

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MAYARA FALICO FARIA

Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP

RIBEIRÃO PRETO

2016

MAYARA FALICO FARIA

Internações por HIV/aids no município de 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

2016

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

Faria, Mayara Falico

Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2016.

110 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 da Imunodeficiência Adquirida. 2. Hospitalização. 3. Saúde Pública.

FARIA, Mayara Falico

Internações por HIV/aids no município de 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: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatoria

Aos meus pais, Adilson e Doralice e ao meu irmão Felipe.

Por todo apoio, incentivo, compreensão e paciência.

Agradecimentos

“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes.”

Isaac Newton

À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe. Obrigada por ter visto em mim um potencial que eu nem sabia que existia e por ter me acolhido de coração e braços abertos desde o primeiro ano da minha graduação. Agradeço por acompanhar, apoiar e auxiliar meu desenvolvimento como enfermeira, pesquisadora e, sobretudo, por ter me ajudado amadurecer enquanto pessoa. Muito obrigada pelos momentos de troca de experiências e aprendizado, pelas conversas nos momentos de dúvida, pelo carinho nos momentos de aflição e por apoiar as minhas escolhas.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto por sua generosidade, gentileza e seu vasto conhecimento, determinante na elaboração e execução deste trabalho.

Ao Grupo GEOHaids agradeço pela parceria e companheirismo durante minha trajetória acadêmica.

Ao Grupo GEOTB por todas as oportunidades oferecidas, ensinamentos, apoio e engajamento no trabalho em equipe.

À equipe do Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais por não medir esforços no desafio da construção de uma política de saúde cada vez melhor. Obrigada ainda por compartilhar o rico conhecimento que vivenciam diariamente.

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

*Às minhas amigas **Lívia** e **Glaucia**. Faltam-me palavras para agradecer tudo que vocês fizeram e fazem por mim. Tem muito de vocês neste trabalho e na minha vida. Vocês são as irmãs que a USP me deu. Muito obrigada!*

*À minha amiga **Vanessa**, o anjo da minha vida, desde sempre, para sempre. E sua família, **Rosana** e **Vinicius**, por cuidarem de mim sempre que precisei e por me tratar como parte integrante da família de vocês.*

*À minha família, **mãe**, **paí** e **Fê**, vocês fizeram tudo ser possível. Vocês são meu alicerce, meu porto seguro. Muito obrigada pela compreensão nos momentos que precisei me ausentar, pelo incentivo constante para eu poder buscar meus sonhos e, principalmente, pelo amor incondicional que recebo de vocês.*

*Ao meu querido **João Vítor** por caminhar ao meu lado. Obrigada pelas palavras de incentivo e carinho, pelo afeto e por estar presente em todos os momentos (inclusive na formatação de pôsteres, textos e sumários). Obrigada pelo companheirismo!*

A todos aqueles que por um lapso não mencionei, mas que colaboraram de maneira direta ou indireta para o desenvolvimento desta pesquisa.

E, especialmente, a Deus, por me proteger, iluminar meu caminho e guiar meus passos.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

FARIA, M. F. **Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP**. 2016. 110p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos para o manejo do HIV/aids, os desfechos desfavoráveis da doença, como é o caso das internações, se mantém com um desafio para a saúde pública. Nesse sentido, objetivou-se analisar as internações hospitalares por aids ocorridas em 2013 em um hospital de grande porte de um município do interior de São Paulo. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, do tipo levantamento, quantitativo. Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, hospitalizados no período de janeiro a dezembro/2013, cujas causas de internação principal ou secundárias estivessem relacionadas ao HIV/aids, considerando os seguintes códigos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10): B20.0 ao B24, Z20, Z20.6, Z21 e R75. Elaborou-se um formulário específico para a coleta de dados, cujas fontes secundárias de informação utilizadas foram: Sistema de Internação Hospitalar, prontuário clínico, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, HygiaWeb, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos. Os dados foram analisados por meio de técnicas exploratórias, incluindo proporções, medidas de tendência central e variabilidade. Foram identificadas 259 internações relacionadas a 179 pessoas que viviam com aids, com reinternações no período (42,5%). O perfil dos sujeitos constituiu-se por homens (62,1%); faixa etária entre 40 e 50 anos (38%); cor branca (62,1%); solteiros (50,8%); baixa escolaridade (40,2%); alguma fonte de renda (36,3%); histórico de uso de álcool (49,2%), tabaco (63,1%) e outras drogas ilícitas (46,3%) e de má adesão à terapia antirretroviral (TARV) (49,7%). A duração média das internações foi de 14,1 dias (DP± 12,6) e o desfecho predominante foi a alta médica (83,4%). Na maioria dos casos havia alguma manifestação clínica no momento da internação (55,2%), bem como a presença de doenças oportunistas (71,8%) e condições crônicas associadas (55,2%). Das pessoas internadas, a maioria possuía baixa contagem de células T CD4+ (83,8%) e carga viral detectável (71%). Quanto aos antecedentes assistenciais, 49,7% dos sujeitos tinham algum histórico de tratamento em serviços de assistência especializada em HIV/aids (SAE) da rede pública municipal. Considerando o período de 12 meses antes da internação, 35,8% dos sujeitos passaram em pelo menos uma consulta no SAE municipal; 46,9% nunca utilizaram serviços de atenção básica; 64,8% utilizaram pronto atendimento; 67,6% procederam a alguma retirada da TARV e 29% realizaram 80% ou mais das possíveis retiradas da TARV. Apesar do aprimoramento de testes diagnósticos e a disponibilização da TARV em larga escala, a hospitalização por HIV/aids mantém relação com grupos minoritários desfavorecidos, os quais possuem o status imunológico agravado em decorrência da ação viral no organismo, sugerindo disparidades que perpassam o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e profilaxia de infecções oportunistas. Urge a necessidade de ações intra e intersetoriais que visem a focalização de sujeitos mais vulneráveis para superar as barreiras assistenciais de modo que os benefícios da TARV sejam disponíveis a todas as pessoas que vivem com a doença.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Hospitalização; Saúde Pública.

ABSTRACT

FARIA, M. F. **Hospitalization for HIV/AIDS in Ribeirão Preto-SP**. 2016. 110f. Thesis (MS) - College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Despite technological and therapeutic advances in the HIV/AIDS management unfavorable outcomes of the disease, as the case of hospitalization, remains a challenge to public health. In this sense, this study aimed to analyze hospital admissions due to AIDS in 2013 occurred in a large hospital in a city of São Paulo. This is a descriptive, exploratory study, type survey, quantitative. Were included individuals aged over 18 years, hospitalized in the period of January-December/2013 whose main or secondary causes of hospitalization were related to HIV/AIDS, considering the following codes according to the International Classification of Diseases (ICD 10) the B20.0 to B24, Z20, Z20.6, Z21 and R75. A specific form was elaborated for data collection, whose secondary sources of information were used: System Hospitalization, clinical record, System for Notifiable Diseases, HygiaWeb, Logistics Management System of Medicines. Data were analyzed using exploratory techniques, including proportions, measures of central tendency and variability. Were identified 259 hospitalizations related to 179 people living with AIDS, with readmissions in the period (42.5%). The profile of the individuals is constituted by men (62.1%); aged between 40 and 50 years (38%); white color skin (62.1%); single (50.8%); low education (40.2%); some source of income (36.3%); history of alcohol use (49.2%), tobacco (63.1%) and other illicit drugs (46.3%) and poor adherence to antiretroviral therapy (ART) (49.7%). The average length of hospitalization was 14.1 days (SD \pm 12.6) and the predominant outcome was medical discharge (83.4%). In most cases there was any clinical signs at admission (55.2%) as well as the presence of opportunistic infections (71.8%) and chronic conditions associated (55.2%). of hospitalized persons, the majority had low CD4+ T cell count (83.8%) and detectable viral load (71 %). As for healthcare background, 49.7% of subjects had a history of treatment in specialized care services on HIV/AIDS (SHS) of the municipal public network. Considering the 12 months prior to admission, 35.8% the subjects passed in at least one visit in the municipal SHS; 46.9% never used primary care services; 64.8% used emergency care; 67.6% have carried out any withdrawal of antiretroviral therapy and 29% had 80% or more of possible withdrawn from ART. Despite the improvement of diagnostic tests and the availability of HAART on a large scale, hospitalization for HIV/AIDS remains relation to disadvantaged minority groups, which have the immune status worsened due to the viral action in the body, suggesting disparities that pervade the access to early diagnosis, timely treatment and prophylaxis of opportunistic infections. There is an urgent need for intra and inter-sectoral actions aimed at targeting vulnerable individuals to overcome barriers assistance so that the benefits of ART are available to all people living with the disease.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Hospitalization; Public Health.

RESUMÉN

FARIA, M. F. **Hospitalización por el VIH / SIDA en Ribeirão Preto-SP**. 2016. 110f. Tesis (MS) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos en el tratamiento del VIH/SIDA, los resultados desfavorables de la enfermedad, como es el caso de la hospitalización, sigue siendo un reto para la salud pública. En este sentido, se tuvo como objetivo analizar las hospitalizaciones a causa del SIDA en 2013 en un gran hospital de una ciudad de Sao Paulo. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, de tipo encuesta, cuantitativo. Se incluyeron los individuos mayores de 18 años, hospitalizados en el período de enero-diciembre/2013, cuya principal o secundaria causas de hospitalización fueron relacionados con el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los siguientes códigos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) la B20.0 hasta B24, Z20, Z20.6, Z21 y R75. Fue elaborado un formulario específico para la recogida de datos, cuyas fuentes de información secundaria se utilizaron: El Sistema de Hospitalización, la historia clínica, el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria, HygiaWeb, el Sistema de Gestión Logística de los Medicamentos. Los datos fueron analizados utilizando técnicas de exploración, incluyendo proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad. Identificaron 259 hospitalizaciones relacionadas con 179 personas que viven con el SIDA, con las readmisiones en el período (42,5%). El perfil de los individuos se constituye por hombres (62,1%); con edades entre los 40 y los 50 años (38%); blancos (62,1%); solos (50,8%); bajo nivel de educación (40,2%); alguna fuente de ingresos (36,3%); historia de consumo de alcohol (49,2%), tabaco (63,1%) y otras drogas ilícitas (46,3%) y la falta de adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) (49,7%). La duración media de la hospitalización fue de 14,1 días (DE \pm 12,6) y el resultado predominante fue el alta médica (83,4%). En la mayoría de los casos no había ningún signo clínico al ingreso (55,2%) así como la presencia de infecciones oportunistas (71,8%) y las enfermedades crónicas asociadas (55,2%). De las personas hospitalizadas, la mayoría tenía bajo recuento de células T CD4 + (83,8%) y la carga viral detectable (71 %). En cuanto a los antecedentes de la salud, el 49,7% de los sujetos tenían antecedentes de tratamiento en los servicios de atención especializada en VIH/SIDA (SAE) de la red pública municipal. Teniendo en cuenta los 12 meses antes de la admisión, el 35,8% los sujetos pasaron en por lo menos una visita en el SAE municipal; 46,9% nunca utilizan los servicios de atención primaria; 64,8% la atención de emergencia utilizado; 67,6% han llevado a cabo ninguna retirada de la terapia antirretroviral y el 29% tienen un 80% o más de posible retirada de TAR. A pesar de la mejora de las pruebas de diagnóstico y la disponibilidad de TAR a gran escala, la hospitalización para el VIH/SIDA sigue en relación con los grupos minoritarios desfavorecidos, que tienen el estado inmune empeorado debido a la acción del virus en el cuerpo, las disparidades que sugieren que impregnan el acceso al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y la profilaxis de las infecciones oportunistas. Hay una necesidad urgente de acciones intra e inter-sectoriales dirigidas a la orientación individuos vulnerables para superar las barreras de asistencia para que los beneficios de la TAR están disponibles para todas las personas que viven con la enfermedad

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Hospitalización; Salud Pública.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequência das características sociodemográficas das PVHA internadas em Ribeirão Preto - SP, 2013.	62
Tabela 2: Distribuição de frequência dos dados comportamentais das PVHA internadas em Ribeirão Preto - SP, 2013.	63
Tabela 3: Distribuição de frequência dos diagnósticos principais registrados no SIH, segundo grupo da CID 10. Ribeirão Preto, 2013.	65
Tabela 4: Distribuição da frequência das pessoas internadas, segundo o número de reinternações nos doze meses anteriores à data da última internação registrada em 2013. Ribeirão Preto, 2013.	66
Tabela 5: Distribuição de frequência das pessoas internadas, segundo tempo de diagnóstico HIV/aids. Ribeirão Preto – SP, 2013.	66
Tabela 6: Distribuição de frequência das variáveis envolvidas no acompanhamento do caso durante a internação. Ribeirão Preto, 2013.	67
Tabela 7: Distribuição de frequência das pessoas internadas, segundo os antecedentes assistenciais na rede municipal de saúde. Ribeirão Preto, 2013.	68
Tabela 8: Distribuição de frequência da utilização dos serviços da rede municipal de saúde pelas pessoas internadas, segundo o número de comparecimento. Ribeirão Preto, 2013.	69
Tabela 9: Distribuição de frequência de retirada da terapia antirretroviral nas farmácias dispensadoras. Ribeirão Preto, 2013.	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids, segundo ano de diagnóstico, no estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.....	23
Figura 2: Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo o ano do óbito. Estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.....	23
Figura 3: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo gênero.....	24
Figura 4: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo cor da pele	24
Figura 5: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo escolaridade.....	25
Figura 6: Taxa de internação devido à Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (por 100 mil hab), segundo ano de ocorrência, estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto.	26
Figura 7: Síntese da seleção dos artigos, 2014.	28
Figura 8: Síntese do quadro teórico: o desafio do manejo do HIV/aids na RAS.	41
Figura 9: Distribuição da população residente em Ribeirão Preto segundo cor da pele, 2010.....	45
Figura 10: Distribuição da população de Ribeirão Preto segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, 2010.	46
Figura 11: Região de abrangência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto- SP	49
Figura 12: Etapas do processo de coleta de dados	57
Figura 13: Distribuição das ocorrências de internação segundo mês do ano, Ribeirão Preto – SP, 2013.....	64

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Resumo do levantamento bibliográfico: base de dados, seleção dos descritores e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2014.27
- Quadro 2:** Resumo das informações sobre os Sistemas e Informação utilizados na pesquisa.....53
- Quadro 3:** Descrição dos objetivos específicos, seções, fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo.....55

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I:	Formulário de Sínteses dos artigos.....	99
Apêndice II:	Instrumento de coleta de dados.....	100
Apêndice III:	Carta convite para os expertises.....	101
Apêndice IV:	Instrumento de apreciação de conteúdo.....	102
Apêndice V:	Termo de consentimento livre e esclarecido- expertises.....	104
Apêndice VI:	Ofício de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.....	105
Apêndice VII:	Distribuição das PVHA internadas que tinham histórico de acompanhamento clínico em algum SAE da rede municipal, segundo local de acompanhamento. Ribeirão Preto, 2013.....	106
Anexo I:	Relação dos códigos do CID10 associados à doença pelo HIV.....	108
Anexo II:	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP....	110

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EF	Ensino fundamental
GEOHAids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HSB	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PubMed	<i>Public/Medline ou Publisher Medline</i>
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de assistência especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV and AIDS</i>

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Adesão: Trata-se da tomada de certo medicamento respeitando a dose e frequência prescritas. Além da questão medicamentosa, a *adesão ao tratamento* é compreendida de modo integral, como o envolvimento e participação na realização de exames e consultas conforme solicitados. No caso do HIV/aids, alguns aspectos são relevantes na abordagem da adesão, como o comparecimento às consultas agendadas com a equipe multidisciplinar; a realização de exames de seguimento em tempo oportuno; a retirada dos medicamentos na data prevista; tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos; não cessar o medicamento antes do tempo indicado, tão pouco fazer alterações na dosagem dose por conta própria (BRASIL, 2013a).

AIDS: encontra-se a palavra “AIDS” em diversas grafias: AIDS, Aids ou aids. O *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) utiliza a grafia “AIDS”, mas reconhece e adota as outras formas de registro. No Brasil, adota-se a sigla em inglês “AIDS” (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), enquanto em outros países de língua oficial portuguesa, utiliza-se SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (UNAIDS,2011).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, instabilizando a capacidade funcional e promovendo 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 momentos de agudização (MENDES, 2012, 2015).

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

Evento sentinela: detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Entende-se que, toda vez que isso ocorre, o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção adotadas (BRASIL, 2009).

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

Vulnerabilidade: Vulnerabilidade se refere a adversidades de ordem sociais, culturais, políticos e econômicos que geram desigualdades e exclusão no tecido social, e que tornam uma pessoa mais suscetível à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da aids. Existem também circunstâncias como a desinformação e o despreparo; a acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços; e a violações de direitos humanos que estigmatizam e desempoderam segmentos 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	16
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. HIV/aids: impacto e desafios das políticas de saúde no Brasil e no mundo para o controle do agravo	19
1.2. Delimitando o objeto de investigação: o estado de São Paulo e o município de Ribeirão Preto frente ao cenário epidemiológico da aids.....	22
1.3. Internação por HIV/aids: estado da arte.....	26
1.3.1. Epidemiologia e caracterização das internações por HIV/aids.....	28
1.3.2. Assistência Prestada às pessoas vivendo com aids.....	30
1.3.3. Perfil de Vulnerabilidades das pessoas vivendo com aids.....	31
1.3.4. Algumas considerações sobre o estado da arte	33
1.4. Justificativa do estudo	34
2. QUADRO TEÓRICO	35
3. OBJETIVOS	42
3.1. Geral	43
3.2. Específicos.....	43
4. MATERIAIS E MÉTODOS	44
4.1. Tipo de Estudo	45
4.2. Caracterização do cenário de investigação.....	45
4.2.1. O município de Ribeirão Preto.....	45
4.2.1.1. A Rede de Atenção à Saúde do município	47
4.2.1.2. O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - o nível terciário de cuidados em HIV/aids.....	48
4.2.1.3. O local de estudo: HCFMRP-USP – CAMPUS.....	49
4.3. População de Referência	50
4.3.1. População de Estudo	50
4.3.2. Critérios de Inclusão.....	50
4.3.3. Critérios de Exclusão	51
4.4. Coleta de dados	51
4.4.1. Instrumento de coleta de dados	51
4.4.2. Fontes de coleta de dados	52
4.4.3. Variáveis envolvidas no estudo	54
4.4.4. Procedimento de coleta de dados	56
4.5. Análise dos dados	57
4.6. Aspectos éticos	59
4.7. Limitações do estudo.....	59
5. RESULTADOS	60
5.1. Perfil sociodemográfico e comportamental das pessoas que vivem com aids internadas	61
5.2. Caracterização das internações e o perfil clínico das pessoas que vivem com aids internadas	64
5.3. Antecedentes assistenciais das pessoas internadas	68
6. DISCUSSÃO	70
6.1. Perfil sociodemográfico e comportamental das pessoas internadas: as vulnerabilidades e suas implicações na agudização da aids.	71
6.2. Perfil clínico das pessoas internadas e as características das internações por aids: uma reflexão sobre o controle da epidemia.....	76
6.3. Histórico de acompanhamento assistencial das pessoas que viviam com aids internadas na rede municipal de saúde ...	79
7. CONCLUSÕES	84
8. REFERÊNCIAS	87
9. APÊNDICES	98
10. ANEXOS	107

APRESENTAÇÃO

O presente estudo objetivou analisar as internações hospitalares por aids ocorridas no ano de 2013 em um hospital de grande porte. Meu interesse pela saúde pública com foco no vírus da imunodeficiência adquirida/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids) iniciou ainda no primeiro ano de graduação quando ingressei no “Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids” GEOHAids, coordenado pela Prof. Dra. Aline Monroe. O GEOHAids, que prioriza a temática do HIV/aids enquanto uma condição crônica e infecciosa na rede de atenção à saúde, conta com a parceria do “Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose” (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq, e juntos vêm desenvolvendo pesquisas de forma integrada às entidades governamentais, profissionais dos serviços de saúde, instituições de ensino superior estadual e federal, estudantes de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) com o intuito de formação e consolidação de um grupo que desenvolva estudos capazes de produzir respostas teóricas e operacionais para o adequado manejo do HIV/aids enquanto condição crônica e social nas redes de atenção à saúde. O delineamento deste objeto de pesquisa resultou da articulação e discussão entre a universidade e os gestores da Secretária Municipal de Saúde, em especial, a coordenadoria do Programa Municipal de DST/aids/Hepatites Virais. Cabe ressaltar que tal objeto de estudo se constitui como uma prioridade na agenda municipal de saúde, sendo considerado de extrema importância para o controle da doença e formulação de políticas públicas locais.

