

Fatores de vulnerabilidade associados às internações por HIV/aids: estudo caso controle

Vulnerability factors associated with HIV/AIDS hospitalizations: a case-control study
Factores de vulnerabilidad asociados a la hospitalización del VIH/SIDA: estudio de control de casos

Livia Maria Lopes^I

ORCID: 0000-0002-5775-305X

Rubia Laine de Paula Andrade^{II}

ORCID: 0000-0001-5843-1733

Tiemi Arakawa^{III}

ORCID: 0000-0003-4485-9856

Gabriela Tavares Magnabosco^{IV}

ORCID: 0000-0003-3318-6748

Maria Ines Battistella Nemes^I

ORCID: 0000-0001-9862-1603

Antonio Ruffino Netto^I

ORCID: 0000-0001-9770-4896

Aline Aparecida Monroe^{II}

ORCID: 0000-0003-4073-2735

^ICentro Universitário Municipal de Franca. Franca, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{III}Grupo de Estudos Epidemiológico-operacionais em Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{IV}Ministério da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Como citar este artigo:

Lopes LM, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Nemes MIB, Ruffino Netto A, et al. Vulnerability factors associated with HIV/AIDS hospitalizations: a case-control study. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180979. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0979>

Autor Correspondente:

Aline Aparecida Monroe
E-mail: amonroe@eerp.usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 08-02-2019 **Aprovação:** 07-07-2019

RESUMO

Objetivos: identificar a associação entre as internações por HIV/aids e os fatores que integram as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. **Métodos:** estudo caso-controle realizado em 2014 em um município do estado de São Paulo. “Casos” compreenderam pessoas que viviam com HIV (PVHIV) internadas e “controles” aquelas que faziam acompanhamento ambulatorial. Foram realizadas entrevistas utilizando um instrumento com variáveis sociodemográficas, características clínicas e outras vulnerabilidades. Os dados foram analisados por meio de regressão logística condicional. **Resultados:** participaram 56 casos e 112 controles. Constituíram fatores de risco para internação hospitalar por HIV: indivíduos desempregados e aposentados/do lar; pessoas em situação de rua; não usuários de antirretroviral; indivíduos que não compareciam regularmente aos retornos. Acesso à assistente social constituiu-se um fator de proteção para internação. **Conclusões:** esta investigação contribuiu para mensurar as vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas que interferem na agudização do HIV e, conseqüentemente, no desfecho desfavorável, como a internação hospitalar.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Populações Vulneráveis; Hospitalização; Assistência à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to identify the association between HIV/AIDS hospitalizations and factors that integrate individual, social, and programmatic vulnerabilities. **Methods:** a case-control study conducted in 2014 in a municipality in the state of São Paulo. “Cases” included people living with HIV (PLHIV) hospitalized and “control” those who were outpatients. Interviews were conducted using a tool with sociodemographic variables, clinical characteristics and other vulnerabilities. Data were analyzed by conditional logistic regression. **Results:** fifty-six cases and 112 control participated. Risk factors for HIV hospitalization were: unemployed and retired individuals; homeless people; non-antiretroviral users; individuals who did not regularly attend returns. Access to social workers was a protective factor for hospitalization. **Conclusions:** this research contributed to measure the social, individual and programmatic vulnerabilities that interfere with HIV worsening and, consequently, unfavorable outcome such as hospitalization.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Vulnerable Populations; Hospitalization; Delivery of Health Care; Public Health.

RESUMEN

Objetivos: identificar la asociación entre las hospitalizaciones por VIH/SIDA y los factores que integran las vulnerabilidades individuales, sociales y del programa. **Métodos:** estudio de casos y controles realizado en 2014 en un municipio del estado de São Paulo. Los “casos” incluyeron a personas que viven con VIH (PVVIH) hospitalizadas y “controla” a los pacientes ambulatorios. Las entrevistas se realizaron utilizando un instrumento con variables sociodemográficas, características clínicas y otras vulnerabilidades. Los datos fueron analizados por regresión logística condicional. **Resultados:** participaron 56 casos y 112 controles. Los factores de riesgo de hospitalización por VIH fueron: personas desempleadas y jubiladas; personas sin hogar; usuarios no antirretrovirales; individuos que no asistieron regularmente a las declaraciones. El acceso a los trabajadores sociales fue un factor protector para la hospitalización. **Conclusiones:** esta investigación contribuyó a medir las vulnerabilidades sociales, individuales y programáticas que interfieren con la agudización del VIH y, en consecuencia, el resultado desfavorable, como la hospitalización.

