

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

CASSIANA BORGES SOARES

**DETERMINANTES DA NÃO RETENÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE
HIV E AIDS DO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

São Leopoldo, RS

2021

CASSIANA BORGES SOARES

**DETERMINANTES DA NÃO RETENÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE
HIV E AIDS DO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO CASO CONTROLE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Leticia Rodrigues Ikeda
Coorientador Prof. Pós Dr. Marcos Pascoal Pattussi

São Leopoldo, RS

2021

S676d Soares, Cassiana Borges.

Determinantes da não retenção de usuários de um serviço de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul: um estudo de caso-controle / Cassiana Borges Soares. – 2021.

93 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

“Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Letícia Rodrigues Ikeda
Coorientador Prof. Pós Dr. Marcos Pascoal Pattussi”

1. HIV. 2. AIDS. 3. Retenção em cuidados. I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

Cassiana Borges Soares

**DETERMINANTES DA NÃO RETENÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE
HIV E AIDS DO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO CASO CONTROLE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos

Aprovado em 19 de março de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Letícia Rodrigues Ikeda - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Pós Dr. Marcos Pascoal Pattussi - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Lisiane Morelia Weide Acosta – Secretaria da Saúde de Porto Alegre

*Dedico este trabalho a minha pequena
porém, forte e grande mulher.
Rafaela Borges Soares Eninger*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu **marido** Rudi Eninger, por todo amor, apoio, paciência e incentivo, mas principalmente, por me substituir nas ausências e cuidar tão bem da nossa pequena.

Agradeço imensamente à minha **filha** Rafaela Borges Soares Eninger, que mesmo sendo tão jovem, me mostrou que lutar vale à pena, obrigada por todos os beijinhos roubados e bilhetinhos de “eu te amo mãe” em meio à execução deste trabalho.

Agradeço aos meus **pais**, Milton e Nilva Soares, por serem meus pilares e por sempre acreditarem no meu potencial.

À minha **orientadora**, M^a Letícia R. Ikeda, mais do que um exemplo para mim, uma amiga e incentivadora. Obrigada por todos os ensinamentos.

À **minha turma**, pelas risadas, cafés e suporte nas horas difíceis.

Agradeço à **banca**, na figura das professoras Dr^a Nêmora T. Barcellos e Dr^a Lisiane Acosta, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para a qualidade deste estudo.

A **todos os funcionários e professores do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS**, pelo profissionalismo e dedicação com os alunos e pela excelência das aulas e conteúdos ministrados.

À **diretora** do Hospital Sanatório Partenon, Dr^a. Carla Adriane Jarczewski, por permitir a realização deste estudo nas dependências do Hospital Sanatório Partenon no Serviço de Atenção e Terapêutica em HIV e AIDS - SAT.

À **toda equipe do SAT e CTA**, em especial à coordenação do ambulatório, Vaneza do Canto, pela parceria e incentivo de sempre, acreditando que estudos são essenciais para melhoria das nossas práticas.

Agradeço imensamente **aos pacientes do SAT e pessoas que vivem com HIV e AIDS**, este estudo é fruto da minha dedicação, enquanto enfermeira, para melhoria da assistência e foi feito com amor, para e por vocês.

Por fim, agradeço à **CAPES**, o presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

*“Em si a vida é neutra,
nós a fazemos bela, nós a fazemos feia.
A vida é a energia que trazemos a ela.”*

Osho

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer os determinantes da não retenção em cuidado de saúde de pessoas vivendo com HIV e/ou AIDS (PVHA) em um serviço especializado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **MÉTODOS:** Estudo caso-controle entre PVHA maiores de 18 anos de idade retidos e não retidos em cuidados continuados em saúde, no ano de 2018. Foram analisados um total de 344 prontuários, 86 casos e 258 controles pareados por ano de entrada no ambulatório. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram para análise multivariada, foram consideradas associadas ao desfecho as exposições com valor de $p \leq 0,05$. Foi utilizada a regressão de Poisson, conforme modelo hierarquizado de análise. **RESULTADOS:** Estar desempregado, ter histórico de situação de rua e ser usuário de álcool foram significativamente associados à não retenção. Dentre os fatores clínicos ter outras doenças manteve-se associada ao desfecho como fator de proteção. **CONCLUSÃO:** Os achados deste estudo mostraram a associação de não retenção a fatores de vulnerabilidade social e explicitaram que as inequidades sociais implicaram na redução da manutenção destes indivíduos em cuidados longitudinais. Sendo assim é fundamental que os DSS sejam considerados nas ações de enfrentamento a epidemia de HIV.

Palavras chaves: HIV, AIDS, Retenção em Cuidados

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the determinants of non-retention in health care of people living with HIV and / or AIDS (PLWHA) in a specialized service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **METHODS:** Case-control study among PLWHA over 18 years of age retained and not retained in continued health care, in 2018. A total of 344 medical records, 86 cases and 258 matched controls per year of admission to the clinic were analyzed. Variables with $p \leq 0.20$ in the bivaried analysis were taken for multivariate analysis, exposures with $p \leq 0.05$ were considered associated with the outcome. Poisson regression was used, according to a hierarchical model of analysis. **RESULTS:** Being unemployed, having a history of homelessness and being an alcohol user were significantly associated with non-retention. Among the clinical factors, having other diseases remained associated with the outcome as a protective factor. **CONCLUSION:** The findings of this study showed the association of non-retention with factors of social vulnerability and explained that social inequalities implied in reducing the maintenance of these individuals in longitudinal care. Therefore, it is essential that the SDH be taken into account when dealing with the HIV epidemic.

Key Words: HIV, SIDA, Retention Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Antirretrovirais disponíveis atualmente no Brasil.....	59
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cascata do Cuidado Contínuo. Brasil 2017.....	30
Figura 2 – Status do Alcance das Metas 90-90-90. Brasil 2017.....	31

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AUDIT	<i>Álcool Use Disorders Identification Test</i>
COHERE	<i>Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DUDIT	<i>Drugs Use Disorders Identification Test</i>
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
EUA	Estados Unidos da América
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
GDPLP	Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro
HD	Hospital Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSP	Hospital Sanatório Partenon
LT- CD4+	Linfócitos T – CD4
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PEP	Profilaxia Pós Exposição ao HIV
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNA	Ácido Ribonucléico
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAT	Serviço de Atenção Terapêutica em HIV e AIDS
SES/ RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico da Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UF	Unidade da Federação
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

I - PROJETO DE PESQUISA.....	14
II - RELATÓRIO DE CAMPO.....	54
III - ARTIGO.....	63
IV - APÊNDICE.....	86

PARTE I:

PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO DO PROJETO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Tema	20
1.2 Delimitação do Tema	20
1.3 Problema	20
1.4 OBJETIVOS	21
1.4.1 Objetivo Geral	21
1.4.2 Objetivos Específicos	21
1.5 JUSTIFICATIVA	21
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 Estratégia de Busca para a Revisão de Literatura	23
2.2 HIV E AIDS	23
2.3 Breve História do HIV	25
2.4 Epidemiologia	25
2.5 Terapia Antirretroviral	27
2.5.1 Adesão a Terapia Antirretroviral	28
2.6 Cascata do Cuidado Contínuo e as Metas 90-90-90	29
2.6.1 Vinculação, Retenção e Supressão Viral	33
3. METODOLOGIA	36
3.1 Desenho do Estudo	36
3.2 População do Estudo	36
3.2.1 Critérios de Inclusão como Caso	36
3.2.2 Critérios de Exclusão como Caso	36
3.2.3 Critérios para Inclusão de Controles	37
3.2.4 Tamanho da Amostra	37
3.3 Local do Estudo	37
3.4 Coletas de dados	38
3.5 Definição das Variáveis	38
3.5.1 Variável Dependente	38
3.5.2 Variáveis Independentes	39
4. ANÁLISE DOS DADOS	40
4.1 Processamento dos Dados	40
5. ASPÉCTOS ÉTICOS	41

6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	41
7. ORÇAMENTO	42
8. CRONOGRAMA.....	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	48

1 INTRODUÇÃO

Embora muitos avanços tenham ocorrido desde a descoberta do HIV, no final do século XX, a Epidemia causada por este vírus permanece como um grande desafio às autoridades sanitárias mundiais. Dados da UNAIDS (2019), apontam que em todo mundo há 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS de 2018, de 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, destas 20,5% somente na região Sul do país, estima-se que a cada ano vêm sendo notificados cerca de 40 mil novos casos de HIV em todo Brasil. (BRASIL, 2018a).

Após o advento da terapia antirretroviral (TARV), do seu avanço em medicamentos altamente eficazes e com melhor tolerabilidade, da ampliação do diagnóstico e da oferta de medicação o mais precocemente possível às pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA), tanto buscando melhor qualidade de vida em nível individual, como almejando a prevenção da transmissão em nível de saúde pública, houve uma queda significativa na mortalidade e morbidade causadas por este agravo. Contudo, as taxas permanecem alarmantes e mantêm os profissionais de saúde em estado de alerta, buscando compreender a dinâmica da epidemia e seus determinantes.

O Programa Conjunto das Nações Unidas (2013), reconhece os avanços crescentes atingidos até o momento e, com isto, acredita que é possível eliminar a epidemia de HIV e AIDS até 2030. Para tanto, lançou a meta global intermediária, que ficou conhecida como “90-90-90”, onde 90% das pessoas portadoras do vírus teriam acesso à testagem e conhecimento da sua condição clínica, 90% destas iniciariam tratamento com TARV e por fim 90% destas atingiriam a supressão viral.

Para melhor visualização de problemas e oportunidades relacionados ao processo saúde e doença das PVHA, pesquisadores passaram a utilizar a cascata do cuidado contínuo, que visa avaliar as etapas que estes usuários precisam transpor até atingir e sustentar a almejada supressão viral. É uma ferramenta de monitoramento representada por um gráfico de seis barras que inicia pela estimativa do número de pessoas infectadas, em seguida pelo número de pessoas diagnosticadas, destas as vinculadas, na sequência as retidas em cuidados de saúde, as que iniciaram TARV e por fim as que atingiram carga viral suprimida.

(BRASIL, 2018c). Bradley (2014), aponta que são necessários esforços intensificados ao longo da cascata do cuidado contínuo, já que somente com o sucesso em cada etapa será possível atingir os objetivos finais de melhorar a saúde, prolongar vidas e impedir a continuação da transmissão do HIV.

A epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS no Brasil, é um fenômeno que não apresenta caráter padronizado e fixo, havendo diferenças epidemiológicas importantes, constituindo-se como um mosaico de sub-epidemias regionais, devido a profundas desigualdades existentes na sociedade brasileira. (BRITO; CASTILHO e SZWARCOWALD, 2000). Neste sentido Brennan, Browne e Horgan (2014) e Crepaz (2016) reforçam que manter as PVHA em cuidados contínuos é essencial para aumentar o número de usuários em supressão viral e para tanto, segundo os autores, é necessário direcionar as intervenções de acordo com as realidades locais, buscando otimizar a retenção destas pessoas em cuidados continuados de saúde.

O enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS apresenta novos desafios não mais vinculados a falta de medicação eficaz para o controle da doença, mas sim no cumprimento das etapas do cuidado contínuo, em especial a retenção no cuidado, visando alcançar e manter a supressão viral, como também, para avaliar o sucesso a longo prazo na prestação de cuidados às PVHA. (COLASANTI *et al.*, 2016). Pessoas que são mantidas de maneira ideal em cuidados contínuos têm maior probabilidade de sustentar cargas virais suprimidas. Crawford e Thornton (2017), apontaram que a retenção ruim está associada a baixas taxas de supressão viral, os autores referem que indivíduos que permaneceram retidos ao cuidado contínuo ao longo do seu estudo, tiveram quase três vezes mais chances de manter uma carga viral suprimida em comparação aos que não mantiveram o cuidado continuado.

Mesmo que a retenção do usuário em cuidados contínuos aumente a probabilidade de atingir e manter a supressão viral e por conseguinte aumente a expectativa de vida, reduzindo a morbimortalidade relacionadas à esta doença, a retenção do usuário neste cuidado é um dos mais complexos desafios no enfrentamento a epidemia de HIV e AIDS, já que fatores socioeconômicos, clínicos e culturais podem estar relacionados à não retenção. Este estudo busca elucidar os determinantes da não retenção em um ambulatório especializado em HIV e AIDS, localizado na capital do Rio Grande do Sul, um Estado com taxas relativas a este agravo bastante peculiares, e que exigem dos profissionais modos de atuação igualmente diferenciados. Conhecer em nível local os determinantes da não

retenção pode subsidiar a adoção de intervenções, por meio de ações de enfrentamento à epidemia, direcionadas às particularidades locais das PVHA e, assim, promover a retenção dos usuários em cuidados de saúde, levando a supressão viral e consequente redução da morbimortalidade das PVHA e diminuição da transmissão deste vírus.

1.1 Tema

Determinantes da não retenção em um serviço de referência ao atendimento de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul.

1.2 Delimitação do Tema

Perfil de pessoas vivendo com HIV e AIDS, maiores de 18 anos de idade, usuárias de um serviço de saúde especializado em HIV e AIDS, no Estado do Rio Grande do Sul e os fatores associados à não retenção ao serviço, no ano de 2018.

1.3 Problema

O HIV e a AIDS, representam hoje, um grande problema de saúde pública em todo mundo, grandes esforços para eliminação da epidemia de HIV e AIDS até 2030 vêm sendo empregados, como aumento da testagem para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e implementação imediata da TARV para pessoas vivendo com HIV e AIDS logo após o diagnóstico. Entretanto, podemos observar através da prática clínica e com base em estudos, que muitos pacientes mesmo conhecendo seu estado sorológico e tendo acesso à TARV, não se mantêm nos serviços e apresentam dificuldade de adesão aos esquemas medicamentosos prescritos, não atingindo o indicador de qualidade do cuidado ou seja, a carga viral suprimida. Conhecendo os determinantes que levam a não retenção em cuidados contínuos de saúde, poderíamos manter, por meios de ações direcionadas às realidades locais, mais usuários retidos pelos serviços, aderidos à TARV e com carga viral suprimida.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Conhecer os determinantes da não retenção em cuidado, em pessoas vivendo com HIV e/ou AIDS em um serviço de atenção terapêutica do Rio Grande do Sul, com intuito de nortear ações de acompanhamento e monitoramento de pacientes.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas dos pacientes maiores de 18 anos de idade, não retidos em um serviço de atenção terapêutica em HIV e AIDS;
- b) Avaliar indicadores de monitoramento clínico destes pacientes: número de consultas anuais, contagem de células LT CD4+ e carga viral (CV) do HIV, data de início da TARV, o esquema utilizado, o número de comprimidos e tomadas diárias como também, verificar a presença de doenças ou comorbidades associadas.
- c) Verificar a regularidade da retirada de medicamentos antirretrovirais no período da análise;
- d) Identificar os fatores associados à não retenção destes usuários em cuidados continuados de saúde e analisar a magnitude das associações;

1.5 JUSTIFICATIVA

Há três décadas o HIV apresenta-se como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Nos últimos anos no Brasil, vem ocorrendo a redução das taxas de detecção deste agravo passando de 22 casos a cada 100 mil habitantes em 2011 para 18,3 casos a cada 100 mil habitantes em 2017, embora haja tendência de declínio, o Rio Grande do Sul permanece com taxas elevadas e superiores às nacionais, em 2017 a taxa de detecção no Estado foi de 29,4 casos a cada 100 mil habitantes. (RIO GRANDE DO SUL, 2018a).

Estes números mostram a magnitude do problema e tornam-se mais alarmantes quando analisamos o total de mortes ocorridas desde o início da epidemia, em 1980, onde cerca de 32 milhões de pessoas já perderam a vida em todo o mundo, por doenças relacionadas a AIDS. (UNAIDS, 2019). No Brasil em 2017 a taxa de óbito foi de 4,8 a cada 100 mil habitantes, já no Rio Grande do Sul esta taxa foi de 9,0 a cada 100 mil habitantes. (BRASIL, 2018a), (RIO GRANDE DO SUL, 2018 a).

Reconhecendo que a epidemia da AIDS é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, muitos esforços vêm sendo empregados pelas autoridades sanitárias mundiais com intuito de barrar o avanço deste agravo. Em 2015 a UNAIDS propôs metas bastante ousadas com foco no fim da epidemia até 2030, e até 2020 como meta intermediária, propôs o 90-90-90 onde 90% das pessoas vivendo com HIV e AIDS deveriam ter acesso ao seu diagnóstico, destas 90% deveriam receber a TARV e destas 90% deveriam atingir supressão viral. A estimativa é que quando a cascata de cuidado for atingida, pelo menos 73% das pessoas vivendo com HIV e AIDS em todo mundo estejam em supressão viral. (UNAIDS, 2015).

