, a possibilidade de tornar o cuidado singular e resolutivo, compatibilizando a assistência às especificidades das PVHA.

Em relação à dimensão socioeconômica das PVHA deste estudo, ao contrário do comportamento observado no início da epidemia no Brasil, cujos casos identificados apresentavam padrões elevados e elitizados relacionados ao acometimento do agravo, neste estudo, coerente com as tendências dos perfis atuais, identificou-se uma concentração de casos entre as PHVA com menor nível de escolaridade (iletrados ou ensino fundamental incompleto) (HELENA, 2009), porém uma característica identificada refere-se ao acometimento de indivíduos economicamente ativos, com certo poder de compra, uma vez que a maioria dos sujeitos pertencia à classe econômica C, a qual se encontra em ascensão e aquece a economia nacional (NERI, 2010).

Essas questões sociais requerem das equipes de saúde, em especial dos SAE, um olhar mais refinado em relação às necessidades e demandas desta nova classificação social emergente, bem como o seu real significado e impactos decorrentes, principalmente no que se refere ao plano de cuidados, sendo que, uma parcela da população estudada utilizava, concomitantemente, serviços públicos (SUS) e privados, através do pagamento de planos/convênios e seguros que abrangiam questões envolvendo descontos na prestação de serviços de saúde privados. Esta dinâmica institui uma lógica de utilização de ambos os sistemas, inclusive sustentada por questões envolvendo o papel complementar do sistema privado e a morosidade da rede pública de saúde (CONSENSUS, 2013; PALACIO, 2012). Por um lado, a possibilidade de utilização de ambos os sistemas, superando questões de morosidade no acesso a consulta com especialidades médicas complementares, favorecem a ampliação do escopo das ações e intervenções julgadas necessárias, contudo, a ausência de ferramentas formais que favoreçam a comunicação e, conseqüentemente, a continuidade da assistência prestada envolvendo diferentes sistemas de saúde pode resultar na responsabilização do próprio sujeito quanto à integração e coordenação do seu cuidado. Há que se aprofundar o conhecimento científico envolvendo a classe econômica C e os desafios e impacto do HIV/aids, considerando, inclusive, as contradições envolvendo padrões educacionais/cognitivos e o acesso a bens de consumo.

Nessa perspectiva, entender as reais condições de acesso, reconhecer as vulnerabilidades individuais e sociais e avaliar a qualidade da assistência ofertada pelo serviço de saúde deve moldar e fortalecer a capacidade de gestão do cuidado prestado, não restringindo a capacidade de resposta dos serviços a elementos técnico-burocráticos e disponibilização de insumos, mas a integralidade das ações como forma de prevenir uma inversão de valores e responsabilidades no contexto do SUS.

Não obstante, vale ressaltar que a vulnerabilidade social espelha as condições de bem-estar social que envolve moradia, educação e acesso a bens de consumo (SOUSA, 2013; HELENA, 2009) e que, apesar da maioria dos participantes possuírem moradia fixa e emprego, o baixo nível de escolaridade pode potencializar o processo de adoecimento e agravamento das condições de saúde das PVHA, posto que a capacidade de processar informações possa reverter em benefícios que garantem uma efetiva participação e emancipação no autocuidado e na busca por melhoria nas condições de saúde.

Além disso, o distanciamento social entre a equipe de saúde e usuário pode dificultar expressivamente a apreensão do plano de cuidado proposto pela mesma (BRITO, 2011; LOPES, 2007), impondo desafios ao sucesso do tratamento clínico, interferindo assim, no estado de saúde das PVHA e elevando a vulnerabilidade à instabilidade da doença e seus desfechos desfavoráveis.

Como observado em outros estudos, com relação à história do adoecimento, os dados clínicos encontrados denotam que a adesão a TARV melhorou consideravelmente o quadro clínico laboratorial das PVHA, visto que a célula alvo do vírus são os linfócitos T-CD4+, sendo este utilizado também como marcador para monitoramento do tratamento, prognóstico e para definição de caso na vigilância epidemiológica (MELO, 2013; OLIVEIRA, R. V. C. et al., 2013; FERREIRA, D. C., 2012; LIBRELOTTO, 2012; HELENA, 2009). Nota-se, nesse sentido que o controle da doença associa-se com maior frequência ao uso da TARV, relegando a segundo plano ações e intervenções capazes de promover transformações no modo de vida e comportamento dos sujeitos.

Vislumbra-se uma adequada abordagem dos SAE e os efeitos da TARV no manejo clínico das PVHA, inferidos a partir das condições iniciais em que os sujeitos do estudo adentraram os serviços de saúde e iniciaram seus tratamentos e as condições de saúde apresentadas no momento em que a entrevista foi realizada,

sendo que, de modo geral, a maioria se encontrava, neste último momento, com bons padrões imunológicos (T-CD4+), carga viral indetectável e ausência de doenças oportunistas/manifestações clínicas.

Assim, é possível refletir sobre o comprometimento das equipes dos SAE no que tange ao cumprimento e operacionalização das diretrizes programáticas para o controle do HIV/aids, com destaque para a oferta das seguintes ações e serviços de saúde: realização de exames (hemograma, contagem de linfócitos T-CD4+, carga viral, avaliação laboratorial hepática e renal); disponibilização ininterrupta da TARV no próprio serviço; enfoque na adesão e continuidade terapêutica com o intuito de evitar a instabilidade da doença, resultante do desajuste da carga viral e dos linfócitos T-CD4+, situação que favorece o desenvolvimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2013d). Nesse contexto, há que se considerar a vulnerabilidade como um processo complexo e dinâmico, e que se manifesta de forma distinta, cujos desdobramentos podem resultar em adoecimento (OLIVEIRA, R. V. C. et al., 2013; BRITO, 2011; GOMES, 2011). Desta forma, tais marcadores imunológicos podem ser considerados com preditores de adoecimento quando ultrapassam os critérios estabelecidos (BRASIL, 2008).

