

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES/CPqAM
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

JOSÉ GILMAR COSTA DE SOUZA JÚNIOR

**APRESENTAÇÃO TARDIA AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O
CUIDADO EM HIV E AIDS NA CIDADE DO RECIFE, PERNAMBUCO**

Recife
2015

José Gilmar Costa de Souza Júnior

**APRESENTAÇÃO TARDIA AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O
CUIDADO EM HIV E AIDS NA CIDADE DO RECIFE, PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Brito

Recife
2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S719a Souza Júnior, José Gilmar Costa de.
Apresentação tardia aos serviços de referência para o cuidado em HIV e aids na cidade do Recife, Pernambuco/ José Gilmar Costa de Souza Júnior. — Recife: [s.n.], 2015.

70 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Maria de Brito.

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Assistência à Saúde. I. Brito, Ana Maria de. II. Título.

CDU 616.974

José Gilmar Costa de Souza Júnior

**APRESENTAÇÃO TARDIA AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O
CUIDADO EM HIV E AIDS NA CIDADE DO RECIFE, PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 28/05/2015

Banca Examinadora:

Dra. Ana Maria de Brito

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Líbia Cristina Rocha Vilela Moura

Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Naide Teodísio Valois Santos

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

À minha família; o melhor pedaço da vida, que Deus me deu de presente.

AGRADECIMENTOS

A todos que compõem o programa stricto sensu em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, em especial à minha orientadora Ana Maria de Brito, uma das mulheres que mudaram a história de Pernambuco, a qual tenho como espelho para meus passos e condutas.

Aos professores Dr. Wayner Souza, Dra. Ana Lúcia e Dra. Líbia Moura, pelas importantes observações que me deram na banca que qualificação deste trabalho. Aos professores Dra. Líbia Cristina Rocha e Dra. Naide Teodósio, por participarem da minha banca de defesa e por suas valiosas contribuições à esta pesquisa.

A todos os meus professores do mestrado, em especial a Eduarda Cesse, que sempre acreditou em mim, me deu os melhores conselhos, e sempre muita força. É um espelho.

Ao meu time de pesquisa: Thaiany Fernandes, Marcela Ramos, Juliza Tubino, Iracema Jacques e Danielle Souza, que estiveram ao meu lado durante todo o processo, trabalhando muito para que pudéssemos fazer o melhor. Vocês são incríveis.

A todos os colegas que nos receberam nos serviços do Correia Picanço e do Lessa de Andrade, pela paciência e colaboração.

A minhas colegas do mestrado Eliane Leal e Carla Carolina Vicente. Vocês foram muito especiais. E serão sempre.

A minha família: Gilmar Souza, Geovane Souza e Inácia Soares. Os outros três pedaços do meu coração.

A Richardes Caúla e Mille Moura, pelo apoio, confiança, coragem e força que me deram quando a jornada no mestrado cansou minhas pernas e minha cabeça. Obrigado pelas injeções de ânimo, de força e de coragem, que muitas vezes me faltaram. E pela paciência em aguentar minhas ausências tão longas, mesmo eu estando no escritório, bem do lado. Obrigado por sempre terem acreditado em mim. Essa conquista é nossa.

Às minhas filhas, Bebel, Bia, Charlotte e Pixu. Amor incondicional. E a Cícera Moura, por cuidar da gente.

À minha grande amiga Maria das Neves Figueirôa, por ter estado do meu lado em momentos tão difíceis, por me fazer sentir sempre o melhor, por investir em mim. Amo-te.

Aos meus amigos Carmela Alencar, Fernando Fernandes e Nathália Melo. Pelo companheirismo e por serem sempre uma fonte de inspiração.

À Deus, a quem recorri em tantos momentos e me deu forças nas mais diversas lutas. Nas perdas, na preocupação, na insônia, na ansiedade. Por ser o único em meu universo particular. E ter me feito companhia em toda essa jornada, que foi longa. Começou há muitos anos atrás. A ele, meu humilde obrigado.

.

SOUZA JÚNIOR, José Gilmar Costa de. **Apresentação tardia aos serviços de referência para o cuidado em HIV e aids na cidade do Recife, Pernambuco**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Este estudo objetiva investigar a magnitude e os fatores associados à apresentação tardia para o cuidado em saúde de HIV/aids em serviços públicos de saúde no Estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, com 1.356 casos de pacientes que se apresentaram a dois serviços de referência, entre os anos de 2009 e 2013. Os dados foram analisados descritivamente através de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo para as variáveis numéricas. Foram empregados os testes estatísticos necessários com uma margem de erro de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos foi o SPSS na versão 21. Da amostra total (1.356), 50,4% (684), foram classificados com apresentação tardia. Para a margem de erro fixada (5%) a faixa etária possui associação significativa ($p < 0,05$) com apresentação tardia. E para a referida variável se destaca que o percentual de pacientes que teve apresentação tardia aumenta conforme a idade. Destaca-se associação significativa da variável apresentação tardia com história de DST e com o fato de morar no interior do estado de Pernambuco. A apresentação tardia foi identificada em sua maioria entre os heterossexuais (60,2%). A média de contagem de células T CD4 + foi de $391,6\text{mm}^3$ (DP $\pm 308,4$). Os resultados revelam que a proporção de apresentação tardia no estado de Pernambuco no período e serviços relacionados, segue a tendência encontrada nos estudos mais atualizados realizados no mundo. Já que mais da metade (50,4%) dos pacientes investigados, apresentaram-se tardiamente para o cuidado em HIV/aids, que estão mais vulneráveis: indivíduos nas maiores faixas etárias, com história de doença sexualmente transmissível e residentes fora dos grandes centros urbanos.

Descritores: HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Assistência à Saúde.

SOUZA JÚNIOR, José Gilmar Costa de. **Late presentation to the reference services for the care of HIV and aids in Recife, Pernambuco - Brazil.** 2015. Dissertation (Master of Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2015.

ABSTRACT

This study aims to investigate the magnitude and the factors associated with late presentation for care in health HIV/aids in public health services in the State of Pernambuco, Brazil. This is a retrospective cohort study with 1.356 cases of patients who presented the two reference centers, between 2009 and 2013. The data were analyzed descriptively by percentages for categorical variables and measures: average standard deviation, median, minimum and maximum values for numeric variables. They were employed statistical tests needed with an error margin of 5% and the intervals were obtained with 95.0% confidence. The statistical program used for obtaining the calculations was the SPSS version 21. In the total sample (1.356), 50.4% (684) were classified as late presentation. To the margin of error fixed (5%) age group has a significant association ($p < 0.05$) with late submission. And for that variable stands out that the percentage of patients who had late submission increases with age. Highlights a significant association of the variable late submission with a history of Sexually Transmitted Diseases (STD), and the fact of living in the inner cities of Pernambuco. The late presentation was identified mostly among heterosexuals (60.2%). The average CD4 + cell count was $391,6\text{mm}^3$ (Standard Deviation $\pm 308,4$). The results show that the proportion of late presentation in the state of Pernambuco, follows the trend found in most current studies in the world. More than half (50.4%) of the patients investigated, they presented late to the care of HIV/aids who are most vulnerable: people in older age groups, with a history of sexually transmitted disease and residents outside the major centers urban.

Keywords: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Delivery of Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Recife, no período de 2009 a 2013. 37

Tabela 2 – Características relacionadas ao uso de drogas, uso de preservativos, antecedentes de DST e orientação sexual, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Recife, no período de 2009 a 2013. 38

Tabela 3 – Distribuição dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade segundo as características relacionadas ao teste anti-HIV e a contagem de linfócitos T CD4 +. Recife, 2009 a 2013. 39

Tabela 4 – Distribuição dos casos de HIV/aids, atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, segundo as características relacionadas às comorbidades e uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Recife, 2009 a 2013. 41

Tabela 5 – Proporção de apresentação tardia segundo os dados sócio demográficos, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013. 42

Tabela 6 – Proporção de apresentação tardia segundo os dados relacionados ao uso de drogas ilícitas e vida sexual, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013. 43

Tabela 7 - Proporção de apresentação tardia segundo os dados relacionados a ocorrência de comorbidades e diagnóstico de HIV, dos casos de HIV/aids

atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013. 43

Tabela 8 – Resultados das regressões Logísticas univariada e multivariada para o percentual de pacientes que possuem apresentação tardia, atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013. 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CTA:	Centro de Testagem e Aconselhamento
TARV:	Terapia anti-retroviral
T CD4 +:	Leucócitos com Grupamento de diferenciação 4
T CD8 +:	Leucócitos com Grupamento de diferenciação 8
ODM:	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
UNAIDS:	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids
IC:	Intervalo de Confiança
AP:	Apresentação Tardia
AZT:	Zidovudina
HAB:	Habitantes
DATASUS:	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
OR:	Odds Ratio
SISCEL:	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 A situação epidemiológica da infecção pelo HIV/aids no mundo e o acesso tardio ao cuidado em saúde	19
2.1 A situação epidemiológica da infecção pelo HIV/aids no Brasil e o acesso tardio ao cuidado em saúde	24
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4 MATERIAL E MÉTODO	30
4.1 Tipo de Pesquisa	30
4.2 Período do Estudo	30
4.3 População de estudo, amostra, fonte e coleta de dados	30
4.4 Caracterização das unidades de saúde do estudo	30
4.5 Definição do evento de interesse (desfecho)	31
4.6 Descrição das Variáveis Independentes	31
4.7 Plano de análise	34
4.7.1 Modelo Teórico	35
4.8 Considerações éticas	36
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	61