Descritores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Poblaciones Vulnerables; Hospitalización; Prestación de Atención de Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Passados mais de 30 anos, inúmeros foram os avanços nas políticas de saúde que envolvem ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids⁽¹⁾. Apesar disso, a infecção pelo HIV ainda se mantém como um dos mais sérios desafios mundiais à saúde, uma vez que passou por uma transição epidemiológica de doença aguda (aids) para uma condição crônica (indivíduos infectados pelo vírus), impactando na necessidade de uma atenção coordenada a longo prazo em um sistema de saúde essencialmente reativo, fragmentado e episódico⁽²⁾. Tais características acarretam, muitas vezes, a não retenção do indivíduo junto aos serviços de saúde, com consequente agravamento clínico e necessidade de internação hospitalar⁽³⁾.

Em 2012 foram registradas 35.917 internações hospitalares por HIV/aids no Brasil, sendo a região Sudeste responsável por 42,0% (15.075) destes casos e o estado de São Paulo por 25,9% (9.312)⁽⁴⁾. Vale destacar que muitas das características apresentadas sobre as internações por HIV/aids são abordadas na literatura científica à luz do conceito de vulnerabilidade⁽⁵⁾. Assim, este estudo segue esta linha e adota como conceito de vulnerabilidade o conjunto de elementos individuais (subjéctivos, biológicos e comportamentais), sociais (adversidades de ordem econômica e social) e programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, desenvolvidos em todos os níveis de atenção à saúde), que suscetibilizam indivíduos e grupos em relação às questões de saúde⁽⁶⁾.

Com a finalidade de conhecer a literatura científica sobre os aspectos relacionados às internações por HIV/aids, realizou-se um levantamento bibliográfico em 2015, sendo identificados 26 artigos que, em síntese, descrevem a complexidade e os desafios que envolvem a abordagem ao HIV fazendo com que o manejo dos casos transcenda fatores biológicos e clínicos, e agreguem elementos sociais, individuais e culturais. Tal complexidade, atrelada ao caráter crônico da infecção, está envolta a debilidades estruturais dos serviços de saúde, com assistência fragmentada e enfoque biologicista e médico centrado, que, por sua vez, podem incorrer complicações clínicas e internações hospitalares.

Diante disso, o presente estudo levanta a hipótese de que há fatores de risco individuais, sociais e programáticos associados às internações por HIV.

OBJETIVOS

Identificar a associação entre as internações por HIV/aids e os fatores que integram suas vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Atendendo às diretrizes apresentadas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo nº. 25096113.0.0000.5393.

Desenho, período e local do estudo

Estudo epidemiológico do tipo caso-controle, norteado pela ferramenta STROBE, realizado em 2014 em um município do interior do estado de São Paulo, o qual possuía população estimada de aproximadamente 650.000 habitantes em 2015.

O acompanhamento ambulatorial dos casos de HIV/aids diagnosticados no município é realizado por equipes especializadas distribuídas em cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE), os quais contam com a retaguarda de hospital público de grande porte para atendimento aos casos que necessitam de internação. Tal hospital foi responsável por 540 internações por HIV/aids em 2015 e também realizava acompanhamento ambulatorial aos casos que passaram por internação.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Definiu-se como “casos” – indivíduos com internações incidentes por HIV/aids no ano de 2014, registradas no Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do referido hospital, de modo que foram incluídos os indivíduos com CID referente ao HIV/aids: B20.0 a B24; Z20; Z20.6; Z21; R75. “Controles” – pessoas que vivem com HIV/aids (PVHIV/aids) em acompanhamento ambulatorial nos cinco SAE do município, sem histórico de internação nos últimos 12 meses. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e residente no município de estudo; e como exclusão: sujeitos impossibilitados de responder ao questionário. Foram selecionados dois controles (112) para cada caso (56), os quais foram pareados segundo a área de residência do caso e área de abrangência do SAE de acompanhamento.