Conforme dados do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), no Rio Grande do Sul em 2016 haviam 66,4% pessoas diagnosticadas, 71,9% recebiam TARV e 90,1% estavam com viremia suprimida. (BRASIL, 2018a).

Na linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV e AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis publicado em 2018 pelo Estado do Rio Grande do Sul, é evidenciado que para o enfrentamento da epidemia é necessário que tanto gestores quanto trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), atuem diretamente no processo de organização das ações e serviços de saúde, buscando fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também é reforçada a necessidade de potencializar a vinculação dos usuários nos serviços de saúde, buscando abranger e manter retidos um número elevado de pessoas em tratamento com TARV. (RIO GRANDE DO SUL, 2018b).

Na prática diária foi observado que, mesmo que tenham sido empregados esforços visando aumento da detecção de casos através da maior oferta de testagens e implementação imediata da TARV nos casos positivos para HIV, muitos pacientes não têm o acesso oportuno aos serviços bem como, ao acessarem,

apresentam extrema dificuldade em manter-se em acompanhamento regular no ambulatório. O presente estudo tem o intuito de conhecer os determinantes da não retenção em cuidados contínuos de saúde, orientando ações individuais e coletivas que possam prevenir a não retenção tanto ao acompanhamento clínico, como à TARV.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Estratégia de Busca para a Revisão de Literatura

As buscas de materiais para a revisão de literatura incluíram a utilização dos portais Bireme, Pubmed e Ebsco, com acesso às bases de dados: Medline, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde, Cochrane e Scielo. Foram consultados os sites institucionais: *World Health Organization* (www.who.org), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (www.aids.gov.br), *United Nations e Aids* (www.unaids.org) e *Centers for Diseases Control and Prevention* (www.cdc.gov) e Organização Pan-americana da Saúde (<https://www.paho.org/bra/>). Também foram realizadas buscas em livros de Infectologia Adulto. Os principais termos utilizados foram “HIV e AIDS” e “retenção em cuidados de saúde”, metas 90-90-90, tanto em português como em inglês. Foram acessados artigos em inglês, espanhol e português. Foram identificados diversos artigos a partir da leitura dos títulos, foram excluídos os que não abordavam informações relevantes para o estudo, foram selecionados cerca de 108 artigos de interesse, sendo que a maior parte deles compõe esta revisão.

2.2 HIV e AIDS

De acordo com Deeks, Lewin e Havlir (2013), o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus, responsável pela deficiência progressiva da imunidade em seu hospedeiro e pode evoluir para a AIDS ou síndrome da imunodeficiência adquirida. Após 2 a 12 semanas da exposição o indivíduo pode apresentar a chamada Síndrome Retroviral Aguda (SRA), onde ocorrem sintomas semelhantes aos de outras viroses.

Os principais achados clínicos da SRA incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Também pode ocorrer febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Sintomas digestivos também podem estar presentes, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais. (BRASIL, 2018b).

Após a fase aguda o indivíduo desenvolve anticorpos contra o HIV, a chamada soroconversão, que se dá de 2 a 10 semanas depois do contágio, após este período inicia-se a fase de latência clínica que normalmente é assintomática e dura de 5 a 9 anos. Nesta fase, quando nenhuma medida terapêutica é adotada, ocorre a queda progressiva dos linfócitos TCD4+, que são responsáveis pela defesa do organismo. (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013).

A Síndrome da imunodeficiência Humana (AIDS) é a manifestação mais grave e avançada da infecção pelo HIV, suas características são evidenciadas quando o portador apresenta imunossupressão severa e desenvolve infecções de repetição ficando suscetível a adquirir doenças oportunistas, bem como neoplasias. (CARVALHO; SUCCI, 2014).

Conforme afirma Diaz (2017, p. 345),

Desde os primórdios da descrição da AIDS, era observada a sua consequência catastrófica decorrente de uma profunda diminuição da imunidade celular. Inicialmente, observava-se que as pessoas infectadas evoluíam a óbito pelas assim chamadas infecções oportunistas e por neoplasias raras que foram denominadas subsequentemente de neoplasias oportunistas. No momento do diagnóstico destas “doenças oportunistas”, sistematicamente se detectava a diminuição da imunidade celular.

O surgimento de neoplasias e infecções oportunistas são definidores de AIDS, as mais prevalentes são pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus, dentre as neoplasias as mais comuns são o sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgking, e em mulheres jovens, câncer de colo uterino. (BRASIL, 2018b).

De acordo com Carvalho e Succi (2014), o vírus do HIV já foi detectado em vários tecidos e fluidos corpóreos como sangue, sêmen, secreção vaginal e cervical, saliva, lágrimas, urina, líquido amniótico e leite materno. Os principais modos de

transmissão ocorrem por via sexual tanto na prática anal quanto vaginal e oral, parenteral pelo contato com sangue contaminado através do compartilhamento de agulhas, transfusão sanguínea, exposição ocupacional e materno-fetal onde a transmissão do vírus pode ocorrer durante a gestação, no peri-parto ou na amamentação. (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013).

2.3 Breve História do HIV

Os primeiros casos de AIDS foram relatados no ano de 1981, nas cidades de Los Angeles, São Francisco e Nova York, nos Estados Unidos (EUA), as características dos pacientes que apresentavam tal síndrome era de homens homossexuais, jovens e que previamente estavam saudáveis. Avaliações realizadas pós morte evidenciaram que todos apresentavam história de infecção por citomegalovírus e candidíase. Na sequência surgiram casos de doentes, também homossexuais, com sarcoma de Kaposi e pneumonias. (RODGER; JOHNSON; MAHUNGU, 2011); (BASTOS, 2006). Na Uganda os médicos receberam pacientes com uma diarreia devastadora, a qual denominaram de doença esguia. Até 1983 ainda não havia uma definição sobre a etiologia desta doença, quando ocorreu a identificação do vírus HIV e que estaria ligado à síndrome de imunodeficiência humana. (RODGER; JOHNSON; MAHUNGU, 2011). Acreditava-se que o HIV infectava determinados grupos como usuários de drogas e homossexuais masculinos. Entretanto, nos anos 90 ocorreu a mudança do padrão de disseminação, havendo o aumento de casos de AIDS devido à transmissão heterossexual e consequente feminização da epidemia o que levou ao aumento de casos de transmissão vertical deste vírus. (BRASIL, 2017a).

2.4 Epidemiologia

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017 aponta que de 1980 a junho de 2018, cerca de 982.129 casos de AIDS foram detectados no país. Nos últimos 5 anos, têm sido identificados uma média anual de 40 mil novos casos de AIDS, embora venha sendo observada uma queda na detecção de AIDS no

Brasil. Em 2013 foram notificados 43.269 casos, já em 2017 ocorreu uma redução para 37.791 casos. Nos últimos 10 anos a taxa de detecção de AIDS no país teve uma queda de 20,2 casos por 100 mil habitantes em 2007, para 18,3 casos por 100 mil habitantes em 2017. A região Sul também apresenta tendência de queda nestas taxas, passando de 32,9 casos a cada 100 mil habitantes em 2007 para 24,1 casos por 100 mil habitantes, uma redução de 26,7%. Quando analisamos os dados referentes ao Rio Grande do Sul (RS), também observamos tendência de queda passando de 46,1 casos a cada 100 mil habitantes em 2007 para 29,4 casos por 100 mil habitantes em 2017, uma redução de 36% em 10 anos. Porto Alegre apresentou em 2017 uma taxa de detecção de 60,8 casos a cada 100 mil habitantes, valor que representa mais que o dobro da taxa do RS e 3,3 vezes superior à taxa nacional. (BRASIL, 2018).

Dados da UNAIDS (2019), mostram que existem 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/ AIDS em todo mundo e que desde o início da epidemia 32 milhões de pessoas já perderam a vida por doenças relacionadas a AIDS, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017, evidencia que no Brasil, desde 1980 até 31 de dezembro de 2017, foram notificados 327.655 mortes tendo como causa básica a AIDS, destes óbitos 58,9% ocorreram na região Sudeste, seguida pela região Sul com 17,7%. Quando observamos os coeficientes de mortalidade de 2017, por Unidades da Federação (UF), onze apresentam taxas superiores a nacional, que foi de 4,8 óbitos a cada 100 mil habitantes, dentre elas o Rio Grande do Sul, que apresentou 9,0 óbitos a cada 100 mil habitantes seguido pelo Rio de Janeiro, Amazonas e Pará com 7,8 casos a cada 100 mil habitantes. Cabe ressaltar que embora o RS apresente taxa de óbito por causas relacionadas à AIDS bastante elevado, esta apresentou uma queda, visto que em 2007 a taxa de óbitos a cada 100 mil habitantes era de 11,5, um declínio de 22% das mortes relacionadas a esta causa em 10 anos. (BRASIL, 2018a).

Embora muitos esforços venham sendo empregados para redução destas taxas, e que de fato, nos últimos anos tenha se observado queda nos casos de AIDS e óbitos relacionados à esta patologia, a mesma continua sendo um dos mais sérios desafios à saúde pública, impondo aos gestores e profissionais de saúde um grau elevado de empenho em buscar estratégias de ação, não somente em nível individual mas também em nível coletivo, com vistas a reduzir a transmissão deste agravo, e a manutenção da saúde das PVHA.

2.5 Terapia Antirretroviral

A terapia antirretroviral, é um conjunto de medicamentos que atuam inibindo o processo de replicação viral, retardando a progressão dos efeitos nocivos do HIV sobre o organismo humano, já que permitem que ocorra o reestabelecimento do sistema imunológico e, conseqüentemente, a queda das taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao avanço da doença. (BRASIL, 2018b).

De acordo Gifford e Groessl (2002); UNAIDS (2013), o desenvolvimento da TARV e a dinâmica da identificação de medicamentos de alta potência, transformou a infecção pelo HIV de uma doença aguda em uma condição crônica manejável. Para tanto é necessário que os usuários assumam, a responsabilidade diária sobre o uso dos medicamentos prescritos e, a longo prazo, aos cuidados com sua saúde e cabe aos profissionais da saúde auxiliar nesta trajetória.

Atualmente, as complicações típicas da AIDS já não são realidade em grande parte do mundo. Entretanto, os médicos também necessitam adaptar-se à nova realidade, ou seja, a infecção pelo HIV vista como uma doença crônica, a qual provavelmente, permanecerá sem cura por algumas décadas. (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013).

Pessoas diagnosticadas oportunamente e que realizam o tratamento adequado podem alcançar expectativa de vida comparáveis à de pessoas que não vivem com o vírus. Para tanto é imperativo que as mesmas mantenham-se em cuidado contínuo de saúde e em uso regular da TARV. (BRASIL, 2017b). A terapia antirretroviral é uma intervenção que deve ser seguida ao longo da vida, para a PAHO (2014), mensurar a adesão à TARV é fundamental para avaliar a eficácia dos programas e evidenciar os obstáculos à sua expansão e aprimoramento.

O combate à epidemia de HIV e AIDS apresenta diversos avanços desde sua descoberta na década de 80. No Brasil um dos pontos que merece destaque, foi a garantia de distribuição de antirretrovirais para o tratamento deste agravo através da Lei 9.313/1996. (BRASIL, 1996). De acordo com Nemes *et al.* (2009), o Brasil foi o primeiro país não desenvolvido a adotar a política de acesso universal e gratuito ao tratamento da AIDS.

Para Grangeiro *et al.* (2014), a política de acesso universal à TARV teve implicações positivas no processo saúde doença, conferindo a redução da mortalidade e internações por HIV e AIDS, dados da UNAIDS (2015), apontam que após o advento da TARV houve uma queda importante na mortalidade por causas relacionadas a AIDS nos países de baixa e média renda, e nos efeitos devastadores da epidemia sobre a saúde destes pacientes, culminando no aumento da expectativa de vida.

2.5.1 Adesão a Terapia Antirretroviral

No Brasil até o ano de 2013, nem todos os pacientes iniciavam a TARV após serem diagnosticados, os mesmos permaneciam em acompanhamento clínico e o início dos medicamentos seguia critérios baseados nos níveis de LTCD4+ que deviam estar abaixo de 350 células/mm³ ou a critérios clínicos, através de sinais de imunossupressão severa, evidenciados pela presença de determinadas doenças oportunistas. (BRASIL, 2013). Em 2010 resultados de uma coorte prospectiva realizada entre adultos africanos com 3381 casais sorodiferentes para HIV, evidenciou que o fornecimento de TARV a pacientes infectados, poderia ser uma estratégia eficaz para obter redução no nível populacional na transmissão do HIV. (DONNELL *et al.*, 2010). A *Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe* (COHERE), realizou um estudo com 23 coortes em 31 países europeus, com um total de 94.295 adultos infectados pelo HIV que iniciaram a TARV entre 1998 e 2008. Os resultados deste estudo foram bastante robustos e apontaram os benefícios do uso da TARV na queda da mortalidade em pessoas vivendo com HIV e AIDS. (LEWDEN *et al.*, 2012).

Com base nestas evidências, em 2013 o Protocolo Clínico de Tratamento da Infecção pelo HIV brasileiro recomendou o início da TARV a todos os pacientes diagnosticados como portadores do vírus HIV, independente do seu estado imunológico ou clínico, porém destacou que a equipe de saúde deveria levar em consideração a motivação do paciente para o início. (BRASIL, 2013). A recomendação do início precoce da TARV leva em consideração os claros benefícios relacionados à redução das taxas de mortalidade relacionadas ao HIV e à

AIDS, mas também a redução da transmissão da infecção, o impacto na redução de doenças oportunistas em especial da tuberculose, por ser a principal causa infecciosa dos óbitos ocorridos, em PVHA. (BRASIL, 2017b).

Levando-se em consideração os benefícios advindos do uso regular da TARV, as equipes que atendem PVHA, buscam estimular a adesão ótima dos usuários aos esquemas medicamentosos prescritos. A adesão ao tratamento consiste na utilização ideal da TARV de forma mais próxima possível ao que foi orientado pela equipe de saúde, respeitando doses, horários e demais indicações (BRASIL, 2018b). Contudo, este processo é dinâmico e complexo envolvendo fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e até mesmo comportamentais, nos quais tanto o indivíduo está envolvido, como também a equipe de saúde e a rede social do paciente. (ROCHA *et al.* 2010).

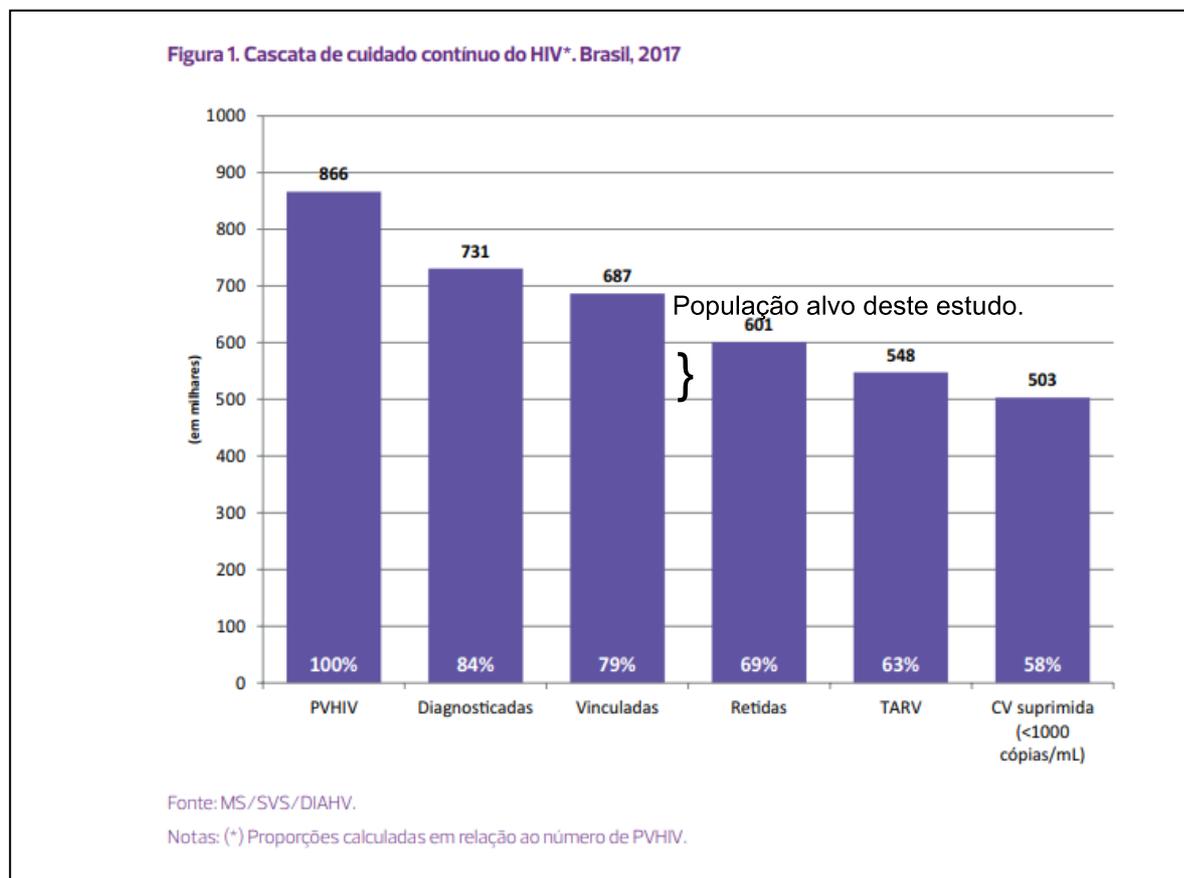
Giordano *et al.* (2007), coloca que, mesmo com a expansão e avanços relativos a TARV, a baixa retenção no tratamento do HIV, em tempos de acesso universal, é um dos principais fatores relacionados a morbimortalidade decorrente da progressão deste vírus no organismo. Neste sentido, Nemes *et al.* (2009), aponta que é importante analisar os fatores associados à adesão, para a melhoria das políticas e práticas em saúde com vistas ao aprimoramento da efetividade do tratamento.