Entretanto, no momento da entrevista foi possível identificar que uma parcela dessa população manteve uma condição imunológica abaixo de $350/\text{mm}^3$ e carga viral detectável com a TARV já instituída. Olhar para as condições que acentuam a vulnerabilidade clínica de progressão da doença requer atenção da equipe multidisciplinar haja vista que os determinantes dessa condição podem ser de ordem social, familiar, afetiva, psicológico as quais se relacionam de forma dinâmica e interdependentes (SCHAURICH, 2011; GUILHEM, 2008; AYRES et al., 2003).

Destaca-se também que a maioria das notificações ocorreu pelo aparecimento dos sinais e sintomas podendo ser este um indicador de diagnóstico tardio haja vista que a postergação do diagnóstico leva ao surgimento de doenças oportunistas com estágios avançados da aids, aumenta o risco de transmissibilidade da doença, alterando negativamente as taxas de morbimortalidade (GRANGEIRO, 2012; TIBURCIO, 2010). Intensificar as ações que promovam a precocidade do diagnóstico e o reconhecimento dos fatores e/ou barreiras contextuais e institucionais que interferem nessa condição são fundamentais para a promoção de saúde nos distintos pontos de atenção ao se pensar no custo-efetividade do

rastreamento e acesso oportuno e nos impactos positivos nos custos do tratamento para o sistema de saúde.

Embora o estudo tenha encontrado número reduzido de participantes com a síndrome da lipodistrofia, autores apontam que tal condição pode desencadear alterações clínicas, dentre as quais, a dislipidemia, resistência insulínica e desajustes no metabolismo da glicose, comprometendo a estabilidade da doença, além de alterar a estética corporal dos sujeitos, culminando a com perda da identidade. Nessa perspectiva, tal síndrome merece atenção, pois contribui com a vulnerabilidade das PVHA, além das questões biológicas, como também pelo estigma e prejuízos físicos/psicossociais decorrentes da mesma (SILVA, 2012; ARRUDA JR. et al., 2010; TSUDA, 2012).

Considerando a heterogeneidade dos perfis sociodemográficos, comportamentais e de saúde, configurando diferentes vulnerabilidades e, conseqüentemente, a necessidade de intervenções específicas por parte dos SAE e seus profissionais, há que se refletir sobre a relevância de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que favoreçam a organização do atendimento com foco nas demandas apresentadas pela população atendida, subsidiando a seleção de prioridades e a compatibilização da oferta de ações e serviços de saúde, zelando, deste modo, pela qualificação da assistência prestada, ancorada nos princípios do acesso universal e equitativo, integralidade e resolutividade do cuidado.

5.2 Classificação das pessoas que viviam com aids a partir da utilização de critérios clínicos

Ao agrupar as condições clínicas relacionadas aos marcadores da doença (carga viral, linfócitos T-CD4+) e a presença de outras comorbidades de saúde foi possível identificar situações relacionadas à maior/menor instabilidade das condições de saúde das PVHA, posto a complexidade que envolve a produção e gestão do cuidado a tais indivíduos. Ressalta-se ainda que as variáveis sociodemográficas merecem ser valorizadas no processo de classificação/estratificação dos sujeitos para compor os diferentes gradientes de

complexidade e/ou gradação de risco com o intuito de subsidiar a identificação das necessidades das PVHA e a definição de estratégias de intervenção compatíveis e resolutivas.

Apesar de o presente estudo não ter identificado, a priori, associação estatística entre as variáveis sociodemográficas do perfil e os quatro grupos de PVHA constituídos, excetuando-se os aspectos relacionados à ocupação, a conformação desses grupos apontou que não existe padrão epidemiológico entre os mesmos. Ao analisar conjuntamente os marcadores da doença nota-se formação de grupos heterogêneos, reforçando a ideia de que o cuidado ao HIV/aids ainda é complexo e multifatorial, o qual agrega dimensões sociais, clínicas, individuais e programáticas impossibilitando a definição de um perfil único. Tal fato faz emergir a necessidade de tornar contínua a sensibilização, capacitação e o comprometimento da equipe responsável pelo gerenciamento e manejo do agravo visando atender as demandas assistenciais que se configuram ao longo do tempo.

Neste estudo houve associação estatística entre as atividades laborais exercidas pelas PVHA e os grupos constituídos, ou seja, a presença e/ou ausência de uma fonte de renda repercute nas condições clínicas. Sendo assim, o refinamento das informações sociais torna-se necessário para fomentar medidas de prevenção e controle do agravo (BASTIANI, 2012). De modo complementar, foi possível observar nos cenários de estudo a aproximação e o protagonismo de profissionais atuantes na área de assistência social no sentido de identificar e produzir intervenções compatíveis com as necessidades das PVHA.

Não obstante, ao estratificar as PVHA em grupos, a partir da composição dos critérios clínicos utilizados, foi possível identificar que a maior parte dos sujeitos se enquadrava em condições mais instáveis (Grupos III e IV), de forma que, mesmo com a disponibilização de ações programáticas como consulta médica periódica, coleta de exames laboratoriais, disponibilização de medicamentos no próprio serviço e apoio de equipe multidisciplinar (enfermagem, assistente social, psicólogo), ações específicas são requeridas no processo de acompanhamento contínuo e sistematizado da assistência prestada. Tais considerações emergiram quando agrupadas as condições clínicas aos marcadores da doença, o que possibilitou vislumbrar a relevância da organização, planejamento e programação da assistência de acordo com a complexidade e singularidade dos casos (BRASIL, 2013c). Nessa concepção, Mendes (2012) refere que as condições clínicas mais complexas

requerem a dispensação de maiores recursos de saúde, o que modifica a forma de manejar o agravo e interfere na sistemática de acompanhamento, na microgestão da clínica e no gerenciamento das condições que possam repercutir no agravamento da saúde, impactar na qualidade de vida e desencadear desfechos desfavoráveis como internações e óbitos.

De acordo com os resultados obtidos, identificou-se que mais da metade das PVHA (64 sujeitos, 54,5%) se enquadravam na condição instável com presença/ausência de outra condição crônica associada (Grupos III e IV), demandando, deste modo, maior atenção da equipe multidisciplinar. Diante das condições que desencadeiam e/ou favorecem a instabilidade clínica e de saúde, algumas reflexões são necessárias, como o grau de autonomia destes indivíduos na gestão do próprio cuidado, as condições de adesão terapêutica e o tempo de diagnóstico de aids. Partindo dessa premissa, os efeitos colaterais da TARV, atrelados às dificuldades de manejar adequadamente seus sintomas favorecem o uso irregular dos medicamentos, afetando consideravelmente o status imunológico, comprometer a qualidade e efetividade do tratamento (GEOCZE et al., 2010).