Protocolo do estudo

Para o estudo, os dados foram colhidos de fontes primárias e secundárias. As fontes primárias constituíram-se pelas PVHIV/aids e as fontes secundárias foram constituídas pelo Sistema de Informação Hospitalar acessado no hospital de estudo; pelos Prontuários Clínicos do hospital e dos SAE; e pelos Prontuários Eletrônicos da rede pública municipal de saúde.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para terapia antirretroviral (TARV) em adultos infectados pelo HIV⁽⁷⁾, no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais⁽⁸⁾; na metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS⁽⁹⁾ e nos elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde⁽²⁾. O instrumento passou por análise de conteúdo e semântica por especialistas na temática. Para este estudo, foram selecionadas variáveis que corresponderam às vulnerabilidades individuais/sociais (características sociodemográficas, comportamentais e clínicas) e programáticas (acompanhamento dos casos).

Com o intuito de garantir a comparabilidade dos dados coletados, foi utilizado o mesmo instrumento para entrevistar os casos e os controles, além de um único entrevistador para ambos. Importante ressaltar que não foram testadas a sensibilidade e a especificidade das entrevistas.

Análise dos resultados e estatística

Na análise dos dados, procedeu-se a utilização de técnicas descritivas e análise do Qui-Quadrado, que permitiu a identificação das variáveis independentes que foram submetidas à análise de regressão logística condicional. Para essa análise, a variável dependente foi a presença (sim ou não) de internações por HIV.

Para proceder a análise de regressão logística, todas as variáveis foram inseridas conjuntamente no modelo, exceto as obtidas por fontes secundárias, uma vez que a qualidade das mesmas foi questionada ao longo das análises. Após inserção de todas as variáveis no modelo, aquelas com maior valor de *p* eram retiradas individualmente, uma por uma, e um novo ajuste era realizado com as variáveis remanescentes.

A partir do modelo escolhido, foram estabelecidas razões de chances *Odds Ratio* (OR) ajustadas e não ajustadas, juntamente aos respectivos Intervalos de Confiança. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha = 0.05$). Foi utilizada a biblioteca Epicalc do programa R versão 3.0.1.

RESULTADOS

Em relação ao perfil demográfico das PVHIV/aids entrevistadas, os indivíduos eram, em sua maioria, do sexo masculino (49,4%), com faixa etária de 40 a 60 anos (54,8%), não brancos (56,6%) e possuíam alguma crença religiosa (71,4%). Em relação às variáveis sociais, a maioria dos indivíduos (73,2%) não consumia bebida alcoólica, e identificou-se associação estatística significativa entre internação por HIV/aids e as variáveis escolaridade, ocupação, uso de drogas, antecedente prisional e realização de sexo em troca de benefícios. Dentre as variáveis clínicas, quase metade dos indivíduos tinha outra condição crônica e 86,3% aceitava o diagnóstico de HIV. Outras variáveis, como uso regular de TARV, dificuldade para tomar TARV e abandono do tratamento também apresentaram associação estatisticamente significativa com internação por HIV/aids. (Tabela 1).

Quanto às vulnerabilidades programáticas, as variáveis "satisfação com o atendimento", "falta em consultas de retornos agendadas", "consulta com médico infectologista", "consulta com a equipe de enfermagem" e "atendimento com assistente social" apresentaram significância estatística para o teste Qui-quadrado (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas e comportamentais (vulnerabilidades individuais/sociais) das pessoas que vivem com HIV/aids no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Vulnerabilidades individuais/sociais		Internados (N=56)		Não internados (N=112)		Total (n=168)		<i>p</i> ^a
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	29	51,8	54	48,2	83	49,4	0,662
	Feminino	27	48,2	58	51,8	85	50,6	
Faixa etária	18 – 39 anos	21	37,5	28	25,0	49	29,1	0,175
	40 – 60 anos	32	57,1	60	53,6	92	54,8	
	> 60 anos	3	5,4	24	21,4	27	16,1	
Cor/Raça	Branca	22	39,3	51	45,5	73	43,4	0,441
	Não Branca	34	60,7	61	54,5	95	56,6	
Escolaridade	Sem ESC ou EF incompleto	32	57,1	47	41,9	79	47,1	0,044
	EF completo	11	19,7	17	15,2	28	16,6	
	EM completo/ ES completo	13	23,2	48	42,9	61	36,3	
Ocupação	Empregado/autônomo	17	30,4	61	54,5	78	46,5	0,002
	Desempregado	26	46,4	24	21,4	50	29,7	
	Outros (aposentado/do lar)	13	23,2	27	24,1	40	23,8	
Crença Religiosa	Sim	40	71,4	94	83,9	134	79,7	0,573
	Não	16	28,6	18	16,1	34	20,3	
Pessoa em situação de rua	Sim	15	26,8	1	0,9	16	9,5	0,000
	Não	41	73,2	111	99,1	152	90,5	
Aceitação do diagnóstico HIV/aids	Sim	46	82,1	99	88,4	145	86,3	0,266
	Não	10	17,9	13	11,6	23	13,7	
Bebida alcoólica	Sim	20	35,7	25	22,3	45	26,8	0,064
	Não	36	64,3	87	77,7	123	73,2	
Uso de drogas	Sim	13	23,2	10	8,9	23	13,7	0,011
	Não	43	76,8	102	91,1	145	86,3	
Antecedente prisional	Sim	17	30,3	9	8,1	26	15,5	0,000
	Não	39	69,7	103	91,9	142	84,5	
Sexo em Troca de benefício	Sim	10	17,8	7	6,2	17	10,1	0,018
	Não	46	82,2	105	93,8	151	89,9	
Presença de condição crônica	Sim	29	51,8	53	47,3	82	48,8	0,585
	Não	27	48,2	59	52,7	86	51,2	
TARV regular	Sim	22	39,3	94	83,9	116	69,1	0,000
	Não	34	60,7	18	16,1	52	30,9	
Dificuldade para tomar TARV	Sim	33	58,9	19	16,9	52	30,9	0,000
	Não	23	41,1	93	83,1	116	69,1	
Abandono da TARV	Sim	34	60,7	20	17,8	54	32,8	0,000
	Não	22	39,3	92	82,2	114	67,8	