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE, CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO LESSA DE ANDRADE	68
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, HOSPITAL CORREIA PICANÇO	69
ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	70

1 INTRODUÇÃO

A progressão da infecção pelo HIV e aids se apresenta como um problema de saúde pública, mesmo após 30 anos da identificação dos primeiros casos, e a despeito dos inúmeros avanços relativos à prevenção, tratamento e controle de novas infecções. Um dos principais problemas identificados para a persistência da epidemia de HIV/aids é o início tardio da busca pelos cuidados de saúde de pessoas afetadas (GIRARDI, 2004). Indivíduos são testados tardiamente e, com frequência, pela presença de sinais e sintomas secundários à imunodeficiência decorrente da infecção viral. E ainda, mesmo que o diagnóstico do HIV seja realizado precocemente, não há garantia que os infectados irão buscar tratamento em tempo oportuno (SANDERS, 2005; VALDISSERRI; HOLTGRAVE; WEST, 2004).

A maioria das pessoas vivendo com HIV/aids estão nos países em desenvolvimento. Há uma estimativa que apenas uma a cada quatro vivem em países industrializados. A maioria dos indivíduos soropositivos em países de alta prevalência desconhece sua condição sorológica. Muitos são diagnosticados tardiamente, após desenvolver pelo menos uma doença definidora de aids. A problemática é ampliada, pois mesmo após o diagnóstico, não há garantias de que estas pessoas acessem os serviços de saúde para o tratamento. O diagnóstico tardio traz consequências negativas tanto no plano coletivo como no individual. As pessoas que não buscam cuidados na fase inicial da infecção, geralmente apresentam imunossupressão avançada e elevado risco de desenvolver eventos clínicos que levem à morte. Além disso, o retardo na busca do cuidado à saúde limita o comportamento preventivo, tendo influência considerável no comportamento epidêmico da infecção (GIRARDI; SABIN; MONFORTE, 2007).

Um dos aspectos que influenciam a busca pelos cuidados de saúde é a testagem oportuna para a identificação da presença viral, e tem impacto positivo, tanto na prevenção quanto no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids. O acesso tardio ao diagnóstico da infecção do HIV leva ao tratamento tardio da aids, com maior mortalidade e maior probabilidade de transmissão do vírus para outras pessoas. O diagnóstico precoce permite o cuidado na fase inicial da infecção, ainda sem comprometimento do sistema imunológico,

retardando a ocorrência de infecções e/ou doenças associadas à imunossupressão e, conseqüentemente, a evolução para a aids, melhorando a sobrevivência dos doentes, reduzindo o tempo de internação hospitalar, e aumentando a adesão aos medicamentos antirretrovirais (PALELLA, 1998).

Quando os indivíduos infectados se tornam conscientes de sua condição sorológica, envolvem-se menos em comportamentos de risco, diminuindo a transmissão do HIV para seus parceiros sexuais (FERREIRA, 2012; CAMARGO 2010). Neste contexto, Buetikofer et al. (2014), classifica os indivíduos que se apresentam tardiamente em dois tipos: aqueles que realizam tardiamente o teste, que já estão doentes, mas que ignoram sua soropositividade, e aqueles que conhecem seu status sorológico, mas não procuram os serviços de saúde.

No Brasil, há uma política voltada para a testagem gratuita em todas as unidades federadas, com a implementação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) desde o início dos anos 90, com descentralização para municípios pólo do interior do país. O aumento da proporção de testes anti-HIV deveria acompanhar o sucesso da política de acesso universal ao tratamento, porém estudos revelam que a busca pela realização de testes anti-HIV se mantém baixa, sendo a maior proporção de casos com primeiro teste tardio residentes na região Nordeste (FRANÇA-Jr., 2008; SOUZA Jr.; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007;).

Além do momento de realização da testagem, outro aspecto que necessita ser considerado para a análise do acesso aos cuidados de saúde, é o início da terapia antirretroviral (TARV). A qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids tem melhorado consideravelmente com a utilização da TARV, resultando em uma significativa redução da carga viral e um aumento da contagem de células T CD4 +. Entretanto, é importante destacar que o acesso à TARV é desigual em diversos países do mundo, estando submetido às variações das políticas públicas e aos custos com o tratamento em cada país. Contribui com o problema, as falhas e insuficiências nos programas de monitoramento, controle e detecção de novos casos. O estado de saúde de indivíduos HIV positivos no momento da iniciação da TARV, desempenha um papel crucial no sucesso do tratamento. Indivíduos HIV positivos com doença avançada no momento do início da TARV, possuem uma probabilidade menor

de responder ao tratamento (ABAYNEW; DERIBEW; DERIBE, 2011; KIRIAZOVA et al., 2013; SOUZA Jr.; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007; VALDES; VENEREO, 2013).

Em relação ao acesso universal à terapia antirretroviral em países em desenvolvimento, o Brasil foi o pioneiro, já ofertando as medicações em 1996. Também possui o status de país com o maior número de pessoas vivendo com HIV/aids na América Latina, e que, após o início gratuito do tratamento, foram alcançadas melhorias significativas na qualidade de vida, redução da mortalidade e dos custos com a doença (CHEQUER et al., 2002; JIPA, et al., 2014). O aumento do custo também foi destacado no estudo de Grabmeier-Pfistershammer et al. (2013), tanto para pacientes com uso de TARV, quanto para aqueles que se apresentaram tardiamente na Áustria.

A eficácia dos programas de tratamento da aids é afetada pela proporção de indivíduos infectados que não aderem aos cuidados clínicos em tempo hábil. Ao conhecer sua condição sorológica precocemente, os indivíduos infectados pelo HIV tendem a iniciar o tratamento e adotam práticas de sexo seguro, tornam-se menos propensos a transmitir o vírus. O acesso tardio aos cuidados está fortemente associado com a morte prematura entre indivíduos infectados pelo HIV, o que representa aproximadamente 40% de todas as mortes relacionadas com a aids. Além disso, outra consequência negativa para o sistema de saúde é o aumento dos custos devido aos medicamentos e procedimentos de alta complexidade, necessários para o tratamento de indivíduos que se encontram em estágios avançados de infecção pelo HIV (GRANGEIRO; ESCUDER; PEREIRA, 2012).

Com o intuito de minimizar o impacto de novas infecções pelo HIV e melhorar o acesso à TARV, está entre os objetivos do desenvolvimento do milênio (ODM) das Nações Unidas, no tangente ao HIV/aids, a cessação e reversão da propagação do HIV/aids, em 2015. São objetivos ambiciosos e improváveis de serem atingidos, sobretudo em função de inúmeros obstáculos tanto estruturais quanto de desigualdade no grau de desenvolvimento dos países. Entre estes obstáculos identifica-se a testagem inadequada para detecção da infecção. A aspiração do Programa das Nações Unidas sobre aids (UNAIDS) é zerar novas infecções e óbitos pelo HIV, além de acabar com a discriminação. A meta da UNAIDS pós-2015 tem sido rotulado “90-90-90”, ou

seja, que 90% das pessoas infectadas pelo HIV conhecerão seu estado sorológico; 90% das pessoas diagnosticadas serão tratadas com TARV; e, 90% daqueles tratados terão remissão da carga viral (PRENDERGAST; ESSAJEE; PENAZZATO, 2015; UNIAIDS, 2013).

Foi apresentado um consenso definidor para o conceito de apresentação tardia no Fórum Nobel de HIV, na Suécia, em 2009, que usou uma definição que favorece a identificação de pessoas com risco aumentado de progressão da aids, e a melhoria da vigilância epidemiológica da doença. O conceito de apresentação tardia abrange todos os indivíduos infectados pelo HIV que se apresentam para o cuidado de saúde com a contagem de células T CD4+ abaixo de 350 células/mL ou apresentando pelo menos um evento definidor de aids, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+. No mesmo consenso, define-se como: “apresentação tardia com doença avançada causada pelo HIV”, os indivíduos que buscam o cuidado em serviços de saúde com a contagem de células T CD4+ abaixo de 200 células/mL (ANTINORI et al., 2011).

O tempo entre o diagnóstico do HIV e a apresentação para o cuidado em saúde é da mais alta relevância para o controle da aids. O início precoce da TARV, melhora, em longo prazo, o processo de recuperação de contagem de células T CD4 + até a restauração imune, que possui impacto no desenvolvimento da aids e de doenças oportunistas, além de trazer benefícios para toda a comunidade pois reduz a carga de circulação do vírus promovendo novas infecções. Indivíduos que efetivamente realizam o diagnóstico e tratamento do HIV/aids precocemente, podem reduzir significativamente a transmissão do vírus e, conseqüentemente, o arrefecimento da epidemia (RANGARAJAN et al., 2014).