2.6 Cascata do Cuidado Contínuo e as Metas 90-90-90

A cascata do cuidado contínuo é um método já descrito na literatura internacional, neste modelo utiliza-se estimativas matemáticas para ilustrar a rede de eventos que levam ao acesso à saúde. (BRASIL, 2017b). Trata-se de um instrumento que ilustra, normalmente através de um gráfico de barras, a cadeia de eventos, quando aplicada ao HIV e AIDS, refere-se às etapas que as pessoas vivendo com este agravo precisam transpor, desde o diagnóstico até a supressão viral. (PAHO, 2014), (DEEKZ; LEWIN e HAVLIR, 2017). Para o Ministério da Saúde, através do Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV, o monitoramento das metas através deste modelo, tem se mostrado de grande valia tanto para a identificação, de problemas e lacunas existentes no acesso ao cuidado,

quanto para implementação de ações para corrigir os rumos tomados. (BRASIL, 2017b).

Figura 1: Cascata de Cuidado Contínuo do HIV*. Brasil, 2017



Através da cascata do cuidado contínuo apresentada no Relatório de Monitoramento Clínico do HIV de 2018 (Figura 1), podemos observar que, ao final de 2017, podíamos estimar que havia aproximadamente 866 mil PVHA no Brasil. Destas, 731 mil (84%) estavam diagnosticadas e 79% haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde. A estimativa é de que 601 mil (69%) estavam retidas nos serviços. Havia a cobertura de 63%, cerca de 548 mil pessoas em TARV e com CV inferior a 1.000 cópias/ml, ou seja, com supressão viral, 58% (503 mil) entre todos os indivíduos infectados pelo HIV. (BRASIL, 2017b).

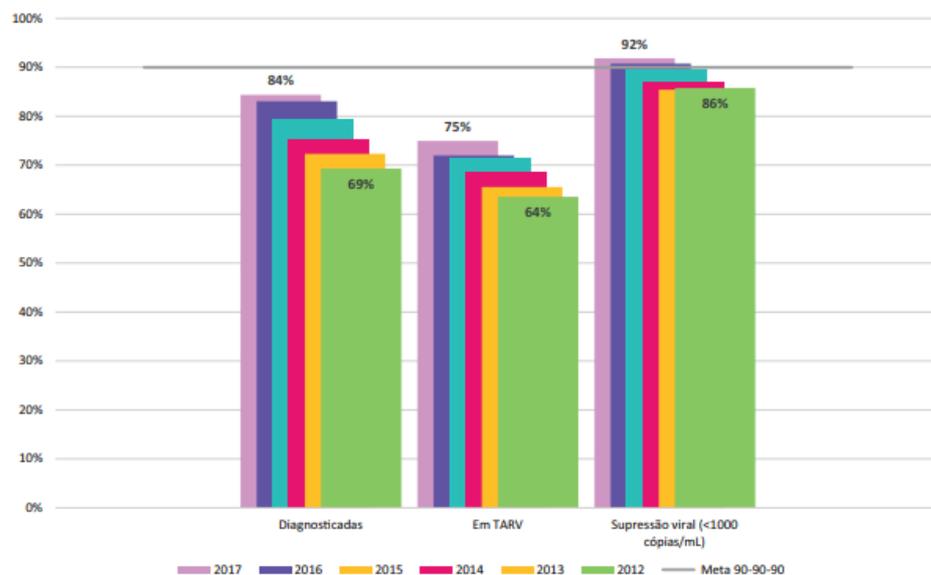
De acordo com a Associação Pan-Americana da Saúde, o modelo do cuidado contínuo é uma ferramenta de monitoramento que utiliza indicadores que têm seu início pela quantificação de pessoas infectadas, as etapas seguintes estimam, sucessivamente, a proporção de pessoas diagnosticadas que foram vinculadas a um serviço de saúde, as que permanecem retidas, as que estão em tratamento

antirretroviral e por fim, aquelas com supressão total de carga viral. (PAHO, 2014). As cascatas de cuidado têm sido uma ferramenta fundamental para nortear ações em saúde como também acompanhar o avanço rumo ao cumprimento da meta 90-90-90. (BRASIL, 2018c).

Tendo em vista a gravidade e complexidade da Epidemia de HIV e AIDS em todo o mundo, e buscando uma resposta mais efetiva em relação a redução das taxas de morbidade e mortalidade referentes a este agravo, em 2014 o Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) apresentou novas metas globais de combate ao avanço do HIV e AIDS e fim da epidemia até 2030. Estas metas ficaram conhecidas como 90-90-90, e partem do pressuposto da necessidade de aumentar a testagem, buscando que 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu estado sorológico, que destas 90% devem estar em tratamento com antirretrovirais e, das pessoas em uso de TARV, 90% delas deverá permanecer em supressão viral. Modelos matemáticos apontam que quando essa meta tríplice for alcançada, pelo menos 73% das pessoas vivendo com HIV terão supressão viral. (UNAIDS, 2015).

Figura 2: Status do Alcance das Metas 90-90-90. Brasil, 2017

Figura 4. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2017



Fonte: MS/SVS/DIAHV.

Na Figura 2, é apontada a evolução das metas 90-90-90 de 2012 a 2017, no Brasil. Nela fica evidente que existe um importante avanço em todas as metas. A estimativa de PVHA diagnosticadas apresentou aumento de aproximadamente 22% entre 2012 e 2017, estima-se que em 2017, 84% das PVHA estavam diagnosticadas. Houve um aumento de 18% na proporção de PVHA diagnosticadas que estavam em TARV, passando de 64% em 2012 para 75% em 2017, das pessoas em TARV há pelo menos seis meses, estima-se que 92% delas apresentaram supressão viral ($CV < 1.000$ cópias/ml), em 2017, proporção 7% acima da observada em 2012.

Entretanto, mesmo que os números apontados na cascata das metas 90-90-90 causem certo entusiasmo, autoridades sanitárias mundiais reforçam que para atingirmos o fim da epidemia até 2030 como almejado, é necessário o empenho de todos os agentes de saúde envolvidos e neste contexto os municípios têm papel de fundamental importância, já que cada localidade tem suas peculiaridades. Ações de acordo com a realidade locais são de vital importância para atingirmos as mais variadas populações nos diferentes contextos sociais.

Nesta perspectiva em 2015, muitos municípios assinaram a Carta de Paris, onde assumiram o compromisso de realizar ações que visem atingir as metas propostas pela UNAIDS. No Rio Grande do Sul, 14 municípios considerados prioritários para ações de combate à epidemia, assinaram a Carta, comprometendo-se a buscar alternativas que acelerem a resposta ao cumprimento da meta 90-90-90 e consequente fim da epidemia até 2030, são eles: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Guaíba, Gravataí, Porto Alegre, Rio Grande, Santana do Livramento, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão.

De acordo com dados apontados pela UNAIDS (2015), um dos grandes desafios ao sucesso desta estratégia está nas equipes locais identificarem as pessoas que necessitam de tratamento, mas que permanecem sem vínculo com os serviços de saúde. Ressalta ainda que é necessário desenvolver estratégias que estejam de acordo com as realidades locais, adaptadas às necessidades de cada população e contexto. A criação, destas estratégias, é primordial para efetivação da ampliação do tratamento e retenção dos pacientes na rede de saúde.

2.6.1 Vinculação, Retenção e Supressão Viral

A cascata do cuidado contínuo, como já referido anteriormente, é um modelo matemático representado por um gráfico de barras, que estima, no caso das PVHA etapas necessárias para que ocorra a esperada supressão viral do HIV. Esta ferramenta pode ser adaptada de acordo com as necessidades locais e, portanto, existem variações do modelo em diferentes locais do mundo. No Brasil, o modelo adotado é composto por seis barras considerados cruciais, na trajetória das PVHA. (BRASIL, 2017b). A primeira barra refere-se a estimativa de PVHA, a segunda aponta quantas destas foram diagnosticadas, na sequência temos consecutivamente as pessoas vinculadas, retidas, em uso de TARV e as que atingiram a supressão viral.

A vinculação do paciente é o processo pelo qual a pessoa recém diagnosticada é acolhida, orientada e encaminhada ao serviço no qual realizará seu acompanhamento clínico através de coletas de exames e consultas. A pessoa considerada vinculada é aquela que realizou a primeira consulta no serviço para o qual foi encaminhada e de preferência tenha seu início de TARV realizado o mais breve possível. (BRASIL, 2018 a). A perspectiva apontada pelo Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV do Ministério da Saúde, é que, com a maior oferta de testagens e ampliação das redes de atendimento às PVHA, maior número de pessoas tenham acesso ao diagnóstico, e é necessário que a vinculação dos pacientes seja monitorada pelos serviços de saúde, através dos sistemas de informação, garantindo a chegada do paciente ao serviço de referência. (BRASIL, 2017b).

Já a retenção, uma das etapas da cascata de cuidado contínuo, é um importante indicador que mede a permanência da PVHA em acompanhamento ambulatorial, o usuário é considerado retido ao cuidado quando comparece regularmente aos atendimentos e aos procedimentos agendados. Estar retido ao serviço é de vital importância para que os pacientes possam beneficiar-se da TARV, esta etapa da cascata vem apresentando-se como um grande desafio, e mesmo em locais com boas condições econômicas, a retenção das PVHA aos cuidados apresenta-se aquém do esperado. Manter o acompanhamento regular é medida essencial para reduzir a morbimortalidade relacionada ao HIV, prevenir a resistência aos medicamentos e reduzir a incidência de novos casos de infecção. (GIORDANO

et al., 2007). A retenção é um importante indicador e está relacionado ao aumento da sobrevivência e adesão ao tratamento. (PAHO, 2014).

No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018b, p. 34), a retenção é assim definida:

Retenção é o processo que consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo da pessoa que vive com HIV já vinculada ao serviço de saúde, garantindo que ela compareça as consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia, realize também o seguimento do seu tratamento, respeitando a sua autonomia. Um paciente retido no serviço é aquele que realiza exames e/ou retira os medicamentos antirretrovirais sistematicamente, sem faltar as consultas.

Neste sentido a Organização Pan-Americana da Saúde (2014), reforça que a retenção nos cuidados é caracterizada pelo envolvimento contínuo das PVHA em cuidados médicos apropriados e afirma que o tratamento da infecção pelo HIV só pode ser eficaz se os pacientes forem mantidos sob cuidados ao longo do tempo. Diante do exposto, fica evidente a necessidade de concentrar esforços para melhorar a retenção nos cuidados e a adesão aos medicamentos, para que mais pessoas em atendimento pela infecção pelo HIV atinjam uma supressão viral durável. (CREPAZ, 2016).

Somi *et al.* (2012), referem que uma questão crítica para os programas de TARV é a retenção de pacientes após o início da terapia, principalmente nos primeiros 12 meses, caracterizados por alta taxa de mortalidade e perda de pacientes em seguimento. Bradley *et al.* (2011), apontam que atingir a supressão viral e sustentá-la ao longo do tempo é essencial para as PVHA, visto que esta condição reduz a morbimortalidade associada ao HIV e o risco de transmissão do vírus. Os autores apontam ainda que vários fatores podem estar associados à dificuldade de atingir e manter a supressão viral nas PVHA, dentre eles não estar ciente de sua infecção e não permanecer retido ao cuidado, têm papel importante neste aspecto.

Para Giordano *et al.* (2007), a relação entre retenção aos cuidados de saúde e sobrevivência pode ser parcialmente mediada pela adesão à TARV. Os pacientes não retidos na atenção não têm a possibilidade de diagnóstico de patologias associadas ou receber tratamento para comorbidades médicas e psiquiátricas. Também não realizam o monitoramento necessário aos usuários de TARV e não podem receber

intervenções para melhorar adesão à terapia. Ainda segundo os autores, a baixa retenção no cuidado é uma causa potencialmente corrigível e pode estar relacionada a desigualdades como as raciais e socioeconômicas.

As perdas que ocorrem entre cada uma das barras da cascata do cuidado contínuo, podem estar relacionadas a diferentes fatores associados ao sistema de saúde e/ou as características individuais dos pacientes, tanto comportamentais como biológicas e em muitos casos se devem ao estigma e discriminação aos quais as PVHA estão expostas. É importante que estas perdas sejam estimadas de acordo com variáveis chaves que identifiquem as barreiras sociodemográficas e desigualdades sociais a que o paciente está submetido, para que seja possível direcionar ações de maneira individualizada. (BRASIL, 2018c). Para Giordano *et al.* (2005), o uso de drogas injetáveis, uso de álcool, uso anterior de drogas, idade mais jovem e ser morador de rua são fatores preditores de falha no estabelecimento de cuidados de saúde em pessoas portadoras do HIV. Um estudo realizado no Sul do Brasil, apontou que as taxas relativas à retenção em atendimento em PVHA em uma rede pública, foram significativamente maiores em mulheres, pessoas diagnosticadas há mais de 10 anos, pacientes em uso de TARV por mais de 15 anos e apresentou menor retenção em pacientes com idade entre 30 e 39 anos, quando comparados aos idosos. (VOGLER *et al.*, 2018).

Quanto a última barra da cascata do cuidado contínuo, a supressão viral, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, considera que pacientes suprimidos são aqueles que apresentam CV do HIV inferior a 1000 cópias/mm³, é importante ressaltar que este parâmetro foi definido internacionalmente para fins de monitoramento. Entretanto, na clínica é esperado que os pacientes permaneçam com CV não detectável ou abaixo de 50 cópias/mm³. (BRASIL, 2017b). Crawford e Thornton (2016), reforçam que atingir e sustentar a supressão viral não apenas reduz a mortalidade e morbidade relacionadas ao HIV e a AIDS, mas também reduz o risco de transmissão deste agente à outras pessoas. Diante do exposto fica evidente que todas as etapas da cascata do cuidado contínuo são de vital importância para que tenhamos êxito na luta contra esta epidemia, entretanto a retenção merece atenção especial, já que é determinante para manutenção da carga viral suprimida e conseqüente melhora na saúde das PVHA.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Será realizado um estudo observacional do tipo caso-controle com pacientes HIV positivos ou portadores de AIDS, retidos e não retidos em um serviço de atenção terapêutica em HIV e AIDS do Rio Grande do Sul em Porto Alegre. Os dados utilizados serão de fontes secundárias como prontuário do paciente, registros de retirada de medicamentos e coleta de exames de LT CD4+ e CV.

3.2 População do Estudo

Farão parte do estudo PVHA, maiores de 18 anos de idade, moradores de Porto Alegre, não retidos (casos) e retidos (controles) em um serviço de atenção terapêutica em HIV e AIDS no ano de 2018.

3.2.1 Critérios de Inclusão como Caso

Serão considerados casos de não retenção aos cuidados de saúde, os pacientes maiores de 18 anos de idade, moradores de Porto Alegre que tenham realizado menos de duas visitas ao serviço durante o período de um ano (12 meses), seja para retirada de medicação, consulta médica ou coleta de exames de LT CD4+ e/ou Carga Viral.

3.2.2 Critérios de Exclusão como Caso

Serão excluídos da amostra, pacientes com idade inferior a 18 anos, gestantes e puérperas e aqueles que não residam em Porto Alegre.

Também serão excluídos os casos de não retenção para os quais não sejam identificados os controles, de acordo com os critérios de pareamento deste estudo, e neste caso, um novo indivíduo será sorteado aleatoriamente para compor a amostra.

3.2.3 Critérios para Inclusão de Controles

Para cada caso de paciente portador de HIV e/ou AIDS, considerado não retido, serão incluídos 3 controles. Os controles serão selecionados no mesmo ambulatório de onde originaram-se os casos, serão paciente portadores de HIV e/ou AIDS que estavam retidos no ano de 2018, pareados por ano de admissão no serviço.