É também nesse sentido que a intervenção multiprofissional torna-se essencial para identificar as possíveis motivações que se contrapõem ao uso da arte antes do doente, haja vista que transmitir informação não garante, necessariamente, o autocuidado adequado (FIUZA et al., 2013).

Nessa perspectiva, o fortalecimento da interação entre usuários e a equipe multiprofissional torna-se elementar para ampliar o acesso e a resolutividade da assistência prestada através de ferramentas instituídas como o acolhimento e o autocuidado apoiado (MENDES, 2012). Dessa forma, o gerenciamento do cuidado sistêmico construído pela tríade formada por usuários, trabalhadores e gestores de saúde, torna-se alicerce basilar para que a integralidade do cuidado seja garantida nas estratégias implementadas e que flexibilizam a sistematização da assistência sem desconsiderar, contudo, a dimensão individual (CECILIO, 2011).

A construção desse processo deve ocorrer de forma dialógica, envolvendo profissionais de saúde e usuários, com o intuito de construir um plano de cuidados pautado na assunção de compromissos e responsabilidades mútuas.

Além disso, a corresponsabilização e a integração entre ABS e o serviço de estrutura especializada (SAE) configuram-se como ferramentas importantes nesse processo de acompanhamento das PHVA que apresentam no momento uma

condição clínica instável, haja vista que o município dispõe de um dispositivo tecnológico informatizado designado Sistema *HygiaWeb* que possibilita o monitoramento do percurso do usuário pelo sistema de saúde e facilita a busca ativa destes indivíduos. A este respeito, Mendes (2012) reforça que os sistemas de informação são essenciais para subsidiar o planejamento do cuidado, o qual reflete sobre a sistemática do acompanhamento otimizando a forma de ofertar o cuidado e prevenir risco evolutivo e/ou prognóstico negativo/desfavorável de um determinado agravo.

Em relação ao grupo III, que apresenta maior susceptibilidade de instabilidade clínica, o tempo de diagnóstico de aids constituiu-se de um período inferior a cinco anos. De acordo com Ferreira (2012), a inserção das PVHA ao tratamento acarreta impactos na rotina de vida, alterações psicológicas, comprometimento das relações sociais desencadeando uma baixa qualidade de vida, entretanto, a longo prazo, o tratamento não interfere negativamente nesse processo. Diante disso, apreender o contexto que afeta negativamente a condição clínica e o tempo de convívio com uma doença multifacetada torna-se desafiador na construção do cuidado multidisciplinar. Nessa perspectiva, apesar deste grupo ser praticamente homogêneo na relação homem/mulher, o percentual de mulheres sobressaiu quando se considera os demais Grupos. Deste modo, há que se investigarem as questões de gênero na qualidade de vida das mulheres que vivem com a doença, bem como a interferência desses aspectos na maior/menor vulnerabilidade das mesmas ao agravamento das condições clínicas e de saúde.

Apesar das similaridades entre as PVHA que compõe o grupo III e IV que formam o conjunto dos sujeitos mais instáveis clinicamente, o grupo IV se diferencia pela presença de uma condição crônica associada e o tempo de diagnóstico de HIV/aids instituído no período de 6 a 10 anos.

Estudos sobre HIV/aids e comorbidades crônicas apontaram que, essas últimas, por se tratarem de doenças assintomáticas, a detecção e monitoramento precoce tornam-se necessárias, posto que, concomitantemente, potencializam o risco para um prognóstico desfavorável, podendo repercutir nas taxas de mortalidade entre as PVHA como causa não atribuída ao HIV/aids (FAZITO et al., 2013; GODOI et al., 2012; HOTTZ, 2012; ARRUDA JR. et al., 2010; LAUDA, 2011).

Nesse sentido, a necessidade do controle de outras patologias concomitantes ao adoecimento por HIV/aids requer atenção e intervenções das

equipes dos SAE, além de estratégias que vislumbrem a corresponsabilização e parceria com a ABS (SANTOS, 2012; FERRAZ, 2012), uma vez que a ocorrência de comorbidades torna o manejo do agravo mais complexo, sendo imprescindível esforços para o adequado gerenciamento dos fatores de risco cardiovasculares, o status imunológico e os efeitos colaterais da TARV. Destaca-se que essa problemática pode interferir na estabilidade clínica das PVHA e, conseqüentemente, na qualidade de vida e nas taxas de mortalidade envolvendo a doença.

Em estudos recentes, verificou-se que ações complementares, tais como tratamento das comorbidades, das intercorrências, mapeamento de grupos vulneráveis à doença, promoção da adesão terapêutica e da autonomia dos sujeitos que resultem em alterações saudáveis de comportamento não estão sendo compartilhadas e assumidas de forma integrada entre a ABS e os serviços especializados (SANTOS, 2012; ZAMBENEDETTI, 2012).

Nessa perspectiva, a essência da ABS, denominada pelo vínculo, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado, torna-se incipiente ao passo que a oferta não corresponde, de forma coerente, às reais necessidades dessa população (BRASIL, 2011). Tal fato parece comprometer os serviços de saúde especializados no sentido de que estes podem encontrar dificuldades no estreitamento de elos com a ABS e, sobretudo, compartilhar de forma complementar a assistência, o que conduz ao estrangulamento do trabalho em rede ao notar ausência de corresponsabilização entre os distintos pontos da rede atenção em saúde (ZAMBENEDETTI, 2012). Ademais, os resultados encontrados reforçam a necessidade de integrar a atenção às PVHA aos demais programas públicos de saúde.