A apresentação tardia aos cuidados de saúde continua a minar avanços na gestão de políticas de combate à infecção pelo HIV. As estimativas atuais sugerem que os indivíduos não diagnosticados correspondam a cerca de um quarto de todas as pessoas nos países do ocidente que vivem com HIV (O'SHEA et al., 2013).

Pacientes que acessam tardiamente os serviços podem também ter taxas mais elevadas de baixa adesão ao tratamento, exacerbadas pelos mesmos fatores que contribuem para o seu diagnóstico tardio, como a falta de

conhecimento sobre os riscos de infecção viral e os benefícios da TARV (WATERS; SABIN, 2011).

Os fatores associados à apresentação tardia para o diagnóstico de HIV variam, consideravelmente, entre diferentes populações e países. Uma revisão sistemática com base em estudos realizados em oito países desenvolvidos revelou que o diagnóstico tardio é geralmente mais comum entre os indivíduos que não conhecem seu status sorológico para o HIV, não possuem percepção de risco para a infecção, que vivem em locais onde não há a oferta fácil para a realização de testes sorológicos, e entre os grupos marginalizados (GIRARDI; SABIN; MONFORTE, 2007).

Ainda são considerados escassos os estudos que abordam o tema da apresentação tardia para o cuidado em HIV e aids no Brasil, assim como suas implicações para o prognóstico da doença, sobretudo na região Nordeste, cuja epidemia continua em ascensão. Desta forma, o conhecimento dos principais indicadores da apresentação tardia de pessoas vivendo com HIV/aids aos cuidados específicos em saúde, e seus fatores relacionados, se revela de grande importância para o enfrentamento da epidemia e para o aperfeiçoamento das estratégias de prevenção e assistência à saúde.

Este estudo pretende contribuir com a resposta brasileira no combate à epidemia da aids, considerando ser Pernambuco um estado estratégico para a região Nordeste, que conta com uma rede de atenção pública expressiva, e relativamente consolidada, na assistência aos portadores de HIV e aids.

2 REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A situação epidemiológica da infecção pelo HIV/aids no Mundo e o acesso tardio ao cuidado em saúde.

A epidemia de aids, em escala mundial, apresenta tendência a estabilização desde o ano 2000, embora ainda em patamares inaceitáveis de novas infecções pelo HIV e de óbitos por aids. Para cerca de 33,3 milhões [31,4 – 35,3] de pessoas vivendo com HIV/aids, no final de 2009, após quase 30 anos do início da epidemia, os ganhos no seu enfrentamento são reais, mas ainda frágeis. Desde 1999, ano em que a epidemia atingiu o seu pico, o

número de novas infecções caiu 19%, a despeito de em alguns países da Europa Oriental e Ásia Central, onde as novas taxas de infecção pelo HIV aumentaram em mais de 25%. Tem havido, também, um ressurgimento de infecções pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens e outros grupos de maior vulnerabilidade, como as populações em situação de pobreza, presidiários, profissionais do sexo e usuários de drogas, em várias regiões do mundo (SOARES, 2013).

Em um balanço global, a taxa de novas infecções é ainda elevado, superando os avanços feitos em proporcionar um aumento do tratamento antirretroviral. São estimados dois novos casos de infecção HIV para cada pessoa que inicia o tratamento específico, embora o número de pessoas que acessam a TARV tenha aumentado em sete vezes e meia nos últimos 5 anos. Dos 15 milhões de portadores de HIV/aids que necessitam de tratamento específico, a maioria reside em países de baixa e média renda e apenas 1/3 tem acesso a TARV. Mesmo assim, mais pessoas com HIV estão levando uma vida saudável e produtiva. Após a introdução maciça da TARV, a mortalidade reduziu-se significativamente, tendo-se observado uma redução de 300.000 mortes relacionadas à aids comparando-se os anos de 2009 e 2004 (UNAIDS, 2010).

A apresentação tardia aos cuidados de saúde, particularmente em pessoas vivendo com HIV/aids, é um fenômeno universal, sendo observado tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Nos países da Europa, por exemplo, Cobo et al. (2007) conduziram uma pesquisa com mais de 11 mil pacientes na Espanha, e identificaram que de 2.820 novos infectados pelo HIV entre 1997 e 2002, 18% tiveram diagnóstico tardio com contagem de células T CD4+ $<200\text{mm}^3$ ao primeiro teste.

Também na Espanha, estudo retrospectivo, entre 2009 e 2013, com pacientes soropositivos para o HIV, atendidos no Hospital de Doenças Infecciosas de Navarra, e que considerou o consenso de Antinori para classificação de apresentação tardia para o cuidado em saúde de pessoas com HIV/aids, mostrou que o diagnóstico tardio ocorreu em 54,5% dos novos casos. O estudo não verificou diferenças significativas de acordo com o sexo, a via de transmissão viral ou a existência prévia de cuidados de saúde. No entanto, o percentual de diagnóstico tardio tendeu a aumentar com a idade,

principalmente a partir de 40 anos (MARCOTEGUI et al., 2014). Ainda na Espanha, um estudo qualitativo identificou que a baixa percepção de risco, o medo com estereótipos e acesso dificultado ao diagnóstico foram determinantes para o cuidado tardio à saúde de pacientes que vivem com HIV/aids (FUSTER-RUIZ DE APODACA et al., 2014).

Na Inglaterra, Sabin et al. (2004), ao estudarem 719 pacientes entre 1996 e 2002, constataram que 15% se apresentaram tardiamente aos serviços de saúde e que esse atraso era mais comum nos indivíduos com baixas condições socioeconômicas. Na mesma direção, estudo populacional baseado em relatórios de vigilância da Inglaterra e País de Gales, revelou que de um total de 16.375 indivíduos heterossexuais com HIV, 42% (4.425) foram diagnosticados tardiamente, e relacionaram o diagnóstico tardio com o aumento da idade (CHADBORN et al., 2006).

Na Itália, Girardi et al. (2013), encontraram uma prevalência de diagnóstico tardio de HIV na ordem de 51,3%. Pacientes com apresentação tardia relataram pelo menos uma doença indicadora de aids antes do diagnóstico de HIV.

Na Alemanha, uma coorte de 22.925 indivíduos recém-diagnosticados com a infecção HIV, entre os anos 1999 e 2010, identificou que quase a metade (49,5%) apresentara-se tardiamente para o cuidado em HIV/aids (CD4 <350 células/ml ou aids clínica) (ZOUFALY et al., 2012).

Em Portugal, numa coorte de 705 pacientes infectados pelo HIV, diagnosticados entre 1986 e 2014, acompanhados em um Serviço de Doenças Infecciosas na cidade de Lisboa, a média de apresentação tardia foi de 53%, sendo que 43% dos indivíduos já se apresentaram ao serviço de saúde com diagnóstico de aids (MIRANDA et al., 2014). Outro estudo português que investigou 4.219 casos notificados de HIV, entre 2011 e 2013, mostrou que 38% se apresentaram tardiamente ao cuidado em saúde para HIV/aids, segundo o consenso de Antinori. A média de idade daqueles que tiveram apresentação tardia foi de 40 anos para mulheres heterossexuais, 46 anos para homens heterossexuais e 35 anos nos homens que fazem sexo com homens. A apresentação tardia entre os heterossexuais foi associada com o sexo masculino e com indivíduos que desconheciam a sorologia do parceiro sexual (SHIVAJI; DINIZ; CORTES-MARTINS, 2014).

Estudo conduzido em Bucharest, na Romênia, com uma amostra de 499 pacientes, observou que 61% eram classificados como apresentação tardia e, destes, 37% tinham doença avançada causada pelo HIV, considerando o consenso europeu (JIPA et al., 2014).

Na França, um extenso estudo transversal, de base populacional, representativo das pessoas vivendo com HIV, investigou a apresentação tardia ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, considerando os conceitos do consenso europeu e identificou-se um percentual de 47,7% de apresentação tardia, sendo que 29,3% já tinham doença avançada (WILSON et al., 2014).

Na Irlanda, estudo retrospectivo com 114 pacientes recém-diagnosticados com HIV, obteve um percentual de 54% de apresentação tardia em conformidade com o consenso europeu, ou seja, com linfócitos T CD4 + < 350 células/ml. Identificaram ainda que eles eram mais propensos a serem sintomáticos no momento do diagnóstico e a maioria (56%) referiram relações heterossexuais como via de transmissão do HIV (O'SHEA, 2013).

Em Barbados, estudo com mulheres infectadas pelo HIV que se apresentaram para o cuidado em saúde em função de gravidez, revelou que o intervalo médio de tempo entre o diagnóstico da infecção e primeira apresentação para a clínica de HIV/aids foi de 36 meses. Das 53 mulheres submetidas à TARV, somente 23 (43,4%) iniciaram a terapia no prazo de três meses após a primeira visita de acompanhamento (KUMAR et al., 2007).