Aproximar-me das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) internadas na pós-graduação foi satisfatório tanto para meu amadurecimento profissional, científico e acadêmico quanto para meu desenvolvimento pessoal, uma vez que, tive a oportunidade de estagiar na unidade de internação, foco deste estudo, e conhecer (me envolver) com as histórias de vida que foram, carinhosamente, compartilhadas pelas pessoas internadas. Ademais, pesquisar sobre uma temática que é prioridade na agenda local do município oportuniza a construção de uma parceria entre a academia e os serviços de saúde cujo único objetivo é a produção de respostas e o compartilhamento das mesmas com profissionais de saúde e gestores, no sentido de subsidiar reflexões acerca do acesso às ações e serviços de saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença.

1. INTRODUÇÃO

1.1. HIV/aids: impacto e desafios das políticas de saúde no Brasil e no mundo para o controle do agravo

Os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), foram registrados na década de 70 nos Estados Unidos, Haiti e África Central, sendo sua primeira classificação realizada no ano de 1982. Na década de 80, a aids, mesmo encarada como uma doença ainda misteriosa, foi considerada uma epidemia mundial, devido ao seu rápido alastramento e suas altas taxas de mortalidade, despertando preocupações das autoridades de saúde pública e pesquisadores na área de saúde, além da intensa mobilização de representantes da sociedade civil para o enfrentamento da doença (MENDONÇA, ALVES, CAMPOS 2010).

Um grande marco histórico na luta contra a aids se deu com a introdução da terapia antirretroviral (TARV), sendo apontada pela literatura nacional e internacional como a responsável pela mudança da história natural da doença, pois, a partir de novos regimes terapêuticos, foi possível alcançar a supressão viral completa durante longos períodos, consolidando a aids como uma condição crônica, contribuindo para a diminuição das taxas de internações hospitalares, incidência e mortalidade (WONG-MCCLURE, LEÓN-BRATTI, 2006, ROSSI et al., 2012)

Na última década, a mobilização social e as políticas públicas de saúde, com pactuação de metas para o combate da epidemia, produziram respostas sanitárias positivas em relação à disseminação e manejo da doença, uma vez que, mundialmente, o número de pessoas recém-infectadas e os óbitos em decorrência do agravo declinou consideravelmente, além do aumento do número de pessoas com acesso à TARV em todo o mundo (ROSSI et al., 2012; UNAIDS, 2014). No entanto, a aids permanece como um sério problema de saúde pública, registrando, só no ano de 2013, 2.1 milhões de novas infecções pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e 1.5 milhões de mortes no mundo, representando a quinta principal causa de morte entre adultos (UNAIDS, 2014).

Atualmente, os esforços para o combate à epidemia reúnem atores sociais de todas as regiões do mundo para a constituição e consolidação de uma nova realidade sanitária, cujo objetivo final versa na narrativa do fim da epidemia de aids até 2030. Para tanto, firmou-se o compromisso da nação para alcançar, até 2020, a

meta 90-90-90: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas diagnosticadas receberão a TARV ininterruptamente; 90% de todas as pessoas recebendo TARV terão supressão viral. (UNAIDS, 2015; KOK et al., 2015).

Acredita-se que o cumprimento da meta tríplice garantirá a supressão viral de, pelo menos, 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo e tal cifra, segundo modelos matemáticos, permitirá que o mundo coloque fim à epidemia de aids até 2030 (UNAIDS, 2015).

Frente ao cenário internacional, o Brasil ocupa posição de destaque em função do pioneirismo nas respostas setoriais produzidas para o controle da doença que, desde a década de 1990, disponibiliza a TARV de forma gratuita e universal, bem como, a assistência especializada às PVHA como uma prerrogativa do sistema público de saúde (OLIVEIRA, 2009).

No entanto, desde o início da epidemia de aids no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país um total de 798.366 casos de aids e considera-se, atualmente, uma média de 40,6 mil novos casos ao ano, o que representa uma taxa de detecção de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Quanto à mortalidade, a doença levou a óbito 290.92 mil pessoas até dezembro de 2014 e o país registrou em 2014 um coeficiente de mortalidade de 5,7 para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Em relação à progressão da meta 90-90-90 no país, estima-se que, ao fim de 2014, existiam, aproximadamente, 781 mil pessoas que viviam com HIV/aids, o que representa uma taxa de prevalência de HIV de 0,39%. Dessas pessoas, 83% (649 mil) haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde em algum momento após o diagnóstico, no entanto, apenas 66% continuavam retidas nesses serviços. Mais da metade (52%) das pessoas vivendo com a doença estavam em TARV (405 mil), sendo que, 46% (356 mil) delas apresentavam supressão viral em, pelo menos, seis meses após o início da TARV. Considerando-se apenas PVHA em TARV, a proporção de supressão viral atinge aproximadamente 88% (BRASIL, 2015).

Considerando as taxas epidemiológicas da aids, percebe-se o alcance da meta 90-90-90 está longe de ser uma realidade no país. Grangeiro, Castanheira e

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

Essa realidade se apresenta em meio a políticas públicas brasileiras já consolidadas e respeitadas mundialmente, a saber, política de assistência farmacêutica a indivíduos vivendo com HIV/aids, incluindo o acesso universal e gratuito a uma ampla variedade de medicamentos; as recomendações nacionais para o uso da TARV, fundamentadas em diretrizes clínicas reconhecidas internacionalmente e política de atenção integral a saúde das PVHA (PORTELA, LOTROWSKA, 2006).

Portanto, mesmo após as conquistas já realizadas pelo sistema de saúde brasileiro no cuidado à aids, os serviços de saúde e seus profissionais estão diante, novamente, da necessidade elaborar estratégias para o efetivo manejo do HIV/aids no país, dentre os quais, destaca-se a organização e fortalecimento de uma rede de atenção à saúde que proporcione cuidados permanentes, contínuos e coordenados favorecendo o acesso e respondendo às necessidades e demandas populacionais de modo que haja a preocupação com a identificação dos grupos de indivíduos em situação de maior vulnerabilidade (LOPES et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2014; MENDES, 2015).

A partir da compreensão acerca da complexidade que envolve o cuidado no âmbito da epidemia do HIV/aids, é fundamental reconhecer que uma parcela desses indivíduos tem o seu diagnóstico realizado durante a hospitalização, ou seja, tem a internação como a principal porta de entrada no sistema de saúde (METSCH, et al. 2009), além do mais, a população hospitalizada devido a aids, são as pessoas em situação de maior instabilidade clínica e mais propensas ao desfecho óbito, sendo, portanto, a internação hospitalar considerada como um indicador sentinela

(MENDES, 2012) para o manejo do HIV/aids, assim, faz-se necessário reconhecer a situação social, econômica, cultural e clínica dessas pessoas para que haja, além da vinculação das mesmas no serviços de saúde, dados que possam subsidiar a composição de políticas públicas sociais e de saúde que sustentem uma efetiva rede de cuidados acessível e coerente com as demandas assistenciais desses indivíduos.

1.2. Delimitando o objeto de investigação: o estado de São Paulo e o município de Ribeirão Preto frente ao cenário epidemiológico da aids.

Na região sudeste do país concentra-se 53,8% de todos os casos de aids registrados no Brasil e, dos 40.6 mil casos novos registrados ao ano no país, 17 mil são provenientes da região sudeste, destes, 8.021 mil (47,2%) são do estado de São Paulo. Apesar de a região Sudeste ser a única que apresentou tendência de queda na taxa de detecção nos últimos dez anos (em 2005, a taxa de detecção foi de 25,3, passando para 18,6 casos a cada 100 mil habitantes em 2014), seus dados epidemiológicos são preocupantes, especialmente no que tange ao cuidado às pessoas que vivem com a doença (BRASIL, 2015).

Em relação à mortalidade por aids, a região sudeste também se destaca, pois representa 61% (177.599 mil mortes registradas) de todas as mortes já registradas no país, dessas, 107.910 mil (60,7%) são provenientes do estado de São Paulo (BRASIL, 2015).

Quando analisado o município de Ribeirão Preto frente ao estado de São Paulo, percebe-se que a cidade tem uma posição de destaque, especialmente no que tange as taxas de detecção e o coeficiente de mortalidade por aids no município, ambos acima da média geral do estado de São Paulo (BRASIL, 2016) (Figura 1 e Figura 2).

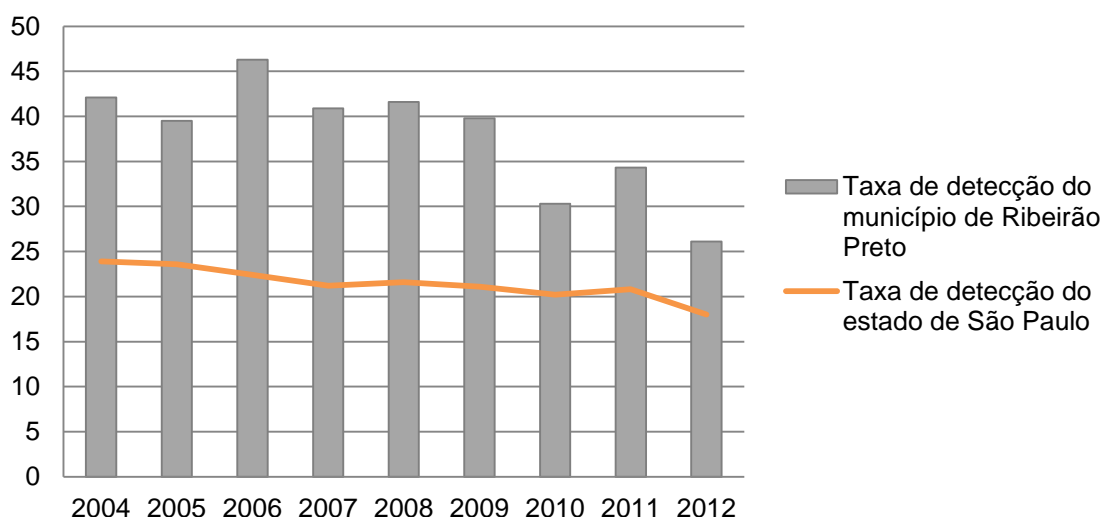


Figura 1: Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids, segundo ano de diagnóstico, no estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.
 Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

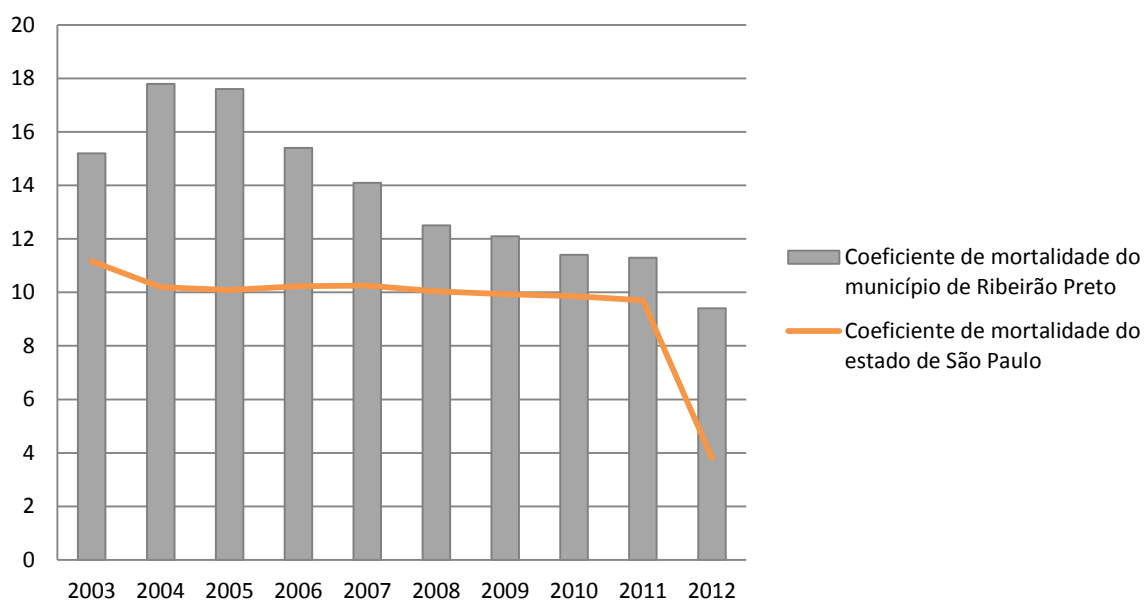


Figura 2: Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo o ano do óbito. Estado de São Paulo e município de Ribeirão Preto.
 Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Em relação ao perfil das pessoas vivendo com a doença que foram diagnosticadas em Ribeirão Preto até junho de 2015, houve um predomínio de

homens (66%), com razão entre os sexos de 2,3 homens para cada mulher, no ano de 2014 (Figura 3).

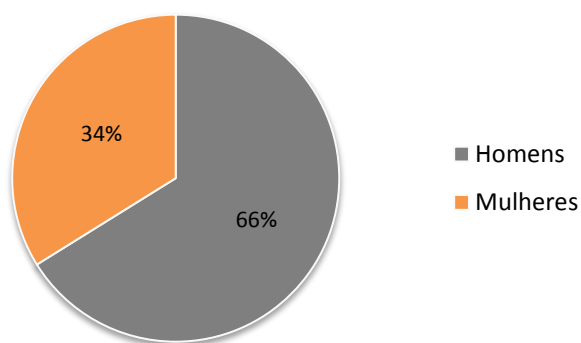


Figura 3: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo gênero.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

No que tange a cor da pele, no município de Ribeirão Preto 24% das PVHA foram notificadas como brancas, enquanto que a cor preta corresponde por 5% dos casos e parda por 7%. Percebe-se que a maioria das notificações não contemplou o adequado preenchimento (64%) (Figura 4).

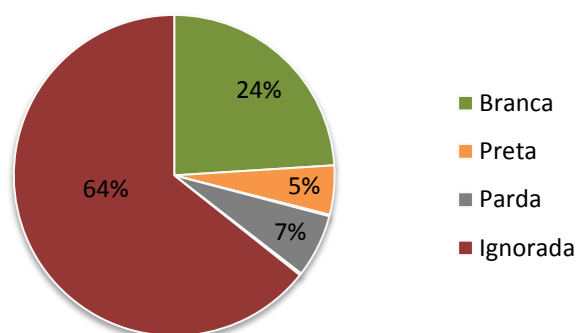


Figura 4: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo cor da pele

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Em relação à escolaridade, 2% das pessoas notificadas foram declaradas como analfabetas, 45% tinham o ensino fundamental incompleto, 12% com ensino fundamental completo. Cabe destaque para pessoas com ensino fundamental incompleto (45%) e para o elevado percentual de não preenchimento dessa informação (Figura 5).

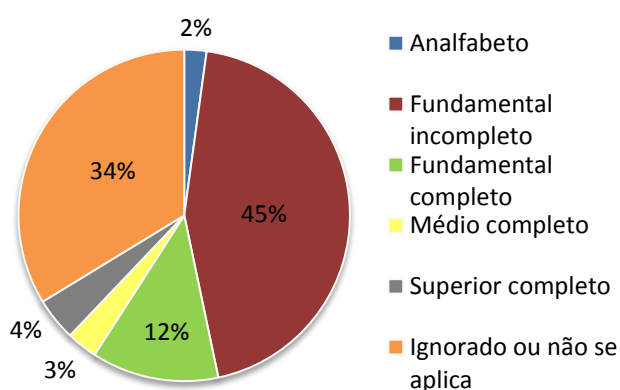


Figura 5: Distribuição dos casos de aids registrados no município de Ribeirão Preto até junho de 2015, segundo escolaridade.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Quanto às internações por aids registradas nos municípios de Ribeirão Preto, é possível verificar uma melhora nos índices no decorrer dos anos, no entanto, quando avaliada a taxa de internação por 100.00 habitantes, segundo os valores do estado de São Paulo, percebem-se que os valores do município são mais elevados (IBGE, 2016; BRASIL, 2016) (Figura 6).

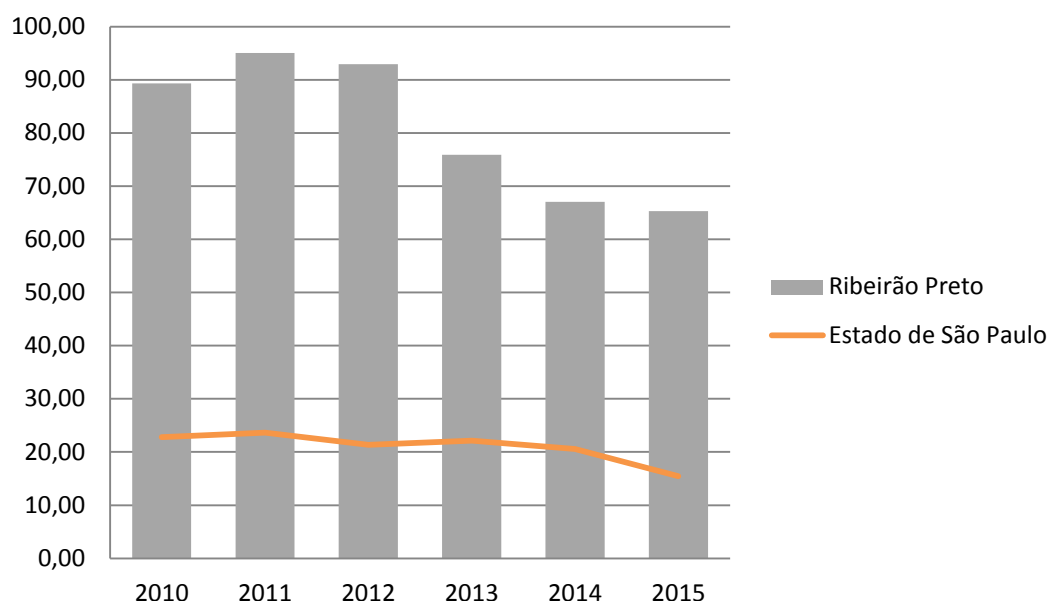


Figura 6: Taxa de internação devido à Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (por 100 mil hab), segundo ano de ocorrência, estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto. Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

1.3. Internação por HIV/aids: estado da arte

Determinar o “estado da arte” ou “estado do conhecimento” significa mapear e discutir a produção acadêmica de certo objeto buscando compreender quais aspectos e dimensões vêm sendo destacados sobre o tema de investigação (FERREIRA, 2002).

Assim, retomar a literatura, seja de forma sistemática ou na forma de revisões de narrativas, tem como objetivo fundamentar teoricamente um determinado objeto de estudo a partir de informações bibliográficas de resultados de pesquisas publicadas no meio acadêmico e científico (ROTHER, 2007). Tal investigação disponibiliza um resumo do conhecimento produzido relacionado a uma temática e, portanto, apresenta relevância ao comparar, de maneira sistematizada, as informações provenientes de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinado assunto, apresentando e discutindo a produção científica de maneira crítica a fim de subsidiar a qualificação profissional, bem como, a identificação de lacunas na produção de conhecimento que necessitam de destaque,

amparando novas propostas de investigações (SAMPAIO, MANCINI, 2007; ROTHER, 2007).