Reconhece-se que um dos passos necessários ao fortalecimento e integração da rede assistencial perpassa pela capilarização e atribuição de compromissos e responsabilidades na prevenção e controle do HIV/aids no contexto da ABS. Estes pontos de atenção, desde que organizados e seus profissionais de saúde adequadamente sensibilizados e qualificados, contribuiriam no processo de acompanhamento conjunto de PVHA, atuando como coadjuvantes no cuidado prestado, além de incrementos necessários às ações de diagnóstico precoce, incluindo a abordagem de grupos prioritários, com destaque para gestantes durante o pré-natal visando o controle da transmissão vertical da doença. Outras iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença também encontram terreno fértil na

ABS, como a educação sexual focalizada na juventude (FERRAZ, 2012; MALTA, 2008; PAIVA, 2008) e nas demais populações consideradas vulneráveis, por meio do reconhecimento das lógicas, processos e especificidades que caracterizam os *microespaços* de atuação das equipes de saúde.

Ao analisar os dados obtidos em relação às PVHA que apresentavam uma condição clínica estável, o novo protocolo do Ministério da Saúde (MS) preconiza consultas médicas em um período de até seis meses nesses casos (BRASIL, 2013d). A flexibilidade dessa nova diretriz torna-se favorável à medida que os serviços de saúde disponibilizam de equipes multidisciplinares em que a oferta encontra-se coerente com as demandas apresentadas e as práticas interdisciplinares instituídas. Nessa perspectiva, os gestores que conseguem articular essa nova diretriz beneficiam as PHVA com uma condição estável evitando sobrecarga no atendimento médico e possibilitando o fortalecimento do trabalho em equipe. Tal flexibilização oportuniza a incorporação de estratégias nos *microespaços* onde o cuidado se concretiza, com enfoque na organização das agendas de atendimento e nas dinâmicas de acompanhamento dos casos. A inclusão de critérios para estabelecer o gradiente de complexidade das condições clínicas e de saúde das PVHA atendidas oferecem subsídios para planejar, implementar e avaliar o cuidado produzido, com retornos periódicos planejados aos serviços de saúde e equipe multiprofissional, considerando as especificidades dos casos e a disponibilidade dos recursos existentes.

Meirelles (2010) em seu estudo sobre qualidade de vida apontou que retornos constantes aos serviços de saúde interferem negativamente na satisfação plena das PVHA em relação à sua saúde e tratamento. Deste modo, organizar e planejar o cuidado e os retornos em consonância com as demandas dos indivíduos é fundamental nesse contexto.

Concomitantemente, a flexibilização do atendimento garante maior acesso e equidade no cuidado clínico de acordo com o gradiente de complexidade e/ou de gradação de risco, reiterando assim, a necessidade de se pensar formas de organizar a periodicidade da oferta dos atendimentos, haja vista que o cuidado dever se ajustar à fase que o tratamento se encontra e o quadro clínico apresentado pelas PVHA (BRASIL, 2013d).

Estudos realizados sobre a estratificação de risco nas doenças crônicas não transmissíveis identificaram a sua utilização como ferramenta para subsidiar o

planejamento por meio do mapeamento e do diagnóstico de grupos prioritários, bem como para fomentar decisões terapêuticas, determinar gradação de riscos, demonstrar a subutilização dos sistemas de informação, além de ser imprescindível na qualificação das ações de prevenção de doença e promoção da saúde (FONSECA, 2009; MOREIRA, 2010). Ressalta-se que a incorporação dessa estratégia nas doenças crônicas não transmissíveis, a priori, proporcionou a execução de um trabalho mais coeso e consistente ao delinear o perfil das pessoas considerando o gradiente de complexidade e o diagnóstico situacional que são inerentes à dinâmica de produção e gestão do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, a proposta de classificar/estratificar as PVHA utilizando, em um primeiro momento, indicadores clínicos, não visou a defesa quanto à definição e padronização de condutas terapêuticas, mas, sobretudo, almejou-se trazer elementos para reflexões acerca das potencialidades em transcender o cuidado em saúde ancorado em ações pontuais e isoladas para uma lógica que agregue as condições que permeiam a menor/menor vulnerabilidade para a instabilidade clínica e de saúde das PVHA, organizando e otimizando, deste modo, a assistência prestada e os recursos disponíveis, tendo como o acesso universal e equânime, a integralidade e resolutividade do cuidado como diretrizes.

O estudo permitiu delinear o perfil das PVHA em acompanhamento nos SAE do município de Ribeirão Preto. Identificou-se proporção semelhante entre os sexos (1,05 homens para cada mulher) e o predomínio de indivíduos adultos na faixa etária entre 40 e 64 anos. Quanto às condições sociais houve predomínio de indivíduos com o ensino fundamental incompleto, solteiros/divorciados ou viúvos, pertencentes à classe econômica C, condizentes com a condição de empregados e/ou autônomos e/ou afastados e que possuíam moradia própria.

Quanto ao perfil clínico, no momento da notificação enquanto caso de aids, os entrevistados possuíam alguma sintomatologia/manifestação clínica, tendo a via sexual como provável fonte de transmissão do HIV. As principais motivações para obtenção do diagnóstico ocorreram devido ao aparecimento de sinais e sintomas da doença, seguido pelo diagnóstico do parceiro. No que tange às condições clínicas identificadas no momento da entrevista, importante parcela dos indivíduos possuíam adequados níveis dos marcadores da doença, tendo a imunidade celular por meio dos linfócitos T-CD4+ superiores a 500 células, carga viral indetectável e ausência de doenças oportunistas e manifestações clínicas. Contudo, identificou-se elevados percentuais de outras condições crônicas que incidiam concomitantemente ou decorrente ao HIV/aids e uso da TARV, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica.

No que tange à constituição dos quatro grupos sinalizando diferentes gradientes de complexidade das condições clínicas e de saúde, identificou-se que mais da metade das PVHA foram classificadas como instáveis, com ou sem outros agravos crônicos associados. Ao se analisar tais grupos, considerando as variáveis sociodemográficas, houve associação estatística significativa apenas para a ocupação.

No contexto da abordagem e delineamento de estratégias de intervenção voltadas ao manejo de condições crônicas como o HIV/aids, tecnologias que forneçam subsídios ao planejamento, operacionalização e avaliação do cuidado prestado são necessárias, dentre as quais, destaca-se a classificação/estratificação da população constituindo diferentes gradientes de complexidade das condições de saúde das PVHA. A utilização deste dispositivo para o alcance do objetivo do estudo mostrou-se útil, uma vez que desvelou um panorama com potencialidades para ampliar a percepção acerca das necessidades e demandas dos sujeitos, abrindo

novas oportunidades para se refletir sobre a organização das práticas de saúde no controle do HIV/aids.