Nos Estados Unidos, 20% das pessoas infectadas pelo HIV não têm conhecimento do seu diagnóstico. No México, há uma elevada taxa de apresentação tardia (61%), mesmo com o início do acesso universal e gratuito à TARV a partir de 2000, chamando a atenção das autoridades para formas mais agressivas e efetivas de enfrentamento do problema, em especial nas políticas de testagem precoce (CAMONI et al., 2013; CHIN et al., 2013; CRABTREE-RAMIREZ et al., 2012;).

Na Venezuela, desde 1999, o Programa Nacional de HIV/aids oferece atendimento integral e gratuito para pessoas que vivem com HIV/aids. Estudo transversal em um centro venezuelano de referência para HIV, com 225 pacientes, identificou que 40% se apresentaram tardiamente para o diagnóstico da infecção (BONJOUR et al., 2008).

A África Subsaariana continua sendo uma das regiões do mundo mais afetadas pela epidemia de aids. Um estudo de caso-controle realizado na Etiópia com uma amostra de 320 participantes (160 casos e 160 controles), identificou que indivíduos estigmatizados, que percebiam a infecção pelo HIV como condição estigmatizante e que atribuíam grande incômodo aos efeitos colaterais da TARV, estavam fortemente associados à apresentação tardia (ABAYNEW; DERIBEW; DERIBE, 2011).

Na Nigéria, uma coorte retrospectiva de 14.487 pacientes que receberam cuidados e tratamento para aids, entre 2005 e 2010, utilizando as definições do consenso Europeu, mostrou que 85,6% acessaram tardiamente os serviços para diagnóstico e tratamento, e desses, 63,0% apresentaram doença avançada (AGABA et al., 2014).

Na Tailândia, estudo de caso controle de base hospitalar, em 21 hospitais do país, realizado entre janeiro de 2012 à agosto de 2013, com 193 pacientes com idades entre 18 e 25 anos, objetivando avaliar o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em pessoas jovens, revelou os fatores associados: não mora com os pais; não tem filhos; ter tido a primeira relação sexual com idade superior a 18 anos; ter parceiros mais velhos; e serem usuários de drogas (COONEY; HIRANSUTHIKUL; LERTMAHARIT, 2015). Outro estudo com amostra de 402 pacientes de 7 hospitais públicos de Songkhla (cidade ao sul da Tailândia), evidenciou que 55% dos soropositivos para o HIV foram testados tardiamente (THANAWUTH; CHONGSUVIVATWONG, 2008).

Na China, estudo retrospectivo com um total de 49.321 pacientes com HIV, entre 2006 e 2009, mostrou que mesmo com a TARV amplamente disponível naquele país, cerca de 30% dos pacientes com HIV/aids acessam o tratamento específico numa fase muito tardia da doença, com $CD4 \leq 50$ ul (WEN, et al., 2011).

Em Nova Zelândia, estudo sobre apresentação tardia, segundo o consenso europeu, mostrou que dos 755 adultos recém-diagnosticados com HIV, entre 2005 e 2010, metade apresentaram-se tardiamente e 32% foram classificados com "apresentação tardia com doença avançada causada pelo HIV". Em comparação com os homens que fazem sexo com homens (HSH), os heterossexuais estavam mais propensos à apresentação tardia (DICKSON et al., 2012

2.2 A situação epidemiológica da infecção pelo HIV/aids no Brasil e o acesso tardio aos serviços de saúde

No Brasil, o Ministério da Saúde começou a distribuir medicamentos para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas, em meados da década de 1980. O AZT (zidovudina) foi a primeira droga antirretroviral disponível no país, a partir de 1991. O esforço combinado de pacientes, grupos da sociedade civil e agências governamentais resultaram na aprovação da Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, garantindo o direito de todos os indivíduos com HIV/aids de receber os medicamentos necessários ao seu tratamento gratuitamente (BRASIL, 1996; SOUZA Jr.; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007).

A busca pela realização de testes de sorologia para o HIV ainda é muito baixa, com apenas 28% da população adulta sendo testada em algum momento da sua vida. O sistema público de saúde também fornece os exames laboratoriais necessários para o diagnóstico do HIV e acompanhamento dos casos. Nos últimos anos, as políticas de saúde pública têm sido implementadas com vistas a incentivar a realização do teste de HIV periodicamente entre a população geral. Sendo o teste incorporado como rotina do pré-natal (SOUZA Jr; SZWARCOWALD, 2007).

Em 2012, foram notificados 39.185 casos novos de aids. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8). Verifica-se que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral. Nos últimos 10 anos, observou-se uma redução de 14% na taxa de mortalidade no Brasil. À semelhança das taxas de detecção, a tendência nos últimos 10 anos do coeficiente de mortalidade apresenta discrepância entre as regiões: elevação nas regiões Norte (60,0%), Nordeste (33,3%) e Centro-Oeste (4,4%) e redução nas regiões Sudeste (31,7%) e Sul (7,2%). (BRASIL, 2013, BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2005; DOURADO et al., 2006).

Embora o Brasil tenha uma política de acesso universal e gratuito de terapia antirretroviral, há fortes indícios de que o início dessa terapia ocorre tardiamente para uma parcela razoável de pessoas com aids, especialmente na Região Nordeste. Inquérito nacional mostrou que 33% dos pacientes em início do tratamento específico para aids tinham contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm³ (SOUZA Jr., 2007).

Pernambuco é o estado do Nordeste que lidera as estatísticas de aids na Região, com taxa de detecção para o ano de 2012 de 20,9/100.000 hab. maior que a média nacional (20,2). Destaca-se ainda, elevada taxa de detecção de aids em menores de cinco anos (6,1/100.000 hab., em relação à média nacional de 3,4) e coeficiente de mortalidade (6,0 em relação à média nacional de 11,1/100.000 habitantes). A taxa de incidência continua apresentando uma tendência progressivamente crescente. A proporção de casos, a exemplo do resto do país, o tem aumentado em maior velocidade que entre as mulheres, influenciando a razão de sexos, que volta a se inverter, chegando em 2012 a 1,9 casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2013).

A epidemia atinge mais de 95% dos municípios do Estado de Pernambuco, sendo 8.805 casos de residentes no Recife (BRASIL, 2013). Em relação a idade, estudo conduzido por Pottes et al. (2007), mostra um aumento gradativo da epidemia na faixa etária de 50 a 70 anos em Pernambuco, com predomínio de homens, heterossexuais e com baixa escolaridade.

Estudo realizado em Belo Horizonte em 2005, em um hospital de referência para tratamento da aids, identificou que dos 250 indivíduos incluídos no estudo, 44,8% foram diagnosticados com menos de 30 dias antes ou durante a internação (OLIVEIRA; LATORRE; GRECO, 2012).

Inquérito de âmbito nacional foi realizado em 2008, com amostra de 8 mil indivíduos entre 15 e 64 anos, objetivando investigar os principais fatores associados às práticas de sexo protegido. Neste inquérito, identificou-se que a cobertura do teste HIV para a população sexualmente ativa é maior entre as mulheres do que os homens em todas as faixas etárias (45,6% entre as mulheres e 27,2 % entre os homens) (PASCUM; SZWARCOWALD, 2011).

Estudo transversal, realizado entre 1999 e 2010, com 527 indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV, matriculados em serviço de saúde ambulatorial, em Santarém no Pará, que teve o objetivo de

analisar as características clínicas e laboratoriais de indivíduos infectados pelo HIV na admissão, identificou que o motivo de realização da testagem anti-HIV foi devido à presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids em 57,6% dos homens e em 48,3% das mulheres. Observou-se ainda que, 30,5% das mulheres descobriram a condição de soropositividade somente no cuidado pré-natal. No momento da admissão no serviço, 52% dos indivíduos apresentaram número de linfócitos T CD4+ inferior a 200 mm^3 e/ou presença de pelo menos uma doença definidora de aids (ABATI; SEGURADO, 2015).

Estudo brasileiro com 1.859 crianças diagnosticadas com aids entre 1983 e 2007, identificou que um total de 818 (46,5%) crianças já haviam sido diagnosticadas com aids no momento do diagnóstico da infecção pelo vírus. Crianças com menos de 12 meses de idade, no momento do diagnóstico do HIV, eram mais propensas a serem diagnosticadas tardiamente. O lapso de tempo entre o nascimento e diagnóstico do HIV variou de menos de um a 12 anos (RAMOS Jr., 2013).

A apresentação tardia também foi fortemente identificado entre as crianças que frequentaram uma clínica pediátrica de referência para HIV/aids em Vitória do Espírito Santo, entre 2005 e 2008. Aproximadamente oitenta e sete por cento das crianças investigadas somente tiveram acesso à sorologia do HIV após o primeiro ano de vida, sendo considerado tardio pelos pesquisadores. Em relação à infecção pelo HIV nas mães das crianças expostas, 43,3% foram diagnosticadas antes da gravidez, 25% durante o período de pré-natal e 26,4% durante o parto ou pós-parto (DIAS et al., 2014).