Para tal, torna-se imperativo o delineamento de uma questão norteadora que subsidie a seleção das bibliografias pesquisadas (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004), assim, para a investigação das publicações relacionadas às internações das PVHA, considerou-se a pergunta “*Qual o conhecimento produzido sobre as internações por HIV/aids?*”

Como estratégia de busca optou-se pela escolha dos descritores a partir da investigação prévia à biblioteca de terminologia em saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/BIREME), no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine* e nos Títulos CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). As combinações dos descritores selecionados foram realizadas nas bases eletrônicas de dados elencadas: LILACS (Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde), PubMed (*Public/Medline ou Publisher Medline*) e CINAHL, respectivamente, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1: Resumo do levantamento bibliográfico: base de dados, seleção dos descritores e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2014.

Base de Dados	Lilacs	Pubmed	CINAHL
Seleção dos Descritores	DeCS	MeSH	Títulos CINAHL
Cruzamento dos descritores selecionados	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida OU Infecções Oportunistas Relacionadas com a aids E Serviços de Saúde E Hospitalização	Acquired Immunodeficiency Syndrome OR AIDS-Related Opportunistic Infections AND Health Services OR Delivery of Health Care AND Hospitalization OR Inpatients	Acquired Immunodeficiency Syndrome OR AIDS-Related Opportunistic Infections OR AIDS Patients OR HIV-AIDS Nursing AND Health Services OR Health Care Delivery Hospitalization OR Inpatients

Fonte: Próprio estudo, 2014.

O levantamento ocorreu no período de junho a agosto de 2014. Um total de 411

artigos foram encontrados a partir dos cruzamentos supracitados, sendo 48 excluídos por estarem duplicados.

Dos 363 artigos restantes, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: pesquisas científicas originais, artigos de reflexão/debate, revisões da literatura, estudos de caso e relatos de experiência que estivessem disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol e inglês, resultando em 90 artigos.

Dos 90 artigos, considerou o período de publicação de 2004 a 2014, o que correspondeu a 41 artigos. Com tais artigos, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos buscando aqueles cujo tema respondesse à pergunta de investigação (figura 7).

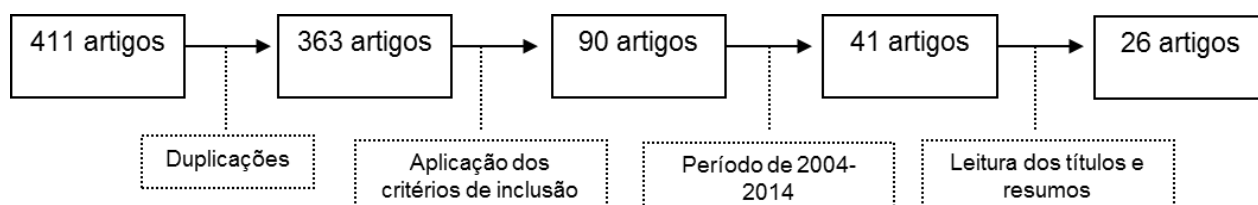


Figura 7: Síntese da seleção dos artigos, 2014.

Fonte: Próprio estudo, 2014

A partir das etapas citadas, foram selecionados 26 artigos para leitura na íntegra e síntese das informações com a ajuda de um formulário (Apêndice I) e os principais resultados foram categorizados em três temáticas: (1) Epidemiologia e caracterização das interações por HIV/aids; (2) Assistência prestada às pessoas vivendo com aids e (3) Perfil de vulnerabilidade.

1.3.1. Epidemiologia e caracterização das interações por HIV/aids

Os estudos conduzidos em países desenvolvidos apontam para a diminuição das taxas de hospitalização das PVHA nos últimos dez anos devido à introdução e disponibilização da TARV (BUCHACZ et al., 2008; PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; BERRY et al., 2012), porém esses indivíduos ainda registram índices de

internação que variam de 50 a 300%, superior à população geral da mesma idade e sexo (FALSTER et al., 2010). Em contrapartida, a literatura referente às taxas de internações por aids em países com baixo nível socioeconômico indica que, mesmo com o advento da TARV, as internações por aids vem apresentando aumento progressivo de suas taxas nos últimos dez anos, especialmente em populações em situação de maior vulnerabilidade social e individual (SANI et al., 2006; SAMAYOA et al., 2004; LOUIE et al., 2004; SOK et al., 2006, MCCLURE, BRATTI, 2006).

Houve um consenso em relação ao perfil sociodemográfico das pessoas hospitalizadas, sendo que as pesquisas destacaram que a maioria se trata de homens, indivíduos jovens em idade economicamente ativa, raça negra, baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo, pessoas sem residência fixa e uso de álcool e outras drogas (METSCH et al, 2009; FLEISHMAN et al 2005, NUNES et al, 2008). Em relação à forma de transmissão, houve predomínio da via sexual (METSCH et al., 2009; SAMAYOA et al, 2004; PERBOST et al., 2005).

Uma discussão recorrente nos artigos é o motivo da hospitalização, aponta-se que mesmo após a introdução da TARV, as doenças oportunistas continuam como principais causadores tanto da internação hospitalar quanto dos óbitos de PVHA, cabendo destaque para a tuberculose, tida como a mais prevalente em diversos estudos (COSTA et al., 2006; SANI et al., 2006; PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; SAMAYOA et al, 2004). Outras ocorrências de doenças oportunistas também se destacam como a criptococose, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, toxoplasmose e neurotoxoplasmose, candidíase, meningite criptocócica e diarreia (SAMAYOA et al., 2004; LOUIE et al., 2004; PÉREZ, TOIBARO & LOSSO, 2005; CASTRO et al., 2013; SHRESTHA, BHATTA, 2006). Há indícios de admissões hospitalares por doenças crônicas e doenças não definidoras de aids, especialmente em países cuja implantação e disponibilização da terapia já está consolidada (SHRESTHA, BHATTA, 2006 , BUCHACZ et al., 2008; THOMPSON et al., 2012; BERRY et al., 2012).

Algumas condições clínicas caracterizam as internações por HIV/aids como o baixo nível de células T CD4+, aumento na de carga viral e a maior duração da infecção pelo HIV. Tais indicadores são considerados preditivos para internações por aids tanto em países em desenvolvimento quanto países desenvolvidos (FALSTER et al., 2010; FIELDEN et al., 2008; SAMAYOA et al., 2004; LOUIE et al., 2004).

1.3.2. Assistência Prestada às pessoas vivendo com aids

O perfil epidemiológico e as características das internações suscitam reflexões em relação ao adequado manejo do HIV/aids, especialmente no que tange a vinculação e sustentação desses indivíduos nos serviços de saúde, uma vez que observou-se nesse levantamento que poucos estudos discutiram tal aspecto enquanto objeto primário.

Os estudos apontaram que há em todo o mundo grupos com características específicas que, por diversas razões (sociais, assistenciais ou culturais), não estão se beneficiando com a implantação da TARV. Outro aspecto discutido refere-se ao atraso no diagnóstico e disponibilização de tratamento clínico, terapêutico e psicológico (PERBOST et al., 2005; SANI et al., 2006).

Assim, as propostas levantadas versam sobre a necessidade de assegurar um dispositivo efetivo que garanta a prontidão no acolhimento, cuidados e orientações que garantam o vínculo entre serviço e paciente (PERBOST et al., 2005); o acompanhamento contínuo das pessoas que vivem com a doença utilizando estratégias como contagens de células T CD4+ e carga viral de modo que indivíduos em situação de supressão da imunidade sejam adequadamente identificados e monitorados visando a diminuição de casos que necessitem de internação (FIELDEN et al., 2008, SANI et al., 2006); a incorporação de variáveis que abordem questões sociais no planejamento clínico individual e comunitário (FIELDEN et al., 2008); e a necessidade de melhoria da rede assistencial que abrange os vários centros médicos e não médicos de modo a facilitar a vinculação dos pacientes dentro de uma estrutura de prestação de cuidados adequados (PERBOST et al., 2005).

No que tange a experiência de internação em si, vale destacar que artigos cujo objetivo foi levantar a opinião das pessoas vivendo com aids em relação à assistência recebida durante a hospitalização, apontaram a necessidade de uma assistência mais humanizada, em que se valorize a atenção, o contato verbal e a afetividade por parte da equipe de saúde (COSTA et al., 2006, MOREIRA, MESQUITA, MELO, 2010), uma vez que tais sujeitos se mostram menos satisfeitos

com seu cuidado ofertado quando comparados com pacientes internados devido a outras condições crônicas (WOLOSIN, 2005).

Outro aspecto relacionado à assistência em HIV/aids abordado refere-se à detecção de elementos que sugerem um despreparo da equipe de saúde para o diagnóstico, gestão do tratamento antirretroviral e a adequada profilaxia de doenças oportunistas em unidades gerais de internação, ou seja, aquelas para além de especialidades de doenças infecciosas, fragilizando o manejo da doença em ambiente hospitalar (RAO et al., 2012; SHRESTHA, BHATTA, 2006).

1.3.3. Perfil de Vulnerabilidades das pessoas vivendo com aids

Assim como os aspectos assistenciais, a vulnerabilidade foi abordada como um dos eixos de contextualização das questões clínicas referentes ao agravo, contudo discutido também de maneira secundária na maioria dos artigos. Estudos buscaram comprovar a relevância de se discutir o perfil de vulnerabilidade e sua implicação nas taxas de internação (ACCORSI et al., 2005; SOK et al., 2006; NUNES et al., 2010; BACHHUBER, SOUTHERN, 2014; RODRIGUEZ et al., 2007).

Quanto às relações de gênero, a grande maioria dos estudos destacou que os homens são mais propensos à internação. Um estudo realizado no Camboja apontou que o principal aspecto de risco para os homens infectados pelo HIV é o comportamento sexual envolvendo a multiplicidade de parceiros e a busca por profissionais do sexo (SOK et al., 2006). Tal estudo alerta que o padrão de infecções oportunistas e de outras condições associadas ao HIV sugere a busca tardia por cuidados de saúde, levantando deste modo, reflexões sobre a necessidade de ações de prevenção e acesso aos serviços para essa população (SOK et al., 2006).

No Brasil, mais especificamente no estado de Minas Gerais, a pesquisa realizada por Nunes et al. (2010) destacou a importância de se considerar o comportamento masculino, uma vez que as taxas de internações dos homens estão relacionadas à prática sexual e abuso de drogas, além do mais, a população masculina é menos propensa a aderir ao tratamento quando comparada à feminina. O mesmo estudo analisou o padrão de doenças oportunistas que levaram à internação, sugerindo disparidade entre os sexos, sendo que entre as mulheres

houve uma predominância significativa de pneumonia, diarreia e candidíase, já entre homens predominou a tuberculose extrapulmonar e criptococose (NUNES et al., 2010). Tais discrepâncias sinalizam a necessidade de considerar as peculiaridades envolvidas no processo de adoecimento de cada gênero, considerando seus aspectos psicossociais e de acesso aos serviços de saúde.

Em relação à questão racial, estudo desenvolvido nos Estados Unidos destacou indícios que negros registram taxas de hospitalização superiores aos brancos e são os mais acometidos por doenças oportunistas (BACHHUBER, SOUTHERN, 2014). Outro estudo comparando negros norte americanos e haitianos que vivem nos EUA identificou que os haitianos que viviam com HIV/aids possuíam a tendência de serem diagnosticados mais tardiamente e em estágios mais avançados da doença (RODRIGUEZ et al., 2007). Destaca-se que os haitianos têm o mesmo acesso a TARV e profilaxia para doenças oportunistas que seus homólogos norte americanos (RODRIGUEZ et al., 2007). Tais debilidades suscitam discussões sobre o manejo do HIV transcender questões étnicas e abranger aspectos inerentes à especificidade de cada população num dado contexto social. Estes aspectos devem ser valorizados no delineamento de estratégias visando a melhoria do acesso à informação sobre os serviços de saúde disponíveis, ao diagnóstico e à terapêutica para o controle do HIV/aids.

Ainda relacionado ao contexto social, um estudo realizado em Uganda descreveu o cenário de vulnerabilidade de uma população vivenciando a guerra civil, resultando em sucessivas internações por infecções, como o HIV/aids (ACCORSI et al., 2005). O estudo argumenta que, mesmo com a implantação de serviços de base comunitária disponibilizando a TARV para população, a guerra de longo prazo, o deslocamento de populações, o colapso das estruturas tanto sociais quanto nas repartições locais do sistema de saúde expõem as pessoas a um risco muito maior na persistência e emergência de doenças infecciosas, moldando o “perfil de doenças da pobreza”, cuja ocorrência poderia ser reduzida drasticamente com medidas de intervenções preventivas e curativas eficazes, tal fato, aplica-se também no controle da infecção pelo vírus HIV (ACCORSI et al., 2005).

1.3.4. Algumas considerações sobre o estado da arte

Mesmo com o empenho mundial em aprimorar o diagnóstico e disponibilizar a TARV, em larga escala, a redução da taxa de hospitalização por HIV/aids está fortemente associada as disparidades de gênero, raciais, étnicas e sociais indicando que os benefícios da terapia não repercutiram igualmente em todas as realidades socioculturais no mundo, assim, esforços para eliminar sistematicamente as barreiras à assistência são urgentemente necessários para que os benefícios da HAART sejam disponíveis para todos os grupos vulneráveis (BACHHUBER, SOUTHERN, 2014). Nesse sentido, para além de políticas públicas de saúde, outras políticas que transcendem a esfera setorial, ancoradas nas dinâmicas de produção social da saúde e da doença são necessárias ao enfrentamento da epidemia da aids.

Apesar da separação didática dos temas identificados por meio da revisão na literatura em relação às internações por HIV/aids, é possível verificar que os dados se complementam, sendo a epidemiologia e as características das internações um reflexo das situações de vulnerabilidade e da efetividade (ou não) dos cuidados prestados à essa população.

Sendo assim, mesmo com diminuição das taxas de hospitalização após a disponibilização da TARV, identificou-se o impacto da taxa de internação entre grupos minoritários ou desfavorecidos, sugerindo disparidades persistentes que perpassam o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e profilaxia de infecções oportunistas.

Dentre os materiais levantados, destacam-se as questões sociais e econômicas, as quais se apresentam intimamente ligadas às características das internações, mesmo quando abordadas de modo secundário aos aspectos clínicos, assim, tais questões emergem no cotidiano do manejo do HIV/aids e deveriam ser consideradas, especialmente, no momento de elaborar planos terapêuticos e estratégias de cuidados das pessoas que vivem com aids, bem como para se pensar a necessidade de articulação com outras políticas e setores sociais para a produção de respostas coerentes com as vulnerabilidades e demandas dos sujeitos.

1.4. Justificativa do estudo

O HIV/aids, visto como condição crônica, demanda a organização e produção de um cuidado complexo, principalmente, por acometer indivíduos em diversas situações socioculturais com repercussões variadas em seu estado clínico e condições de vida. Considerando o contexto das internações hospitalares decorrentes do HIV/aids, o município de Ribeirão Preto apresenta taxas epidemiológicas que o colocam em destaque, principalmente no que se refere à taxa de detecção de novos casos, ao agravamento das condições clínicas e a evolução para o desfecho óbito, portanto, identifica-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos e operacionais que objetivem reconhecer quem são, quais foram as possíveis causas que resultaram nas internações hospitalares, bem como, identificar a situação pregressa dos mesmos em relação às condições de acesso e acompanhamento pela rede de atenção municipal de saúde, em especial, junto aos serviços de assistência especializada (SAE) em HIV/aids.

2. QUADRO TEÓRICO

Entende-se por condições de saúde as circunstâncias eventuais ou permanentes que se apresentam na saúde dos indivíduos exigindo uma resposta social dos sistemas de saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Tal resposta pode se dar de maneira reativa ou proativa, eventual ou contínua e fragmentada ou integrada, o que determina o tipo de resposta é a classificação da condição de saúde, a saber: condições agudas ou condições crônicas (MENDES, 2015).

As condições agudas são de curso rápido que se apresentam de forma imprevisível exigindo uma resposta oportuna do sistema de atenção à saúde de maneira episódica, reativa e resolutiva (MENDES, 2012, 2015).

As condições crônicas em saúde, por sua vez, são definidas como patologias de progressão lenta e com prognóstico incerto, apresentam-se com duração persistente, geralmente por um período superior a três meses, podendo adquirir um caráter permanente. Estão associadas à hereditariedade, estilos de vida e exposição a condições ambientais ou fisiológicas. Não apresentam curso clínico regular ou previsível e seu manejo inadequado tem por consequência os períodos de agudização, podendo gerar incapacidades e levar o indivíduo a encarar perdas de ordem social, econômicas e pessoais (FREITAS E MENDES, 2007; MENDES, 2015). Trata-se de um conceito abrangente que vai para além das doenças crônicas, representando também as doenças infecciosas persistentes de longa duração, como é o caso do HIV/aids (MENDES, 2015).

Frente à complexidade das condições crônicas, Mendes (2011) defende que para o seu adequado manejo é necessária à consolidação de um sistema de saúde que funcione de modo proativo, integrado e contínuo, de forma que, a atenção à saúde se constitua em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que, por definição, trata-se de:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011, p.2300).

Cabe destaque aos casos classificados por meio de diretrizes clínicas que ficam sob os cuidados definitivos de um ponto de atenção secundária, o qual também pode se constituir como porta de entrada do sistema de saúde, contando com o apoio dos demais componentes da estrutura operacional das RAS (MENDES 2009). Nesses moldes, agregando-se as definições e funções da Atenção Primária em Saúde (APS) destacadas por Starfield (2002) e por Mendes (2002), encontra-se o Serviço de Assistência Especializado (SAE) para tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com aids, o qual compartilha características da APS, uma vez que se configura como um importante coordenador do cuidado prestado e atua como fonte de atenção longitudinal e habitual, facilitando o reconhecimento de necessidades ao longo do tempo e possibilitando a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Embora os SAE atuem como o coordenador da assistência prestada, os serviços de atenção básica exercem papel de destaque no manejo do HIV/aids, nessa perspectiva, a resolução nº 16 de 23 de fevereiro de 2015, que institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no Estado de São Paulo, estabelece como competência da atenção básica (AB) as ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis, ofertando de materiais educativos e insumos de prevenção, bem como a realização de aconselhamento e testagem sorológica para HIV, sífilis, Hepatites B e C para população em geral. Além de ações preventivas, a AB deve trabalhar de modo compartilhado com a atenção especializada, especialmente no que tange as ações voltadas para a qualidade de vida das pessoas que vivem com aids, tais como, atividade física, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico ou saúde sexual e reprodutiva e, sobretudo, atuar nas estratégias de melhoria adesão ao tratamento e vinculação da pessoa ao serviço de saúde, realizando a busca de faltosos e o acompanhamento conjunto de outras comorbidades (SÃO PAULO, 2015).

Ainda em relação à legitimação dos serviços de saúde que compõe a rede de assistência ao HIV/aids, a portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids e define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento, ressalta, em seu Art. 2º, parágrafo terceiro que a criação/adequação dos Serviços de Atenção às HIV/Aids que compõe a rede de assistência ao HIV/aids no sistema

único de saúde (SUS) deve considerar, além dos critérios de organização e funcionamento, aspectos que incluem:

- A população a ser atendida;
- A necessidade de cobertura assistencial;
- Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra referência;
- Capacidade técnica e operacional dos serviços;
- Série histórica de atendimentos realizados, levando em consideração a demanda reprimida, nos casos em que for identificada;
- E a rede de atenção à saúde estabelecida, de modo que haja a consolidação de fluxos com rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, serviços de atendimento pré-hospitalar, rede laboratorial, com a Central de Regulação, quando houver, e demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2013b).