Nota: ESC – escolaridade; EF – ensino fundamental; EM – ensino médio; ES – ensino superior; a) Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

O melhor modelo da análise de regressão logística foi composto por sete variáveis. Verificou-se que os desempregados possuíam 3,63 e os aposentados/do lar, 7,14 vezes mais chances de serem internados que empregados ou autônomos. Pessoas em situação de rua possuíam 10,18 vezes mais chances de serem internados do que aquelas em situação oposta. Não usuários de TARV possuíam 9,68 mais chances do que os usuários. Aqueles que compareciam de forma insatisfatória às consultas de retorno possuíam 7,62 vezes mais chances de serem internados do que aqueles que não faltavam; passar por atendimento com assistente social constituía fator de proteção para internação por HIV (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos aspectos da assistência à saúde às pessoas que vivem com HIV/aids no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Vulnerabilidade programática		Internados (N=56)		Não internados (N=112)		Total (n=168)		p*
		n	%	n	%	n	%	
Satisfação com o atendimento ambulatorial	Satisfatório	47	83,9	107	95,5	154	91,6	0,010
	Insatisfatório	9	16,1	5	4,5	14	8,4	
Dificuldades para conseguir atendimento	Satisfatório	52	92,8	109	97,3	161	95,8	0,172
	Insatisfatório	4	7,1	3	2,7	7	4,2	
Comparecimento em consultas de retorno	Satisfatório	24	42,8	95	84,8	119	70,8	0,000
	Insatisfatório	32	57,2	17	15,2	49	29,2	
Consulta com Médico infectologista	Satisfatório	51	91,1	112	100,0	163	97,1	0,001
	Insatisfatório	5	8,9	0	0,0	5	2,9	
Consulta com equipe de enfermagem	Satisfatório	51	91,1	111	99,1	162	96,4	0,008
	Insatisfatório	5	8,9	1	0,9	6	3,6	
Atendimento com Assistente social	Sim	15	26,8	62	55,4	77	45,8	0,000
	Não	41	73,2	50	44,6	91	54,1	
Consulta com psicólogo	Satisfatório	5	8,9	13	11,6	18	10,7	0,596
	Insatisfatório	51	91,1	99	88,4	150	89,3	
Atendimento com nutricionista	Sim	6	10,7	12	10,7	18	10,7	---
	Não	50	89,3	100	89,3	150	89,3	
Medicamentos contra efeitos colaterais dos ARV	Satisfatório	8	14,3	14	12,5	22	13,1	0,746
	Insatisfatório	48	85,7	98	87,5	146	86,9	
Utilizam outros serviços de saúde	Sim	49	87,5	88	78,6	137	81,5	0,159
	Não	7	12,5	24	21,4	31	18,5	
Utilizam Unidades de Pronto Atendimento	Sim	47	83,9	83	74,1	130	77,4	0,151
	Não	9	16,1	29	25,9	38	22,6	
Utilizam Unidades Básicas de Saúde	Sim	18	32,1	38	33,9	56	33,3	0,817
	Não	38	67,9	74	66,1	112	66,6	
Utilizam convênio médico	Sim	5	9,9	18	16,1	23	13,7	0,204
	Não	51	91,1	94	83,9	145	86,3	
Pagam por consulta médica	Sim	10	17,8	12	10,7	22	13,1	0,195
	Não	46	82,2	100	89,3	146	86,9	
Questionam sobre as condições de vida	Sim	26	46,4	63	56,3	89	53,0	0,742
	Não	30	53,6	49	43,7	79	47,0	
Questionam intercorrências	Sim	48	85,7	102	91,1	150	89,3	0,289
	Não	8	14,3	10	8,9	18	10,7	
Utilizam serviço de saúde em emergência	Sim	50	89,2	109	97,32	159	94,6	0,113
	Não	6	10,7	3	2,68	9	5,36	