Pesquisa realizada por Luppi et al. (2001), em mulheres que procuraram um centro de testagem e aconselhamento (CTA) na cidade de São Paulo, aproximadamente 70% destas, em seu primeiro teste positivo, já apresentavam contagem de células T CD4+ $<500 \text{ mm}^3$ e 20% contagem extremamente baixa, $<200/\text{mm}^3$. Ambas as situações são indicativas para início imediato do tratamento antirretroviral. Segundo Antinori et al. (2011), em pessoas infectadas pelo HIV sem tratamento, o risco de desenvolver uma doença definidora de aids aumenta exponencialmente à medida que a contagem de células CD4 cai, sendo particularmente elevado naqueles com contagem de T CD4+ $<200 \text{ células}/\text{mm}^3$.

Oliveira (2007), em estudo realizado para identificar diagnóstico tardio e óbitos de pacientes internados em um hospital de referência para doenças infecciosas em Belo Horizonte, identificou que 44,8% tiveram o diagnóstico de aids realizado com menos de um mês da internação. Para 53% dos pacientes falecidos, durante o seguimento da pesquisa, o intervalo de tempo entre o diagnóstico do HIV e o óbito foi de até três meses e para cerca de 1/4 desses pacientes, o intervalo foi inferior a um mês.

França-Júnior, Calazans e Zucchi (2008), observaram um aumento do número de pessoas testadas nos anos de 1998 (20,2%) e 2005 (33,6%) no Brasil. Ao excluírem doadores de sangue e testes pré-natal, a proporção de testagem baixou para 13,5%, em 1998, e 20,8%, em 2005. As proporções mais baixas foram entre os mais velhos, mulheres negras e com baixa instrução e, de residentes das regiões Norte e Nordeste. Entre as razões apontadas para a não testagem, o estudo apontou: não acreditar que foram expostos ao vírus (72%); não saber onde poderiam realizar o teste (4,7%); não querer pensar sobre o HIV (2,5%); estar com medo de descobrir que eram HIV positivos (2%); e ter medo de agulhas (1,7%). Entre os que realizaram o teste, as principais razões incluíram: iniciativa própria (28%), pré-natal (27%), doação de sangue (21%) e indicação médica (17%).

No Nordeste, pesquisa conduzida no Rio Grande do Norte, revelou que 52,4% dos casos com indicação de terapia antirretroviral chegavam ao serviço especializado com alguma condição indicativa de imunodeficiência (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006). Estudos de demandas de serviços confirmam as altas proporções de pacientes em início de tratamento com baixa contagem média de CD4+ (FERNANDES et al., 2009).

No estudo de Amon e Trodys (2009), a precarização no acesso ao tratamento de indivíduos migrantes ao sul global. Mesmo com o compromisso de vários governos de garantir tal acesso como parte do seu dever de implementar o direito à saúde sem discriminação, poucos Estados reconheceram expressamente a terapia antirretroviral como parte do conjunto mínimo de serviços de saúde a ser oferecido, tanto aos migrantes, quanto aos seus próprios cidadãos, resultando em considerável aumento na vulnerabilidade à aids.

Em relação às medidas para o enfrentamento da epidemia, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, a partir de 1996 (BRASIL, 1996), com a existência de uma rede de serviços públicos, incluindo laboratórios que realizam os testes diagnósticos, beneficiando atualmente cerca de 200 mil pessoas com TARV (HALLAL et al., 2010).

Com uma amostra de 377 pacientes atendidos pela primeira vez entre 1997 e 2003, na clínica de Aids do Hospital da Universidade Federal da Bahia, em Salvador, um estudo apontou que quase 25% dos pacientes foram hospitalizados imediatamente, indicando atraso no diagnóstico (SÁ et al., 2007).

A despeito da universalidade dos insumos da assistência à saúde das pessoas que vivem com HIV/aids no SUS é bastante desigual, variando entre cuidados em centros de excelência bem equipados e confortáveis, até unidades de saúde com recursos humanos e materiais muito escassos, refletindo a situação de imensas desigualdades regionais do país. Apenas 8% da população brasileira realizam o exame de detecção da infecção HIV de forma espontânea, e apenas 32% realizaram o teste anti-HIV pelo menos uma vez na vida. O acesso aos serviços de assistência também não se apresenta uniforme: enquanto na região Sul, 40,8% da população infectada pelo HIV descobre a doença no momento tardio, na região Norte essa proporção é ainda mais elevada, 53,3%, refletindo presumivelmente diferenças regionais no acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estimar a magnitude e os fatores associados à apresentação tardia para o cuidado em saúde de HIV/aids, em serviços públicos de referência na cidade do Recife, Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as principais características dos portadores de HIV e aids que se apresentaram tardiamente aos serviços públicos de saúde de referência da cidade do Recife, Pernambuco;
- b) Estimar a ocorrência de apresentação tardia ao cuidado de saúde em HIV/aids em portadores do vírus atendidos nos centros de referência selecionados;
- c) Identificar os fatores associados à apresentação tardia nos centros de referência selecionados.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, de todos os pacientes com HIV e/ou aids atendidos em dois serviços de referência no Estado de Pernambuco.

4.2 Período do Estudo

De janeiro de 2009 a dezembro de 2013

4.3 População do estudo, amostra, fonte e coleta de dados

A pesquisa foi realizada com pacientes atendidos em regime ambulatorial nos serviços do Hospital Correia Picanço e da Policlínica Lessa de Andrade, entre os anos de 2009 e 2013; Foram incluídos todos os casos de adultos com HIV/aids atendidos no período indicado, e coletadas as informações quanto: dados sociodemográficos; data do primeiro atendimento no serviço; data do primeiro teste anti-HIV; local de moradia; ocupação; renda; informações sobre uso de medicamentos, inclusive tipo de medicação antirretroviral; resultados de exames laboratoriais - contagem de linfócitos T CD4 + e carga viral; data do diagnóstico de AIDS; e informações clínicas e comportamentais. Estas informações foram obtidas a partir dos dados secundários coletados em prontuários médicos. Foram estudados 1.356 casos, através de preenchimento de questionário estruturado (apêndice A), entre os meses de maio de 2014 e janeiro de 2015.

4.4 Caracterização das Unidades de Saúde do Estudo

O Hospital Correia Picanço (HCP), da rede estadual de Saúde de Pernambuco, é o maior serviço de referência para assistência a pacientes com HIV/aids (adultos) e meningites. Tem atendimento ambulatorial e de internamento, com 30 leitos para aids, além de 15 leitos de hospital-dia. A

assistência é realizada por equipe multiprofissional. Os primeiros casos de aids começaram a ser atendidos a partir de 1986 e, desde então, o serviço já cadastrou mais de 12.000 casos de HIV/aids. Tem cerca de 5.000 casos em registro ativo, dos quais 80% em uso de terapia antirretroviral. Cerca de mil novos pacientes são matriculados por ano.

A Policlínica Lessa de Andrade, da rede Municipal de Saúde de Recife, é uma unidade que realiza atendimentos apenas em regime ambulatorial. Desde o ano de 2003, essa Policlínica incorporou o Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE/HIV/aids), com atendimento por equipe multiprofissional. Tem registro ativo de cerca de 1.200 pacientes com HIV e/ou aids, dos quais mais de 500 (46%) em uso de terapia antirretroviral.

4.5 Definição do evento de interesse (desfecho)

Neste estudo, pretende-se investigar a apresentação tardia para o cuidado em saúde de HIV/aids em pessoas que vivem com o vírus, nos serviços de saúde selecionados, segundo a seguinte definição:

Apresentação tardia (AP) para o cuidado em saúde de HIV/aids: será considerado apresentação tardia, aquele paciente que acessou os serviços de saúde para o cuidado em HIV/aids, quando ao primeiro teste sorológico, apresentou uma contagem de células T CD4 + ≤ 350 células/mm³ e/ou ainda, apresentou pelo menos uma doença definidora de aids (ANTINORI et al., 2011).