Assim, o HIV/aids, visto como uma condição crônica, demanda do sistema atenção à saúde, não só a articulação dos diversos pontos de atenção e a coordenação das ações pelos ambulatórios especializados, mas também a oferta de assistência baseada na construção de projetos terapêuticos individualizados, alicerçados em diretrizes clínicas e estratificação de risco, afim de que haja a normatização do fluxo das pessoas que vivem com a doença nesse sistema, disponibilizando os diversos níveis de atenção e suas respectivas densidades tecnológicas de maneira equânime (BRASIL, 2013b; SÃO PAULO, 2015; BRASIL, 2013a).

Dessa maneira, considerando que a atenção efetiva e oportuna das condições crônicas pode surtir efeito, tanto na prevenção do estabelecimento da doença ou condição, quanto no controle de episódios agudos (DIAS-DA-COSTA, et al., 2008), firma-se assim, que o adequado manejo do HIV/aids impacta na redução das taxas de hospitalização e, até mesmo, nas readmissões das pessoas que vivem com aids em unidades de internação (HOMAR, MATUTANO, 2003). Entende-se, portanto, a internação hospitalar como uma falha sistêmica no cuidado, caracterizando um evento sentinela para o cuidado das pessoas que vivem com a doença (MENDES, 2012).

O impacto e a efetividade do sistema de saúde relacionam-se ao adequado planejamento das ações em saúde, sendo assim, diante da prerrogativa de organização da RAS, o sistema de saúde precisa ser capaz de estabelecer as necessidades e prioridades de saúde de sua população alvo, reconhecendo seus riscos e permitindo o delineamento e avaliação das intervenções sanitárias de modo integrado ao contexto social e cultural (MENDES, 2015). No caso HIV/aids é necessário reconhecer que o enfrentamento do agravo e dos estigmas que circundam a infecção expõem os indivíduos a situações clínicas, sociais e psicológicas que os tornam mais suscetíveis ao adoecimento e evolução para formas mais graves do agravo, resultando em episódios de agudização (SOUSA, 2013), nesse contexto, o planejamento e execução do cuidado perpassa pelo conceito de vulnerabilidade definido por Ayres (2003) 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, p.123).

A depender das distintas situações em que se apresenta, o conceito de vulnerabilidade abrange três componentes interligados, a saber:

- *Vulnerabilidade Individual* - refere-se ao grau de conhecimento, informação e consciência que o indivíduo possui para assumir condutas ou práticas protetoras frente a situações e comportamentos que o expõe ao de risco do adoecimento;
- *Vulnerabilidade Social* - diz respeito aos aspectos sócio-políticos, culturais. Trata-se da contextualização do indivíduo na sociedade e é um reflexo do bem estar social, abrange moradia, acesso a bens de consumo, relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, entre outros;
- *Vulnerabilidade Programática* - está relacionado aos serviços de saúde e sua forma de organização, planejamento, gerenciamento e avaliação de ações frente ao contexto de vulnerabilidade. Inclui aqui, as medidas de coalizão interinstitucional e intersetorial entre os distintos âmbitos sociais como saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc. Além da vinculação das instituições e a sociedade civil organizada (OVIEDO, CZERESNIA 2015; AYRES et al., 2003).

No âmbito do HIV/aids, considerar e compreender os componentes das vulnerabilidades significa assumir que a estruturação do cuidado ao agravo perpassa por aspectos institucionais da composição da rede de atenção à saúde e definições de estratégias no planejamento, execução e avaliação das ações programáticas; está relacionado ao contexto social, político e cultural no qual as pessoas que vivem com aids estão inseridas, e ainda, que existem condições individuais intrínseca a cada ser humano que influenciam no engajamento do sujeito no seu autocuidado.

Todos os conceitos apresentados até aqui se entrelaçam para que seja possível o alcance da meta 90-90-90, e seja instituída a cascata do cuidado contínuo às PVHA. Atualmente, a cascata do cuidado é discutida como forma de avaliação das ações em saúde no contexto do HIV/aids e se baseia nos seguintes pilares: diagnóstico precoce, vinculação dos sujeitos diagnosticados aos cuidados, a retenção do indivíduo, em longo prazo, nos serviços de saúde, oferta de tratamento antirretroviral e supressão viral. (BRASIL, 2015; KOK et al., 2015).

Tais pilares destacam as relações dinâmicas e interdependentes que existem entre a pessoa que vive com a doença, o cuidado ofertado e a interrupção da cadeia de transmissão do vírus. Esse dinamismo apresenta-se como um desafio para a RAS no que tange a estruturação e implementação do *continuum* do cuidado, de modo que, possibilite o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e o adequado acompanhamento pelo sistema de saúde. Considerar as diferentes vulnerabilidades das pessoas que vivem com aids nesse contexto é refletir sobre a necessidade da permeabilidade intersetorial das ações, com mobilização de sujeitos sociais e recursos políticos para que haja a inclusão de sujeitos mais vulneráveis, a partir da focalização de ações e serviços para além do contexto da saúde.

Na figura 8 a seguir, resgata-se a síntese conceitual e o desafio do manejo do HIV/aids na RAS, visto como uma condição crônica.

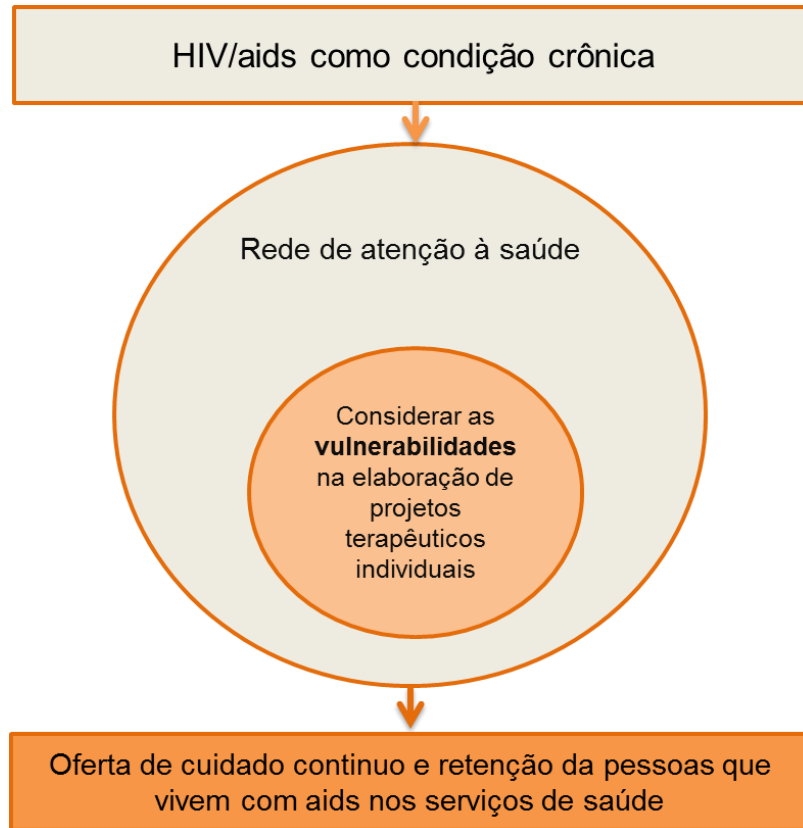


Figura 8: Síntese do quadro teórico: o desafio do manejo do HIV/aids na RAS.
 Fonte: Próprio estudo, 2016

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar as internações hospitalares por aids ocorridas no ano de 2013 em um hospital de grande porte.

3.2. Específicos

- I. Descrever o perfil sociodemográfico e comportamental das pessoas que viviam com aids internadas;
- II. Descrever o perfil clínico das pessoas que viviam com aids no momento da internação;
- III. Descrever as características das internações ;
- IV. Descrever os antecedentes assistenciais das pessoas que viviam com aids internadas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, sustentado na abordagem quantitativa, do tipo levantamento.

4.2. Caracterização do cenário de investigação

4.2.1. O município de Ribeirão Preto

O estudo teve como cenário o município de Ribeirão Preto–SP, localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo.

Segundo o último censo realizado em 2010, a população residente no município era de 604.682 pessoas, sendo 47,98% homens (IBGE, 2010). Quanto à cor da pele, o município registrou um predomínio da cor branca (70%), seguido da cor parda (23%) (Figura 9).

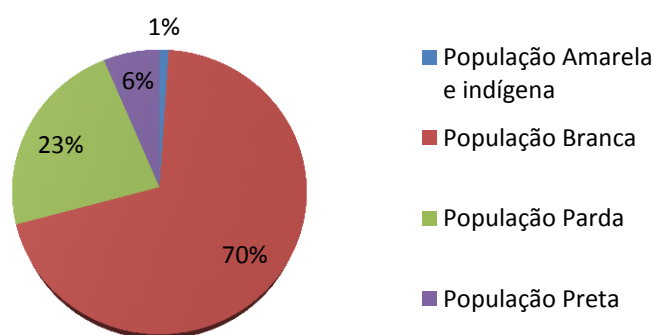


Figura 9: Distribuição da população residente em Ribeirão Preto segundo cor da pele, 2010

Fonte: Fundação SEADE, 2015

Em relação à pirâmide etária do município, observa-se o predomínio de indivíduos com idade entre 20 e 34 anos e há que se destacar o fenômeno do

estreitamento da base, indicando uma diminuição no número de nascidos vivos no município, com possíveis reflexos no envelhecimento da população com o passar dos anos. (Figura 10).

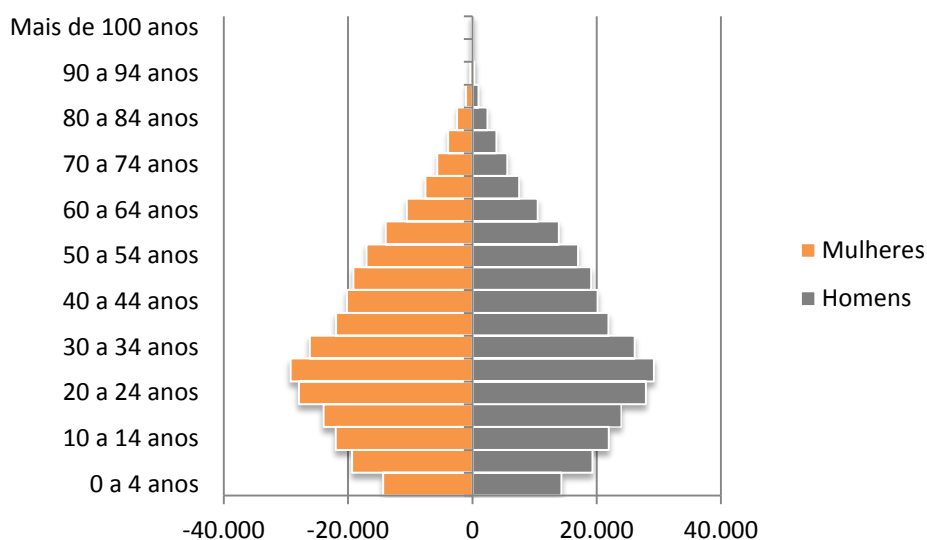


Figura 10: Distribuição da população de Ribeirão Preto segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, 2010.
Fonte: Fundação SEADE, 2015

Ainda em relação às características sociodemográficas no ano censitário (2010), observou-se no município uma taxa de analfabetismo de 3,0% na população de 15 anos ou mais e quanto à renda, tomando por base o salário mínimo vigente de R\$510,00, 11% da população de Ribeirão Preto vivia com menos de meio salário mínimo/mês (R\$205,00) (IBGE,2010).

Quanto ao Índice de Gini, que calcula o grau de concentração da distribuição de renda, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima), o município apresenta o valor de 0,45, expondo a condição de desigualdade de renda na realidade local (IBGE, 2010).

4.2.1.1. A Rede de Atenção à Saúde do município

A Rede de Atenção à saúde vinculada ao SUS do município de Ribeirão Preto passou por uma reorganização, em 2010, a partir do censo do IBGE, redimensionando as áreas de abrangência das unidades, de modo que, a organização e gestão do planejamento de ações e serviços oferecidos mantivessem coerência com as características demográficas e as necessidades específicas de cada região. Sendo assim, o município se organiza em cinco Distritos de Saúde, cada qual é composto por uma unidade funcionando 24 horas para pronto atendimento, unidades básicas e um ponto de apoio da Vigilância em Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A atenção básica do município totaliza 48 estabelecimentos distribuídos pelos cinco distritos de saúde, sendo, que cinco são unidades básicas distritais de saúde (uma para cada distrito), 14 unidades de saúde da família com um total de 30 equipes de saúde da família e 18 unidades básicas tradicionais com 20 equipes de agentes comunitários de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A atenção às pessoas que vivem com aids em Ribeirão Preto ocorre em nível secundário, por meio dos Ambulatórios de DST/Aids, tuberculose e Hepatites Virais dispostos um em cada distrito de saúde:

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

Todas as unidades são compostas por equipe multidisciplinar e têm por objetivo garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários, visando proporcionar melhor qualidade de vida PVHA. Cada uma das cinco unidades possui um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com a disponibilização de testes para HIV, sífilis e hepatites B e C (RIBEIRÃO PRETO,

2013).

A rede municipal ainda conta com o serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) que tem por objetivo diminuir a demanda e o tempo de internação hospitalar sem prejuízos assistenciais às PVHA, uma vez que, será ofertado seu tratamento e acompanhamento pós-hospitalização no lar do paciente, envolvendo a família em seus cuidados e proporcionando a humanização do atendimento (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

4.2.1.2. O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - o nível terciário de cuidados em HIV/aids.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP está integrado ao Sistema Único de Saúde- SUS desde 1988. Trata-se de uma autarquia pública estadual, sendo sua administração vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e à Universidade de São Paulo com o intuito de promover atividades de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares (HCFMRP, 2015).

É caracterizado como um complexo hospitalar que integra a rede de atenção à saúde, atuando como referência terciária e quaternária para a região nordeste do Estado de São Paulo, abrangendo cerca de 4 milhões de habitantes, atendendo a demanda do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII de Ribeirão Preto, além dos DRS's de Franca, Araraquara e Barretos (Figura 11), bem como outras regiões do estado de São Paulo e até mesmo, de outros estados e países. Para isso, conta com três prédios, sendo que duas unidades situam-se no Campus Universitário – HC Campus e o Centro Regional de Hemoterapia e uma Unidade de Emergência situada na região central do município de Ribeirão Preto- SP (HCFMRP, 2015).



Figura 11: Região de abrangência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto- SP
 Fonte: Secretaria do Estado de São Paulo. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Relatório de Gestão 2011/2015.

O Hospital proporciona atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar. A assistência é prestada por equipes multiprofissionais compreendendo cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas mais diversas especialidades médicas (HCFMRP, 2015).

4.2.1.3. O local de estudo: HCFMRP-USP – CAMPUS

Para a assistência voltada para os agravos infecciosos, o hospital disponibiliza, desde 1996, a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) e Unidade de Moléstias Infecciosas (MI) (HCFMRP, 2016a) que somam 24 leitos de internação disponibilizados exclusivamente às doenças de caráter infeccioso.

O complexo hospitalar também oferece assistência ambulatorial e hospital dia às pessoas que vivem com aids, disponibilizando assistência médica, odontológica e psicossocial, sendo atualmente, a principal retaguarda para internações hospitalares

e hospital dia para o município de Ribeirão Preto e toda região de abrangência do HCFMRP-USP (HCFMRP, 2016b).

4.3. População de Referência

A população de referência do estudo foi constituída pelos pacientes internados.

4.3.1. População de Estudo

A população do estudo foi constituída pelas pessoas que vivem com aids que foram internadas no HCFMRP-USP devido à doença.

4.3.2. Critérios de Inclusão

Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, hospitalizados no período de janeiro a dezembro de 2013, cujas causas de internação principal ou secundárias estivessem relacionadas ao HIV/aids. Para tanto, considerou-se as internações cujo registro no SIH contivesse os seguintes códigos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10): B20.0 ao B24, Z20, Z20.6, Z21 e R75 (WHO, 2010). A lista detalhada dos códigos pode ser conferida no Anexo I.

Vale ressaltar que 2013 foi o último ano cujas informações das internações realizadas no HCFMRP foram escritas em prontuário clínico de papel, sendo o ano seguinte considerado um período de transição e adaptação dos profissionais ao prontuário eletrônico e, portanto, um ano no qual as informações poderiam ficar perdidas até a realização de todas as adequações ao novo modelo de registro, dessa forma, para garantir uma maior fidedignidade dos dados optou-se pela coleta de dados no ano de 2013.

4.3.3. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos cujas informações não estivessem disponíveis ou ilegíveis (prontuários de saúde), bem como as seguintes situações envolvendo as internações: pré-natal, parto e puerpério, internações para realização de exames e/ou cirurgias eletivas, além de internações devido a acidentes de trânsito. Também foram excluídas as internações que configuravam condições administrativas como os casos de duplicação de registros devido à alta licença ou troca de leito na unidade de internação.

4.4. Coleta de dados

4.4.1. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário específico elaborado para este estudo, no qual contempla 40 questões (APÊNDICE II), divididas em cinco seções, a saber:

- I. Dados sociodemográficos;
- II. Dados comportamentais;
- III. Características da internação
- IV. Dados sobre o perfil clínico no momento da internação
- V. Dados sobre os antecedentes assistenciais - vinculados à rede assistencial municipal

Em decorrência da formulação de um instrumento específico para descrever a população internada por HIV/aids, tal formulário foi submetido ao procedimento de análise de conteúdo para adequações e verificação da viabilidade do instrumento e do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa.

Para realizar a validação de conteúdo, cinco profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids, epidemiologia, saúde pública e assistência hospitalar

foram convidados para avaliarem o instrumento de coleta de dados. Foi encaminhada uma carta convite (APÊNDICE III), o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE II), formulário para avaliação de conteúdo do mesmo (APÊNDICE IV) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE V). Todos os expertises aceitaram participar desta etapa de análise do instrumento.

Após os ajustes e adequações sugeridas pelos especialistas foi realizado uma coleta de dados para avaliação da pertinência do instrumento, utilizando dez casos de internações ocorridas no ano de 2014. Ressalta-se que os dados levantados na etapa de adequação do instrumento não foram considerados para análise do estudo.

4.4.2. Fontes de coleta de dados

Para atender os objetivos do estudo foram utilizadas as seguintes fontes de dados secundárias: Sistema de Internação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Prontuário Clínico da PVHA arquivado na unidade hospitalar; Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM); Sistema de Informação Hygia-Web. A descrição de cada sistema de informação utilizado está compilada no quadro abaixo (Quadro 2):

Quadro 2: Resumo das informações sobre os Sistemas e Informação utilizados na pesquisa

Sistema de Informação	Descrição
SIH	Criado em 1981, é um sistema de abrangência nacional, que tem por finalidade transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS (incluindo hospitais públicos e privados conveniados ao SUS), com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O principal objetivo do sistema é gerar relatórios computando os procedimentos a serem faturados pelo SUS, ou seja, sua utilização é atrelada ao repasse de recursos do sistema de saúde. Além de dados de conotação financeira, o sistema disponibiliza informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação (DATASUS,2015; BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).
SINAN	Regulamentado em 1998, é um sistema alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Seu objetivo é coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, utilizando uma rede informatizada (BRASIL, 2006).
Hygia-Web	Trata-se de um software de gestão de saúde pública que faz o gerenciamento de prontuário eletrônico único, segundo os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que possibilita a identificação dos serviços de saúde utilizados pelos usuários, assim como mantém informações sobre diagnósticos, procedimentos realizados, resultados de exames, imunização e o cadastro dos usuários do SUS. Desse modo o prontuário torna-se acessível em qualquer ponto da rede de atenção, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, fornecendo ao profissional de saúde, informações imediatas sobre as condições de saúde do usuário, garantindo agilidade, continuidade e qualidade da assistência prestada (HYGIAWEB, 2014).
SICLOM	Foi implementado em 1999 e tem o objetivo de gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais (ARV) no Brasil. Pautase em três funcionalidades principais: cadastramento dos pacientes em tratamento; controle da dispensação de medicamentos; controle de estoque dos medicamentos antirretrovirais nas farmácias. A utilização do sistema pelo Programa Nacional de DST e aids contribui para a gestão dos estoques e da distribuição dos ARV, além de fornecer informações clínico-laboratoriais doas PVHA em uso de diferentes esquemas terapêuticos (BRASIL, 2007).