3.2.4 Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi definido através do programa STATA 13, levando-se em consideração dados da literatura, calculamos a amostra de acordo com as principais exposições para não retenção, como sexo, etnia, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico e tempo de uso da TARV, usamos um intervalo de confiança de 95% e um poder de 80%, dentre estas exposições a que nos forneceu um número amostral adequado para a realidade do serviço, foi tempo de uso da TARV com 86 casos e 258 controles. Para cada caso serão inclusos 3 controles, pareados por ano de admissão no serviço.

3.3 Local do Estudo

O estudo será realizado no Serviço de Atenção Terapêutica em HIV e AIDS (SAT) do Hospital Sanatório Partenon (HSP). Este hospital fica localizado na região leste do município de Porto Alegre e é um dos três Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), foi criado no ano de 1951 com intuito de tratar tuberculose, porém após o surgimento da epidemia de HIV e AIDS, na década de 80, este hospital teve seu atendimento ampliado a este agravo.

O SAT é composto pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), uma unidade dispensadora de medicamentos (UDM), pelo serviço especializado em HIV e AIDS (SAE) e um Hospital Dia (HD). Atualmente o SAT apresenta um total de 11.209 pacientes cadastrados e destes 5096 estão ativos, 2.705 são pacientes do CTA e 2391 são pacientes portadores de HIV / AIDS, atendidos no SAE. O público prioritário do SAT é composto de pacientes com comorbidades associadas ou que tenham baixa imunidade (Linfócitos T CD4+ menor que 350 céls/mm³) moradores do

município de Porto Alegre/RS, especificamente da Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro (GDPLP), bem como pacientes do interior do Estado residentes em localidades onde não há serviço de referência pra atendimento desta população. O SAT é composto por uma equipe multidisciplinar, especializada no atendimento de PVHA e é um dos poucos serviços da Secretaria Estadual de Saúde que presta assistência direta ao usuário, sua atuação se justifica pelas altas taxas de infecção pelo HIV no município de Porto Alegre e mais especificamente na GDPLP, uma das gerências com maior número de detecção de HIV/AIDS do município.

3.4 Coletas de dados

A coleta de dados será realizada através de um instrumento construído pela pesquisadora, de acordo com variáveis de interesse para o desfecho, estas variáveis foram definidas através da análise de literatura sobre o tema. Para identificação dos casos de não retenção no serviço no ano de 2018, serão utilizados dados secundários, oriundos dos prontuários dos pacientes, bem como dos sistemas de informação como SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV) e se necessário do SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS).

3.5 Definição das Variáveis

As variáveis de escolha para análise, foram determinadas através da literatura e devem estar associadas a não retenção das PVHA em cuidados contínuos.

3.5.1 Variável Dependente

A variável dependente será a não retenção dos pacientes em cuidados contínuos de saúde, de acordo com os critérios definidos neste estudo.

3.5.2 Variáveis Independentes

a) Sociodemográficas	Sexo: Feminino ou Masculino; Idade Atual: Em anos Cor da Pele: Branca, Não Branca, Outra Estado Civil: Casado, Solteiro, Viúvo, Divorciado. Escolaridade: Por categorias. Emprego: Empregado, Desempregado, Aposentado Situação de Rua: Sim ou Não
b) Comportamentais	Uso de Álcool: Sim ou Não Tabagismo: Sim ou Não Uso de Drogas Ilícitas: Sim ou Não
c) Clínicas	Ano do Diagnóstico; Ano do Ingresso no SAE; Idade de Ingresso no SAE: Em anos Modo de Transmissão; Ano de Início da TARV: Em anos Esquema atual de TARV; Número de trocas de TARV; Número de Comprimidos Diários de TARV; Número de Tomadas Diárias; Uso de Outros Medicamentos Regularmente: Sim ou Não Número Total de Comprimidos por dia: CV e LT CD4+ Inicial, de entrada no SAE, 12, 24 e 60 meses. CV e LT CD4+ Último; Diagnóstico de AIDS: Sim ou Não Hospitalização no Ano de Análise: Sim ou Não

d) Coinfecções ou Comorbidades	Tuberculose: Sim ou Não Hepatite B: Sim ou Não Hepatite C: Sim ou Não Doença Psiquiátrica: Sim ou Não Qual: _____ Outras doenças Crônicas: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Outras: _____
e) Efeitos Adversos tais como:	Náuseas e Vômitos: Sim ou Não Diarreia: Sim ou Não Tonturas: Sim ou Não Alterações no Sono: Sim ou Não Lipodistrofia: Sim ou Não Outros: _____

4. ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Processamento dos Dados

Após coleta dos dados, os mesmos serão digitados no programa Epi-Data versão 3.1, com dupla digitação. A análise estatística será realizada com o STATA 13, para as variáveis categóricas serão descritos o número absoluto (n) e as frequências relativas (%), já para as variáveis contínuas serão apresentadas a média (mínima e máxima), a mediana e o desvio padrão. Será realizada a regressão logística simples bivariada e multivariada, o intervalo de confiança utilizado será de 95%, o nível de significância de 5%. A medida de análise será o Odds Ratio. Após serão realizados os testes de Hosmer e Lemeshow, para avaliar se o modelo final obtido foi bem ajustado.

5. ASPÉCTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo serão observadas todas as normas constantes nas resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos pacientes envolvidos no estudo, como também dos dados coletados, sendo que os mesmos terão acesso restrito aos pesquisadores. O projeto de pesquisa será submetido à Comissão Científica do Hospital Sanatório Partenon para obtenção do termo de anuência da instituição, e posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e ao CEP da Escola de Saúde Pública, responsável pelas análises de pesquisas realizadas na instituição onde ocorrerá a pesquisa. Os dados coletados serão de fontes secundárias como prontuários e registros eletrônicos de exames e retiradas de medicamentos, desta forma será solicitada a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao vazamento de informações sigilosas dos pacientes pelo manuseio dos prontuários. Este risco é minimizado pois a pesquisadora que fará este trabalho é profissional de saúde e trabalha no local, os prontuários serão manuseados dentro do serviço onde ficam armazenados e a profissional já tem o compromisso contratual de manter o sigilo e o cuidado com as informações. De toda a forma será assinado o termo de compromisso do pesquisador, junto à instituição onde serão coletados os dados desta pesquisa. Os dias e horários para realização da coleta de dados, serão previamente acordados com a chefia do setor, de forma a minimizar eventuais transtornos à rotina de trabalho.

O benefício da pesquisa é a possibilidade de gerar informações importantes que contribuam para implementação de ações de prevenção a não retenção no serviço.

6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em forma de artigo, publicado em revista científica indexada da área da saúde. Também serão apresentados os dados resultantes da pesquisa no serviço onde a mesma será realizada.

7. ORÇAMENTO

Para realização desta pesquisa, até o momento, foi necessário a compra de um computador e uma impressora. Os programas estatísticos serão utilizados na Unisinos, não sendo necessário adquirir os mesmos.

Materiais de consumo	Valor em reais	Quantidade	Total em reais
Computador	R\$: 3.500,00	1	R\$: 3.500,00
Impressora	R\$: 800,00	1	R\$: 800,00
Cartucho	R\$: 70,00	1	R\$: 70,00
Folhas A4	R\$: 20,00	2	R\$: 40,00
Canetas Marca Texto	R\$: 4,00	3	R\$: 12,00
Canetas Esferográficas	R\$: 1,50	3	R\$: 3,50
TOTAL			R\$: 4.425,50

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. *E-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ck2pg/pdf/bastos-9788575413012.pdf>. Acesso em 12/08/2019.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm. Acesso em 25/10/2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2018**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018 a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 12/05/19.

BRASIL. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>. Acesso em 22/06/2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>. Acesso em: 02/08/2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo das Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018 b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em 18/06/19.

BRASIL. **Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018d. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do>

[acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv](#). Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2018**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018C. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em 04/09/2019.

BRADLEY, Heather *et al.* **Vital signs: HIV diagnosis, care and treatment among people living with HIV**. MMWR Morbidity and Mortality Weekly. United States, 2014 ;63(47): 1113 - 1117. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779517/>. Acesso em: 16/11/2019.

BRENNAN, Aline; BROWNE, John; HORGAN, Mary. **A systematic review of health service interventions to improve linkage with or retention in HIV care**, *AIDS Care*. 26:7, 804-812. Disponível em: DOI: [10.1080/09540121.2013.869536](https://doi.org/10.1080/09540121.2013.869536). Acesso em 11/11/2019.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>. Acesso em: 15/11/2019.

CARVALHO, Aroldo Prohmann de; SUCCI, Regina Célia de Menezes. *In: JÚNIOR, Dioclécio Campos; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fábio Ancona. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 3. Ed. São Paulo: Manole, 2014. p. 1525-1540.

COLASANTI, Jonathan *et al.* **Continuous Retention and Viral Suppression Provide Further Insights Into the HIV Care Continuum Compared to the Cross-sectional HIV Care Cascade**. *Clinical Infectious Diseases*, v. 62, n.5, p. 648–654 March 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/civ941>. Acesso em: 02/11/2019.

CRAWFORD, Timothy N.; THORNTON, Alice. **Retention in continuous care and sustained viral suppression: examining the association between individuals living with HIV**. *Journal of the International Association of AIDS Care Providers*, 2016. p. 42- 47. <https://doi.org/10.1177/2325957416678929>. Acesso em: 12/09/2019.

CREPAZ, Nicole *et al.* **Durable Viral Suppression and Transmission Risk Potential Among Persons With Diagnosed HIV Infection: United States, 2012–2013**, *Clinical Infectious Diseases*, v. 63, n. 7, p. 976–983, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw418>. Acesso em: 01/10/2019.

DEEKS, Steven G.; LEWIN, Sharon R.; HAVLIR Diane V. **The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease.** *Lancet*, v. 382, n.9903, p.1525-33, 2013. Disponível em [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61809-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61809-7.pdf). Acesso em: 05/11/2019.

DIAZ, Ricardo S., **Vírus e Mecanismos da Doença.** *In: SALOMÃO, Reinaldo. Infectologia: Bases Clínicas e Tratamento.* Rio de Janeiro: 1 ed., Guanabara Koogan, 2017. p. 345-365.

DONNELL, D. *et al.* **Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis.** *Lancet*, v. 375, n. 9731, p. 2092-2098, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20537376>. Acesso em: 10/11/2019.

GIFFORD AL., GROESSL EJ., **Self-management of chronic diseases and adherence to HIV drugs.** *J Acquirir Syndr Defic Imune*, v. 31, Sp. 3, 2002, p. 163-166. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12562043>. Acesso em: 05/10/2019.

GIORDANO Thomas P. *et al.*, **Patients referred to an urban HIV clinic frequently fail to establish care: factors predicting failure.** *AIDS Care*, EUA, v.17 n.6, 2005, p. 773-783. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036264>. Acesso em: 01/11/2019.

GIORDANO Thomas P. *et al.*, **Retention in Care: A Challenge to Survival with HIV Infection.** *Doenças Infecciosas Clínicas.* v. 44, 11 Ed, 2007, Páginas 1493–1499, Disponível em: <https://doi.org/10.1086/516778>. Acesso em 11/11/2019.

GRANGEIRO Alexandre, *et al.* **The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics.** *PLOS ONE*, v.9, n.5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095673>. Acesso em: 16/11/2019.

LEWDEN, C. *et al.* **All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 = 500/mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration.** *COHERE, Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe in EuroCoord; France, Int J Epidemiol* v.41, n2, p 433-45, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22493325>. Acesso em: 19/08/2019.

NEMES, Maria Inês Batistella *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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200028> Acesso em: 25/10/2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **HIV Continuum of care Monitoring Framework, Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean.** PAHO, Washington, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuum-care-HIV.pdf> Acesso em: 31/10/19.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/ AIDS. **Boletim Epidemiológico : HIV/AIDS**. Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, 2018a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/ AIDS. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, 2018b.

ROCHA, GM. *et al.*, **Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática 2004-2009**. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 17-32, 2010.

RODGER, A. J ., JOHNSON, M. A ., MAHUNGU, T. W. **VIH / SIDA: Um Atlas de Investigação e Gestão**. Clinical Publishing, Oxford, 2011. Disponível em: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20113292375>. Acesso em: 29/07/2019.

SOMI G. *et al.*, **Low mortality risk but high loss to follow-up among patients in the Tanzanian national HIV care and treatment programme**. Tropical Medicine e International Health, v,17 n. 4, p. 497-506, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-3156.2011.02952.x>. Acesso em: 05/10/2019.

UNAIDS. **Global Report: UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic 2013**. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf. Acesso em: 14/10/2019.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 05/10/2019.

UNAIDS. **Estatísticas Globais Sobre HIV, 2019**. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 07/10/2019.

VOGLER, Ingridt Hildegard *et al.* **A cascata de cuidados para pessoas vivendo com a infecção pelo HIV no Sul do Brasil: resultados obtidos em uma rede pública de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n.12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001205001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05/11/2019.

APÊNDICE

Determinantes da não retenção de usuários de um serviço de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul: Um estudo de caso controle	
Variáveis	Uso do pesquisador
Sociodemográficas:	
Nome: _____ N° do questionário: _____	nquest
Número prontuário: _____	npront
Caso _____ Controle _____	
1. Sexo:	sexo
1 <input type="checkbox"/> Masculino	
2 <input type="checkbox"/> Feminino	
2. Estado Civil:	ecivil
1 <input type="checkbox"/> Solteiro (a)	
2 <input type="checkbox"/> Casado (a)	
4 <input type="checkbox"/> Viúvo (a)	
3 <input type="checkbox"/> Separado(a)	
3. Cor da pele, raça, etnia:	etnia
1 <input type="checkbox"/> Branco	
2 <input type="checkbox"/> Preto	
3 <input type="checkbox"/> Outro	
4. Data de nascimento _____	dtnas

<p>5. Escolaridade</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Analfabeto (a) 1 <input type="checkbox"/> 1º Grau completo 2 <input type="checkbox"/> 1º Grau incompleto 3 <input type="checkbox"/> 2º Grau completo 4 <input type="checkbox"/> 2º Grau incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 6 <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p>	<p>escola</p>
<p>6. Emprego:</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Desempregado 1 <input type="checkbox"/> Empregado 2 <input type="checkbox"/> Aposentado 3 <input type="checkbox"/> Outro _____</p>	<p>emp</p>
<p>7. Situação de rua:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>srua</p>
<p>8. Recebe algum benefício social</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim _____ 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>bsocial</p>
<p><u>Comportamentais:</u></p>		
<p>9. Uso de álcool:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>álcool</p>
<p>10. Tabagismo:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>fumo</p>

<p>11. Uso de drogas ilícitas</p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/> Sim _____ 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	drogas
<u>Clínicas:</u>	
<p>12. Ano do diagnóstico: Data: ___/___/___</p>	adiag
<p>13. Ano de ingresso no SAE: Data: ___/___/___</p>	aisae
<p>14. Idade de ingresso no SAE: _____</p>	idisae
<p>15. Modo de Transmissão:</p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/> Transmissão vertical 2 <input type="checkbox"/> Sexual 3 <input type="checkbox"/> Uso de drogas 4 <input type="checkbox"/> Transfusão 5 <input type="checkbox"/> Exposição Ocupacional 6 <input type="checkbox"/> Outra _____</p>	mtrans
<p>16. Ano de início da TARV: Data: ___/___/___</p>	intarv
<p>17. Esquema atual ARV: _____</p>	eatual
<p>18. Número de comprimidos diários TARV: _____</p>	ncptarv
<p>19. Número de tomadas diárias: _____</p>	ntomad
<p>20. Número de trocas de TARV: _____</p>	ntroca
<p>21. Uso de outros medicamentos regularmente:</p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	oumed
<p>22. Número total de comprimidos por dia: _____</p>	ncpdia
<p>23. Carga viral inicial (entrada no SAE): _____</p>	

Data: ____/____/____	
24. LT CD4+ inicial (entrada no SAE): _____ Data: ____/____/____	cvini
25. Carga Viral em 12 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cd4ini
26. LT CD4+ em 12 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cv12
27. Carga Viral em 24 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cd412
28. LT CD4+ em 24 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cv24
29. Carga Viral em 60 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cd424
30. LT CD4+ em 60 meses após entrada no SAE: _____ Data: ____/____/____	cv60
31. Carga viral atual(última): _____ Data: ____/____/____	cd460
32. LTCD4+ atual (última): _____ Data: ____/____/____	cvult
33. Diagnóstico de AIDS: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	cd4ult aids
34. Hospitalização no ano de análise: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	hosp

Coinfecções ou Comorbidades:

35. Tuberculose Pulmonar

1 Sim
2 Não

tbpul

36. Hepatite B

1 Sim
2 Não

hepb

37. Hepatites C

1 Sim
2 Não

hepc

38. Doenças psiquiátricas

1 Sim _____
2 Não

dopsic

39. Outras doenças crônicas

1 Sim _____
2 Não

docron

Efeitos Adversos:

40. Náuseas e/ou Vômitos

1 Sim
2 Não

nauvo

41. Diarreia

1 Sim
2 Não

diar

42. Tonturas	tont
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
43. Alterações no sono	altson
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
44. Lipodistrofia	lipo
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
Outros _____	

PARTE II:

RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

A pesquisa Determinantes da não Retenção de Usuários de um Serviço de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul: Um Estudo e Caso-Controlado, foi desenvolvida em um serviço de referência ao atendimento de HIV e AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). A amostra foi composta por 86 casos, e para cada caso, foram incluídos 3 controles, conforme descrito no projeto de pesquisa, totalizando 344 prontuários analisados.