4.6 Descrição das Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram classificadas em dois grupos: as sociodemográficas e as clínicas e comportamentais. No primeiro grupo, consideraram-se: sexo; faixa etária (categorizado em: entre 16 e 19 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos e mais); cor/raça (entre branca, negra ou parda); grau de escolaridade (categorizado em: analfabeto, elementar, fundamental, ensino médio e superior; na categoria de analfabetos, foram considerados indivíduos sem nenhum estudo, na fundamental, os que

tinham até 9 anos de estudo, na categoria médio, foram considerados indivíduos que encontravam-se em um dos três anos de estudo médio, determinados na Lei de Diretrizes e Bases Brasileiras ou haviam concluído este nível de estudo e não ingressaram na faculdade; foram considerados indivíduos de nível superior aqueles que concluíram ou que encontravam-se em algum curso de graduação). Estado civil (categorizados em: solteiros, casados ou em união estável, viúvos ou divorciados); Local de nascimento: Foram categorizados nesta variável, indivíduos que nasceram no Estado de Pernambuco, em outros estados da região Nordeste e em outras regiões do Brasil (este último, definido, como qualquer local de nascimento com exceção da região Nordeste. Não foram considerados estrangeiros). Considera-se o município de residência, aquele em que o paciente possui moradia fixa (categorizado em: Recife, Região metropolitana do Recife, com exceção da capital e interior do estado de Pernambuco). No segundo grupo, foram consideradas variáveis clínicas e comportamentais. Na variável uso de drogas lícitas, os indivíduos foram categorizados em (usa/já usou: para aqueles que possuíam algum registro no prontuário de uso de drogas ilícitas pelo menos em algum momento da vida; nunca usou: todos que haviam registro de não uso e, não tem registro, para todos aqueles prontuários que em nenhum momento, registraram o uso deste tipo de drogas). As variáveis de uso de álcool e fumo, consideraram entre sim: os que fizeram ou fazem uso destes tipos de drogas e não, para os que nunca fizeram ou não fazem uso destes tipos de drogas. Na variável: antecedentes de DST, considerou-se sim, para aqueles indivíduos que possuíam algum registro em prontuário de alguma doença sexualmente transmissível ou de algum tratamento compatível com o indicado especificamente para doença sexualmente transmissível. Considerou-se não, aqueles indivíduos possuíam registro específico para ausência de DST ou de história de DST. Consideramos sim para a variável: “houve tratamento para a DST”, todos os indivíduos com registro de DST que possuíam no prontuário anotações referentes ao tratamento (medicações prescritas ou procedimentos específicos para controle e tratamento de DST), e não para os que não tinham registro de tratamento. Construímos a variável “uso de preservativo”, considerando sim para todo o indivíduo com registro do uso da camisinha no prontuário e não para os indivíduos com registro de não uso. Além disso, para

a variável: frequência do uso do preservativo; categorizamos em: em todas as relações e eventualmente para todos aqueles que haviam registro desta informação e ainda em frequência não informada para os indivíduos que possuíam registro de uso, sem ter o registro da frequência. Para a variável orientação sexual, os indivíduos foram categorizados em heterossexuais, homossexuais masculinos, bissexuais masculinos (nesta categoria foram incluídos os homens que fazem sexo com homens) e outros (onde foram incluídos as homossexuais femininas, mulheres que fazem sexo com mulheres, e bissexuais femininas). Para a variável tempo de diagnóstico para HIV em anos, categorizamos o tempo entre o diagnóstico de HIV e o primeiro atendimento em um serviço de saúde em: Menos de 2 anos, entre 2 e 3, entre 3 e 4 e mais de 4 anos. Para a variável contagem de células T CD4+, foi considerado o primeiro registro de contagem dessas células, entre $<200\text{mm}^3$, entre 200 e 350mm^3 e acima de 350mm^3 . Para a variável local de realização do teste anti-HIV, categorizamos em: centro de testagem e aconselhamento (CTA), outras unidades públicas de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, maternidades, etc.), laboratório ou serviço privado e banco de sangue ou leite. Categorizamos também o tipo de teste realizado entre: teste rápido e teste convencional (Elisa, Western blot ou Imunofluorescência). Para a variável motivo da realização do teste, consideramos a motivação registrada no prontuário, entre: estava doente (todos os indivíduos que procuraram o serviço de saúde por apresentarem alguma doença ou sintomatologia compatível com aids), cônjuge ou companheiro com HIV/aids, pré-natal/maternidade (todos os indivíduos que realizaram o teste por motivos ligados à gestação e parturição), doação de sangue (indivíduos que realizaram o teste de forma compulsória no ato da doação de sangue), solicitação de terceiros (todos aqueles que tiveram o teste requerido de forma rotineira por médico ou profissional de quaisquer especialidade) e aqueles que decidiram realizar o teste de forma espontânea. Para a obtenção da variável: tempo entre o primeiro teste positivo para o HIV e o atendimento médico em meses, foi considerado o tempo, entre o primeiro teste positivo para HIV e a primeira consulta com o médico, e categorizamos em: por ocasião da primeira consulta, menos de 6 meses ou mais de 6 meses. Também elencamos como variável, o atendimento prévio em outros serviços, antes do ingresso nos serviços de referência pesquisados, entre sim ou não.

Foram consideradas para a construção da variável comorbidade, não apenas as infecções oportunistas, mas toda patologia ou sintomatologia oriunda da conjunção de fatores como ação direta ou indireta do próprio vírus ou dos efeitos colaterais das drogas antirretrovirais; condições clínicas que vão se instalando cronicamente. Em função da imensurável lista de co-morbidades, consideramos para esta variável as seguintes patologias ou condições clínicas: DST, tuberculose, neurotoxoplasmose, candidíase invasiva, hepatites virais (A, B e C), transtornos mentais, distúrbios metabólicos, pneumocistose, hanseníase, sarcoma de Kaposi e outras neoplasias. Para a criação da variável: “Fez uso de terapia antirretroviral”, consideramos, todos os usuários com registro no prontuário de alguma prescrição de TARV em algum momento do seu percurso de atendimento, entre sim e não.

4.7 Plano de Análise

Os dados foram analisados descritivamente através de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo para as variáveis numéricas. Para avaliar a associação entre a variável resposta “apresentação tardia” e as variáveis independentes foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não for verificada; e o teste da Razão de Verossimilhança, quando não foi possível aplicar o resultado através do teste Exato de Fisher.

Na comparação entre duas categorias em relação às variáveis numéricas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, escolhido considerando a ausência de normalidade dos dados. Para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis categóricas, foi obtido o valor da razão entre prevalências, com respectivo intervalo de confiança. e a verificação da hipótese de normalidade dos dados foi feita através do teste de Shapiro-Wilk.

Com objetivo de verificar a influência das variáveis independentes na variável resposta, utilizou-se o processo de seleção “Backward”. Este modelo foi aceito através do teste de Lemeshow. Do modelo ajustado, foram obtidos os valores da razão de prevalência, com respectivos intervalos de confiança,

valores da significância das variáveis e das categorias em relação à categoria base e o teste sobre o ajuste do modelo.

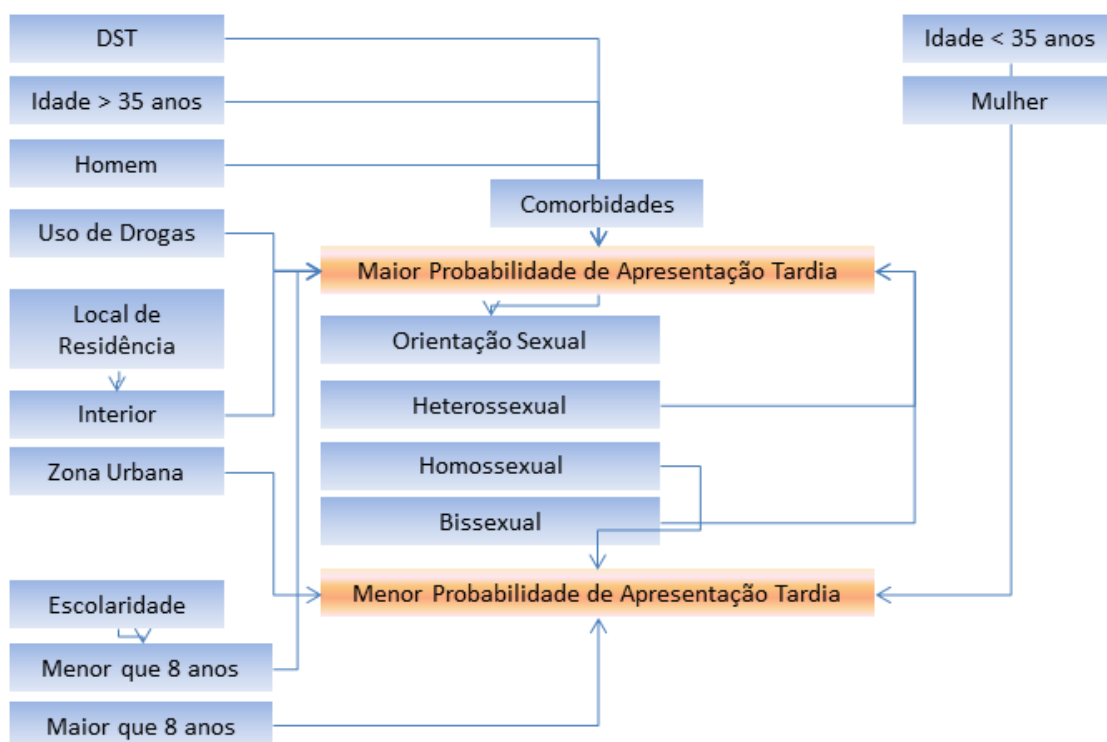
A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. O programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

4.7.1 Modelo Teórico

Os indicadores utilizados no presente estudo foram selecionados considerando a associação de variáveis diversas com o fenômeno da apresentação tardia nas principais publicações científicas dos últimos 10 anos, no Brasil e no mundo.

O modelo teórico é apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo Teórico de variáveis associadas à Apresentação Tardia



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.8 Considerações éticas

Trata-se de uma pesquisa onde foram utilizados dados secundários para a análise. A coleta de dados secundários foi oficialmente autorizada conforme cartas de anuência das unidades de saúde participantes (anexos A e B). As informações obtidas neste estudo serão mantidas em acervo exclusivo dos pesquisadores envolvidos na pesquisa, sendo resguardados os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, confidencialidade e privacidade, exigidos pela Resolução CNS 466/2012. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pelo parecer nº 11/2012 (anexo C).