Tabela 3 - Análise dos fatores de risco das pessoas que vivem com HIV/aids no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Fatores de risco		OR	IC 95%	OR adj.	IC 95%	Valor de p
Ocupação	Empregado/autônomo	1		1		0,017^a
	Desempregado	3,93	[1,75–8,83]	3,63	[1,06–12,51]	
	Aposentado/do lar	1,76	[0,70–4,46]	7,14	[1,38–36,94]	
Pessoa em situação de rua	Sim	30,0	[3,96–227,11]	10,18	[1,06–97,80]	0,016^a
	Não	1		1		
Uso de drogas	Sim	3,46	[1,29–9,31]	0,18	[0,02–1,85]	0,127
	Não	1		1		
Sexo em troca de benefício	Sim	6,90	[1,45–32,78]	1,13	[0,06–21,23]	0,935
	Não	1		1		
TARV regular	Sim	1		1		0,001^a
	Não	6,75	[3,09–14,76]	9,68	[2,38–39,40]	
Comparece aos retornos	Satisfatório	1		1		0,002^a
	Insatisfatório	7,25	[3,16–16,65]	7,62	[1,85–31,50]	
Assistente social	Sim	1		1		0,020^a
	Não	0,27	[0,13–0,59]	0,25	[0,07–0,88]	

Legenda: TARV – terapia antirretroviral; ^aApresenta significância estatística.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitem reflexões acerca da complexidade que permeia o diagnóstico e o acompanhamento clínico das PVHIV/aids, em interface com questões individuais e sociais. Dentre as características sociodemográficas, a ausência de ocupação se apresentou como fator de risco para internação por HIV. Deste modo, o fato de estar empregado ou atuar como autônomo configura-se como elemento de proteção para a não internação. Soma-se a isso a ideia de que a presença de fonte de renda é determinante para a manutenção da qualidade e padrão de vida⁽¹⁰⁾ em um contexto de instabilidade política e polarização econômica.

Outra variável que se apresentou como um fator de risco expressivo para a internação por HIV estava relacionada às pessoas que se encontravam em situação de rua. Essa população é considerada como um fenômeno multifacetado e multidimensional, porém com algumas características comuns, como é a precariedade nas dimensões sociofamiliares, laborais, além de sentimentos, como isolamento, solidão e não pertencimento⁽¹¹⁾.

A decisão de permanecer em situação de rua, muitas vezes, é influenciada por elementos estruturais e biográficos. Sendo assim, compreender e até mesmo enfrentar tal realidade implica o reconhecimento das condições de vida desses sujeitos e da disponibilidade dos serviços sociais existentes em cada cidade⁽¹²⁾.

Considerando tal requisito, é importante destacar que o município estudado conta com equipes para abordagem da população em situação de rua, em serviços específicos, como a Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de rua e o Centro de Referência Especializado para Atendimento à População em

Situação de Rua. Tais serviços oferecem atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade ou exclusão social, realizando acolhimento temporário, oportunidades para fortalecimento do vínculo familiar, pessoal, social, com o intuito de promover a sua inclusão, autonomia e independência dos sujeitos através da participação em atividades socioeducativas e oficinas operacionais⁽¹³⁾.