A escolha do tema ocorreu em virtude das taxas referentes a este agravo serem bastante alarmantes no Estado e em especial no município de Porto Alegre, bem como da necessidade de conhecer, em nível local, os fatores associados à não retenção dos usuários aos cuidados em saúde, com intuito de nortear ações voltadas à esta população. Além disto, por trabalhar no serviço especializado onde foi conduzido o estudo e ter profunda afinidade e compromisso com o tema, senti necessidade de explorar melhor o problema para contribuir na construção de estratégias de superação do mesmo.

A análise dos dados constantes nos prontuários e sistemas de informação do serviço, ocorreram após parecer favorável da Comissão Científica do Hospital Sanatório Partenon, assinatura do Termo de Concordância do Serviço e Autorização Institucional para Pesquisa, assinatura da Declaração de Evidente Interesse Público e do Sistema Único de Saúde exigidos pela instituição, como também após aprovação pelos Comitês de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, referência para projetos de pesquisa realizados nas dependências da Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com pareceres favoráveis nº 4.145.968 e nº 4.211.251, respectivamente.

Neste documento serão descritas as etapas do planejamento e implementação desta pesquisa, bem como as alterações que se fizeram necessárias ao longo da execução da mesma.

EXECUÇÃO DA PESQUISA

Após aprovação nos Comitês de Ética conforme referido anteriormente, deu-se início à exploração do banco de dados do serviço, foi emitido um relatório através do programa FAA-SAT (Ficha de Atendimento Ambulatorial – Serviço de Atenção Terapêutica em HIV e AIDS), de todos os pacientes moradores de Porto Alegre cadastrados no serviço desde 01/01/2000 até 31/12/2017, foram localizados um total de 8820 usuários, destes foram excluídos crianças, gestantes, e os que constavam como transferência, óbito, alta por abandono, atendimento pós exposição ao HIV para profilaxia (PEP), não infectados e pacientes externos atendidos em hospital dia para aplicação de Mantoux, infusão de medicação intravenosa ou aplicação de preenchimento facial, permanecendo como ativos entre SAT e CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) um total de 4349 pacientes, sendo do SAT 1953.

Para identificação dos usuários que se enquadravam como não retidos ao serviço, de acordo com critérios estabelecidos no projeto de pesquisa, foi realizada a análise dos 1953 prontuários e sistemas de informação como SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), SISCEL (Sistema de Controle Logístico de Exames Laboratoriais) e FAA-SAT, com intuito de averiguar retiradas de medicamentos, coleta de exames de contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral (CV) e número de consultas realizadas no ano de 2018. Nesta análise foi possível identificar pacientes que permaneciam como ativos no ambulatório, porém já haviam sido transferidos para outro serviço ou constavam como óbito no sistema de retirada de medicamentos (SICLOM), entretanto não haviam sido atualizados no sistema do serviço. Do total de pacientes foram elegíveis como caso de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa, 130 pacientes. Estes prontuários foram verificados fisicamente e novamente houve a exclusão por óbito, evoluído em prontuário, de mais 14 pacientes, permanecendo como pacientes não retidos em 2018 um total de 116 casos.

Através da utilização da ferramenta de livre acesso “*Randomizer*”, disponível em <https://www.randomizer.org>, foram sorteados aleatoriamente os usuários não retidos (casos), que seriam elencados para pesquisa, fizeram parte deste sorteio todos os pacientes moradores de Porto Alegre, maiores de 18 anos de idade, que se enquadraram como não retidos ao serviço e que permaneciam, após análise criteriosa dos prontuários, como ativos no ambulatório. Os casos tinham data de

entrada no serviço desde 01/01/2000 até 31/12/2017, após sorteio dos casos, foi realizado o sorteio dos seus respectivos controles, pareados por ano de entrada no SAE, através do mesmo site gerador de números aleatórios. Foram coletados, conforme previsto no projeto de pesquisa, dados de 86 casos e 258 controles, totalizando 344 usuários.

A separação dos prontuários físicos teve início em setembro de 2020, porém alguns registros, principalmente os mais antigos, não foram localizados no Serviço de Arquivo Médico (SAME), sendo necessária a realização de um novo sorteio. Após elencados, os casos e controles que comporiam a amostra deste estudo, deu-se início à coleta dos dados, ocorrida nos meses de setembro e outubro de 2020.

Já de posse dos prontuários elegíveis, foram necessárias mais algumas exclusões, um caso em que o paciente permanecia ativo e não retido, mas teve alta como criança exposta em 2003, retornou ao serviço já adulto como portador de HIV, porém o prontuário atual não foi sorteado. Ocorreu outra exclusão devido à dificuldade de localização do prontuário completo, somente a segunda via dos registros de saúde foi localizada, a qual não continha informações suficientes para mantê-lo na pesquisa.

Cabe salientar que mesmo que a pesquisadora tenha familiaridade com os prontuários, ocorreu certa dificuldade relativa à forma como as informações são descritas nos mesmos, já que não há um padrão para descrição das informações entre os profissionais, e a localização de determinados dados demandaram maior empenho e leitura de várias páginas de evoluções para sua localização.

No decorrer do processo de coleta de dados foram necessárias algumas adequações nas categorizações realizadas inicialmente no documento de coleta de dados e que serão descritas neste relatório.

ADEQUAÇÕES REALIZADAS NO INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento de coleta apresentado no projeto de pesquisa passou por adequações de acordo com situações localizadas nos prontuários e que não haviam sido contempladas anteriormente.

⇒ **No bloco de variáveis Sociodemográficas, ocorreram alterações nas seguintes variáveis:**

Estado Civil

- 0- Com companheiro
- 1- Sem companheiro
- 2- Não Informado

Raça

- 0- Branca
- 1- Não Branca
- 2- Não Informado

Escolaridade – Esta variável foi recodificada de acordo com as informações disponíveis nos prontuários e sistemas de informação do serviço.

- 0- Ensino Fundamental
- 1- Analfabeto
- 2- Ensino Médio
- 3- Ensino Superior

Data de Nascimento – Foi categorizada em intervalos de anos completos conforme segue.

- 1- 20-39
- 2- 40-59
- 3- 60 ou mais

Emprego – Esta variável foi recategorizada como Condição de Trabalho, visto que muitos usuários não apresentavam emprego formal, mas referiam algum tipo de ocupação remunerada, sendo assim foram consideradas empregadas pessoas que referiram ocupação remunerada regularmente.

- 0- Empregado
- 1- Desempregado
- 2- Aposentado
- 3- Não Informado

Profissão – Esta variável inicialmente foi incluída como questão aberta.

Situação de Rua (História) – Acrescida o item, não informado.

- 0- Não
- 1- Sim
- 2- Não Informado

Benefício Social – Além da inclusão do item não informado, foi acrescida a informação do tipo de benefício social recebido pelo usuário no ano de 2018.

- 0- Não
- 1- Sim
- 2- Não Informado

⇒ **No bloco de variáveis com características Comportamentais, ocorreram alterações nas seguintes variáveis:**

Álcool, Tabagismo e Uso de Drogas foram recategorizadas em quatro estratos, incluindo o campo ex-usuário e não informado. Além disso foi incluído o tipo de droga utilizada.

- 0- Não
- 1- Sim
- 2- Ex. Usuário
- 3- Não Informado

⇒ **No bloco de variáveis com características Clínicas, as seguintes alterações se fizeram necessárias:**

Esquema atual de TARV (2018) – Após coleta de dados os esquemas medicamentosos foram agrupados em categorias, de acordo com as classes de TARV existentes.

- 0- 2ITRN¹+1ITNNN²
- 1- 2ITRN¹+1IP³
- 2- 2ITRN¹+1IINTEG⁴
- 3- Outros Esquemas
- 4- Sem uso de TARV

Quadro 1 – Medicamentos antirretrovirais de acordo com a classe farmacêutica

Classe Farmacêutica	Medicamentos
¹ ITRN: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	Abacavir (ABC) Didanosina (ddI) Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Tenofovir (TDF)
² ITNNN: Inibidor Não Nucleosídeo da Transcriptase Reversa	Etravirina (ETR) Nevirapina (NVP) Efavirenz (EFZ)
³ IP: Inibidor de Protease	Lopinavir (LPV) Ritonavir (RTV) Darunavir (DRV) Atazanavir (ATV)
⁴ IINTEG: Inibidor da Integrase	Dolutegravir (DTG) Raltegravir (RAL)
IF: Inibidores de Fusão	Enfuvirtida (T20)
I Entrada (CCR5): Inibidores de Entrada	Maraviroque (MVQ)

Fonte: BRASIL, 2018b

Carga Viral Inicial, 12 meses, 24 meses, 60 meses e atual (última)

0- Detectável

1- Não Detectável

88- Não Coletou

Foram considerados como Não Detectáveis os usuários que apresentavam exame de carga viral (CV) menor que 50 cópias/ml.

CD4 Inicial, 12 meses, 24 meses, 60 meses e atual (última)

0- Maior ou Igual a 201

1- Menor ou Igual a 200

88- Não Coletou

Foi definido como ponto de corte do LT CD4 + o valor de 200 céls/mm³, visto que usuários que apresentam este marcador com valores inferiores a este são considerados imunossuprimidos severos.

Tuberculose Pulmonar, Hepatite B, Hepatite C e Doenças Psiquiátricas – Acrescido o item não informado.

0- Não

1- Sim

2- Não Informado

Outras Doenças Crônicas e Efeitos Adversos – Foram categorizadas em variável dicotômicas.

0- Não

1- Sim

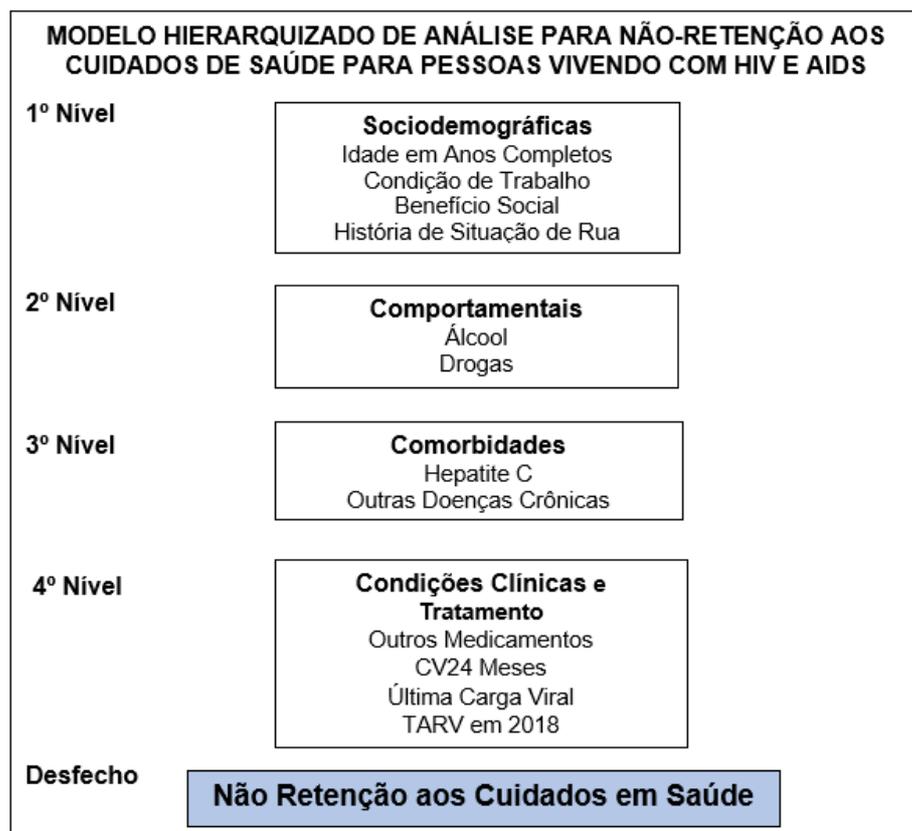
DIGITAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Foi realizada a dupla-entrada dos dados no software EpiData 3.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e a análise foi realizada no programa *Stata 15* (*Stata Corp.*, College Station, Estados Unidos). Inicialmente, as variáveis independentes e dependente foram descritas em números absolutos e frequências relativas, analisadas através do teste do Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fischer. Em seguida, foram calculadas as **Razão de Chances (OR)** brutas e ajustadas através de modelos de regressão de Poisson com variância robusta utilizando para tanto o modelo hierarquizado.

MODELO HIERARQUIZADO DE ANÁLISE

Na análise ajustada, foi utilizada a **regressão logística** de acordo com o modelo Hierarquizado de análise (Figura 1) proposto por Victora *et. al.* (1997), neste artigo os autores discorrem sobre a importância da utilização das estruturas conceituais para nortear a aplicação de análises multivariadas, a utilização deste modelo é um importante norteador para interpretação adequada dos resultados, baseado nos conhecimentos social e biológico.

Figura 1: Modelo Hierarquizado para Análise dos Determinantes da Não Retenção de Usuários de um Serviço de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul



Fonte: Construído pelo autor

Neste modelo, as variáveis foram analisadas de acordo com a proximidade do desfecho em estudo. As variáveis **sociodemográficas** ficaram alocadas em um

nível distal (1º Nível), as variáveis **comportamentais** e relacionadas à **comorbidades associadas** foram alocadas em níveis intermediários (2º e 3º Níveis), por fim, as variáveis relacionadas às **condições clínicas e ao tratamento**, foram alocadas no nível proximal (4º Nível). Foram realizadas análises de associação das variáveis com o desfecho, destas, foram elencadas para o modelo de análise ajustada todas as variáveis que apresentaram, na análise bruta, valor de $p \leq 0,20$. As variáveis que apresentaram no modelo final valor de $p \leq 0,05$ foram consideradas como associadas significativamente à não retenção aos cuidados em saúde.

PARTE III:

ARTIGO

DETERMINANTES DA NÃO RETENÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE HIV E AIDS DO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE

*Cassiana Borges Soares**

*Maria Letícia Rodrigues Ikeda***

*Marcos Pascoal Pattussi****

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) Av. Unisinos, 950 - Bairro Cristo Rei – CEP: 93.022-000. São Leopoldo - RS – Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer os determinantes da não retenção em cuidado de saúde de pessoas vivendo com HIV e/ou AIDS (PVHA) em um serviço especializado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **MÉTODOS:** Estudo caso-controle entre PVHA maiores de 18 anos de idade retidos e não retidos em cuidados continuados em saúde, no ano de 2018. Foram analisados um total de 344 prontuários, 86 casos e 258 controles pareados por ano de entrada no ambulatório. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram para análise multivariada, foram consideradas associadas ao desfecho as exposições com valor de $p \leq 0,05$. Foi utilizada a regressão de Poisson, conforme modelo hierarquizado de análise. **RESULTADOS:** Estar desempregado, ter histórico de situação de rua e ser usuário de álcool foram significativamente associados à não retenção. Dentre os fatores clínicos ter outras doenças manteve-se associada ao desfecho como fator de proteção. **CONCLUSÃO:** Os achados deste estudo mostraram a associação de não retenção a fatores de vulnerabilidade social e explicitaram que as inequidades sociais implicaram na redução da manutenção destes indivíduos em cuidados longitudinais. Sendo assim é fundamental que os DSS sejam considerados nas ações de enfrentamento à epidemia de HIV e AIDS

Palavras chaves: HIV, AIDS, Retenção

* Enfermeira – Especialista Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Aluna do PPG Saúde Coletiva da Unisinos. e-mail: cassianabsoares@gmail.com

** Dr^a em Cardiologia. Médica Especialista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Professora na Escola de Saúde da Unisinos. e-mail: letikeda@gmail.com

*** MSc PhD, Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos. e-mail: mppattussi@unisinos.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the determinants of non-retention in health care of people living with HIV and / or AIDS (PLWHA) in a specialized service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **METHODS:** Case-control study among PLWHA over 18 years of age retained and not retained in continued health care, in 2018. A total of 344 medical records, 86 cases and 258 matched controls per year of admission to the clinic were analyzed. Variables with $p \leq 0.20$ in the bivaried analysis were taken for multivariate analysis, exposures with $p \leq 0.05$ were considered associated with the outcome. Poisson regression was used, according to a hierarchical model of analysis. **RESULTS:** Being unemployed, having a history of homelessness and being an alcohol user were significantly associated with non-retention. Among the clinical factors, having other diseases remained associated with the outcome as a protective factor. **CONCLUSION:** The findings of this study showed the association of non-retention with factors of social vulnerability and explained that social inequalities implied in reducing the maintenance of these individuals in longitudinal care. Therefore, it is essential that the SDH be taken into account when dealing with the HIV epidemic.