Como limitações e debilidades do presente estudo, destaca-se o possível viés de informação devido à utilização de fontes secundárias. Além disso, apesar de se reconhecer a relevância de elementos psicológicos, culturais e comportamentais no processo de estratificação/classificação da população segundo as condições clínicas e de saúde, configurando diferentes complexidades e demandas que envolvem o manejo do HIV/aids, optou-se, nesta primeira abordagem, em priorizar os critérios clínicos, de natureza biológica. Nesse sentido, sugere-se o delineamento e desenvolvimento de novos estudos que contemplem a articulação de critérios biológicos, às dimensões comportamentais, sociais, psicológicas e culturais com o intuito de avançar na produção de conhecimentos envolvendo tecnologias do cuidado capazes de subsidiar reflexões acerca da organização dos serviços de saúde na busca pela equidade, integralidade e resolutividade da assistência prestada ao HIV/aids.

REFERÊNCIAS

AMIRKHANIAN, Y. A. Review of HIV vulnerability and condom use in central and eastern Europe. **Sexual Health**, Collingwood, v. 9, n. 1, p. 34-43, 2012.

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

ALVES, G. C.; MAZON, L. M. Perfil dos pacientes em tratamento para hiv/aids e fatores determinantes na adesão ao tratamento antirretroviral. **Revista Interdisciplinar**. Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 81-94, 2012.

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

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

ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1266-73, 2013.

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

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 111-7, 2009.

BASTIANI, J. A. N. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006). **Rev. Eletronica de Enf.**, Goiania, v. 14, n. 3, p. 579-87, 2012.

BATTEH, S. E. A.; FORSYTHE, S.; MARTIN, G.; CHETTRA, T. Confirming the impact of HIV/AIDS epidemics on household vulnerability in Asia: the case of Cambodia. **AIDS**, London, v. 22, n. 1, p. S103-11, 2008.

BERKMAN, A. et al. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 95, n. 7, p. 1162-72, 2005.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, M. R. Introdução. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 7-11, 2008.

BOGALE, G. W.; BOER, H.; SEYDEL, E. R. Condom use among low-literate, rural females in Ethiopia: the role of vulnerability to HIV infection, condom attitude, and self-efficacy. **AIDS Care**. Oxford, v. 22, n. 7, p. 851-857, 2010.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.

BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A.C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2653-2662, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano II, n. 01, dezembro, 2013a. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em: 10/07/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para**

Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 216 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids no Brasil.** 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em: 13 de junho de 2013).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2010. 44 p.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF: Ministério da saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV.** 7. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2008. 244 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Cadernos de Atenção Básica - n.º 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2006. 196 p.

BRITO, D. M. S.; GALVÃO, M. T. G.; PEREIRA, M. L. D. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.3, 2011.

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

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.4, p.576-81, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONSENSUS). **Saúde: para onde vai a classe média?** Ano 3, número 7. 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 02 out 2013.

EDMUNDO, K. et al. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n. 2, p. 127-134, 2007.

ESTADO DE SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico DST/aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/aids**. Ano XXX, n. 1, janeiro, 2014. Disponível em: www.crt.saude.sp.gov.br. Acesso em: 30 jun 2014.

EVANS, C.; JANA, S.; LAMBERT, H. What makes a structural intervention? Reducing vulnerability to HIV in community settings, with particular reference to sex work. **Global Public Health**, Abingdon, v. 5, n. 5, p. 449-61, 2010.

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

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, 2012.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Prevenção das DST e AIDS na Atenção Primária à Saúde: Reflexões sobre as Práticas a partir do estudo de uma Unidade de Saúde da Família. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba: **Juruá**, 2012, p. 271-311.

FIUZA, M. L. T. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, n. 17, n. 4, p. 740–748, 2013.

FONSECA, F. A. H. Estratificação de risco e metas lipídicas para prevenção e tratamento da aterosclerose. **Revista Factores de Risco**, Lisboa, n. 12, p. 34-41, 2009.

FRANCISCO, M. T. R. et al. Aids na população masculina e o Comportamento de risco. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, ano 9, 2010.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG. **Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS**. 20/08/2007. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos. Acesso em: 25/05/2012.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **População e estatísticas vitais – Perfil municipal**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso: 16 mar 2013.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-9, 2010.

GERMAN, D.; LATKIN, C. A. Social stability and HIV risk behavior: evaluating the role of accumulated vulnerability. **AIDS and Behavior**, New York, v. 16, n. 1, p. 168-78, 2012.

GIANNA, M. C. et al. Políticas Públicas e Prevenção das DST/AIDS: Ontem, Hoje e Amanhã. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.(Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba: **Juruá**, 2012, p. 44-70.

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

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 12, n. 99, p. 1-11, 2012.

GRANGEIRO, A.; M. M. L.; ESCUDER; CASTILHO, A. E. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v.44 n. 3, 2010.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, 2008.

GREENER, R.; SARKAR, S. Risk and vulnerability: do socioeconomic factors influence the risk of acquiring HIV in Asia? **AIDS**, London, v. 24, n. 3, p. S3-11, 2010.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um Panorama sobre Saúde e Direitos Humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.(Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba: **Juruá**, 2012, p. 23-41.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. **AIDS**, London, v. 22, n. 2, p. S123 – S132, 2008.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 229 - 40, 2008.

HELENA, E. T. S.; MAFRA, M. L.; SIMES, M. Fatores associados à sobrevivência de pessoas vivendo com aids no Município de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1997-2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n. 1, p. 45-53, 2009.

HOSSNE, W. S. Dos referenciais da Bioética – a vulnerabilidade. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

HOTTZ, P. L.; P. L.; SCHECHTER, M. A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo. In: DIAZ, R. S.; VÁZQUEZ, V. S. (Coords.). **Infecção pelo HIV e terapia antirretroviral em 2012**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2012. Cap.1, p. 1-11.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: Ipea, 2010a. 184 p.

ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL (IPRS). **Região Administrativa de Ribeirão Preto.** 2010
<http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/iprs/reg687.pdf>. Acesso: 07/04/2014.