Fontes: DATASUS,2015; BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006; BRASIL, 2006; HYGIAWEB, 2014; BRASIL, 2007.

4.4.3. Variáveis envolvidas no estudo

Para o alcance dos objetivos deste trabalho foram selecionadas as variáveis elencadas e descritas no quadro abaixo (Quadro 3).

Ressalta-se que os dados relacionados à seção V contemplaram os antecedentes assistenciais relacionados aos serviços de saúde com gestão municipal, os quais utilizavam o sistema Hygia-Web, o que ocasionou a exclusão do ambulatório especializado do HCFMRP na variável “Histórico de acompanhamento pelo SAE”, uma vez que, o hospital não utiliza o mesmo sistema de informação para registro das consultas.

Quadro 3: Descrição dos objetivos específicos, seções, fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo.

Objetivo Específico	Descrição	Fonte de Dados	Variáveis	Seção do Questionário
I	Dados sociodemográficos	Prontuário Clínico arquivado na unidade hospitalar	Iniciais da PVHA; Sexo; Data de nascimento; Idade; Cor; Estado civil; Escolaridade; Ocupação; Fonte de renda;	I
I	Dados comportamentais	Prontuário Clínico arquivado na unidade hospitalar	Prática sexual; Se morador de rua; Usuário de Álcool, tabaco e drogas ilícitas; Se pertencente ao sistema prisional; Antecedentes de prisão; Se profissional do sexo.	II
II	Características das Internações	SIH	Diagnóstico principal	III
		Prontuário Clínico arquivado na unidade hospitalar	Tempo de internação (Data da saída - Data de admissão) Número de internações no HC nos 12 meses anteriores à data da última internação; Motivo da saída (desfecho)	
III	Dados sobre o perfil clínico	SINAN	Data de diagnóstico HIV; Data de diagnóstico aids;	IV
		Prontuário Clínico arquivado na unidade hospitalar	Data de início da TARV; Doenças oportunistas; Presença de manifestação clínica; Presença de outra condição crônica; Resultado do último CD4 realizado; Resultado da última carga viral realizada	
IV	Antecedentes assistenciais - vinculados à rede assistencial municipal	Hygia-Web	Histórico de tratamento no SAE da rede municipal de saúde e número de consultas nos 12 meses anteriores à data de internação; Utilização de UBS/USF e número de vezes nos 12 meses anteriores à data de internação; Utilização do PA e número de vezes nos 12 meses anteriores à data de internação;	V
		SICLOM	Retirada da TARV e número de retiradas da TARV na farmácia nos 12 meses anteriores à data de internação;	

Fonte: Próprio estudo, 2016.

4.4.4. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada segundo as etapas descritas a seguir. Ressalta-se que a figura 12 apresenta a síntese das etapas percorridas no processo de coleta de dados deste estudo:

Etapa 1: Foi realizada uma busca no SIH para levantar todas as internações devido ao HIV/aids ocorridas no HCFMRP-USP unidade campus no ano de 2013, utilizando os códigos elencados no documento CID 10, conforme descrito anteriormente, obtendo-se um total de 677 registros de internações.

Posteriormente, procedeu-se a uma pré-seleção dos dados, considerando, as internações dos usuários residentes de Ribeirão Preto e maiores de 18 anos, chegando ao total de 397 registros.

Etapa 2: Procedeu-se a leitura atenta de todos os prontuários referentes às 397 internações por aids levantadas na etapa anterior, resultando na exclusão de 138 internações, uma vez que não condiziam aos critérios de inclusão. Deste modo, considerou-se um total de 259 registros de internações, as quais corresponderam a 179 pessoas que viviam com aids.

Etapa 3: Refere-se à extração propriamente dita dos dados mediante preenchimento do instrumento de coleta de dados a partir das informações provenientes dos prontuários clínicos, sendo este a fonte secundária principal da coleta de dados. Para fins de complementação das informações que não constaram nos prontuários clínicos, foram utilizados os seguintes sistemas de informação: SINAN, HygiaWeb e SICLOM.

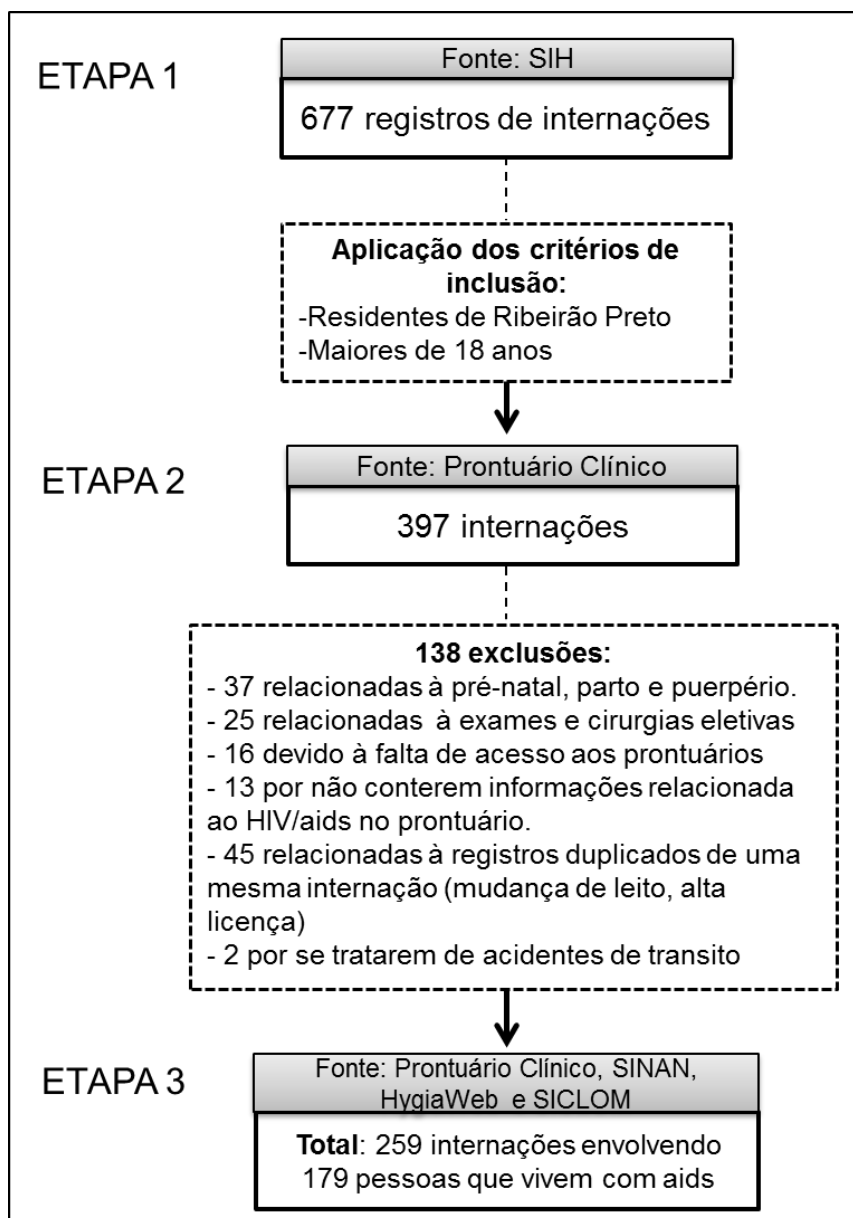


Figura 12: Etapas do processo de coleta de dados
Fonte: Próprio estudo, 2013.

4.5. Análise dos dados

Os dados foram digitados e organizados utilizando a planilha eletrônica elaborada no gerenciador Excel e, posteriormente exportados para serem analisados por meio da utilização do software Estatística 9.1 da StatSoft. Foram utilizadas técnicas de análise descritivas, incluindo proporções, medidas de tendência central e variabilidade.

Convém ressaltar que obteve-se um total de 259 ocorrências de internações por HIV/aids no período estudado, as quais envolviam 179 pessoas que viviam com aids, ou seja, observou-se que um indivíduo poderia ter mais de uma internação no ano de 2013.

Assim, para o alcance dos objetivos específicos do estudo, consideraram-se, para o objetivo I e IV, as 179 pessoas que viviam com aids internadas no período, sendo analisada a última internação ocorrida no ano. Enquanto que, para responder ao objetivo II e III, consideraram-se as 259 ocorrências de internação.

De modo complementar, optou-se pela análise de completude de todas as informações coletadas, nesse sentido, considerou-se como *incompleto* os dados não encontrados ou sem registros descritos nos prontuários clínicos e dados cuja categoria de resposta nos sistemas de informação fosse "ignorada", "sem informação" ou "em branco". Para análise do grau de preenchimento das variáveis analisadas, utilizou-se o escore proposto por Romero e Cunha (2007):

- *Excelente*: <5% de dados indisponíveis
- *Bom*: 5%-10% de dados indisponíveis
- *Regular*: 10%-20% de dados indisponíveis
- *Ruim*: 20%-50% de dados indisponíveis
- *Muito ruim*: >50% de dados indisponíveis

Ainda de modo complementar, efetuou-se o cálculo da taxa de internação por HIV/aids segundo o quesito cor, considerando a composição étnico-racial do município, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$x = \frac{\text{Número de internações segundo a cor da pele}}{\text{Total de residentes segundo a cor da pele}} \times 1000.000$$

No que se refere ao acompanhamento das pessoas que viviam com aids no município, para a análise da retirada de TARV na farmácia foi considerada a porcentagem da retirada, ou seja, partindo-se da data de internação, observou-se os 12 meses anteriores e as respectivas retiradas mensais da medicação. Em relação aos casos que iniciaram a TARV há menos de um ano da data da internação,

considerou-se o total previsto de retiradas desde o início da TARV. Utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo do percentual de retirada:

$$x = \frac{\text{número de retiradas da medicação nos últimos 12 meses}}{\text{Número de retiradas previstos nos últimos 12 meses}} \times 100$$

4.6. Aspectos éticos

Atendendo as diretrizes apresentadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 o presente projeto, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme o protocolo nº181/2014 (Anexo II).

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos do estudo, foi solicitada a dispensa do mesmo, conforme ofício apresentado no apêndice VI.

4.7. Limitações do estudo

Dentre as principais limitações do estudo destacam-se o fato dos dados serem provenientes de fontes secundárias, sendo elas prontuários clínicos e sistemas de informação, portanto, assume-se os possíveis vieses relacionados a presença de dados lacunares ou incompletos, à dificuldade de localização de alguns prontuários e/ou erros nos registros. Ressalta-se que o levantamento em fontes secundárias é um dos métodos utilizados na pesquisa exploratória, que por sua vez tem como finalidade reunir dados preliminares para elucidar a natureza da realidade, ou mesmo problema instalado e sugerir possíveis hipóteses ou novas ideias para futuras investigações e estudos.

5. RESULTADOS

5.1. Perfil sociodemográfico e comportamental das pessoas que vivem com aids internadas

Para a análise do perfil sociodemográfico e comportamental foi considerado o número de pessoas internadas (179), dessas, 111 (62,1%) eram homens, cuja razão entre os sexos era de 1,63 homens para cada mulher. A idade média foi de 42,6 (dp=10,7), a idade mínima foi 21 anos e a máxima foi 75 anos. Considerando a distribuição segundo as faixas etárias, destacam-se indivíduos entre 30 e 50 anos, que somaram um total de 67% das pessoas que viviam com aids internadas no período (Tabela 1).

Em relação à cor da pele, a cor branca representando 62,1% das pessoas internadas (Tabela 1). Apesar da predominância da cor branca (62,1%), quando calculada a taxa de internação segundo a raça/cor no ano estudado, a cor preta destacou-se com 65,06 internações por 100 mil habitantes, superando o valor da cor branca (26,35/100 mil hab.) e parda (29,01/100 mil hab.) juntas (55,45/100 mil hab.).

O estado civil mais frequente foi solteiro com um total de 91 pessoas, representando 50,8% das pessoas analisadas (Tabela 1).

Quanto ao grau de instrução, 72 (40,2%) indivíduos não tinham escolaridade e/ou possuíam o ensino fundamental incompleto e 31,9% (57 pessoas) possuíam o ensino fundamental (EF) completo. Sobre a fonte de renda, 36,3% (65 pessoas) tinham registro de alguma fonte de renda no momento da internação (Tabela 1).

Na análise de completude dos dados do perfil sociodemográfico, a variável renda apresentou-se com maior percentual de ausência de informação (36,9%). Cabe destaque também para as variáveis escolaridade e estado civil com 6,7% e 2,3% de não completude, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequência das características sociodemográficas das PVHA internadas em Ribeirão Preto - SP, 2013.

Características sociodemográficas		N= 179		
		n	%	Análise de completude
Sexo	Masculino	111	62,1	<i>Excelente</i>
	Feminino	68	37,9	
	Sem Informação	0	0	
Faixa etária	21 a 30 anos	24	13,4	<i>Excelente</i>
	30 a 40 anos	52	29,0	
	40 a 50 anos	68	38,0	
	50 a 60 anos	21	11,8	
	60 a 75 anos	14	7,8	
	Sem Informação	0	0	
Cor	Branco	111	62,1	<i>Excelente</i>
	Preto	25	13,9	
	Pardo	40	22,3	
	Sem Informação	3	1,7	
Estado Civil	Solteiro	91	50,8	<i>Excelente</i>
	Casado / União Estável	47	26,2	
	Separado / Divorciado	22	12,3	
	Viúvo	15	8,4	
	Sem Informação	4	2,3	
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	72	40,2	<i>Bom</i>
	EF completo	57	31,9	
	Ensino médio completo	32	17,9	
	Ensino superior completo	6	3,3	
	Sem Informação	12	6,7	
Fonte de renda	Sim	65	36,3	<i>Ruim</i>
	Não	48	26,8	
	Sem Informação	66	36,9	

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Ao analisar os dados comportamentais das pessoas internadas por aids, observou-se que 16,2% (29) dos indivíduos eram heterossexuais, 7,8% (14) já morou na rua alguma vez na vida, 49,2% (88) tinham histórico de uso de álcool, 63,1% (113) tinham histórico de tabagismo e 43,3% (83) apresentaram algum histórico de uso de drogas ilícitas (Tabela 2).

Quanto as variáveis referentes ao sistema prisional, 1,7% (3) dos indivíduos internados estavam detidos, enquanto que 5% (9) já tiveram algum histórico de detenção anterior à data de internação. Considerando o histórico de atividade como profissional do sexo, 3,9% (7) dos entrevistados já exerceram tal atividade (Tabela2).

Ainda sobre os dados comportamentais registrados nos prontuários clínicos das pessoas internadas, 49,7% (89) tinham registros de má adesão à TARV (Tabela 2).

Na análise de completude, cabe destaque para o escore excelente apenas para as variáveis “Pertencentes ao sistema prisional” e “adesão regular à TARV”. As variáveis relacionadas ao uso de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas ilícitas obtiveram boa avaliação, enquanto as variáveis pertinentes à prática sexual e a condição de ser morador de rua foram avaliadas como *muito ruins* (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de frequência dos dados comportamentais das PVHA internadas em Ribeirão Preto - SP, 2013.

Dados comportamentais		N 179		Análise de completude
		n	%	
Prática sexual	Heterossexual	29	16,2	<i>Muito ruim</i>
	Bissexual	4	2,2	
	Homossexual	14	7,8	
	Sem Informação	132	73,8	
Histórico de morador de rua	Sim	14	7,8	<i>Muito ruim</i>
	Não	8	4,4	
	Sem Informação	157	87,8	
Histórico de uso de álcool	Sim	88	49,2	<i>Bom</i>
	Não	73	40,8	
	Sem Informação	18	10,0	
Histórico de tabagismo	Sim	113	63,1	<i>Bom</i>
	Não	48	26,9	
	Sem Informação	18	10,0	
Histórico de uso de drogas ilícitas	Sim	83	46,3	<i>Bom</i>
	Não	80	44,7	
	Sem Informação	16	9,0	
Pertencente ao sistema prisional	Sim	3	1,7	<i>Excelente</i>
	Não	176	98,3	
	Sem Informação	0	0	
Histórico de detenção	Sim	9	5,0	<i>Muito ruim</i>
	Não	5	2,8	
	Sem Informação	165	92,2	
Profissional do sexo	Sim	7	3,9	<i>Muito Ruim</i>
	Não	3	1,7	
	Sem Informação	169	94,4	
Adesão regular à TARV	Sim	48	26,9	<i>Excelente</i>
	Não	89	49,7	
	Sem TARV	41	22,9	
	Sem Informação	1	0,5	

Fonte: Próprio estudo, 2013

5.2. Caracterização das internações e o perfil clínico das pessoas que vivem com aids internadas

Conforme descrito na etapa material e métodos, para a caracterização das internações considerou-se o total de ocorrência, ou seja, 259, incluindo todas as reinternações de um mesmo indivíduo no período estudado.

Em relação à sazonalidade das internações por aids no município de Ribeirão Preto, vê-se que há uma distribuição homogênea durante o ano, sendo novembro o mês com o maior número de internações (Figura 13)

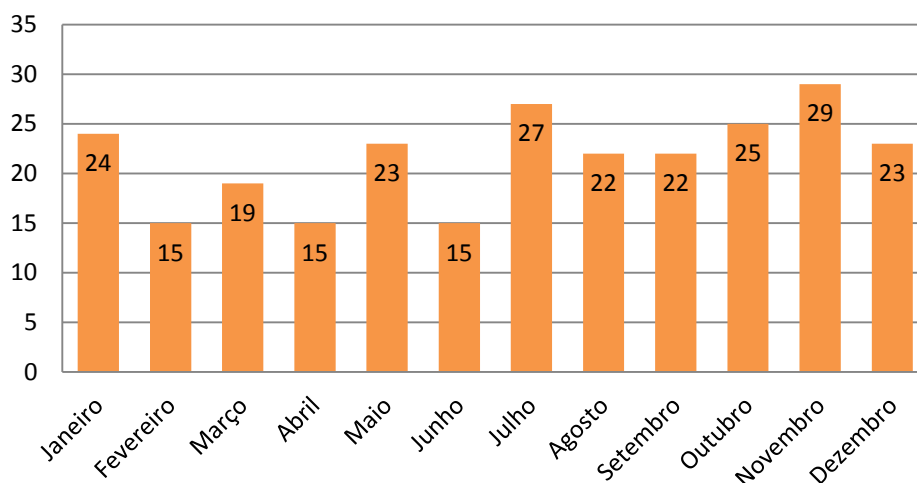


Figura 13: Distribuição das ocorrências de internação segundo mês do ano, Ribeirão Preto – SP, 2013
Fonte: Próprio estudo, 2013.

Quanto a duração das internações, o tempo médio foi de 14,1 dias ($DP \pm 12,6$), sendo o máximo de 86 dias e mínimo de 1 dia.