Key Words: HIV, SIDA, Retention Care

1 INTRODUÇÃO

Há quatro décadas o HIV e a AIDS apresentam-se como um dos maiores problemas de saúde pública global. No Brasil, nos últimos anos, vem ocorrendo a redução das taxas de detecção de AIDS passando de 21,9 casos a cada 100 mil habitantes em 2012 para 17,8 casos a cada 100 mil habitantes em 2019. Embora haja tendência de declínio na região Sul do Brasil, o Rio Grande do Sul (RS) permanece com taxas elevadas e superiores às nacionais. Em 2019, a taxa de detecção no Estado foi de 28,3 casos a cada 100 mil habitantes, Porto Alegre neste mesmo ano, apresentou taxa de detecção de 58,5 casos a cada 100 mil habitantes, valor maior que o dobro da taxa do Estado e 3,3 vezes maior que a taxa nacional. (BRASIL, 2020b). Estes dados apontam a magnitude do problema e tornam-se mais alarmantes quando analisados em relação ao total de mortes ocorridas desde o início da epidemia. Desde 1980 até o fim de 2019, cerca de 32 milhões de pessoas perderam a vida em todo o mundo por doenças relacionadas a AIDS. (UNAIDS, 2019). O Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS do Ministério da Saúde de 2020, evidencia que desde o início da epidemia em 1980 até 31 de dezembro de 2019, o HIV e a AIDS foram responsáveis por 349.789 óbitos em nosso país, sendo que as maiores proporções ocorreram na região Sudeste (57,7%) e região Sul (17,8%). No Brasil em 2019 foram registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), 10.565 mortes tendo como causa básica a AIDS, a taxa de óbito em todo território nacional foi de 4,1 a cada 100 mil habitantes, já no Rio Grande do Sul esta taxa foi de 7,6 a cada 100 mil habitantes, Porto Alegre apresentou o maior coeficiente de mortalidade entre as capitais do Brasil, com 22 óbitos a cada 100 mil habitantes, aproximadamente 3 vezes superior à taxa do Estado e 5 vezes superior à taxa do país. (BRASIL, 2020a).

O advento da terapia antirretroviral (TARV) e do seu avanço em medicamentos altamente eficazes e com melhor tolerabilidade, aliado à ampliação do diagnóstico e da oferta de medicação o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de promoção e proteção à saúde das PVHA (Pessoas Vivendo com HIV e AIDS), acarretaram em queda significativa na mortalidade e morbidade causadas por este agravo. (BRASIL, 2018a). Contudo, as taxas permanecem alarmantes e mantêm as autoridades sanitárias e os profissionais de saúde em

estado de alerta, buscando compreender a dinâmica da epidemia e seus determinantes.

Com intuito de facilitar a visualização de possíveis barreiras e oportunidades relacionados ao processo saúde e doença das PVHA, pesquisadores passaram a utilizar a cascata do cuidado contínuo, que visa avaliar as etapas que estes usuários precisam transpor até atingir e sustentar a supressão viral. É um modelo matemático de monitoramento, representado por um gráfico de seis barras que inicia pela estimativa do número de pessoas infectadas, em seguida pelo número de pessoas diagnosticadas, destas as vinculadas, na sequência as retidas em cuidados de saúde, as que iniciaram TARV (terapia antirretroviral) e por fim as que atingiram carga viral suprimida. (BRASIL, 2017); (BRASIL, 2018a); (BRASIL, 2020a). Bradley (2014), aponta que são necessários esforços intensificados ao longo da cascata do cuidado contínuo, já que somente com o sucesso em cada etapa será possível atingir os objetivos finais de melhorar a saúde, prolongar vidas e impedir a continuação da transmissão do HIV.

A epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS no Brasil, é um fenômeno que não apresenta caráter padronizado e fixo, havendo diferenças epidemiológicas importantes, constituindo-se como um mosaico de sub-epidemias regionais, devido a profundas desigualdades existentes na sociedade brasileira. (BRITO; CASTILHO e SZWARCOWALD, 2001). Neste sentido Brennan, Browne e Horgan (2014) e Crepaz (2016) reforçam que manter as PVHA em cuidados contínuos é essencial para aumentar o número de usuários em supressão viral e para tanto, segundo os autores, é necessário direcionar as intervenções de acordo com as realidades locais, buscando otimizar a retenção destas pessoas em cuidados continuados de saúde.

Mesmo que a retenção do usuário em cuidados contínuos aumente a probabilidade de atingir e manter a supressão viral e, por conseguinte aumente a expectativa de vida, reduzindo a morbimortalidade relacionadas à esta doença, a retenção do usuário neste cuidado é um dos mais complexos desafios no enfrentamento a epidemia de HIV e AIDS, já que fatores socioeconômicos, clínicos e culturais podem estar relacionados à não retenção (BRADLEY, 2014).

Bulsara, Wianberg e Newton-John (2018), realizaram uma revisão sistemática da literatura existente de 1995 a 2015, sobre fatores preditores de retenção em cuidados em saúde de PVHA, em países mais desenvolvidos a má retenção esteve mais frequentemente associada ao uso de substâncias ativas e fatores

demográficos, já em países em desenvolvimento questões relacionadas à saúde física esteve mais presente. Também apresentaram relevância os fatores associados às doenças psiquiátricas e à fatores sociais e de bem-estar. A má retenção pode estar associada a desigualdades raciais e socioeconômicas. GIORDANO (2007). Para Israelski *et al.* (2001), a raça sobretudo a negra, idades mais jovens, menor escolaridade, menor rendimento, são fatores frequentemente relacionados à má retenção ao cuidado de PVHA. Além de idade mais jovens, apresentar um apoio familiar limitado também foi apontado como fator preditor de não comparecimento aos serviços de saúde. BOFILL (2011).

Nesse sentido, o presente estudo buscou elucidar os determinantes da não retenção em um ambulatório especializado em HIV e AIDS, localizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Este Estado apresenta dados referentes à este agravo, bastante alarmantes em especial na capital, onde localiza-se o ambulatório onde esta pesquisa foi realizada.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo caso-controle com pacientes infectados pelo HIV e/ou portadores de AIDS, retidos e não retidos em um serviço de atenção terapêutica em HIV e AIDS da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) em Porto Alegre.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Atenção Terapêutica de HIV e AIDS (SAT), um ambulatório da SES/RS, referência para atendimento de PVHA (Pessoas Vivendo com HIV e AIDS), localizado nas dependências do Hospital Sanatório Partenon em Porto Alegre/RS. O SAT é composto pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), uma unidade dispensadora de medicamentos (UDM), pelo serviço especializado em HIV e AIDS (SAE) e um Hospital Dia (HD). Atualmente o SAT apresenta um total de 11.209 pacientes cadastrados e destes 5096 estão ativos, 2.705 são pacientes do CTA e 2391 são pacientes portadores de HIV / AIDS, atendidos no SAE. O público prioritário do SAT é composto por pacientes com comorbidades associadas ou que tenham baixa imunidade (Linfócitos T- CD4+ menor que 350 céls/mm³) moradores do município de Porto Alegre/RS,

especificamente da Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro (GDPLP), bem como pacientes do interior do Estado residentes em localidades onde não há serviço de referência para atendimento desta população. O SAT é constituído por uma equipe multidisciplinar, especializada no atendimento de PVHA e é um dos poucos serviços da Secretaria Estadual de Saúde que presta assistência direta aos usuários, sua atuação se justifica pelas altas taxas de infecção pelo HIV no município de Porto Alegre e mais especificamente na GDPLP, uma das gerências com maior número de detecção de HIV/AIDS do município.

População do Estudo

Fizeram parte deste estudo, 344 PVHA maiores de 18 anos de idade, moradores de Porto Alegre, infectados pelo HIV e/ou portadores de AIDS e usuários do Serviço de Atenção e Terapêutica em HIV/Aids do Hospital Sanatório Partenon em Porto Alegre/RS no ano de 2018.

Casos

Foram considerados casos de não retenção aos cuidados de saúde, as PVHA maiores de 18 anos de idade, moradores de Porto Alegre que realizaram menos de duas visitas ao serviço no ano de 2018 (12 meses), seja para retirada de medicação, consulta médica ou coleta de exames de LT CD4+ e/ou Carga Viral.

Critérios para Inclusão de Controles

Para cada caso de usuário, considerado não retido, foram incluídos três controles. Os controles foram selecionados no mesmo ambulatório de onde originaram-se os casos, trata-se de pacientes moradores de Porto Alegre, maiores de 18 anos de idade, portadores de HIV e/ou AIDS que estavam retidos no ano de 2018. Foi realizado um pareamento por ano de admissão no serviço para garantir que todos os incluídos tivessem sido submetidos aos mesmos protocolos vigentes tendo em vista do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de HIV sofrer alterações constantemente. Foram excluídas gestantes, puérperas e aqueles que não residiam em Porto Alegre.

Amostra

A amostra foi calculada de acordo com as principais exposições para não retenção, como sexo, etnia, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico e tempo de uso da TARV. Foram utilizados os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, um poder de 80% e razão controle/caso = 3. Este cálculo foi baseado na exposição: tempo de uso de TARV e permitiu detectar uma ORs de 3,21 ou mais. Sendo necessários para tanto 86 casos e 258 controles.

Coleta de Dados

O processo de coleta de dados teve início após aprovação nos comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e da Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS), inicialmente foi extraído o relatório dos usuários cadastrados no ambulatório, através do programa local de registro de pacientes (FAA-SAT) de 01/01/2000 até 31/12/2017, moradores de Porto Alegre e que permaneciam ativos no sistema, foram localizados 8820 usuários cadastrados, dos quais, foram excluídos crianças, gestantes e os que constavam como transferência, óbito, alta por abandono, atendimento para profilaxia pós exposição ao HIV (PEP), não infectados e pacientes externos atendidos em hospital dia para aplicação de Mantoux, infusão de medicação intravenosa ou aplicação de preenchimento facial, permanecendo como ativos entre, SAT e CTA um total de 4349 pacientes, sendo 1953 usuários atendidos no SAT.

Na etapa seguinte ocorreu a verificação dos usuários que se enquadravam como não retidos ao serviço, de acordo com critérios estabelecidos neste estudo, foram averiguados os 1953 usuários, através dos sistemas de informação como SICLOM, SISCEL e FAA-SAT, a fim de verificar a regularidade das dispensações de medicamentos, das coletas de exames de LT CD4+ e CV e do número de consultas realizadas no ano de 2018. Nesta análise foi possível identificar 47 usuários que permaneciam como ativos no ambulatório, porém eram transferência para outro serviço, HIV negativos, que nunca consultaram no SAT ou constavam como óbito no sistema de retirada de medicamentos (SICLOM), entretanto não haviam sido atualizados no sistema do serviço, desta forma permaneceram 1906 usuários ativos até 31/12/2017. Do total de pacientes foram elegíveis como caso de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa, 130 pacientes. Estes prontuários foram verificados fisicamente e novamente houve a exclusão por óbito, evoluído em

prontuário, de mais 14 usuários, permanecendo como não retidos em 2018 um total de 116 casos.

Através da utilização da ferramenta de livre acesso “*Randomizer*”, disponível em <https://www.randomizer.org>, foram sorteados aleatoriamente, dentre os 116 usuários não retidos, os casos elencados para pesquisa. Após foram sorteados os respectivos controles, pareados por ano de entrada no SAE, através do mesmo site gerador de números aleatórios.

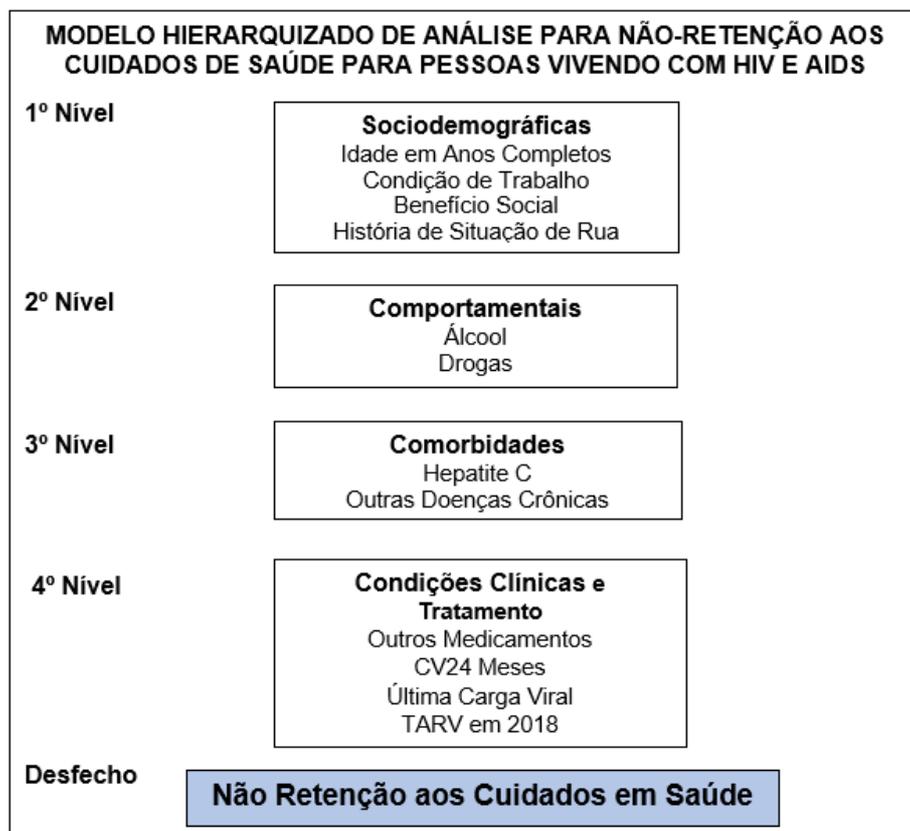
Após a determinação dos casos e dos controles que comporiam a amostra deste estudo, deu-se início à coleta dos dados, que ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2020. A coleta de dados utilizou o instrumento de coleta construído para este estudo de acordo com a literatura existente sobre o tema. Para este estudo foi criado um banco de dados com as informações sociodemográficas, comportamentais, clínicas e de tratamento, relacionadas ao desfecho, através do programa EpiData 3.1, com dupla digitação.

Análise dos dados

A entrada dos dados ocorreu em duplicata no programa EpiData 3.1 e a análise dos dados no software Stata 15 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*). As variáveis categóricas foram descritas através das frequências absolutas e relativas, e comparadas com o teste qui-quadrado (X^2) de Pearson e teste exato de Fischer. Para avaliar a associação entre não retenção e as variáveis independentes foram estimadas razões de chances (ORs) brutas e ajustadas através de regressão logística condicional (Poisson). A análise multivariável foi realizada com base em um modelo teórico de determinação baseado na literatura (Figura 1). Nesse modelo, as variáveis sociodemográficas foram alocadas em conjunto em um bloco distal. Em seguida, foi adicionado o bloco comportamental, e posteriormente as comorbidades associadas. Por último foram incluídas as variáveis proximais relacionadas às condições clínicas e ao tratamento. As variáveis de cada bloco foram ajustadas entre si, retirando-se uma a uma.

As variáveis com nível de significância menor ou igual a que 20% ($p \leq 0,2$), foram elencadas para análise multivariada. As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ foram consideradas associadas significativamente à não retenção aos cuidados em saúde.

Figura 1: Modelo teórico dos determinantes da não retenção em usuários de um serviço de HIV e AIDS da SES/ RS, no ano de 2018 em Porto Alegre.



Fonte: Construído pela autora

ASPECTOS ÉTICOS

Observando as normativas relacionadas às pesquisas que envolvem seres humanos, anteriormente à realização da coleta e análise dos dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelos comitês de ética da UNISINOS e ESP/RS, respectivamente, obtendo parecer favorável para sua realização. Por tratar-se de um estudo com coleta de dados de fontes secundárias, não houve a necessidade de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos registros de saúde analisados.