Adicionalmente, o município conta com a assistência à saúde organizada em distritos sanitários, sendo que o Programa de DST/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose possui, em alguns SAE, atendimento com profissional assistente social e o consultório na rua, tendo como foco principal os usuários de crack e gestantes com sífilis em situação de rua. Diante da complexidade da assistência prestada a essa população, para além da disponibilidade e oferta de ações e serviços de saúde, é necessário o compromisso das equipes para promoverem um trabalho de qualidade, no sentido de garantir a intersetorialidade e a integração entre os diversos serviços de assistência social e de saúde pertencentes à rede assistencial⁽¹⁴⁾, com o intuito de minimizar as vulnerabilidades existentes nesse cenário de pobreza e exclusão social. Dessa forma, tais esforços exigem um contexto político alinhado às propostas de identificação de grupos vulneráveis e focalização de ações e serviços, resgatando e valorizando propostas de inclusão e desenvolvimento social.

Outras características, como uso de drogas e não utilização de antirretrovirais (ARV) regularmente também se constituíram como fatores de risco para internação por HIV/aids, corroborando outro estudo acerca das vulnerabilidades que refletem diretamente na condição de saúde das PVHIV/aids⁽¹⁵⁾. Em relação ao uso de drogas e sexo em troca de benefício, é preciso considerar que outros aspectos sociais podem ter se sobreposto à essas variáveis como determinantes na ocorrência de internações.

No que concerne ao uso dos ARV, segundo o Ministério da Saúde, é preciso garantir a tomada de, pelo menos, 80% das doses prescritas para que se obtenha resposta terapêutica satisfatória. A má adesão é identificada como uma das principais causas de falha terapêutica e, conseqüentemente, agudização da doença⁽⁷⁾.

O Brasil está entre os países que assumiram em 2014, a meta 90/90/90 recomendada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e a Organização Mundial da Saúde, a qual consiste em ter até 2020, 90% das pessoas com HIV devidamente diagnosticadas. Deste grupo, 90% realizaram o tratamento com ARV, e, dentre estes, 90% com carga viral indetectável, o que indica o sucesso do método terapêutico aplicado⁽¹⁶⁾. Frente a isso, a adesão à TARV tem sido um assunto amplamente discutido no campo da assistência prestada em HIV/aids^(7,17). Além da continuidade e o seguimento do tratamento adequados, representa um desafio para o Brasil na obtenção da meta mundial firmada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva, é de consenso que o abandono do regime medicamentoso é um dos maiores obstáculos às equipes de saúde no seguimento das PVHIV/aids⁽¹⁹⁾. Tal desafio pode ser superado com a garantia de adesão à TARV em um contexto imerso por vulnerabilidades de diferentes naturezas e dimensões, como as vulnerabilidades individual, social e programática^(7,18,20), o que depende muito da informação fornecida pela equipe de saúde. Sendo assim, o preparo dos profissionais e a capacidade de articulação com outros serviços e setores podem maximizar a adesão ao tratamento.

Desta forma, para o enfrentamento do HIV/aids, são necessárias políticas públicas mais abrangentes, robustas e capazes de articular

atores e setores da sociedade, para que o acompanhamento das PVHIV/aids seja contínuo e permita o estabelecimento de vínculo com esses cidadãos, bem como de um plano de cuidados com destaque para integração da equipe multiprofissional, com monitoramento da retirada dos ARV na farmácia e realização da contagem de células T CD4+ e carga viral⁽²¹⁾.

Identificou-se, entre as vulnerabilidades programáticas, que faltar às consultas de retorno e o não acesso ao assistente social se constituíram importantes fatores de risco para internação por HIV/aids. Isso mostra que, mais uma vez, na assistência é necessário o enfoque nas questões sociais e individuais, além de se estabelecer uma atenção integrada e contínua⁽²²⁾, dentro e entre os serviços de saúde da rede de atenção.

O atendimento com o assistente social foi considerado como um fator de proteção para não internação hospitalar por HIV em toda a população. Este profissional possui competências e habilidades, com potencial para os enfrentamentos necessários na perspectiva de reconhecer e minimizar as vulnerabilidades sociais presentes no contexto das PVHIV/aids, além de ter as atribuições de agilizar a inserção e integração ao mundo do trabalho; facilitar o acesso ao transporte público; prever e promover processos que agilizam ações para auxílio financeiro; conciliar e integrar as atividades do SAE com outros serviços, ONGs e casas de autoajuda⁽²³⁾.