O desfecho predominante foi a alta médica com 83,4% dos casos, o óbito ocorreu em 11% das internações, e as demais tiveram como desfechos a alta por fuga (3,4%), alta a pedido (1,1%) e transferência (1,1%).

Quanto ao diagnóstico principal da internação registrado no SIH, prevalecem as internações cuja causa está relacionada ao agravo, com um total de 227 ocorrências (87,6%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de frequência dos diagnósticos principais registrados no SIH, segundo grupo da CID 10. Ribeirão Preto, 2013.

Grupo do CID - 10	Definição	n	%
Grupo entre B20 e B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	227	87,6
Grupo entre A30 e A49	Outras doenças bacterianas	7	2,7
Grupo entre A15 e A19	Tuberculose	4	1,6
Grupo entre A00 e A09	Doenças infecciosas intestinais	2	0,7
Grupo entre B15 e B19	Hepatite viral	2	0,7
Grupo entre F10 e F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	2	0,7
Grupo entre A50 e A64	Infecções de transmissão predominantemente sexual	1	0,4
Grupo entre B25 e B34	Outras doenças por vírus	1	0,4
Grupo entre B35 e B49	Micoses	1	0,4
Grupo entre B95 e 97	Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos	1	0,4
Grupo entre C00 e C75	Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, de localizações especificadas, exceto dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	1	0,4
Grupo entre G80 e G83	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	1	0,4
Grupo entre H80 e H83	Doenças do ouvido interno	1	0,4
Grupo entre I10 e I15	Doenças hipertensivas	1	0,4
Grupo entre J00 e J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores	1	0,4
Grupo entre J40 e J47	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1	0,4
Grupo entre L00 e L08	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	1	0,4
Grupo entre M86 e M90	Outras osteopatias	1	0,4
Grupo entre N60 e N64	Doenças da mama	1	0,4
Grupos entre E70 e E90	Distúrbios metabólicos	1	0,4
Grupo entre D55 e D59	Anemias hemolíticas	1	0,4
Total		259	100

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Considerando o número de vezes que uma mesma pessoa internou no período de um ano, foi possível verificar que 103 sujeitos (57,5%) internaram apenas uma vez e os demais (76 indivíduos) tiveram reinternações durante o ano estudado, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Distribuição da frequência das pessoas internadas, segundo o número de reinternações nos doze meses anteriores à data da última internação registrada em 2013. Ribeirão Preto, 2013

Número de internações	n	%
Apenas uma vez	103	57,5
Duas vezes	37	13,3
Três vezes	21	11,7
Quatro vezes	10	5,6
Cinco vezes ou mais	8	4,4
Total	179	100

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Em relação ao perfil clínico das pessoas internadas, detectou-se que o tempo médio de diagnóstico de aids foi de 84,3 meses (dp=82,1), sendo o valor mínimo 0 e máximo 323 meses. Vale destacar que foram identificados 28 sujeitos com menos de um mês de diagnóstico e, ao comparar a data de internação com a data do diagnóstico que constava na notificação SINAN, observou-se que 26 pessoas (14,5%) tiveram o diagnóstico durante a internação hospitalar (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição de frequência das pessoas internadas, segundo tempo de diagnóstico HIV/aids. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Tempo de diagnóstico	n	%
Menos de um mês	28	15,6
De 2 a 12 meses	29	16,2
De 1 a 5 anos	28	15,6
De 5 a 10 anos	29	16,2
De 10 a 15 anos	33	18,5
15 anos ou mais	27	15,1
Sem Informação	5	2,8
Total	179	100

Fonte: Próprio Estudo, 2013

As principais condições crônicas identificadas entre as pessoas que viviam com aids internadas no período foram as hepatites virais (19,3%), seguida da hipertensão arterial sistêmica (15,8%). Ressalta-se que 116 internações (44,8%) não possuíam o registro de manifestações clínicas típicas da aids durante a internação, ou seja, as demais ocorrências (143 – 55,2%) possuíam pelo menos uma manifestação clínica condizente com a evolução da doença. Ainda, em relação às doenças oportunistas mais incidentes, destacam-se a candidíase orofaríngea (20,8%) e a tuberculose (14,3%) (Tabela 6).

Quanto aos aspectos laboratoriais, 62,2% dos casos apresentavam a contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 cópias e 71,0% apresentaram valores de carga viral detectável (Tabela 6). Na análise de completude pertinente ao acompanhamento dos casos para a caracterização das internações, todas as variáveis foram classificadas como excelentes.

Tabela 6: Distribuição de frequência das variáveis envolvidas no acompanhamento do caso durante a internação. Ribeirão Preto, 2013.

Variáveis sobre o acompanhamento do caso		N=259		Análise de completude
		n	%	
Manifestação clínica*	Nenhuma	116	44,8	<i>Excelente</i>
	Diarréia igual ou maior que 1 mês	60	23,2	
	Caquexia ou perda de peso maior que 10%	54	20,9	
	Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês	50	19,3	
	Dermatite persistente	39	15,0	
	Sem informação	0	0	
Linfócitos T - CD4+	<200 cópias	161	62,2	<i>Excelente</i>
	200- 350 cópias	33	12,7	
	350-500 cópias	23	8,9	
	>500 cópias	42	16,2	
	Sem informação	0	0	
Carga viral	Indetectável (< 50 copias/mL)	66	25,5	<i>Excelente</i>
	Detectável (> 50 copias/mL)	184	71,0	
	Sem informação	9	3,5	
Condições crônicas associadas*	HAS	41	15,8	<i>Excelente</i>
	Depressão	28	10,8	
	Dislipidemia	21	8,11	
	Hepatites virais	50	19,3	
	Diabetes Mellitus	11	4,2	
	Transtornos mentais	14	5,4	
	Problemas pulmonares	11	4,2	
	Outros	20	7,7	
	Nenhuma	116	44,8	
Sem informação	0	0		
Doença oportunista*	Nenhuma	73	28,2	<i>Excelente</i>
	Candidíase esofágica e orofaríngea	54	20,8	
	Tuberculose	37	14,3	
	Pneumonia	34	12,9	
	Neurotoxoplasmose	31	12,0	
	Citomegalovírus	25	9,6	
	Pneumocistose	16	6,2	
	MAC	13	5,0	
	Herpes Zoster	11	4,2	
	Sarcoma de Kaposi	11	4,2	
	PB micose	11	4,2	
	Sem Informação	0	0	

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Nota: *As variáveis “manifestações clínicas”, “condições crônicas associadas” e “doença oportunista” permitiram mais de uma resposta e, por esse motivo, a soma ultrapassou as 259 internações consideradas nesse estudo, portanto, a somatória das porcentagens supera 100%.

5.3. Antecedentes assistenciais das pessoas internadas

Para analisar os antecedentes assistenciais foram consideradas as 179 pessoas vivendo com a doença que internaram em 2013. Salienta-se que tais antecedentes foram verificados exclusivamente entre os serviços que compõem a rede pública municipal de saúde, ou seja, não foram considerados nesta etapa os serviços públicos sob gestão estadual, bem como aqueles serviços de natureza privada.

É possível observar que 49,7% das pessoas que viviam com aids internadas tinham algum histórico de tratamento no SAE da rede pública municipal, sendo que 35,8% passaram em, pelo menos, uma consulta no SAE nos 12 meses anteriores à internação. Das pessoas internadas, 46,9% nunca utilizaram UBS/USF nos últimos 12 meses da data de internação, no entanto, 64,8% tem histórico de uso de pronto atendimento quando considerado o mesmo período. Quanto à retirada de TARV na farmácia nos 12 meses anteriores à internação, 67,6% procedeu a alguma retirada, cabe destaque para os 22,3% que estavam sem prescrição de TARV no período anterior à internação (Tabela 7).

A análise da completude dos dados relacionados aos antecedentes assistenciais aponta que apenas a retirada TARV nos últimos 12 meses obteve o escore excelente, as demais foram classificadas como ruins (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição de frequência das pessoas internadas, segundo os antecedentes assistenciais na rede municipal de saúde. Ribeirão Preto, 2013

Antecedentes assistenciais		N=179		Análise da completude
		n	%	
Histórico de Tratamento no SAE	Sim	89	49,7	<i>Ruim</i>
	Não	44	24,6	
	Sem Informação	46	25,7	
Utilização do SAE nos últimos 12 meses	Sim	64	35,8	<i>Ruim</i>
	Não	69	38,5	
	Sem Informação	46	25,7	
Retirada de TARV na farmácia nos últimos 12 meses	Sim	121	67,6	<i>Excelente</i>
	Não	11	6,1	
	Sem TARV	40	22,3	
	Sem Informação	7	4,0	
Utilização das UBS/USF nos últimos 12 meses	Sim	49	27,4	<i>Ruim</i>
	Não	84	46,9	
	Sem Informação	46	25,7	
Utilização do Pronto Atendimento nos últimos 12 meses	Sim	116	64,8	<i>Ruim</i>
	Não	17	9,5	
	Sem Informação	46	25,7	

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Quanto ao número de vezes que cada serviço foi utilizado nos 12 meses anteriores à data da internação, verificou-se que 16,7% utilizou o SAE de uma a três vezes, 17,8% procurou a UBS/USF de uma a três vezes e 36,3% compareceram em pronto atendimento de uma a cinco vezes no período estudado (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição de frequência da utilização dos serviços da rede municipal de saúde pelas pessoas internadas, segundo o número de comparecimento. Ribeirão Preto, 2013

Tipo de Serviço	Número de vezes	N= 179	
		n	%
SAE	0	69	38,5
	1 a 3	30	16,7
	4 a 6	16	8,9
	7 a 10	8	4,6
	11 a 19	10	5,6
	Sem informação	46	25,7
UBS/USF	0	84	46,9
	1 a 3	32	17,8
	4 a 6	10	5,5
	7 a 20	8	4,4
	Sem Informação	46	25,7
Pronto Atendimento	0	17	9,5
	1 a 5	65	36,3
	5 a 10	27	15,1
	10 a 23	24	13,4
	Sem Informação	46	25,7

Fonte: Próprio estudo, 2013.

Quanto à retirada da TARV nos 12 meses anteriores à internação, observa-se que apenas 29% realizaram 80% ou mais das possíveis retiradas (Tabela 9)

Tabela 9: Distribuição de frequência de retirada da terapia antirretroviral nas farmácias dispensadoras. Ribeirão Preto, 2013.

Porcentagem de retiradas de TARV	n	%
Acima de 80%	52	29,0
De 80 a 50%	25	14,0
Abaixo de 50%	55	30,7
Sem TARV	40	22,3
Sem Informação	7	4,0
Total	179	100

Fonte: Próprio estudo, 2013.

6. DISCUSSÃO

6.1. Perfil sociodemográfico e comportamental das pessoas internadas: as vulnerabilidades e suas implicações na agudização da aids.

O perfil das pessoas que viviam com aids internadas no ano de 2013 constituiu-se de homens em idade economicamente ativa, raça branca, baixa escolaridade, com alguma fonte de renda e com histórico de uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas. Tal perfil condiz com a maioria das publicações brasileiras e internacionais (METSCH et al., 2009; FLEISHMAN et al., 2005; NUNES et al., 2015).

No que tange as questões de gênero, os homens se destacam nos percentuais de internação, essa realidade não se mostra apenas nos casos de internação, tão pouco apenas no município estudado. O boletim epidemiológico, lançado em 2015 aponta que, no período de 1980 até 2008, houve o processo de feminilização do perfil epidemiológico da doença no país, no entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de aids nas mulheres e aumento nos homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou de 15 (até 2008) para 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013 (BRASIL, 2015).

Tal cenário reitera a preocupação recorrente com os casos de aids em homens na literatura nacional e internacional, uma vez que os mesmos são mais propensos à infecção e agudização da doença. Essa realidade se dá por influências individuais, sociais e programáticas (GONTIJO, et al, 2013). Observa-se a construção sociocultural sobre gênero que qualifica o homem como ser invulnerável ao adoecimento (GONTIJO, et al, 2013), por consequência, o expõe ao diagnóstico tardio, o faz mais suscetível ao aparecimento de doenças oportunistas e, ainda, menos propenso a aderir ao tratamento quando comparado à população feminina (NUNES et al., 2010; SOK et al, 2006).

A maioria das pessoas internadas se enquadrava na faixa etária entre 40 e 50 anos. Apesar de a maioria ainda compor a faixa etária economicamente ativa (30 a 50 anos), cabe destaque para o envelhecimento da população estudada. Tal perfil condiz com a tendência da aids no Brasil (SILVA, et al., 2013). No estado de São Paulo, até o ano de 2011, a faixa etária mais acometida entre homens e mulheres era a de 30 a 39 anos de idade, sendo que uma década depois, a faixa etária de 40

a 49 anos já se iguala à anterior (SÃO PAULO, 2014; SEADE, 2013), sinalizando tal processo de envelhecimento.

Encontrou-se a predominância da cor branca (62,1%), o que se contrapõe à realidade das internações por aids na literatura internacional (BETZ et al., 2005; BERRY et al., 2012; BACHHUBER, SOUTHERN, 2014), no entanto, quando calculada a taxa de internação segundo a raça/cor no ano estudado, a cor preta destacou-se com 65,06 internações por 100 mil habitantes, superando o valor da cor branca (26,35/100 mil hab.) e parda (29,01/100 mil hab.) juntas (55,45/100 mil hab.).

O estudo realizado por Bachhuber e Southern (2014) nos Estados Unidos destacou indícios que negros registraram taxas de hospitalização superiores aos brancos e eram mais acometidos por doenças oportunistas. No Brasil, discute-se a barreira de acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, especialmente por estarem expostos às desigualdades sociais, como violência, baixa escolaridade e menor concentração renda (CAMPOS et al., 2011; GOES; NASCIMENTO, 2013).

No que tange às internações por aids, houve uma dificuldade de encontrar, na literatura nacional, estudos que abrangessem a questão de raça/cor em suas variáveis. O quesito cor da pele foi incluso no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde em dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), contudo, ainda há indícios da dificuldade de se levantar tal informação nos registros dos serviços de saúde responsáveis pelo acompanhamento dessas pessoas (BATISTA, MONTEIRO, MEDEIROS, 2013).

A limitação dessa variável no estudo dá-se pelo fato de não ser possível saber a origem desse dado, uma vez que é impróprio afirmar que o registro da cor da pele nos prontuários clínicos foi realizado pelos profissionais de saúde mediante a autodeclaração dos sujeitos que viviam com a doença ou se a informação foi coletada de alguma outra fonte, como familiar/responsável, sistemas de informação de saúde ou até mesmo se o registro se deu baseado em nas próprias impressões dos profissionais a partir da observação, mesmo não sendo uma prática recomendada.

A maioria das pessoas internadas apresentou um baixo nível de escolaridade. O quesito escolaridade pode remeter a duas vertentes de análise, a primeira diz respeito ao aspecto de vulnerabilidade individual que esse indivíduo se insere, uma

vez que, sua escolaridade pode influenciar o grau de entendimento em relação ao agravo e terapia, repercutindo no engajamento no seu autocuidado. Além do mais, a baixa escolaridade pode estar relacionada à pauperização, tendência da epidemia de aids já descrita na literatura (FONSECA, 2000; SILVA et al., 2013 e mostrando que as internações podem estar atreladas a bolsões de pobreza (PARKER & CAMARGO JR, 2000; ACCORSI et al., 2005). No estudo a variável renda foi a única do perfil sociodemográfico avaliada como ruim na análise de completude, e, dos dados preenchidos, não é possível mostrar se a fonte de renda descrita é suficiente para o sustento do indivíduo, tão pouco, quantas pessoas dependem da mesma renda para subsistência.

Quanto às questões comportamentais é possível destacar que a maioria das pessoas internadas utilizava ou tinha algum histórico de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. A realidade do uso de drogas por pacientes internados devido à aids é apontada em pesquisas em diferentes partes do mundo (NUNES, 2010; RODRIGUEZ et al., 2007; FLEISHMAN et al., 2005; BERRY et al., 2012). Alguns estudos destacam o uso de drogas como preditivos para internação (FIELDEN et al., 2008; BETZ et al., 2005) ou como fator que influencia diretamente na adesão ao tratamento (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007; SILVA et al., 2009).

Quanto à adesão, destaca-se que a maioria das pessoas internadas não fazia o uso correto da terapia prescrita, cabe destacar que na sessão “dados comportamentais” a fonte de coleta do dado foi o prontuário clínico preenchido pelos profissionais da saúde, portanto, esse dado remete à percepção do profissional para o termo adesão. Já na sessão de “acompanhamento clínico”, buscou-se a complementação dessa informação mediante a contagem de retiradas da medicação na farmácia, pelo sistema de informação SICLOM. Apesar da retirada da medicação não ser garantia da ingestão do medicamento, estudos utilizam essa variável como estratégia de avaliar a adesão à TARV (SILVA et al., 2015; BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2013a).

O ministério da saúde reitera que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica e, conseqüentemente, agudização do agravo. E, de maneira geral, é necessária a tomada de pelo menos 80% das doses para que se obtenha resposta terapêutica adequada (BRASIL, 2013a). Nessa perspectiva, a análise da regularidade na retirada da medicação da farmácia também sinaliza uma má adesão

das pessoas internadas, uma vez que apenas 29% das pessoas realizaram, pelo menos, 80% das possíveis retiradas mensais da TARV na farmácia, corroborando com as descrições contidas nos prontuários clínicos no momento da internação.

A adesão é amplamente discutida no âmbito da assistência em HIV/aids, uma vez que, diante da impossibilidade de cura da doença, o tratamento torna-se a alternativa possível de melhoria na qualidade e expectativa de vida da pessoas que vivem com a doença (NEMES et al., 2009; BRASIL, 2013a). Contudo, alcançar a supressão viral em 90% das pessoas vivendo com aids, tal como é preconizado pelas agências e organizações mundiais (UNAIDS, 2015), ainda representa um sério desafio para o Brasil (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015) e os dados desta pesquisa confirmam essa realidade. Tal desafio demonstra que a oferta universal do medicamento deve ser atrelada às questões de vulnerabilidade individual, social e programática (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2013a; SANTOS et al., 2016; NEMES et al., 2009).

Propositalmente, as variáveis “prática sexual”, “condição de ser ou ter sido morador de rua”, “histórico de detenção” e “profissional do sexo” foram deixadas para serem discutidas no final desta seção. Todas foram avaliadas como *muito ruins* na análise de completude dos dados, com exceção da variável “pertencente ao sistema prisional”, no entanto, destaque-se que para essa variável, consideraram-se como não pertencentes ao sistema prisional todas as pessoas que tinham em seu prontuário clínico qualquer menção de participação na sociedade. As demais variáveis só foram preenchidas mediante o registro da informação, sem fazer inferência de contexto a partir dos relatos dos profissionais, portanto, a variável pertencente ao sistema prisional apresenta viés no que tange a análise de completude.

O grau de incompletude de tais variáveis variou de 73,8% a 94,4%, o que impossibilita a caracterização do perfil comportamental de maneira fidedigna, entretanto, é possível perceber a dificuldade da equipe em abordar questões individuais que abrangem o modo de vida e realidades sociais nas quais as pessoas que vivem com aids estão inseridas e que há a valorização das informações que remetem ao quadro clínico e as intervenções decorrentes.

Reconhece-se que, em um momento de instabilidade clínica envolvendo a internação hospitalar, seja indispensável o registro de informações sobre a evolução

do indivíduo, entretanto, considerando o hospital como um ponto de atenção que integra a rede local de saúde, bem como a necessidade de fortalecimento da contrarreferência junto aos demais serviços que compõem tal rede, especialmente para o manejo da aids enquanto uma condição crônica (MENDES, 2015; SÃO PAULO, 2015), há que se avançar em processos de produção e gestão do cuidado em saúde pautados na valorização, identificação, registro e o respectivo compartilhamento de informações que remetem às condições individuais e sociais dos sujeitos atendidos, no sentido de fortalecer a coordenação e continuidade do cuidado após a alta hospitalar, com intervenções singulares capazes de minimizar, inclusive, as reinternações e demais desfechos desfavoráveis.