5 RESULTADOS

De um total de 1536 casos analisados em dois serviços de referência do Recife para o atendimento às pessoas com HIV/aids, sendo 59,4% do Hospital Correia Picanço. Em relação às características sociodemográficas, a maioria era do sexo masculino (69,5%), nas faixas etárias de: 30 a 39 anos (37,2%) e de, 40 a 49 anos (24,5), cor parda (56,5%), baixa escolaridade (61% com ensino fundamental ou analfabeto), solteiro (64,5%), A maioria era nascido em Pernambuco (93%) e de residentes na cidade do Recife (60,8%) (tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas* dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Recife, no período de 2009 a 2013

Variável	N**	%
• Sexo		
Masculino	943	69,5
Feminino	413	30,5
• Faixa etária		
16 a 29	290	21,4
30 a 39	502	37,2
40 a 49	334	24,5
50 a 59	152	11,2
60 ou mais	78	5,7
	Média 38,48	Desvio Padrão ± 10,95
		Mediana 37,00
• Raça/ Cor		
Branca	198	33,5
Negra	40	6,7
Parda	353	59,8
• Grau de Escolaridade		
Analfabeto	39	5,0
Ensino Fundamental	429	56,0
Ensino Médio	164	21,5
Superior	134	17,5
• Estado civil		
Solteiro	667	64,5
Casado/União estável	295	28,5
Viúvo/Divorciado	71	6,8
• Local de nascimento		
Pernambuco	857	93,0
Outros Estados do Nordeste	33	3,5
Outras regiões do Brasil	33	3,5
• Município de Residência		
Recife	799	60,8
Região Metropolitana do Recife (RMR)	341	25,8
Interior de Pernambuco	177	13,4
Total	1.356	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Nota: * As variáveis que tiveram o maior percentual de informações ignoradas foram raça/cor (n=765/56,4%), nível de escolaridade (n=590/43,5%), renda pessoal (n=1.331/98,2%), renda familiar (n=1.285/94,8%), se recebia benefício (n=1.061/78,2%), se tinha religião (n=1.272/93,8%) e se tinha filhos (n=950/70,1%).

** A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

Em relação aos dados relacionados ao uso de drogas, uso de preservativos, antecedentes de DST e orientação sexual (Tabela 2), embora em um altíssimo percentual (78,8%) de prontuários não tivesse informações sobre o uso de drogas ilícitas, prejudicando a análise dessa informação, mas se considerar que o não registro é igual ao não uso, a frequência dos que referiram já ter feito uso de pelo menos uma droga ilícita na vida foi de 8% (n=108), e desses, 52,9% referiram ter usado crack e 33,3% cocaína. Em relação ao hábito de fumar, mais da metade não fuma (58,5%), enquanto para 62% há referência ao uso de álcool. Em mais de 1/3 dos casos (38,7%) há registro de antecedentes de DST e a quase totalidade referiu ter feito tratamento para DST. A maioria não utilizava o preservativo (77,2%), e quando usava, era de maneira eventual (76,3%). Quanto à orientação sexual, a maioria era heterossexual (60,2%), seguidos por homossexual masculino (29%) e bissexuais (9,5%).

Tabela 2 – Características relacionadas ao uso de drogas, uso de preservativos, antecedentes de DST e orientação sexual, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Recife, no período de 2009 a 2013 (continua)

Variável	N*	%
• Uso de drogas ilícitas**		
Usa/Já usou	108	8,0
Nunca usou	179	13,2
Não tem registro	1.069	78,8
• Uso de Tabaco (fumo)		
Sim	232	41,2
Não	331	58,8
• Uso de Álcool		
Sim	344	62,0
Não	211	38,0
• Antecedentes de DST		
Sim	304	38,7
Não	480	61,3
• Houve tratamento para a DST		
Sim	241	96,4
Não	9	3,6
• Uso do preservativo		
Sim	271	22,8
Não	914	77,2
• Frequência do uso do preservativo		
Em todas as relações	53	19,6
Eventualmente	207	76,3
Frequência não informada	11	4,1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: * A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

** Considerando que um mesmo paciente tenha registro que usa mais de um tipo de droga ilícita, foi considerado a ocorrência do uso de drogas pelo menos uma vez na vida e não o total.

Tabela 2 – Características relacionadas ao uso de drogas, uso de preservativos, antecedentes de DST e orientação sexual, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, Recife, no período de 2009 a 2013 (conclusão)

Variável	N*	%
• Orientação Sexual		
Heterossexual	530	60,2
Homossexual masculino	254	29,0
Bissexual masculino	84	9,5
Outros	12	1,3
Total	1.356	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: * A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

** Considerando que um mesmo paciente tenha registro que usa mais de um tipo de droga ilícita, foi considerado a ocorrência do uso de drogas pelo menos uma vez na vida e não o total.

Sobre os resultados relativos ao diagnóstico de HIV (tabela 3), destaca-se que apenas 18,6% tinha realizado o teste anti-HIV há menos de dois anos, com uma média do tempo de diagnóstico da ordem de 3,64 anos (desvio padrão de 2,58 anos). O intervalo de tempo entre o primeiro teste positivo para HIV e o atendimento médico revela que 48% dos casos realizaram o diagnóstico por ocasião da primeira consulta ao serviço especializado em HIV/aids. Outro indicador de apresentação tardia, a contagem de células T CD4+, mostra que aproximadamente metade dos casos tinha uma contagem de menos de 350 cel/mm³ (mais de 30%, apresentou-se com menos de 200 cel/mm³). Quanto ao local onde foi realizado o teste, a maioria se deu em unidades públicas de saúde (40,4%) e nos Centros de Testagem Anônima (36,6%). A maioria dos casos (79,4%) realizou teste rápido e, entre os motivos para a realização do teste, embora em 990 dos casos não tenha o registro no prontuário, destacam-se o fato de estar doente (35,8%) e ter cônjuge ou companheiro com HIV/aids (26,8%), somente 18,9% decidiram fazer o teste espontaneamente.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade* segundo as características relacionadas ao teste anti-HIV e a contagem de linfócitos T CD4 +. Recife, 2009 a 2013 (continua).

Variável	N**	%
• Apresentação Tardia		
	684	50,4%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: *As variáveis que tiveram o maior percentual de informações ignoradas foram atendimento prévio em outros serviços antes do ingresso neste hospital/SAE (n=492/36,3%) e motivo da realização do teste (n=1.182/87,2%).

** A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade* segundo as características relacionadas ao teste anti-HIV e a contagem de linfócitos T CD4 +. Recife, 2009 a 2013 (conclusão).

Variável	N**	%
• Tempo do diagnóstico para HIV (em anos)		
Menos de 2	224	18,6
2 - 3	389	32,3
3 - 4	303	25,1
Mais de 4	288	24,0
Média	Desvio Padrão	Mediana
3,64	± 2,58	3,0
• Contagem de T CD4 +		
< 200	301	31,3
200 - 350	170	17,7
≥ 350	492	51,1
Média	Desvio Padrão	Mediana
391,6	± 308,4	362,0
• Local de Realização do teste anti-HIV		
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	329	36,6
Outras Unidades Públicas de Saúde (Hospitais, UBS, Maternidades, etc.)	363	40,4
Laboratório/ Serviço privado	172	19,1
Banco de sangue/ Leite	35	3,9
• Tipo de teste realizado		
Teste Rápido	681	79,4
Convencional (Elisa, WB ou IMF)	177	20,6
• Motivo da realização do teste		
Estava Doente	131	35,8
Cônjuge/Companheiro com HIV/aids	98	26,8
Pré-natal/Maternidade	17	4,6
Doação de sangue	35	9,5
Solicitação de terceiros	17	4,6
Decidiu espontaneamente	68	18,9
• Tempo entre o primeiro teste positivo para HIV e o atendimento médico (em meses)		
Por ocasião da primeira consulta	421	48,0
Menos de 6	347	39,6
Mais de 6	109	12,4
Média	Desvio Padrão	Mediana
9,9	± 15,0	1,0
• Foi atendido em outros serviços antes do ingresso nos serviços pesquisados		
Sim	408	47,3
Não	456	52,7
Total	1.356	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: *As variáveis que tiveram o maior percentual de informações ignoradas foram atendimento prévio em outros serviços antes do ingresso neste hospital/SAE (n=492/36,3%) e motivo da realização do teste (n=1.182/87,2%).

** A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

Em relação às comorbidades (tabela 4), em 46% havia registro de pelo menos uma doença concorrente com a aids, e a comorbidade mais frequente foram as DST (35,4%), seguidas pela tuberculose (26,4%). Considerando os pacientes com registro de uso da TARV, identificou-se que 75,5% faziam o uso de medicações antirretrovirais.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de HIV/aids, atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade, segundo as características relacionadas às comorbidades e uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Recife, 2009 a 2013.