A assistência social é entendida como um conjunto de ações voltadas aos segmentos pauperizados da população. Assim como na saúde, a Constituição Federal de 1988 representa um marco fundamental, pois reconhece a assistência social como política pública de proteção social, a qual opera mediante um sistema único federativo, o Sistema Único de Assistência Social. Neste sentido, a política social, atrelada às políticas de saúde e de previdência social, compõe o sistema de seguridade social brasileiro, sendo possível viabilizar a proteção social, que é o conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus cidadãos⁽²⁴⁾.

No campo das políticas voltadas para a prevenção e manejo do HIV, muitos foram os avanços no campo biomédico, porém devem-se ressaltar as dificuldades de implementação de ações bem-sucedidas na prática, caso não se considere o contexto sociopolítico⁽²⁵⁾. Há a necessidade do trabalho com grupos socialmente vulneráveis, hoje chamados de "populações-chave" e a identificação e adequação das ações coerentes com cada local e contexto. A diminuição da participação popular e a falta de ênfase nos direitos humanos resultam políticas públicas de pior qualidade, refletindo, assim, na violação de direitos humanos às PVHIV/aids⁽⁶⁾.

Os dados do estudo apontam o desafio do sistema de saúde para a implementação de ações que garantam um cuidado contínuo e o vínculo desses indivíduos com os serviços, visto que a falta em consultas ambulatoriais representa um fator de risco para a internação hospitalar. Assim, espera-se do sistema de saúde a oferta do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e o adequado acompanhamento das PVHA. Além do mais, considerar as diferentes vulnerabilidades das PVHA nesse contexto é refletir sobre a necessidade da permeabilidade intersetorial na efetivação do plano de cuidado e ações ofertadas, com mobilização de sujeitos sociais e recursos políticos para que haja a inclusão de sujeitos mais vulneráveis a partir da focalização de ações e serviços para além do contexto da saúde.

Pensar em minimizar as vulnerabilidades existentes, tanto para infecção do HIV quanto para aquelas imersas no contexto

de vida e de saúde que as PVHIV/aids estão expostas, pressupõe considerar cada pessoa como um sujeito detentor de direitos, bem como acompanhar a atuação dos governantes em relação à proposição de projetos que garantam o fortalecimento da cidadania⁽⁶⁾. Diante disso, considerando a existência de fatores relacionados às vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas que interferem diretamente nas internações por HIV, fica claro que a problemática transcende o setor de saúde, sendo necessária a articulação com os setores educacional e de assistência social, uma vez que as PVHIV/aids estão inseridas em uma sociedade que deve garantir, minimamente, os direitos de cidadania. Portanto, o presente estudo aponta a urgente necessidade de estruturação e efetivação de políticas públicas de natureza intersetorial, para impactar de forma positiva no manejo dessa condição crônica. Para isso, a enfermagem exerce papel fundamental e pode contribuir para minimizar desfechos desfavoráveis, como as internações em decorrência da doença.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, reconhece-se que, por se tratar da análise retrospectiva, possa ter a ocorrência do viés de memória durante as entrevistas com as pessoas internadas e não internadas pelo HIV, além do viés de informação em decorrência da utilização de fontes secundárias, as quais podem conter falhas no registro.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo buscou produzir conhecimento teórico e operacional, por meio da identificação de fatores associados às internações por HIV/aids, o qual tem potencial para subsidiar o

direcionamento de políticas públicas de saúde para um efetivo planejamento e gestão do cuidado às PVHIV/aids em âmbito local.

CONCLUSÕES

As vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como estar desempregado ou ser aposentado ou do lar, morar na rua, usar drogas, não utilizar a TARV de forma regular, ter histórico de abandono do tratamento, faltar às consultas de retorno e não ser atendido por assistente social constituem fatores de risco para internação por HIV/aids.

Diante de tais achados, torna-se urgente a necessidade de considerar as múltiplas dimensões no enfrentamento da epidemia da aids, que deve ter como base a constituição de planos de terapêuticos singulares e coerentes com as reais necessidades e demandas apresentada pelos sujeitos que vivem com a doença. Ainda, urge a necessidade de fortalecimento dos serviços especializados em HIV/aids, em especial no que se refere à composição das equipes mínimas, com destaque para a presença do profissional assistente social, cujo olhar e campo de práticas/saberes potencializam a produção e gestão do cuidado em saúde, compatibilizando-os aos desafios que perpassam no manejo do agravo enquanto uma condição crônica imersa em contextos sociais e sanitários diversos.