RESULTADOS

Dos 8820 usuários cadastrados no serviço como moradores de Porto Alegre, permaneceram, após exclusão de acordo com os critérios deste estudo, 4349 usuários maiores de 18 anos de idade, moradores de Porto Alegre/RS, entre o SAT e CTA. Foram analisados 1953 prontuários (SAT), com intuito de localizar os usuários que se enquadravam nos requisitos pré-estabelecidos no projeto de pesquisa como PVHA não-retidas aos cuidados de saúde. Permaneceram como ativos, de acordo com os critérios do estudo, 1906 usuários e entre estes, 116 usuários considerados não-retidos, portanto elegíveis como caso. Foram sorteados aleatoriamente 86 casos e 258 controles, totalizando 344 prontuários. Na tabela 1 são apresentamos os dados sociodemográficos e clínicos dos 344 usuários, divididos entre casos e controles, do total de indivíduos incluídos no estudo 175 (50,9%) eram do sexo masculino, proporção mantida entre casos e controles com um $p=0,4$. Não foram encontradas diferenças significativas entre casos e controles para estado civil, cor da pele, escolaridade, uso de tabaco, carga viral inicial, tuberculose pulmonar, hepatite B, doenças psiquiátricas e efeitos adversos na análise uni variada. A faixa etária predominante foi de 40 a 59 anos em ambos os grupos sendo 191 (55,5%) do total, e a diferença entre os grupos significativa ($p=0,02$). O diagnóstico de AIDS, considerando a contagem de linfócitos T- CD4+ no cadastro no serviço, estava presente em 172 controles (66,7%) e 63 casos (73,3%) com $p=0,2$. Quando observamos a condição de trabalho podemos verificar maior prevalência de desempregados entre os casos 24,7 % contra 15,9% dos controles ($p=0,1$). Um total de 16 usuários eram pessoas em situação de rua, estando 8 em cada grupo, correspondendo a 11,8% dos casos e 3,3% dos controles sendo a diferença significativa ($p=0,01$). Do total de usuários analisados 43 (14,2%) recebia algum tipo de benefício social em 2018 sendo 22,1% dos casos e 11,5% dos controles ($p=0,05$), dados não tabulados mostram que o bolsa família foi o benefício mais concedido 36 (10,5%), entre os usuários Em relação ao uso de álcool o grupo de não retidos teve uma prevalência de 39,5% quando comparado com os retidos que foi de 26,9% com o $p=0,03$, já quando analisamos o uso de algum tipo de drogas o percentual entre os não retidos e entre os retidos foi de 35% e 17,8%, respectivamente sendo a diferença significativa ($p=0,003$). Faziam uso de alguma outra terapêutica além da TARV, 179 usuários (52%) do total dos pacientes

analisados, a diferença de uso entre casos e controles foi significativa ($p < 0,001$), em relação a carga viral detectada a medida que passa o tempo se acentua a diferença entre os grupos, sendo que aos 24 meses entre os casos se observa 60,9% enquanto entre os controles 43,7% com um $p = 0,1$. Do total da amostra 72 (20,9%) referiu apresentar algum efeito adverso à TARV, sendo que entre os não retidos a porcentagem foi maior que os não retidos, 24,4% e 19,8% respectivamente, porém sem diferença estatisticamente significativa. Dos 344 usuários, 167 (48,5%) apresentava outra doença crônica associada 29,1% entre os casos e 55% entre os controles e esta diferença mostrou-se significativa ($p < 0,001$). Dentre as doenças crônicas associadas as mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica em 51 usuários (15%), dislipidemias em 48 usuários (14%) e diabetes mellitus tipo 2 em 24 pacientes (7%).

Na tabela 2 apresentamos a análise multivariada, foram incluídos no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística na análise uni variada com $p \leq 0,2$. Após análise ajustada permaneceram associadas ao desfecho, condição de trabalho, situação de rua, uso de álcool, ter outras doenças e última carga viral detectável. Estar desempregado mostrou maior risco para não retenção do que ser empregado, sendo esta associação independente e significativa (OR 2,22; IC95% 1,06 – 4,65; $p = 0,06$). Ter histórico de situação de rua apresentou uma OR de 2,64 também manteve a associação significativa com não retenção ($p = 0,03$). O consumo de álcool manteve-se associado ao desfecho, apresentou um OR de 2,01 com IC95% 1,00 - 4,02 e um $p = 0,04$. O uso de drogas também esteve associado com o desfecho na análise bruta (OR=2,47; IC95% 1,35 – 4,51; $p = 0,003$) entretanto, na análise ajustada, este fator não permaneceu como determinante da não retenção em cuidados de saúde.

Dentre os fatores clínicos tanto o uso de outros medicamentos quanto apresentar outras doenças associadas mostraram fator de proteção para não retenção na análise bruta (OR= 0,4; IC95% 0,23 - 0,67; $p < 0,001$) e (OR= 0,29; IC95% 0,16 - 0,52; $p < 0,001$) respectivamente, no entanto na análise ajustada somente ter outras doenças manteve-se associada (OR= 0,27; IC95% 0,12 - 0,62; $p = 0,02$). A presença de hepatite C foi associada na análise bruta, sendo fator de proteção com OR=0,59 e IC95% 0,29 - 1,20; $p = 0,1$, no entanto não manteve a associação após controle para fatores de confusão.

Os exames de carga viral inicial, carga viral de 12 meses e linfócitos TCD4+ inicial não foram associados à não retenção. A carga viral de 24 meses e ter a última carga viral coletada positiva, foram associados com o desfecho, no entanto na análise ajustada para os fatores de confusão, somente a presença de carga viral na última coleta realizada manteve associação com o desfecho (OR 11,9; IC95% 4,77 - 29,7; $p=0,03$). O esquema antirretroviral em uso no ano de análise não mostrou-se associado à não retenção em cuidados continuados.

DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Este estudo mostrou os fatores associados à não retenção em cuidado de saúde em Pessoas Vivendo com HIV e AIDS atendidas no Serviço de Atenção e Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon. Estiveram associadas à não retenção os seguintes fatores: a condição de trabalho, história de situação de rua, uso de álcool, ter outras doenças associadas e ter a última CV coletada detectável.

Os achados mostraram que pessoas desempregadas têm 122% mais risco de não ficarem retidas em cuidados do que as pessoas empregadas, corroborando com dados da literatura. Estudo brasileiro mostrou que o desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estiveram associados à pior condição de saúde entre adultos brasileiros, independentemente das características sociodemográficas. (GIATTI e BARRETO, 2006). As condições de vida e trabalho compõem um dos determinantes em saúde conforme o modelo de Determinantes Sociais em Saúde (DSS) de Dahlgren e Whitehead (FIOCRUZ, 2008) e, portanto, é esperado que a falta de emprego resulte em impacto negativo na retenção dos indivíduos em cuidados. Neste sentido, Bezabhe *et al.* (2014) e Tomori *et al.* (2014), referem que a falta de emprego está associada significativamente à pior adesão e à perda e acompanhamento em saúde. Outra variável sociodemográfica associada fortemente a aumento de risco para não retenção foi apresentar vivência de situação de rua, indicando que pessoas com esse histórico teriam 2,64 mais chance de não estarem retidas, quando comparadas às que não apresentaram esta condição. Mendes, Ronzani e Paiva (2019), referem em seu estudo que a população em situação de rua, é uma fração da sociedade, que expõem a desigualdade social existente em nosso meio, segundo os autores esta condição, apresenta-se como uma categoria social complexa, já que estar nas ruas, é fruto de um processo de “vulnerabilização”, dinâmico e anterior à esta condição (SEVALHO, 2018). Para

Schramm (2006), todos somos vulneráveis enquanto seres vivos, entretanto existem condições como a classe social, etnia, gênero, condições de vida e estado de saúde que tornam este potencial em condições concretas. Desta forma, podemos considerar os moradores de rua como vulneráveis pela própria condição humana, e concretamente vulnerados, devido as condições de vida e saúde à que estão expostos.

É possível explicar esta associação especialmente devido à invisibilidade desta população. Em nosso país, não existem dados oficiais que determinem de forma quantitativa a população em situação de rua, o censo demográfico não contempla o inquérito do número total da população não domiciliada. Os dados censitários são coletados a partir da base familiar, pessoas sem moradia e sem constituição familiar clássica, permanecem invisíveis ao Estado (FIGUEIREDO e GUERRA, 2016). Pesquisa realizada em 2016 que buscou avaliar o perfil dos adultos em situação de rua em Porto Alegre, apontou que neste ano havia 2115 pessoas nesta condição na capital do Rio Grande do Sul. (GEHLEN, 2016).

Para Gehlen *et al.* (2017), a condição de rua é advinda de processos históricos complexos, determinados por diversas causas e muitas vezes, está relacionada a rupturas nas dimensões afetivas, familiar, social e profissional, também pode estar relacionada à utilização de álcool, drogas e medicamentos. Pode-se assim inferir que os eventos associados a esta condição também estejam implicados no resultado encontrado em nosso estudo. Em seu estudo, realizado em Salvador, Aguiar e Iriart (2012), afirmam que as condições de vida e saúde das pessoas em situação de rua são muito precárias, sendo a violência predominante, os achados apontam que os principais problemas de saúde estão relacionados, entre outros, ao abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS e transtornos mentais. Ainda de acordo com os autores, para estas pessoas a saúde está ligada, entre outros significados, à capacidade de resistir ao cotidiano de dificuldades, já a doença foi vinculada ao estado de fraqueza extrema, que impediria de lutar pela sobrevivência, sendo assim, os serviços de saúde seriam procurados somente em situações graves e urgentes.

No que tange ao consumo de drogas e álcool nosso estudo confirma os achados de literatura, mostrando associação com o desfecho na análise bruta, sendo essa associação mantida apenas para o álcool após ajuste para fatores de confusão. Os usuários de álcool apresentaram 101% mais chance de estarem não

retidos quando comparados aos que referiram não beber. Em seu estudo Kader *et al.* (2015), analisaram 1503 pacientes atendidos em 15 clínicas de HIV na Cidade do Cabo, África do Sul, com intuito de avaliar o impacto do uso abusivo do álcool e outras drogas na adesão ao tratamento e na progressão da doença, através do Teste de Identificação de Distúrbios por Uso de Álcool (AUDIT) e o Teste de Identificação de Distúrbios de Uso de Drogas (DUDIT), o que resultou em 607 usuários. O uso abusivo destas substâncias estava associado a interrupção do uso da TARV, com conseqüente diminuição nas contagens de LT CD4+ e progressão acelerada da doença causada por este vírus. Kumar *et al.* (2015), refere que o abuso de substâncias como tabaco, álcool e drogas ilícitas é comum entre indivíduos infectados pelo HIV, e foram identificados como os principais motivos para a não adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre as PVHA. De forma geral os estudos vêm apontando uma piora na adesão à TARV e retenção dos usuários que fazem uso de álcool, quando comparados às pessoas que não fazem uso desta substância. (WANDERA *et al.*, 2015; MONROE *et al.*, 2016; COOK *et al.*, 2017). Patsis *et al.* (2020), realizaram um estudo na África Oriental, com intuito de avaliar o uso concomitante do álcool e a TARV e os seus possíveis impactos, concluíram que o consumo de bebida alcóolica está associado a atrasos no início da TARV, como também implica na redução da retenção das PVHA e concluem que intervenções voltadas ao consumo de álcool, podem ter um impacto positivo nas taxas avaliadas ao longo da cascata do cuidado contínuo do HIV. Embora após ajuste para fatores de confusão, o uso de drogas não tenha se mantido associado, é importante considerar o papel deste uso no desfecho. O consumo de álcool vem sendo associado na literatura como indutor de uso de outras substâncias marcadamente tabaco e outras drogas psicoativas. (RIBEIRO E LARANJEIRAS, 2012; SANCHEZ e NAPPO, 2002).

Apresentar comorbidades associadas ao HIV e AIDS foi considerado fator de proteção para o desfecho, indicando que estas pessoas apresentavam 73% maior chance de estarem retidas, quando comparadas às pessoas sem outras comorbidades associadas, corroborando com estes achados, um estudo realizado no Canadá, por Lourenço *et al.* (2016), aponta que pessoas com outras comorbidades tendem a fazer uso de outros serviços de saúde, focados em outras patologias, ter outras comorbidades foi associada a retenção dos usuários, que apresentaram no seu estudo quase três vezes maior chance de serem retidos do

que os usuários que não utilizavam serviços de saúde para acompanhamento de outras questões de saúde não relacionadas com HIV/AIDS. Uma hipótese provável para este achado é o aumento da expectativa de vida das PVHA, pessoas mais velhas tendem a apresentar mais doenças associadas e estes apresentam melhores taxas de retenção quando comparados aos mais jovens. Também é possível inferir que na medida em que esforços de diferentes serviços se somam no cuidado e na educação para a saúde, os desfechos tendem a melhorar.

Smit *et al.* (2015), acreditam que na Holanda em 2030, 84% dos pacientes infectados pelo HIV terão alguma doença não transmissível associada, um aumento significativo se compararmos taxas de 2010, onde cerca de 29% apresentava comorbidades associadas ao HIV e AIDS. Conforme Brites *et al.* (2019), pacientes idosos portadores de HIV têm uma frequência maior de doenças associadas não transmissíveis, quando comparados à população geral. Em seu estudo Crawford (2015), buscou avaliar a relação entre múltiplas comorbidades e a retenção em PVHA, os resultados indicam que apresentar outras doenças associadas ao HIV esteve vinculada à melhores níveis de engajamentos no cuidado em saúde.

Os indivíduos cuja última carga viral realizada foi detectável tiveram 11 vezes mais chance de não estarem retidas aos cuidados, quando comparadas às pessoas com CV não detectável. Apresentar carga viral detectável pode estar associada à má adesão à TARV, pacientes que utilizam os medicamentos com adesão subótima, tendem a manter viremia com risco de falha terapêutica. Levando-se em consideração os benefícios advindos do uso regular da TARV, as equipes que atendem PVHA, buscam estimular a adesão ótima dos usuários aos esquemas medicamentosos prescritos. Contudo, este processo é dinâmico e complexo envolvendo fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e até mesmo comportamentais, nos quais tanto o indivíduo está envolvido, como também a equipe de saúde e a rede social do paciente. (ROCHA *et al.*, 2010).

Giordano *et al.* (2007), coloca que, mesmo com a expansão e avanços relativos a TARV, a baixa retenção no tratamento do HIV, em tempos de acesso universal, é um dos principais fatores relacionados a morbimortalidade decorrente da progressão deste vírus no organismo. A descontinuidade da retenção, está associada à progressão da doença causada pelo HIV. (REBEIRO *et al.*, 2016). De acordo com Dombrowski *et al.* (2013), pessoas retidas têm maior probabilidade de atingir a supressão viral. Manter o acompanhamento regular é medida essencial

para reduzir a morbimortalidade relacionada ao HIV, prevenir a resistência aos medicamentos e reduzir a incidência de novos casos de infecção. (GIORDANO *et al.*, 2007). Crepaz *et al.* (2016), apontam em seu estudo que apenas dois terços das PVHA permaneceram com CV suprimida após dois anos do início da TARV, os autores reforçam a necessidade de implementar intervenções que melhorem a retenção ao cuidado e adesão aos medicamentos antirretrovirais (ARV). Neste sentido, Nemes *et al.* (2009), aponta que é importante analisar os fatores associados à adesão, para a melhoria das políticas e práticas em saúde com vistas ao aprimoramento da efetividade do tratamento.

Nossos resultados demonstram fortemente a associação de condições de vulnerabilidade e vulneração na não retenção em cuidados continuados. A vulnerabilidade pode ser entendida como o conjunto de condições materiais, políticas, culturais, jurídicas e subjetivas que norteiam os saberes e práticas em saúde, nesta perspectiva vulnerabilidade pode ser sintetizada como um conceito capaz de inter-relacionar ações e mecanismos de enfrentamento às condições sociais adversas nos diferentes contextos sociais. (SEVALHO, 2018).

Para Ayres *et al.* (2006), a vulnerabilidade está intimamente ligada à garantia de cidadania das populações mais fragilizadas e está vinculada aos direitos humanos, o autor considera vulnerabilidade como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, advinda do conjunto de condições tanto individuais como sociais e programáticas, relacionadas também ao grau de disponibilidade de recursos capazes de promover proteção aos indivíduos à estas circunstâncias. Para Schramm (2006), é importante distinguir vulnerabilidade de vulneração, onde a primeira é condição inerente aos seres vivos, desta forma todos são potencialmente vulneráveis, já vulneração é a intensificação e concretização desta vulnerabilidade.

Yehia *et al.* (2015), apontam que os não retidos aos cuidados em saúde enfrentaram mais barreiras, principalmente, sociais e estruturais, reforçam que para manter os pacientes retidos aos cuidados, é importante além da redução das barreiras existentes ao acesso à atenção em saúde, ofertar atendimentos relacionados à saúde mental e abuso de substâncias.