Aqueles sujeitos internados que foram avaliados, não apenas pelos médicos infectologistas, mas também por outros profissionais, tais como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e enfermeiros, possuíam os prontuários mais completos no que tange às informações de natureza individual e social, reiterando, desta forma, a importância de uma equipe multiprofissional no processo de elaboração de planos terapêuticos individualizados e coerentes com as necessidades e demandas das pessoas que vivem com aids (SÃO PAULO, 2015; BRASIL, 2013) visando o adequado manejo da doença enquanto uma condição crônica.

.O cenário atual da epidemia expressa a tendência de aumento dos casos de aids em homem que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos, passando de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013. (BRASIL, 2014; GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015). Tal situação aponta a necessidade, já descrita pelo ministério da saúde e organizações mundiais (BRASIL, 2013a; UNAIDS, 2014), de considerar aspectos individuais mediante a abordagem de risco e histórico psicossocial nos atendimentos às pessoas que vivem com aids. No tocante dos profissionais do sexo, moradores de rua e pertencentes ao sistema prisional, há uma mobilização mundial para que essas pessoas passem a serem vistas e consideradas tanto pela sociedade quanto pelos serviços de saúde. Trata-se de indivíduos à margem da sociedade, com dificuldades de acesso às ações de saúde e, conseqüentemente, mais vulneráveis ao adoecimento e desfechos desfavoráveis (UNAIDS, 2015).

É necessário reconhecer que o enfrentamento do agravo e dos estigmas que circundam a infecção expõem os indivíduos a situações clínicas, sociais e psicológicas que os tornam mais suscetíveis, não apenas ao adoecimento, mas, sobretudo, à evolução para formas mais graves da doença, resultando em episódios de agudização (SOUSA, 2013). Nesse contexto, o planejamento das ações em saúde carece de ferramentas capazes de identificar necessidades e estabelecer prioridades junto à população alvo, subsidiando o delineamento e avaliação de intervenções sanitárias coerentes e integradas ao contexto social e cultural (MENDES, 2015) no qual o cuidado é produzido.

6.2. Perfil clínico das pessoas internadas e as características das internações por aids: uma reflexão sobre o controle da epidemia

Percebe-se na caracterização das internações uma distribuição equilibrada entre os meses do ano. Em relação à duração da internação, encontrou-se uma média de 14,1 dias. Considerando-se os sujeitos em idade produtiva, há que se refletir sobre os possíveis impactos econômicos e sociais da doença na vida das pessoas e coletividades.

Quanto ao motivo da hospitalização, encontrou-se, predominantemente, doenças relacionadas à aids. Na literatura atual há indícios de admissões hospitalares por doenças crônicas (THOMPSON et al., 2012; BERRY et al., 2012), contudo, no presente estudo, apesar de constar a presença de alguma condição crônica em 55,2% das internações analisadas, essas comorbidades não foram consideradas como causa principal da internação na grande maioria dos casos. Além do mais, depara-se com o predomínio de doenças oportunistas, presença de manifestações clínicas típicas da evolução da doença, carga viral detectável e baixo nível de células T CD4+.

Apesar dos indícios de melhoria da qualidade de vida, diminuição dos casos de óbitos e das taxas de internação hospitalar (DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2011; NUNES, 2008), a caracterização das internações e das condições clínicas que

levaram às pessoas internarem suscitam reflexões sobre os avanços para o combate da epidemia. Nos pacientes internados é possível perceber que a doença ainda causa debilidades no sistema imunológico da pessoa que convive com o vírus, deixando-a susceptível às infecções. Estudos apontam que o aumento da carga viral circulante no organismo e a diminuição dos níveis de células T CD4+ se mantem como principais preditivos para a internação hospitalar (FALSTER et al., 2010; FIELDEN et al., 2008). Identificou-se nos registros dos prontuários a presença de uma ou mais manifestações clínicas, no momento da internação, condizentes com a evolução da infecção pelo HIV (febre, emagrecimento, dentre outras), além do importante agravamento das condições imunológicas dos sujeitos e a incidência de manifestações oportunistas que indicam o avanço da doença. Estes aspectos tornam o cuidado complexo e o reestabelecimento das condições de saúde um desafio no processo de manejo clínico terapêutico da doença.

Nesse cenário, cabe destaque aos 11% das internações que tiveram o óbito como desfecho, sendo que as taxas de mortalidade no município de Ribeirão Preto mostram-se elevadas quando comparadas com o estado de São Paulo no ano de 2012 (8,9/100.000 hab, 6,6/100.000 hab., respectivamente). Além do mais, um estudo sobre a mortalidade por aids no município levantou que a maioria dos óbitos ocorreu em hospitais municipais, sendo o hospital, cenário do presente estudo, o responsável pela maioria dessas ocorrências (70,4%) (SANTOS, 2015). Tais achados reiteram a necessidade de identificar quem são as pessoas que estão sendo hospitalizadas para a formulação de estratégias que visem à diminuição dos índices de mortalidade de município.

As reinternações também chamam a atenção nos dados levantados. Na literatura científica a discussão sobre o tema é escassa e, em muitos casos, limitada à análise da reinternação precoce (até 28 dias após a alta), entretanto, mesmo com tal limitação é possível compreender que há em todo o mundo altas taxas de reinternação das pessoas que vivem com aids (BERRY et al., 2013; MCCLURE; BRATTI, 2006; BORGES et al., 2008). No presente estudo, foi possível observar que 76 sujeitos reinternaram no período de um ano, sendo que 18 indivíduos internaram mais de quatro vezes no mesmo período.

No estudo realizado por Berry e colaboradores (2013) sobre a reinternação precoce das pessoas vivendo com aids nos Estados Unidos concluiu que, de modo

geral, as reinternações são devido à alta frequência de doenças intrinsecamente associadas com doença avançada pelo HIV, ou seja, baixo nível de T CD4+ e aumento da carga viral, perfil também encontrado nos participantes do presente estudo. Já Borges e colaboradores (2008), numa investigação sobre as readmissões precoces em um hospital de grande porte em Porto Alegre inferiram que a alta prevalência de readmissões está intimamente relacionada ao perfil dos pacientes e de suas comorbidades. Alegam que há uma dificuldade de manejar pacientes com condições crônicas ou com múltiplas patologias dentro e fora do ambiente hospitalar (BORGES et al., 2008), como é o caso dos pacientes desse estudo, portanto, as alternativas cabíveis para amenizar as altas taxas de readmissões hospitalares estão atreladas à inserção do paciente dentro da rede de assistência à saúde, com ênfase no cuidado na AB e retorno ambulatorial precoce (BORGES et al., 2008).

No que tange ao tempo de diagnóstico, destaca-se que não há diferenças na distribuição dos pacientes segundo o tempo de diagnóstico, apenas uma sutil prevalência de pacientes que foram diagnosticados entre 5 e 10 anos antes da data de internação. Esses dados podem revelar que o tempo de diagnóstico não é preditivo para a internação, no entanto, o delineamento do presente estudo não permite tal inferência, sinalizando a necessidade de outras pesquisas para melhor compreensão acerca do comportamento desta variável.

Ainda no que se refere ao tempo de diagnóstico, uma situação torna-se relevante frente ao cenário das internações, uma vez que 14,5% das pessoas internadas tiveram o diagnóstico durante a hospitalização. Tal achado remete ao desafio de disponibilizar o diagnóstico precoce para a população. Diagnosticar o vírus precocemente favorece o início precoce da TARV e, conseqüentemente, corrobora com a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com aids e a prevenção de comorbidades, além do mais, no que tange o controle da epidemia, o diagnóstico precoce significa o rompimento da cadeia de transmissão viral, prevenindo novas infecções (ARANTES; SANTOS, 2015).

Várias ações políticas foram desenvolvidas no país nos últimos anos para o incentivo ao teste diagnóstico, como implantação dos centros de testagem e aconselhamento (CTA) (BRASIL, 2008) e a descentralização das ações de prevenção e diagnóstico para a AB (ARANTES; SANTOS, 2015; VAL, NICHATA, 2014), contudo, percebe-se a necessidade de elaboração de estratégias para que

tais políticas abrangem as populações mais vulneráveis (VAL, NICHIATA, 2014; THOMPSON et al., 2012).

Observa-se que, mesmo com o aprimoramento de testes diagnósticos e a disponibilização da TARV em larga escala, a hospitalização por HIV/aids está fortemente associada a grupos minoritários ou desfavorecidos, os quais ainda possuem o status imunológico agravado em decorrência da ação viral no organismo, sugerindo disparidades persistentes que perpassam o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e profilaxia de infecções oportunistas, assim, esforços para eliminar sistematicamente as barreiras à assistência são urgentemente necessários para que os benefícios da TARV sejam disponíveis para todos os grupos vulneráveis (BACHHUBER, SOUTHERN, 2014), reiterando os desafios que perpassam o alcance das metas mundiais propostas para o fim da epidemia.

6.3. Histórico de acompanhamento assistencial das pessoas que viviam com aids internadas na rede municipal de saúde

Ao levantar o histórico de acompanhamento das pessoas que viviam com aids internadas, verificou-se que apenas 49,7% possuíam histórico de tratamento em algum dos cinco SAE da rede municipal de Ribeirão Preto. Cabe a observação de que esse estudo não abrangeu o ambulatório do HCFMRP, no entanto, percebe-se que, na análise da retirada da TARV, 121 pessoas faziam a retirada do medicamento na farmácia, considerando a necessidade de prescrição médica, mediante um acompanhamento clínico para a retirada da medicação e que havia 89 pessoas em seguimento pelos SAE da rede municipal, levanta-se a possibilidade que 32 pessoas estavam em acompanhamento pelo ambulatório do HCFMRP, o que elevaria o percentual de pessoas em acompanhamento para 67,6%.

A dificuldade encontrada no desenvolvimento da pesquisa para identificar as pessoas que são acompanhadas pelo SAE do hospital e entender se essas mesmas pessoas estão utilizando os serviços da rede municipal de saúde aponta um desafio no fortalecimento da rede assistencial para PVHA no município. O hospital e o

município utilizam sistemas de informação para registro de consultas diferentes e ambos não se interligam, sendo o fluxo de informações prejudicado nesse sentido.

Tal realidade traz importantes reflexões sobre as dificuldades que perpassam o manejo das condições crônicas de modo geral, especificamente no que refere à coordenação do cuidado da população e a necessidade da implantação de um sistema de informação em saúde único que abranja todos os pontos de atenção, favorecendo o compartilhamento das informações por todos os serviços da rede assistencial, facilitando e organizando o fluxo de referência e contrarreferência dos indivíduos, de modo que, a assistência prestada seja contínua, integrada e coerente com as necessidades de quem a recebe (MENDES, 2012; LOPES et al., 2014; PALACIO, FIGUEIREDO & SOUZA, 2012).

Embora os esforços para o manejo do HIV/aids vislumbrem a descentralização do cuidado e a valorização dos serviços da AB (PALACIO, 2012), o acompanhamento das pessoas que vivem com a doença pelos SAE se mantém como estratégia para o monitoramento dos indivíduos visando, entre outras atribuições, a indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas e doenças sexualmente transmissíveis, indicação e manejo de TARV, bem como prevenção e abordagem dos eventos adversos, monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas, além do diagnóstico e manejo das infecções oportunistas e coinfeções (SÃO PAULO, 2014), ou seja, o acompanhamento pelo SAE objetiva prevenir e minimizar eventos de agudização da doença e ofertar elementos que potencializem a qualidade de vida desses indivíduos e, para tal, entende-se a necessidade da periodicidade de consultas que variam de acordo com a avaliação multiprofissional de cada caso, considerando a condição clínica do indivíduo e as diretrizes propostas pelo ministério da saúde brasileiro, sendo que, a recomendação para pacientes clinicamente estáveis é de, no mínimo, duas consultas no período de um ano (BRASIL, 2013a).

No entanto, os dados apontam que, apenas 35,8% (64) das pessoas internadas passaram por, pelo menos, uma consulta em algum SAE da rede municipal. Somando os 14,5% de diagnósticos na internação e desconsiderando as 31 pessoas (17,3%) que, possivelmente, estavam em acompanhamento pelo ambulatório do HCFMRP, das quais não se tem a informação sobre o número de consultas realizadas nos 12 meses anteriores à internação, levanta-se que 31,9%

das pessoas internadas não tiveram sequer uma passagem por consulta ambulatorial no período de um ano que antecedeu a internação.

O município de Ribeirão Preto disponibiliza uma estrutura robusta para o atendimento do HIV/aids na rede de atenção à saúde, contando com cinco SAE com a oferta de consultas, exames e insumos às pessoas vivendo com aids (FIGUEIREDO et al., 2014; RIBEIRÃO PRETO, 2013), facilitando o acesso dos usuário aos serviços oferecidos, portanto, a desvinculação das pessoas internadas nos SAEs do município pode estar atrelado, não só a fragilidade assistenciais, mas também aos aspectos de vulnerabilidades individuais e sociais, já apontados neste estudo, reafirmando a necessidade da oferta de ações abrangendo toda a rede de assistência à saúde, para além dos ambulatórios especializados (BRASIL 2013b; SÃO PAULO, 2015; BRASIL, 2013a), bem como, parcerias para ações intersetoriais envolvendo dimensões como renda, segurança, moradia, educação, entre outros que interferem diretamente nas condições de vida e de saúde das pessoas que vivem com a doença.

Outro destaque nos antecedentes assistenciais das pessoas internadas é a retirada da TARV na farmácia. As questões envolvendo a adesão ao tratamento já foram tratadas anteriormente na discussão, contudo, ainda sobre essa variável, é importante ressaltar que 40 pessoas foram identificadas sem prescrição para o tratamento, sendo que 26 foram diagnosticadas no momento da internação, logo, tais indivíduos não tinham prescrição, além do mais, a indicação de início precoce da terapia à todas as pessoas que vivem com o vírus HIV, independente de parâmetros clínicos e laboratoriais ou doenças oportunistas foi implementada no ano de 2013 (BRASIL, 2013a) o que pode justificar a ocorrência de pessoas internadas que ainda não tinham a TARV instituída em seu plano assistencial.

No tocante aos demais pontos de atenção à saúde que compõem a rede assistencial do município, 27,4% das pessoas vivendo com aids possuíam o registro de alguma passagem por serviços de atenção básica. A multiplicidade de necessidades de saúde, seja de ordem clínica ou social, destacada pelo perfil das pessoas internadas vai ao encontro da assertiva sobre a importância da vinculação e retenção dos indivíduos vivendo com a doença junto aos SAE e a articulação e integração com os serviços de atenção básica no sentido de implementação de ações que visem a prevenção de novas hospitalizações (METSCH et al., 2009).

A descentralização da atenção ao HIV/aids se mostra como uma tendência do SUS e tem o intuito de reorganizar o manejo da infecção pelo HIV em todos os níveis de atenção, sobretudo, na atenção básica, de modo que proporcione a promoção da qualidade de vida, a partir da instituição de ações programáticas de forma mais abrangente, considerando a integralidade das ações em saúde, e ampliação de ações intersetoriais (LOPES et al., 2014; BRASIL 2013b; SÃO PAULO, 2015; BRASIL, 2015). Assim, a atenção básica atua como o suporte aos serviços especializados de maneira compartilhada com o SAE, garantindo a melhoria do acesso das pessoas vivendo com aids ao sistema de saúde.

O único ponto da rede de atenção municipal muito utilizado pelas pessoas internadas foi o pronto atendimento, onde 64,8% dos sujeitos possuíam algum histórico de uso, sendo que, de maneira alarmante, 13,5% das pessoas vivendo com aids utilizaram este serviço de 10 a 23 vezes no período de 12 meses. Alguns aspectos podem estar atrelados a esse uso excessivo de serviços de urgência e emergência, além dos momentos de agudização que podem estar relacionados a debilidades no acompanhamento e vinculação junto aos serviços especializados e pela atenção básica (MEDEIROS et al., 2016), ainda é necessário compreender que a preferência por serviços de urgência pode proceder da expectativa de resolução em curto prazo para necessidades pontuais de saúde, flexibilização do horário de atendimento e valorização desta modalidade de atenção pela população (LOPES et al., 2014).

No que tange a completude dos dados sobre o histórico assistencial, identificou-se que aqueles provenientes do sistema HygiaWeb foram classificados como *Ruins*. Ao se proceder à busca das pessoas vivendo com aids internadas neste sistema de informação, realizou-se o cruzamento de dados pessoais, a saber: nome do indivíduo, nome da mãe, data de nascimento e número do cadastro de pessoa física. Deste procedimento, verificou-se que 46 pessoas não possuíam registro no sistema HygiaWeb, ou seja, possivelmente estes sujeitos não utilizavam o sistema local de saúde.

O levantamento do histórico assistencial das pessoas vivendo com aids internadas desvela o panorama das condições de acesso e de acompanhamento desta parcela da população na rede pública municipal de saúde. Tais achados suscitam reflexões sobre os desafios para a vinculação e retenção dessas pessoas

aos serviços de saúde, de modo que haja a disponibilização de um cuidado contínuo, com oferta e seguimento terapêutico oportuno e o adequado acompanhamento pelo sistema de saúde (KOK et al., 2015; NOSYK et al., 2014; MUGAVERO et al., 2013).

7. CONCLUSÕES

O perfil das pessoas que viviam com aids internadas no ano de 2013 constituiu-se, predominantemente, por homens em idade economicamente ativa, cor branca, baixa escolaridade, com alguma fonte de renda e com histórico de uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, bem como histórico de má adesão à TARV. Tal perfil desperta reflexões sobre as condições de vida e/ou de situações vivenciadas pelos sujeitos que podem expor a uma maior vulnerabilidade para a instabilidade clínica e agudização da doença, resultando em desfechos desfavoráveis, no caso deste estudo, em internações hospitalares.

Quanto às características das internações, as doenças relacionadas à aids e a presença de doenças infecciosas configuraram os principais motivos que levaram à internação. Quanto ao desfecho da internação, predominou-se a alta médica. Em relação ao acompanhamento do caso a partir da internação, identificaram-se manifestações clínicas condizentes com o avanço da infecção pelo vírus do HIV, bem como a presença de alguma doença oportunista e condições crônicas associadas. Das pessoas internadas, a maioria possuía baixo nível de células T CD4+ e carga viral detectável. Merece destaque o número elevado de reinternações registradas no ano estudado.

Observa-se que, mesmo com o aprimoramento de testes diagnósticos e a disponibilização da TARV em larga escala, a hospitalização por HIV/aids mantém relação com grupos minoritários ou desfavorecidos, os quais ainda possuem o status imunológico agravado em decorrência da ação viral no organismo, sugerindo disparidades persistentes que perpassam o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e profilaxia de infecções oportunistas, assim, esforços para eliminar sistematicamente as barreiras à assistência são urgentemente necessários para que os benefícios da TARV sejam disponíveis e acessíveis a todos os grupos vulneráveis, na perspectiva de focalização de ações e serviços para segmentos excluídos dos sistemas de saúde, o que exige o delineamento e implementação de políticas públicas que extrapolam a dimensão setorial.