JACUBOWSKI, N. Marriage is not a safe place: Heterosexual marriage and HIV-related vulnerability in Indonesia. **Culture, Health and Sexuality**, London, v.10, n. 1, p. 87-97, 2008.

KIM, J.; PRONYK, P.; BARNETT, T.; WATTS, C. Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. **AIDS**, London, v. 22, n. 4, p. S57-71, 2008.

KNOX, J. et al. Social vulnerability and HIV testing among South African men who have sex with men. **International Journal of STD and AIDS**, London, v. 22, n. 12, p. 709-13, 2011.

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

LIBRELOTTO, C. S. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 101-6, 2012.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 41, n. 2, p.39-46, 2007.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p. 830-7, 2008.

MELO, M. C.; BARAGATTI, D. Y.; CASTRO, D. M. Perfil Epidemiológico da Aids: Série Histórica de 1985 a 2010. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5414-20, 2013.

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

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

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana, 2 ed, 2011. 549 p.

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 10, n. 2, p. S331-S336, 2010.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-9, 2010.

MONTEIRO, S. Forum: challenges in STD/AIDS prevention in Portuguese-speaking African countries: contributions from social research and from a gender approach. Introduction. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 677-679, 2009a.

MONTEIRO, S. STD/AIDS prevention in Portuguese-speaking Africa: a review of the recent literature in the Social sciences and health **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 680-686, 2009b.

NEMES, M. I. B. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S310-S321, 2004.

NERI, M. C.; **A nova classe média: o lado brilhante dos pobres**. FGV/CPS, Rio de Janeiro, 2010. 149 p.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, 2013.

OLIVEIRA, R. V. C. et al. Multi-state models for defining degrees of chronicity related to HIV-infected patient therapy adherence. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 801-811, 2013.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. S259-S268, 2009.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p.109-119, 2006.

PAIVA, V. et al. Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 2008.

PALACIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B.; O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 360-367, 2012.

PARKER, R. Na Contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política. Rio de Janeiro: **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/São Paulo**: Editora 34. 2000, CAP. 9, p. 118-139.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. **Instituto de Psicologia**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999. 306 p.

PATHAI, S. et al. Is HIV a Model of Accelerated or Accentuated Aging? **Journals of Gerontology: medical sciences**, Washington. Disponível em: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/> at Universidade de São Paulo, p. 1-10, 2013. Acesso em: 10 jul 2014.

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

PORTAL OBJETIVO DO DESENVOLVIMENTO DO MILENIO (ODM). Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios Dinâmicos. Monitoramento de indicadores. **Perfil Municipal. 2010**. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/perfil/BRA003035490/ribeirao-preto---sp>. Acesso em: 21 jun 2014.

_____. Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios Dinâmicos. Monitoramento de indicadores. **Perfil Estadual. 2010**. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/perfil/BRA003035/sao-paulo>. Acesso em: 21 jun 2014.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1201-1208, 2010.

QUEVEDO-GÓMEZ, M. C. et al. Structural actions toward HIV/AIDS prevention in Cartagena, Colombia: a qualitative study. **Rev Panam. Salud Publica**, Washington v. 30, n. 1, p. 65-73, 2011.

REGIDOR, E. et al. Major reduction in AIDS-mortality inequalities after HAART: The importance of absolute differences in evaluating interventions. **Social Science & Medicine**, New York, v. 68, n. 3, p. 419-426, 2008.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Revista Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 662-9, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. **Relação das unidades de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16ubs.php>. Acesso em: 13 fev. 2012a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Aconselhamento em DST/aids e hepatites virais**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16indice.php>. Acesso em: 13 fev. 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Ano 2011**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relat-final-11conf.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

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

SADDIQ, A. et al. Promoting vulnerability or resilience to HIV? A qualitative study on polygamy in Maiduguri, Nigeria, **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**. **AIDS Care**. Oxford, v. 22, n. 2, 2010.

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

SANTIS, J. Exploring the Concepts of Vulnerability and Resilience in the Context of HIV Infection. **Research and theory for nursing practice**, New York v. 22, n. 4, p. 273-87. 2008.

SANTOS, A. F. M.; DEVEZA, M. A AIDS como condição crônica e o papel do médico de família e de comunidade e da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 10-2, 2012.

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

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. S321-S333, 2009.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença repensando a epidemia de Aids após os antiretrovirais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-62, 2006.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n.4, p. 989-95, 2011.

SEMENZA, J.C. Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. **Euro Surveill**, Saint-Maurice, v. 15, n.27, p. 1-8. 2010.

SIQUEIRA, T. L. Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero. **Revista Ártemis**, Paraíba, v. 8, p. 110-117, 2008.

SILVA, E. F. R.; CASTELO FILHO, A. Alterações metabólicas e complicações cardiovasculares em pacientes infectados pelo HIVDIAZ, R. S.; VÁZQUEZ, V. S.

(Coords.). **Infecção pelo HIV e terapia antirretroviral em 2012**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2012. Cap. 6, p. 53-58.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Rev. bras. anal. clin.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 209-212, 2010.

SILVA, G. A.; TAKAHASHI, R. F. A busca pela assistência à saúde: Reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 29-41, 2008.

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

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64, n. 2, p. 381-384, 2011.

TIBÚRCIO, A. S. Avaliação imunoviológica inicial de pacientes com Hiv/Aids em um serviço de Assistência especializada. **DST – Jornal bras. de doen. sexual. transm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2010.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 64-78, 2008.

TSUDA, L. C. et al. Alterações corporais: terapia antirretroviral e síndrome da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, 2012.

URZUA, M. A.; BARREDA, P. Z. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 5, p. 822-829, 2008.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) / WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Aids epidemic** update: December 2012. Disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf. Acesso em: 18 fev 2013.

_____. **UNAIDS Strategy** 2011-2015: December 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf. Acesso em: 18 fev 2013.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA**. 2011. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp>. Acesso em: 18 fev 2013.

VELOSO, V. Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental. In: GUIMARÃES, J. C.R.; PARKER, M. R.; LIMA, D.B.; PIMENTA, C.; TERTO, J. R. V. (Orgs.). **Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20assistencia01.pdf. Acesso em: 09 fev 2013.