As principais limitações encontradas em nosso estudo foram as inerentes ao delineamento de caso e controle, já que utilizam dados retrospectivos, assim tivemos certa dificuldade na localização algumas informações ou estavam ilegíveis. Apesar de a grande maioria das informações estarem presentes, o fato de o

prontuário ser manual e os registros não obedecerem a um padrão dificultou a coleta e contribuiu para o viés de informação. As informações referentes às condições de vida como apoio social, renda e benefício social normalmente não estavam adequadamente sistematizadas nos prontuários obrigando uma busca externa em sistemas de informações. A ausência de questionários padronizados e validados para a avaliação de consumo de álcool e drogas pode ter contribuído para reduzir o efeito destes usos nos resultados. Os dados do estudo possivelmente não possam ser generalizados para todas as PVHA, em razão da especificidade da população estudada, uma vez que o Hospital Sanatório Partenon / SAT atende populações de alta vulnerabilidade social e estes resultados podem refletir esta condição de forma mais acentuada.

CONCLUSÃO

Embora, nestes 40 anos de epidemia do HIV e AIDS, tenhamos avançado positivamente em vários aspectos relacionados à prevenção, assistência e tratamento deste agravo e que de fato, nos últimos anos venha ocorrendo queda nos casos de AIDS e óbitos relacionados à esta patologia, a mesma continua sendo um dos mais sérios problemas de saúde pública em nível global, impondo aos gestores e profissionais de saúde um grau elevado de empenho em buscar novas estratégias de ação e enfrentamento. A retenção, uma das etapas da cascata de cuidado contínuo que impõem maior desafio às equipes de saúde, é um importante indicador da permanência da PVHA em acompanhamento, o que é mandatório para a supressão viral máxima, que além de melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência das PVHA, é importante para a redução da transmissão deste agravo.

Os achados deste estudo mostraram a associação da não retenção a características determinadas pela vulnerabilidade social existentes em nosso meio, e explicitaram que as inequidades sociais implicaram na redução da possibilidade de manutenção destes indivíduos em cuidados longitudinais. Sendo assim é fundamental que os DSS sejam considerados nas ações de enfrentamento a epidemia de HIV. O estudo ao mostrar o papel do desemprego, do uso de álcool e da vivência em situação de rua como barreiras a retenção em cuidados coloca a necessidade de incluir ações de redução de danos associados ao uso de álcool, fomento ao emprego e renda e melhoria de condições de vida como ferramentas de promoção da equidade. Sendo assim destaca-se a importância das ações

interssetoriais e do trabalho em rede na implementação de políticas públicas de saúde e assistência social, voltadas as PVHA de segmentos populacionais vulnerados. Além disso os achados deste estudo demonstraram que ter outras doenças associadas foi fator significativo para a retenção do usuário em cuidados em saúde, reforçando a importância do trabalho interssetorial e em rede, para saúde dos pacientes. Por fim, nosso estudo aponta para a necessidade de melhoria na sistematização e padronização dos dados assistenciais qualificando os diagnósticos psicossociais no âmbito do serviço onde se realizou a pesquisa, considerando que a identificação de características associadas à não retenção pode contribuir para criação de alertas, que permitam intervir precocemente, para evitar o abandono.

BIBLIOGRAFIAS

AGUIAR, M. M. e IRIART, J. A. B. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.28, n.1, p.115-124, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>. Acesso em: 15/01/2021.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.

BEZABBE W.M. *et al.* **Barreiras e facilitadores da adesão à terapia com medicamentos antirretrovirais e retenção no cuidado entre pacientes HIV-positivos adultos: um estudo qualitativo da Etiópia.** PLoS ONE, v.14 ,2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097353>. Acesso em: 25/12/2020.

BOFILL L. *et al.* **Demographic and psychosocial factors associated with appointment attendance among HIV-positive outpatients.** AIDS Care, v. 23, n.10, p.1219-1225, 2011. Disponível em: [doi: 10.1080/09540121.2011.555743](https://doi.org/10.1080/09540121.2011.555743). Acesso em 20/02/2021.

BRADLEY, H. *et al.* **Vital signs: HIV diagnosis, care and treatment among people living with HIV.** MMWR Morbidity and Mortality Weekly. United States, 2014, v.63, n. 47, p. 1113 - 1117. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779517/>. Acesso em: 16/11/2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2019.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019> Acesso em: 15/11/20.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2020.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020> Acesso em: 07/1/2021.

BRASIL. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>. Acesso em 22/06/2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo das Infecção pelo HIV em Adultos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em 18/06/19.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2018**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em 04/09/2019.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020>. Acesso em: 10/01/2021.

BRENNAN, A.; BROWNE, J.; HORGAN, M. **A systematic review of health service interventions to improve linkage with or retention in HIV care**. *AIDS Care*, 2014, v. 26, n.7, p. 804-812. Disponível em: [DOI: 10.1080/09540121.2013.869536](https://doi.org/10.1080/09540121.2013.869536). Acesso em 11/11/2019.

BRITES, C. *et al.* **Short Communication: Getting Older with HIV: Increasing Frequency of Comorbidities and Polypharmacy in Brazilian HIV Patients**. *AIDS research and human retroviruses*, v. 35, n. 11-12, p. 1103–1105, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/AID.2019.0069>. Acesso em: 15/01/2021.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>. Acesso em: 15/11/2019..

BULSARA, S.M.; WAINBERG, M.L.; NEWTON, J. **Predictors of Adult Retention in HIV Care: A Systematic Review**. *AIDS Behav*, v.22, p. 752–764, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1644-y>. Acesso em: 20/02/2021.

COOK, R. L. *et al.* **Alcohol consumption patterns and HIV viral suppression among persons receiving HIV care in Florida: an observational study**. *Addiction science & clinical practice*, v. 12, n.1, 2017. Disponível em: [doi:10.1186/s13722-017-0090-0](https://doi.org/10.1186/s13722-017-0090-0). Acesso em: 02/01/2021.

CRAWFORD, T. N.; THORNTON, A. **Retention in continuous care and sustained viral suppression: examining the association between individuals living with HIV**. *Journal of the International Association of AIDS Care Providers*, 2016. p. 42- 47. <https://doi.org/10.1177/2325957416678929>. Acesso em: 12/09/2019.

CRAWFORD, T.N. **Examining the relationship between multiple comorbidities and retention in HIV medical care: a retrospective analysis**. *AIDS Care*, v.27, n. 7, p. 892-899, 2015. Disponível em: [doi: 10.1080/09540121.2015.1009361](https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1009361). Acesso em: 18/01/2021.

CREPAZ N. *et al.* **Durable Viral Suppression and Transmission Risk Potential Entre People With Diagnosed HIV Infection: United States, 2012-2013**. *Clinical Infectious Diseases*, v.63, n.7, p. 976–983, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw418>. Acesso em: 02/01/2021.

DOMBROWSKI J.C. *et al.* **High levels of antiretroviral use and viral suppression among persons in HIV care in the United States, 2010.** *J Acquir Immune Defic Syndr*, V.63, n.3, p.299-306, 2013. Disponível em: [doi:10.1097/QAI.0b013e3182945bc7](https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182945bc7).

FIGUEIREDO, E. H. L.; GUERRA, D. L. R. **Da população em situação de rua: A criminalização do invisível.** *RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos*, v.50, n.66, p.160-176, Bauru, 2016. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RIPE_n.66.08.pdf Acesso em: 09/01/2021.

GEHLEN, Ivaldo; MEIRELLES, Mauro; SCHUCH, Patrice. **Desafios metodológicos ao estudar a população em situação de rua.** In: Patrice Schuch; Ivaldo Gehlen; Rita dos Santos (orgs.). **População de rua: políticas públicas, práticas e vivências.** Porto Alegre: Cirkula, 2017. p. 91-107.

GEHLEN, Ivaldo; SCHUCH, Patrice (orgs.). **Relatório quanti qualitativo, contendo o cadastro censitário e o modo de vida cotidiana da população adulta em situação de rua de Porto Alegre.** Porto Alegre: IFCH-Ufrgs, Fasc, 2016. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?req=41&p_secao=120. Acesso em: 02/02/2021.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. **Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99 -106, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100016>. Acesso em 09/01/2021.

GIORDANO Thomas P. *et al.*, **Retention in Care: A Challenge to Survival with HIV Infection.** *Doenças Infecciosas Clínicas*. v. 44, 11 Ed, 2007, Páginas 1493–1499, Disponível em: <https://doi.org/10.1086/516778>. Acesso em 11/11/2019.

ISRAELSKI, D. *et al.* **Sociodemographic characteristics associated with medical appointment adherence among HIV-seropositive patients seeking treatment in a county outpatient facility.** *Preventive medicine*, v.33, n.5, p.470–475, 2001. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0917>

KADER, R. *et al.* **Understanding the Impact of Hazardous and Harmful Use of Alcohol and/or Other Drugs on ARV Adherence and Disease Progression.** *PLoS ONE*, v. 10, n.5, e0125088, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125088> Acesso em: 05/01/2021.

KUMAR, S. *et al.* **Drug–drug interactions between anti-retroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems,** *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, v.11, n.3, p. 343-355, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1517/17425255.2015.996546> Acesso em: 16/01/2021.

LOURENÇO, L. *et al.* **Non-HIV-related health care utilization, demographic, clinical and laboratory factors associated with time to initial retention in HIV care among HIV-positive individuals linked to HIV care.** *HIV Med*, [S.l.], v.17, n.4, p. 269–792, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hiv.12297>. Acesso em 18/01/2021.

MENDES, K. T.; RONZANI, T. M. e PAIVA, F. S. **População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática.** *Psic. e Soc.*, v. 31, e169056, Belo

Horizonte, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>. Acesso em 10/01/2021.

MOLINA, P.E., BAGBY G.J., NELSON S. **Biomedical consequences of alcohol use disorders in the HIV-infected host.** Curr HIV Res. v.12, n.4, p. 265-75, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25053365/> Acesso em: 05/01/2021.

MONROE, A. K. *et al.* **Heavy Alcohol Use Is Associated With Worse Retention in HIV Care.** Journal of acquired immune deficiency syndromes, v. 73, n. 4, p. 419-425, 2016. Disponível em: <https://doi:10.1097/QAI.0000000000001083> Acesso em: 09/01/2021.

NEMES, Maria Inês Batistella *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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200028> Acesso em: 25/10/2019.

PATSI, I. *et al.* **Lower rates of ART initiation and decreased retention among ART-naïve patients who consume alcohol enrolling in HIV care and treatment programs in Kenya and Uganda.** PLoSOne, v.15, n.10, e0240654, 2020. Disponível em: doi:10.1371/journal.pone.0240654. Acesso em 15/01/2021.

REBEIRO P. F. *et al.* **Geographic variations in retention in care among HIV-infected adults in the United States.** American AIDS Cohort Collaboration On Research and Design (NA-ACCORD). PLoS ONE, v. 11, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146119> Acesso em 01/01/2021.

REBEIRO P. F. *et al.* **Retention among North American HIV infected person in, clinical care, 2000-2008.** Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 62, n.3, p. 356-362, 2013. Disponível em: <https://10.1097 / QAI.0b013e31827f578a> Acesso em: 02/01/2021.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O Tratamento do Usuário de Crack. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

ROCHA, G. M. *et al.*, **Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática 2004-2009.** In. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar.** Ministério da Saúde, Brasília, p. 17-32, 2010.

SANCHEZ, Z.V.M; NAPPO, S. A. **Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes.** Rev. Saúde Pública, v.36, n.4, 2002.p.420-430. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400007>. Acesso em 15/02/2021.

SCHRAMM, F. R. **A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública.** Revista Brasileira de Bioética, v.2, n.2, 2006.p. 187-200. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969>. Acesso em 12/05/2021.

SEVALHO, G. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire.** Interface, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>. Acesso em 02/02/2021.

SMIT, M. *et al.* **Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study.** The Lancet. Infectious diseases, v.15, n.7, p. 810–

818, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00056-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00056-0). Acesso em: 18/01/2021.

SOBRAL, A; FREITAS, C. M. **Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde**. Saúde Soc., v. 19, n.1, p.35 - 47, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>. Acesso em 15/01/2021.

TOMORI C. *et al.* **Barriers and facilitators of retention in HIV care and treatment services in Iringa, Tanzania: the importance of socioeconomic and sociocultural factors**, AIDS Care, v. 26, n.7, p. 907-913, 2014. Disponível em: DOI: [10.1080/09540121.2013.861574](https://doi.org/10.1080/09540121.2013.861574). Acesso em 09/01/2021.

UNAIDS. **Estatísticas Globais Sobre HIV, 2019**. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 07/10/2019.

UNAIDS. **Global Report: UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic 2013**. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf. Acesso em: 14/10/2019.

VICTORA, C. G. *et al.* **The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach**. Int J Epidemiol, v. 26, n. 1, p. 224-7, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9126524/> Acesso em: 30/12/2020.

WANDERA, B. *et al.* **Alcohol consumption among HIV- infected persons in a Large Urban HIV Clinic in Kampala Uganda: A constellation of Harmful Behaviors**, PLoS ONE, v. 10, n. 5, e0126236, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126236>. Acesso em: 16/01/2021.

YEHIA, B. R. *et al.* **Barriers and facilitators to patient retention in HIV care**. BMC Infectious Diseases, v. 15, n. 246, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-015-0990-0> Acesso em: 10/01/2021.

PARTE IV:

APÊNDICES

Determinantes da não retenção de usuários de um serviço de HIV e AIDS do Rio Grande do Sul: Um estudo de caso controle	
Variáveis	Uso do pesquisador
Sociodemográficas:	
Nome: _____ N° do questionário: _____	nquest
Número prontuário: _____	npront
Caso _____ Controle _____	caso/control
45. Sexo:	sexo
1 <input type="checkbox"/> Masculino	
2 <input type="checkbox"/> Feminino	
46. Estado Civil:	ecivil
0 <input type="checkbox"/> Com companheiro (a)	
1 <input type="checkbox"/> Sem companheiro(a)	
2 <input type="checkbox"/> Não Informado	
47. Cor da pele:	cpele
0 <input type="checkbox"/> Branca	
1 <input type="checkbox"/> Não Branca	
2 <input type="checkbox"/> Não Informado	
48. Data de nascimento _____	dtnas
49. Idade em anos:	Idanos
1 <input type="checkbox"/> 20 - 39	
2 <input type="checkbox"/> 40 - 59	
3 <input type="checkbox"/> 60 ou mais	
50. Escolaridade	escola
0 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental	
1 <input type="checkbox"/> Analfabeto	
2 <input type="checkbox"/> Ensino Médio	
3 <input type="checkbox"/> Ensino Superior	
51. Emprego:	contra
0 <input type="checkbox"/> Empregado	
1 <input type="checkbox"/> Desempregado	
2 <input type="checkbox"/> Aposentado	
3 <input type="checkbox"/> Não Informado	
52. Profissão: _____	prof

53. Situação de rua (História):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado	srua
54. Recebe algum benefício social:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Informado	bsocial
<u>Comportamentais:</u>		álcool
55. Uso de álcool:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex Usuário <input type="checkbox"/> Não Informado	fumo
56. Tabagismo:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex Usuário <input type="checkbox"/> Não Informado	drogas
57. Uso de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex Usuário <input type="checkbox"/> Não Informado	adiag
<u>Clínicas:</u>		aisae
58. Ano do diagnóstico: Data: ___/___/___		idisae
59. Ano de ingresso no SAE: Data: ___/___/___		mtrans
60. Idade de ingresso no SAE: _____		
61. Modo de Transmissão:	<input type="checkbox"/> Transmissão vertical <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> Transfusão <input type="checkbox"/> Exposição Ocupacional	

<p>0 <input type="checkbox"/> Maior ou igual a 201 1 <input type="checkbox"/> Menor ou igual a 200 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	
<p>73. Carga Viral em 24 meses após entrada no SAE:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Detectável 1 <input type="checkbox"/> Não Detectável 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cv24
<p>74. LT CD4+ em 24 meses após entrada no SAE:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Maior ou igual a 201 1 <input type="checkbox"/> Menor ou igual a 200 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cd424
<p>75. Carga Viral em 60 meses após entrada no SAE:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Detectável 1 <input type="checkbox"/> Não Detectável 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cv60
<p>76. LT CD4+ em 60 meses após entrada no SAE:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Maior ou igual a 201 1 <input type="checkbox"/> Menor ou igual a 200 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cd460
<p>77. Carga viral atual(última):</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Detectável 1 <input type="checkbox"/> Não Detectável 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cvult
<p>78. LTCD4+ atual (última):</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Maior ou igual a 201 1 <input type="checkbox"/> Menor ou igual a 200 88 <input type="checkbox"/> Não Coletou</p>	cd4ult
<p>79. Diagnóstico de AIDS:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	aids

80. Hospitalização no ano de análise:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	hosp
<u>Coinfecções ou Comorbidades:</u>		
81. Tuberculose Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado	tbpul
82. Hepatite B	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado	hepb
83. Hepatites C	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado	hepc
84. Doenças psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado	dopsic
85. Outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	docron
<u>Efeitos Adversos:</u>		
86. Náuseas e/ou Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nauvo
87. Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	diar
88. Tonturas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	tont
89. Alterações no sono	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	altson

<p>90. Lipodistrofia</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>91. Outros _____</p>	lipo
--	------