Em relação aos antecedentes assistenciais, identificou-se importante percentual de sujeitos com debilidades na adesão a partir dos registros de profissionais de saúde envolvidos no atendimento durante a internação hospitalar, bem como irregularidades na retirada mensal de TARV nas farmácias dispensadoras. Ainda, a maioria dos sujeitos não apresentou monitoramento

sistemático e contínuo por algum SAE da rede pública municipal e poucos indivíduos passaram por atendimento junto a equipes dos serviços de atenção básica, entretanto, a utilização de unidades de pronto atendimento no período que antecedeu a internação hospitalar foi expressiva. Tais achados suscitam reflexões sobre as condições de acesso ao sistema de saúde, especialmente, no que se refere aos desafios para a vinculação e retenção desses sujeitos aos serviços de saúde visando a continuidade do cuidado ofertado.

Percebe-se a existência de grupos populacionais que estão à margem das ações de saúde ofertadas atualmente, com importantes fragilidades no acesso, vinculação e retenção junto aos serviços de saúde, especialmente os ambulatórios de referencia em HIV/aids. Assim, reconhece-se que o acesso e qualidade da assistência prestada às pessoas que vivem com aids perpassam por aspectos institucionais no sentido de avançar no fortalecimento da rede local de atenção à saúde, com a definição de ações e estratégias conjuntas envolvendo os diferentes serviços e profissionais para a prevenção da transmissão da doença, identificação precoce e tratamento oportuno dos casos. .

Para além das questões setoriais do campo da saúde, há que se reconhecer e valorizar o contexto social, econômico, político e cultural no qual as pessoas que vivem com aids estão inseridas, sinalizando a urgência de políticas públicas coadjuvantes e de natureza intersetorial para impactar no manejo da doença, minimização os desfechos desfavoráveis (internações e óbitos) decorrentes dos momentos de agudização do agravo. Adicionalmente, salienta-se a coexistência de elementos individuais intrínsecos aos sujeitos que influenciam na motivação e engajamento para o autocuidado, assim, pressupõem-se uma rede de cuidados intra e intersetorial sensibilizada e preparada para o acolhimento e o suporte social e emocional ao longo da vida dos sujeitos que vivem com a doença.

Compreender quem são as pessoas que vivem com aids em situação de agudização da doença e identificar as reais e potenciais vulnerabilidades permitem o delineamento de intervenções focalizadas, coerentes e com perspectivas intersetoriais visando a mobilização de sujeitos sociais e recursos de modo que se avance no acesso, inclusão, vinculação e retenção de sujeitos mais vulneráveis aos cuidados prestados pelos serviços de saúde, impactando, deste modo, na ocorrência de desfechos desfavoráveis, como é o caso da internação hospitalar.

8. REFERÊNCIAS

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

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

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, p.117-139, 2003.

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

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

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

BERRY S. A., et al. Thirty-day hospital readmission rate among adults living with HIV. **AIDS**. v. 27, n. 13, p. 2059-68, Aug 2013.

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

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

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, Jan. 2006.

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

BORGES F. K., et al. Early hospital readmission: an indicator of hospital quality of care assessment. **Rev HCPA**. v. 28, n. 3, p. 147-52, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília, DF, 2008.

_____. Departamento de DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores e dados básicos do hiv/aids dos municípios brasileiros**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/aids/> . Acesso em: 11 maio 2016. BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/aids**. ISSN: 1517-1159. Brasília, 2015

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2009.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação– Sinan: normas e rotinas**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2006. 80 p.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013**. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de

Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. **Diário Oficial da União**. 16 jan 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Assessoria de Informática - Equipe SICLOM. **Manual - Referência Rápida de Dispensação de Medicamentos ARV**. Brasília, 2007.

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

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

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

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

DATASUS. Departamento de informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS –SIHSUS**, disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>> Acesso em: 30/01/2016.

DE COCK, K.M.; JAFFE, H.W.; CURRAN, J.W. Reflections on 30 years of AIDS. **Emerg Infect Dis**. V. 17, n. 6, June 2011.

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

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

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n. 79, Agosto, 2002.

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

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

FLEISHMAN, J. A. et al. Hospital and outpatient health services utilization among HIV-infected adults in care 2000-2002. **Med Care**. v. 43, n. 9, p. 40-52, 2005.
FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S77-S87, 2000.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 590-597, ago. 2007.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. V12, n. 3, p. 549-56. maio-junho, 2004.

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

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

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

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

_____. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Governo do estado de São Paulo. **História do HCFMRP**. Disponível em:<

<http://www.hcrp.usp.br/sitehc/informacao.aspx?id=7&ref=1&refV=1>> Acesso em 11 maio 2016a.

_____. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Governo do estado de São Paulo. **UETDI**. Disponível em: <<http://www.hcrp.usp.br/sitehc/informacao-galeria.aspx?id=48&ref=2&refV=15>> Acesso em: 11 maio 2016b.

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

HYGIAWEB. Gestão da Saúde Pública. Techne. Disponível em: <<http://www.techne.com.br/produtos/folderhygia.pdf>.> Acesso em 17/04/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. **Informações Estatísticas 2010**. Disponível em <<Http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Acesso em: 11 maio 2016.

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

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

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

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

MEDEIROS, L. B., et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 543-552, Feb. 2016.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OLIVEIRA, I.B. Universal access? Obstacles to access, continuity of treatment, and gender issues at a specialized HIV/AIDS clinic in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad Saude Publica**. V. 25 Suppl 2:S. p 259-68, 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ROMERO, D.E; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, Mar. 2007.

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

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007.

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

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

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

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

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

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

SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/Aids-SP. Programa Estadual de DST/aids de São Paulo. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/Aids – C.V.E.** ano XXX – nº 1, Janeiro, 2014.

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

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

SILVA, J. A. G., et al . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, June 2015.

SILVA, M.C., et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Rev Inst Med Trop.** São Paulo, v 51, p.135-9. 2009.

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

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

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

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

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

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

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

_____. United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) / World Health Organization (WHO). **Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA.** 2011. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp>. Acesso em: 18 fev 2013.

VAL, L. F. NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. spe, p. 145-151, Aug. 2014.

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

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

9. APÊNDICES

Apêndice 1 - Formulário de Sínteses dos artigos

Número do Artigo:	
Título	
Revista	
Ano	
Autores	
País	
Local de Estudo	
Objetivo(s)/Hipótese de estudo	
Síntese do método utilizado	
Principais resultados:	
Conclusões/comentários	

Apêndice 2: Formulário para coleta de dados

PROJETO: INTERNAÇÕES POR HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS										
Número do questionário: _____					Responsável pela coleta de dados: _____					
Data da Coleta: ____/____/____					Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____					
I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS- Fonte: Prontuário Clínico										
1.	Iniciais da PVHA: _____				2.	Data de nascimento: ____/____/____		3.	Idade ____	
4.	Nome da mãe: _____									
5.	Bairro da residência _____									
6.	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
7.	Cor/Raça: 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação									
8.	Estado civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado/União Estável 3 <input type="checkbox"/> Separado/divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viúvo 5 <input type="checkbox"/> Outro _____ 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
9.	Escolaridade: 1 <input type="checkbox"/> Sem Escolaridade 6 <input type="checkbox"/> Ensino médio (incompleto) 2 <input type="checkbox"/> 1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 7 <input type="checkbox"/> Ensino médio (completo) 3 <input type="checkbox"/> 1ª fase do ensino fundamental (completo) 8 <input type="checkbox"/> Ensino superior (incompleto) 4 <input type="checkbox"/> 2ª fase do ensino fundamental(incompleto) 9 <input type="checkbox"/> Ensino superior (completo) 5 <input type="checkbox"/> 2ª fase do ensino fundamental(completo) 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
10.	Ocupação/ ramo de atividade _____									
11.	Possui fonte de renda 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação							11a.	Se sim, quanto ____ salários mínimos.	
12.	Possui benefício social 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação							12a.	Se sim, qual _____	
II- DADOS COMPORTAMENTAIS- Fonte: Prontuário Clínico										
13.	Orientação sexual 1 <input type="checkbox"/> Heterossexual 2 <input type="checkbox"/> homossexual 3 <input type="checkbox"/> Bissexual 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação									
14.	Já morou na rua em algum momento da vida? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
15.	Histórico de uso de Álcool? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
16.	Histórico de uso de Drogas? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
17.	Pertencente ao Sistema Prisional? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
18.	Já passou pelo sistema prisional alguma vez na vida? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação							18a.	Se sim, quanto tempo ficou preso? ____ meses.	
19.	Profissional do sexo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
20.	Adesão regular à terapia antirretroviral 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação									
III – CARACTERÍSTICAS DA INTERNAÇÃO – Fonte: Prontuário Clínico/SIH										
21.	Diagnóstico principal: _____									
22.	Tipo de serviço responsável pelo encaminhamento para internação				1 <input type="checkbox"/> UBDS 5 <input type="checkbox"/> SAE 2 <input type="checkbox"/> UB 6 <input type="checkbox"/> ESF 99 <input type="checkbox"/> Sem informação 3 <input type="checkbox"/> Hospital 7 <input type="checkbox"/> Ambulatório Especializado 4 <input type="checkbox"/> UPA 8 <input type="checkbox"/> Outro _____					
23.	Nos últimos 12 meses quantas internações por complicações relacionadas ao HIV/aids: _____									
24.	Data de admissão: ____/____/____				25.	Data de saída ____/____/____		26.	Duração ____ dias	
27.	Desfecho		1 <input type="checkbox"/> Alta médica 3 <input type="checkbox"/> Óbito 5 <input type="checkbox"/> Transferência		2 <input type="checkbox"/> Alta Fuga 4 <input type="checkbox"/> Alta a pedido 7 <input type="checkbox"/> Outra _____ 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação					
IV- DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO - Fonte: Prontuário/SINAN										
28.	Data de diagnóstico HIV ____/____/____		29.	Data de diagnóstico aids ____/____/____		30.	Data de início da TARV ____/____/____			
31.	Presença de doenças oportunistas:				1 <input type="checkbox"/> Herpes Zoster 7 <input type="checkbox"/> Neurotoxoplasmose 2 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose 8 <input type="checkbox"/> Candidíase esofágica e orofaríngea 3 <input type="checkbox"/> Citomegalovírus 9 <input type="checkbox"/> Histoplasmose 4 <input type="checkbox"/> Pneumocitose 10 <input type="checkbox"/> Doença citomegálica 5 <input type="checkbox"/> Tuberculose 11 <input type="checkbox"/> Nenhuma 6 <input type="checkbox"/> Criptococose 12 <input type="checkbox"/> Outras _____ 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação					
32.	Presença de manifestação clínica:				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação FILTRO: Se sim, 33a Qual? 1 <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38° C por período igual ou superior a 1 mês 4 <input type="checkbox"/> Dermatite persistente 2 <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 <input type="checkbox"/> Outras _____ 3 <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior que 1 mês 6 <input type="checkbox"/> Nenhuma 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação					
33.	Presença de outra condição crônica:				1 <input type="checkbox"/> Diabetes 5 <input type="checkbox"/> Hepatites _____ 2 <input type="checkbox"/> Depressão 6 <input type="checkbox"/> Outras: _____ 3 <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 7 <input type="checkbox"/> Nenhuma 4 <input type="checkbox"/> Dislipidemia 99 <input type="checkbox"/> Sem Informação					
34.	Resultado do Exame de CD4 mais próximo da internação		34a	Valor: _____		34b	Data: ____/____/____		99 <input type="checkbox"/> Sem informação	
35.	Resultado do Exame de carga viral mais próximo da internação		35a	Valor: _____		35b	Data: ____/____/____		99 <input type="checkbox"/> Sem informação	
V – ANTECEDENTES ASSISTENCIAIS- Fonte: HygiaWeb/SICLON										
36.	Histórico de Tratamento no SAE				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> Sem informação FILTRO: Se sim.... 36a Local _____ 36b Data de início ____/____/____					
37.	Utilização do SAE nos 12 meses anteriores à data de internação							37a.	Quantas vezes _____	
38.	Retirada de TARV na farmácia nos 12 meses anteriores à data de internação							38a.	Quantas vezes _____	
39.	Utilização das UBS/USF nos 12 meses anteriores à data de internação							39a.	Quantas vezes _____	
40.	Utilização do Pronto Atendimento nos 12 meses anteriores à data de internação							40a.	Quantas vezes _____	

Apêndice III- Carta convite para os expertises**Ilmo Sr(a)** _____

Solicitamos por meio deste documento a apreciação de Vossa senhoria acerca do questionário a ser utilizado no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “*Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto - SP*” Esta pesquisa tem por objetivo analisar as internações hospitalares por aids ocorridas no ano de 2013 no município de Ribeirão Preto-SP.

Trata-se de um estudo descritivo cuja coleta de dados será, exclusivamente, por meio de fontes de dados secundários, sendo estes, o prontuário clínico da pessoa que vive com HIV/aids da unidade de internação no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e o Sistema Hygia-Web do município.

Destacamos que o município de Ribeirão Preto é considerado um cenário de extrema relevância para o alcance dos objetivos delineados no presente estudo, em função do histórico epidemiológico e organizacional da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids.

Acreditamos que os resultados, bem como as propostas decorrentes deste projeto irão contribuir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, bem como na produção de conhecimentos que subsidiem o planejamento e execução de ações para o controle, adequado manejo e prevenção do HIV/aids no contexto do SUS.

Sua participação é de extrema importância para validação do conteúdo, na qual irá analisar a pertinência das questões contempladas no instrumento seguindo o modelo (Apêndice I). Enviamos também uma cópia do questionário (Apêndice II) a ser utilizado na pesquisa.

Caso aceite contribuir com o aperfeiçoamento do estudo solicitamos, primeiramente, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) e se possível, a devolução do parecer considerando um prazo máximo de 20 dias.

Atenciosamente,

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

Mayara Falico Faria
Mestranda do Programa de Pós Graduação Enfermagem e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Apêndice IV - Instrumento de apreciação de conteúdo

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS DAS PVHA							
1. Iniciais da PVHA:							
2. Data de nascimento							
3. Nome da mãe:							
4. Município de residência							
5. Logradouro da residência							
6. Bairro da residência							
7. Sexo							
8. Cor:							
9. Estado civil							
10. Escolaridade							
11. Ocupação/ramo de atividade							
II- DADOS COMPORTAMENTAIS							
12. Prática sexual?							
13. Morador de rua?							
14. Usuário de Álcool?							
15. Usuário de Drogas?							
16. Pertencente ao Sistema Prisional?							
17. Já passou pelo sistema prisional alguma vez na vida?							
18. Profissional do sexo							
19. Histórico de má adesão à TARV							
III – CARACTERÍSTICAS DA INTERNAÇÃO							
20. Motivo da internação							
21. Serviço responsável pelo encaminhamento para internação							
22. Nos últimos 6 meses quantas internações no							

HC:							
23. Data de admissão							
24. Data de saída							
25. Desfecho							
IV-DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO DAS PVHA NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO							
26. Data de diagnóstico HIV							
27. Data de diagnóstico aids							
28. Data de início da TARV							
29. Presença de doenças oportunistas							
30. Presença de manifestação clínica:							
31. Presença de outra condição crônica							
32. Exame de CD4							
33. Exame de carga viral							
V- ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DO HIV/AIDS- Residente de Ribeirão Preto							
34. Histórico de Tratamento no SAE							
35. Utilização do SAE nos últimos 6 meses							
36. Realização de exames de CD4 e Carga Viral nos últimos 6 meses							
37. Retirada de TARV na farmácia nos últimos 6 meses							
38. Utilização das UBS/USF nos últimos 6 meses							
39. Utilização do Pronto Atendimento nos últimos 6 meses							

Apêndice V - Termo de consentimento livre e esclarecido- expertises

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa denominada “Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP”. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora *Mayara Falico Faria* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela *Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe*, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e tem como objetivo analisar as internações hospitalares por aids ocorridas no ano de 2013 no município de Ribeirão Preto - SP. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em avaliar o conteúdo e a pertinência do instrumento de coleta de dados que possui variáveis distribuídas nas seguintes seções: Dados sociodemográficos; Dados comportamentais; Características da internação; Dados sobre o perfil clínico das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no momento da internação; Dados sobre a história pregressa de acompanhamento clínico e terapêutico das PVHA. Destacamos que a sua identificação será mantida em sigilo e para isso será utilizado um código no lugar do seu nome. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos como o cansaço durante o processo de avaliação do instrumento de coleta de dados. Considerando o possível cansaço, indisposição e disponibilidade de tempo para avaliação do instrumento de coleta de dados, inicialmente, definimos um prazo de 15 dias para a devolução do material. Contudo, caso seja necessário, podemos negociar a ampliação do prazo determinado com o intuito de viabilizar a sua participação. Ressaltamos que você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa O benefício indireto relacionado à sua participação é proporcionar maior qualidade no instrumento de coleta de dados e, conseqüentemente, ao próprio estudo, posto que sua participação contribuirá com o aperfeiçoamento da investigação que envolve a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids. Os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico em forma de pôster, apresentação oral ou artigos, porém sua identificação será mantida em sigilo. Informamos ainda que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios financeiros para a referida participação. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao senhor(a) e nem a outras pessoas. Você receberá uma via assinada deste termo podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Agradecemos a sua colaboração.

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

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

Ribeirão Preto, _____, de _____ de 2014.

Assinatura do entrevistado

Mayara Falico Faria
Pesquisadora Responsável

Prof. Dra. Aline Aparecida Monroe
Orientadora da Pesquisa

Apêndice VI – Ofício de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

Prezados (as),

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

Trata-se de uma pesquisa descritiva que utilizará exclusivamente dados secundários dos prontuários, registros de consultas e laudos de exames dos pacientes que foram internados por aids no município de Ribeirão Preto no ano de 2013, portanto, não haverá contato direto com o paciente dentro do serviço de saúde, assim, há dificuldade de acesso ao participante uma vez que, trata-se de uma população em situação de vulnerabilidade social envolvendo pessoas sem residência fixa, que não aderem ao tratamento ambulatorial e com índice considerável de mortalidade durante as internações, assim, a busca por tais participantes para a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido inviabilizaria o cronograma de desenvolvimento da pesquisa.

DECLARO:

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

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

Mayara Falico Faria
Pesquisador Responsável

Aline Aparecida Monroe
Orientador

CONTATOS: Mayara Falico Faria; e-mail: mayara.faria@usp.br Telefone: (16) 997053144
Aline Aparecida Monroe; e-mail: amonroe@eerp.usp.br Telefone: (16) 3602-3304

Apêndice VII – Distribuição das pessoas que vivem com HIV/aids internadas que tinham histórico de acompanhamento clínico em algum SAE da rede municipal, segundo local de acompanhamento. Ribeirão Preto, 2013.

Local de acompanhamento	n
Distrito Central	23
Distrito Sul	9
Distrito Oeste	32
Distrito Norte	10
Distrito Leste	7
NGA	8
Total	89

Fonte: Próprio estudo, 2013.

10. ANEXOS

Anexo I - Relação dos códigos do CID10 associados à doença pelo HIV.

Código	Descrição
B200	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas
B201	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas
B202	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica
B203	Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais
B204	Doença pelo HIV resultando em candidíase
B205	Doença pelo HIV resultando em outras micoses
B206	Doença pelo HIV resultando em pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
B207	Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas
B208	Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias
B209	Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada
B210	Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi
B211	Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt
B212	Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin
B213	Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoiético e correlatos
B217	Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas
B218	Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas
B219	Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada
B220	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia
B221	Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática
B222	Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação
B227	Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte

B230	Síndrome de infecção aguda pelo HIV
B231	Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)
B232	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte
B238	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada
R75	Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana [HIV]
Z114	Exame especial de rastreamento de vírus da imunodeficiência humana [HIV]
Z206	Contato com e exposição ao vírus da imunodeficiência humana [HIV]
Z21	Estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

Anexo II- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

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 – 181/2014

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de outubro de 2014.

Protocolo CAAE: 34607314.8.0000.5393

Projeto: Internações por HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe
Mayara Falico Faria

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

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Aline Aparecida Monroe

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