VELOSO, V. G. et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 5, p. 859-67, 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S.; Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polis e Psique**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 99-119, 2012.

APÊNDICE I QUESTIONÁRIO

Versão instrumento:
22/07/2011

Número da Entrevista no
Banco de dados: _____

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

I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.	Iniciais: _____							
2.	Sexo: 1- Feminino 2- Masculino 3- Ignorado							
3.	Idade: _____							
4.	Data Nascimento: _____							
5.	Estado civil	Solteiro 1	Casado/ União Estável 2	Separado / Divorciado 3	Viúvo 4	Outro _____ 5		
6.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou? _____	Sem escolaridade 1	1ª fase do ensino fundamental (incompl.) 2	1ª fase do ensino fundamental (compl.) 3	2ª fase do ensino fundamental (incomp.) 4	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5		
		Ensino Médio (incompleto) 6		Ensino médio (completo) 7		Ensino superior (incompleto) 8		
7.	Na atual situação de trabalho considera: _____	Desempregado(a) 1	Empregado(a) 2	Autônomo 3	Do lar 4	Estudante	Aposentado 6	Afastado 7
		Quanto tempo: _____		Profissão: _____		Especificar: _____		Motivo: _____
8.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - ABEP) - Classe _____ (VIDE FINAL DO QUESTIONÁRIO)							

II. DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS CASOS

No momento da entrevista		
9	9a	- Doenças Oportunistas: 1 Nenhuma 2 Herpes Zoster 3 Citomegalovírus 4 Pneumonia. Especificar _____ 5 Tuberculose. Especificar _____ 6 Criptococose 7 Toxoplasmose 8 Candidose Oral 9 Outras. Especificar _____
	9b	Manifestações Clínicas: 1 Nenhuma. 2 Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 Dermalite persistente 6 Lipodistrofia 7 Outra. Especificar _____ 8 Mais de uma manifestação clínica. Especificar _____
10.	Data de início da Terapia Antiretroviral (TARV): _____	
11.	Data e resultado do último CD4 realizado: _____	
12.	Data e resultado da última Carga Viral realizado: _____	
13.	Faz tratamento específico além do ARV?	
	1 Não 2 Sim. Especificar: _____	

14.	Presença de doenças crônicas: 1 Nenhuma 2 Hipertensão Arterial 3 Diabetes 4 Depressão (auto referida ou com diagnóstico médico). 5 Hepatites. Especificar: _____ 6 Outras. Especificar: _____
Para as questões 15 a 38 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe	
III. Dados sobre os serviços de saúde utilizados	
15.	O (A) Sr. (a) utiliza a UBS/ USF da sua área de abrangência? Informações adicionais: 15.a Motivos: _____ 15.b A equipe da UBS/PSF pergunta/acompanha o seu tratamento ARV: _____ 15.c A equipe aqui do Programa tem conhecimento/acompanha/estimula ou até mesmo se articula com a UBS/ESF para ajuda-lo na resolução de seus problemas/necessidades: _____ 15.d A equipe aqui do Programa solicita as informações sobre seu acompanhamento na UBS/PSF: _____
16.	O (A) Sr. (a) utiliza o Pronto Atendimento 24h? Informações adicionais: 16.a Quais: _____ 16.b Motivos da procura: _____ 16.c Comunica a equipe sobre o atendimento e a conduta dos profissionais do PA: _____
17.	O (A) Sr. (a) frequenta algum outro serviço de saúde sem ser esse ambulatório, a UBS/USF ou o PA? 17.a Especificar: _____
18.	Serviços de Saúde utilizados de modo geral (públicos, conveniados e privados): Nomes/ Especificar os motivos da utilização: _____

IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)	
Para as questões 52 a 71 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.	
Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids	
Com que frequência	
19.	Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr. (a) durante a consulta?
20.	Durante a consulta com médico ou equipe de enfermagem, os profissionais fazem anotações em seu prontuário ou no computador?
21.	O senhor recebe os resultados impressos de seus exames? Informações adicionais: 54.a Se os exames não são entregues, possibilidades resposta: 1 Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário. Obs: _____ 54.b Se os exames são entregues, possibilidades de resposta: 1 Serviço entrega. 2 Usuário solicita. Obs: _____
22.	Os resultados dos seus exames já estão prontos e disponíveis quando o senhor comparece ao serviço?
23.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde?
24.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos? 57.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Assistente social; 4 Farmacêutico; 5 Outro: _____
25.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais? 58.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Farmacêutico; 4 Outro: _____
26.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença? 59.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Outro: _____
27.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, condições de moradia, dificuldades financeiras)? 60.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Assistente social; 4 Outro: _____

28.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento? 61.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Assistente social; 4 Outro: _____	
29.	O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental, associação de bairro, igreja do município para contribuir com o seu tratamento? 62.a Quem? 1 Equipe de enfermagem; 2 Assistente social; 3 Outro: _____	
Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços		
OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)		
Com que frequência...		
30.	A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais / outros serviços quando identificam alguma necessidade? 66.a Quais serviços: _____ 66.b Outras possibilidades de resposta: 1 Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 Usuário geralmente solicita encaminhamento. Obs: _____	

FILTRO: Se indivíduo responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA, finalizar a entrevista.

31.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outras especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
32.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde/especialidade, com que frequência os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta? Informações adicionais: 68.a Quem realiza o agendamento: 1 Serviço de Saúde, 2 Usuário, 3 Ambos. Obs: _____	
33.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, com que frequência os o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
34.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde, com que frequência os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre sua situação para entregar ao outro especialista/profissional? Informações adicionais: 70.a Outras possibilidades de resposta: 1 Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 Usuário geralmente quem solicita 3 As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois os profissionais já sabiam das condições do mesmo no momento do outro atendimento. Obs: _____	
35.	Quando encaminhado a outro serviço, com que frequência o Sr.(a) consegue ser atendido?	

FILTRO: Se o indivíduo ainda não passou pelo especialista, finalizar a entrevista.