FOMENTO/AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (processo 148897/2014-2), pelas bolsas de doutorado. À Lis Aparecida de Souza Neves e Maria Amélia Zanon Ponce, por terem participado da banca de conclusão deste doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. [Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease]. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):271-7. doi: 10.1590/S0034-71672013000200018 Portuguese.
2. Mendes EV. [Health care networks]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010. 15(5):2297-305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005 Portuguese.
3. Kok S, Rutherford AR, Gustafson R, Barrios R, Montaner JSG, Vasharhelyi K. Optimizing an HIV testing program using a system dynamics model of the continuum of care. *Health Care Manag Sci.* 2015. 18(3):334-62. doi: 10.1007/s10729-014-9312-0.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 217 p.
5. Bachhuber MA, Southern WN. Hospitalization rates of people living with HIV in the United States, 2009. *Public Health Rep.* 2014. 129(2):178-86. doi: 10.1177/003335491412900212
6. Paiva V, Ayres JR, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde.* Curitiba: Juruá; 2012. 320 p.
7. Ministério da Saúde (BR). *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV.* Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 244 p.
8. Marcial TM, Castro JGF. Acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/AIDS. In: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). *Caderno de protocolos clínicos da FHEMIG* [Internet]. Belo Horizonte: FHEMIG; 2010 [cited 2017 May 25]. p. 97-101. Available from: http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Publicacoes-3/Publicacoes_Institucionais/1215-ed-cadernos-protocolos-fhemig-2010/file.
9. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. 1. ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2006. 215 p.
10. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paul Enferm.* 2015. 28(1):48-53. doi: 10.1590/1982-0194201500009

11. Escorel S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 276 p.
 12. Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersectoriality? Intersectorialities! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014. 19(11):4291-300. doi: 10.1590/1413-812320141911.10692014
 13. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop*. Brasília: Editora Brasil; 2011. 116 p.
 14. Serafino L, Luz LCX. [Policies for the Adult Population Living on the Streets: Questions for Debate]. *Rev Katálysis*. 2015. 18(1):74-85. doi: 10.1590/1414-49802015000100008
 15. Nunes AA, Caliani LS, Nunes MS, Silva AS, Mello LM. Profile analysis of patients with HIV/AIDS hospitalized after the introduction of antiretroviral therapy. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015. 20(10):3191-8. doi: 10.1590/1413-812320152010.03062015
 16. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. 90-90-90: an ambitious treatment target to the help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. 33 p.
 17. Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, et al. Treatment adherence, access and AIDS assistance quality in Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):207-12. doi: 10.1590/S0104-42302009000200028.
 18. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. The reemergence of the aids epidemic in Brazil: challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface*. 2015. 19(52):5-6. doi: 10.1590/1807-57622015.0038
 19. Achappa B, Madi D, Bhaskaran U, Ramapuram JT, Rao S, Mahalingam S. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *N Am J Med Sci*. 2013. 5(3):220-3. doi: 10.4103/1947-2714.109196
 20. Santos EI, Silva AL, Santana PPC, Teixeira PA. [Brazilian scientific evidence on adherence to antiretroviral therapy by patients with HIV/AIDS]. *Rev Eletrôn Gestão Saúde [Internet]*. 2015 [cited 2018 Nov 29];7(1):454-70. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22092>. Portuguese.
 21. Fielden SJ, Rusch ML, Levy AR, Yip B, Wood E, Harrigan RP, et al. Predicting hospitalization among HIV-infected antiretroviral naïve patients starting HAART: determining clinical markers and exploring social pathways. *AIDS Care*. 2008. 20(3):297-303. doi: 10.1080/09540120701561296
 22. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM, et al. [Coordination of care for people living with HIV/AIDS in a city in São Paulo State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(11):2283-97. doi: 10.1590/0102-311X00091213 Portuguese.
 23. Azevedo V. [The professional practice of social worker in the treatment for HIV/AIDS in Brazil]. *Intervenção Social [Internet]*. 2015 [cited 2018 Feb 05];(46):41-6. Available from: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/2356/2495>. Portuguese.
 24. Sposati A. [Social protection and social security in Brazil: agenda for the social worker's work]. *Serv Soc Soc*. 2013. (116):652-74. doi: 10.1590/S0101-66282013000400005 Portuguese.
 25. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang LM, et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cad Saúde Pública*. 2015. 31(3):477-86. doi: 10.1590/0102-311x00172514
-