36.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/com outros profissionais/ outras especialidades? Informações adicionais: 72.a Outras possibilidades de resposta: 1 Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 Usuário geralmente quem solicita 3 As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois a equipe de referência já estava ciente das condições do mesmo no momento do retorno. Obs: _____	
37.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/ com outros profissionais? Informações adicionais: 73.a Outras possibilidades de resposta: 1 Sentiu necessidade e nunca/raramente foi discutido. 2 Usuário geralmente quem solicita esclarecimentos Obs: _____	
38.	Os profissionais da unidade de saúde estão interessados em saber se o(a) Sr.(a) conseguiu resolver o problema no outro serviço/ por outros profissionais/ serviços de saúde ou até mesmo em ONGs? 71.a Por quem? 1 Médica; 2 Equipe de enfermagem; 3 Assistente social; 4 Outro: _____	
Observações do entrevistado		

Observações do entrevistador:
Data do retorno do usuário ao serviço de saúde:

Horário término da entrevista: _____ Assinatura do entrevistador: _____
--

Data coleta dados secundários SINAN: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____

Data recebimento e conferência da entrevista: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____
--

Data recebimento e conferência FINAL entrevista: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____



Variável 9 - Classificação Econômica: SISTEMA DE PONTOS

Pose de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior	Médio completo/ 2º. Grau completo	4

incompleto		
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 - 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 - 7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE Classe Pontos

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde”. Este estudo está sendo realizado por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e tem como objetivo analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde durante a assistência prestada aos doentes pelos ambulatórios que integram a rede de atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, o(a) Sr(a) decidirá pela sua participação ou não neste estudo. Caso concorde em participar, lhe será solicitado que responda a um questionário, cujas informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids. A entrevista poderá durar, em média, 30 minutos.

Se o (a) Sr.(a) concordar em participar, terá a garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo pedir o seu afastamento em qualquer momento da pesquisa, se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos, inclusive sendo dispensável a necessidade de justificativas para a desistência. Caso não se sinta confortável para responder alguma questão da entrevista, o(a) Sr.(a) será respeitado, pois sabemos que algumas questões do questionário podem causar desconforto. Informamos ainda que o (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios para a referida participação. Todas as informações fornecidas, bem como aquelas coletadas pelos pesquisadores em fontes de dados informatizadas (ficha de notificação/SINAN) e livros de registro do Programa DST/aids, serão mantidas em segredo e utilizadas apenas na construção da pesquisa. Tais informações ficarão sob a guarda dos pesquisadores e poderão ser requisitadas pelo (a) Sr.(a) a todo momento. Destacamos que o (a) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma situação e o seu nome será mantido em segredo. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao (a) Sr.(a) e nem a outras pessoas. O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, satisfeito com as respostas às minhas dúvidas e ciente de meus direitos acima relacionados, aceito voluntariamente em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2011.

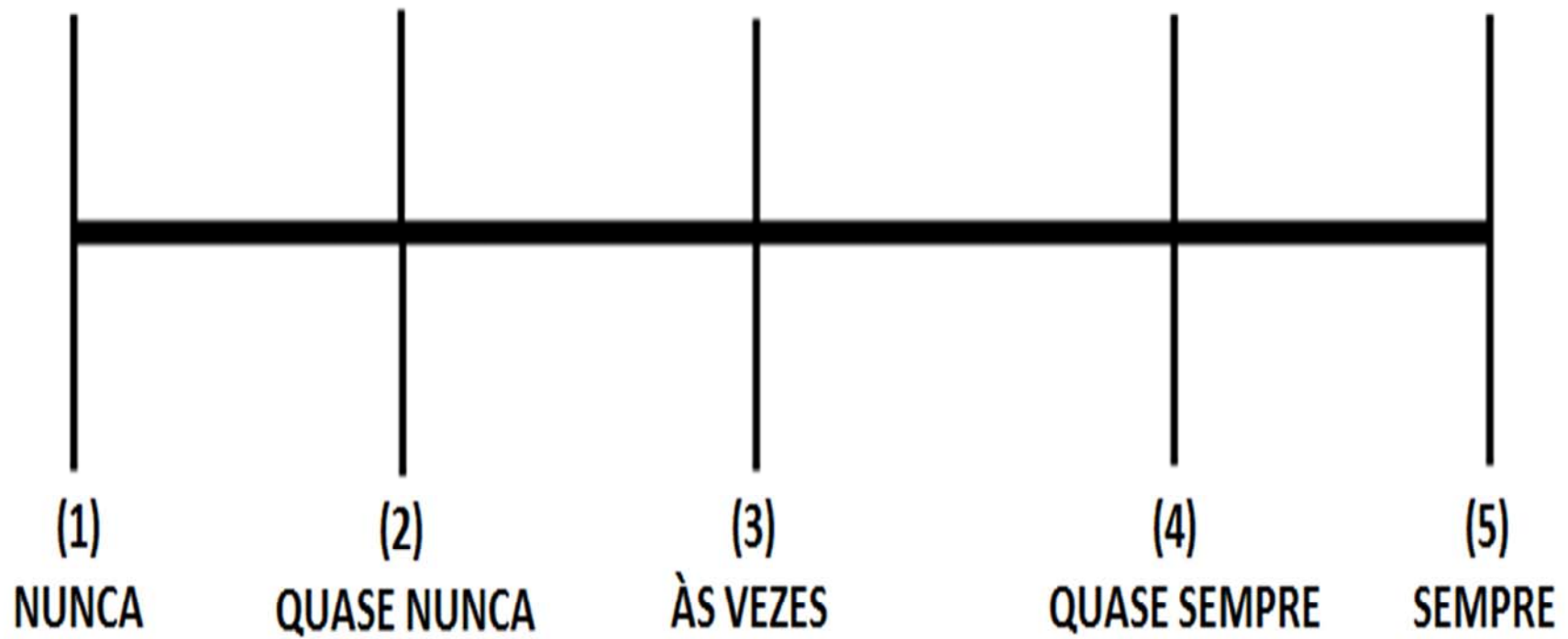
Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Aline Aparecida Monroe
Pesquisadora Responsável

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone (0XX16) 3602-3391. E-mail: amonroe@eerp.usp.br

APÊNDICE III
ESCALA LIKERT



ANEXO I COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0272/2010

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de novembro de 2010.

Protocolo: nº 1215/2010

Projeto: ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM AIDS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP: ANÁLISE DA OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe

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