Variável	n	%
• Ocorrência de comorbidades		
Sim	526	46,0
Não	615	54,0
• Tipo de Comorbidades		
DST	186	35,4
Tuberculose	139	26,4
Neurotoxoplasmose	51	9,8
Candidíase invasiva	37	7,0
Hepatites Virais (A, B e C)	32	6,0
Transtornos mentais	29	5,6
Distúrbios metabólicos	19	3,6
Pneumocistose	11	2,0
Hanseníase	7	1,3
Sarcoma de Kaposi e outras neoplasias	6	1,1
• Fez uso de terapia antirretroviral		
Sim	930	75,5
Não	302	24,5
Total	1.356	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: * A diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se às informações ignoradas.

Para a análise dos fatores associados à apresentação tardia, cujo percentual foi de 50,4%, os dados estão apresentados nas tabelas 5, 6 e 7, com cada uma das variáveis (sociodemográficas, uso de drogas, uso de preservativos, antecedentes de DST, orientação sexual, teste anti-HIV, contagem de linfócitos T CD4 +, comorbidades e uso de TARV), selecionadas a partir do modelo explicativo e das frequências relativas obtidas quando da caracterização da amostra de estudo.

Em relação as variáveis sociodemográficas (tabela 5), a idade foi a única variável com associação significativa ($p < 0,05$) com a apresentação tardia,

sendo observada uma relação direta entre elas, ou seja, quanto maior a idade maior a proporção de casos com apresentação tardia aos cuidados em saúde. Embora as demais variáveis não tenha mostrado associação com a apresentação tardia, observa-se que o fenômeno é mais frequente entre os homens, entre os pacientes com baixa escolaridade, e residentes em municípios da RMR e ou interior.

Tabela 5 – Proporção de apresentação tardia segundo os dados sócio demográficos, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013.

Variável	Apresentação tardia				OR (IC a 95%)	Valor de p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
• Faixa etária						
16 a 29	112	61,9	69	38,1	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,008*
30 a 39	263	72,9	98	27,1	1,65 (1,13 a 2,42)	
40 a 49	180	74,4	62	25,6	1,79 (1,18 a 2,71)	
50 ou mais	121	77,1	36	22,9	2,07 (1,28 a 3,34)	
• Sexo						
Feminino	202	69,4	89	30,6	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,224
Masculino	482	73,3	176	26,7	1,21 (0,89 a 1,63)	
• Raça/ Cor						
Branco	103	73,0	38	27,0	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,498
Pardo	200	76,9	60	23,1	1,23 (0,77 a 1,97)	
Negro	25	69,4	11	30,6	0,84 (0,38 a 1,87)	
• Estado civil						
Casado/União estável	160	76,2	50	23,8	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,526
Solteiro	341	72,4	130	27,6	0,82 (0,56 a 1,19)	
Divorciado/ Viúvo	36	70,6	15	29,4	0,75 (0,38 a 1,48)	
• Escolaridade						
≥ 8 anos	145	71,4	58	28,6	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,148
< 8 anos	280	76,9	84	23,1	1,33 (0,90 a 1,97)	
• Local de residência						
Recife	378	70,7	157	29,3	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,160
RMR	184	72,7	69	27,3	1,11 (0,79 a 1,55)	
Interior	108	78,8	29	21,2	1,55 (0,99 a 2,43)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: *Diferença significativa em nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Das variáveis apresentadas na tabela 6, apenas ter antecedentes de DST se mostrou associada à apresentação tardia. E em relação aos dados relativos a ocorrência de comorbidades e diagnóstico de HIV (tabela 7), verifica-se associação significativa da variável apresentação tardia com motivo da realização do teste.

Tabela 6 – Proporção de apresentação tardia segundo os dados relacionados ao uso de drogas ilícitas e vida sexual, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013.

Variável	Apresentação tardia				OR (IC a 95%)	Valor de p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
• Uso de drogas ilícitas						
Nunca usou	91	73,4	33	26,6	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,075
Já usou	46	61,3	29	38,7	0,58 (0,31 a 1,06)	
• Hábito do tabagismo						
Não	176	75,2	58	24,8	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,641
Sim	117	73,1	43	26,9	0,90 (0,57 a 1,42)	
• Hábito do etilismo						
Não	113	75,8	36	24,2	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,500
Sim	179	72,8	67	27,2	0,85 (0,53 a 1,36)	
• História de DST						
Sim	220	85,6	37	14,4	4,33 (2,88 a 6,52)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	199	57,8	145	42,2	1,00	
• Uso de preservativo						
Sim	123	68,7	56	31,3	0,84 (0,58 a 1,20)	p ⁽¹⁾ = 0,329
Não	460	72,4	175	27,6	1,00	
• Frequência do uso do preservativo						
Não usa	460	72,4	175	27,6	1,01 (0,66 a 1,53)	p ⁽¹⁾ = 0,235
Em todas as relações sexuais	24	60,0	16	40,0	0,57 (0,27 a 1,20)	
Eventualmente	94	72,3	36	27,7	1,00	
• Orientação sexual						
Heterossexual	294	74,6	100	25,4	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,124
Homossexual/ Bissexual	167	69,0	75	31,0	0,76 (0,53 a 1,08)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: * Diferença significativa em nível de 5,0%. (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 7 - Proporção de apresentação tardia segundo os dados relacionados a ocorrência de comorbidades e diagnóstico de HIV, dos casos de HIV/aids atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013.

Variável	Apresentação tardia				OR (IC a 95%)	Valor de p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
• Tempo do diagnóstico para HIV (anos) 2						
Menos de 3	193	73,9	68	26,1	1,18 (0,85 a 1,64)	p ⁽¹⁾ = 0,313
3 ou mais	422	70,6	176	29,4	1,00	
• Local de Realização do teste anti-HIV						
Unidades Públicas de Saúde	194	73,8	69	26,2	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,200
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	148	68,8	67	31,2	0,79 (0,53 a 1,17)	
Laboratório/ Serviço privado	100	78,1	28	21,9	1,27 (0,77 a 2,10)	
Banco de sangue/ Leite	18	64,3	10	35,7	0,64 (0,28 a 1,45)	
• Tipo de teste realizado						
Teste Rápido	337	72,0	131	28,0	1,00	p ⁽¹⁾ = 0,472
Convencional (Elisa, WB ou IMF)	97	75,2	32	24,8	1,18 (0,75 a 1,84)	
• Motivo da realização do teste						
Estava Doente	94	85,5	16	14,5	4,99 (2,16 a 11,52)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Cônjuge/Companheiro com HIV/Aids	35	59,3	24	40,7	1,24 (0,54 a 2,84)	
Doação de sangue	19	63,3	11	36,7	1,47 (0,55 a 3,93)	
Solicitação de terceiros	9	60,0	6	40,0	1,28 (0,38 a 4,31)	
Pré-natal/Maternidade	8	66,7	4	33,3	1,70 (0,43 a 6,65)	
Decidiu espontaneamente	20	54,1	17	45,9	1,00	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: * Diferença significativa em nível de 5,0%. (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Para a modelagem multivariada, apresentada pela tabela 8, utilizou-se o processo de seleção “Backward”, com $p < 0,20$ (20%) para ser incluído no modelo e $p < 0,05$ para ser mantida no modelo. Foram utilizadas as variáveis: faixa etária, sexo, local de moradia, uso de drogas ilícitas e história de DST e desta forma, foi obtido o modelo, com três variáveis significativas: faixa etária, local de moradia e história de DST. Verifica que a chance de um paciente ser classificado como apresentação tardia é mais elevado quando: a faixa etária é mais elevada, se mora no interior do estado do que no Recife ou na RMR e se ele tem história de DST. O modelo foi aceito através do teste de Lemeshow ($p = 0,991$).

Tabela 8 – Resultados das regressões Logísticas univariada e multivariada para o percentual de pacientes que possuem apresentação tardia, atendidos no HCP e Centro de Saúde Lessa de Andrade. Recife, entre 2009 e 2013.

Variável	Resultados da regressão univariada		Resultados do ajuste multivariado	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
• Faixa etária		0,008*		0,009*
16 a 29	1,00		1,00	
30 a 39	1,65 (1,13 a 2,42)	0,009*	3,08 (1,19 a 7,97)	0,021*
40 a 49	1,79 (1,18 a 2,71)	0,006*	5,52 (1,74 a 17,52)	0,004*
50 ou mais	2,07 (1,28 a 3,34)	0,003*	8,71 (1,53 a 49,58)	0,015*
• Local de moradia 1		0,162		0,037*
Recife	1,00		1,00	
RMR	1,11 (0,79 a 1,55)	0,548	1,18 (0,44 a 3,14)	0,744
Interior	1,55 (0,99 a 2,43)	0,058	7,82 (1,62 a 37,75)	0,010*
• História de DST's				
Sim	4,33 (2,88 a 6,52)	< 0,001*	3,53 (1,46 a 8,45)	0,005*
Não	1,00		1,00	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: *Significativo a 5,0%.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelam que a proporção de apresentação tardia no estado de Pernambuco no período e serviços relacionados, segue a tendência encontrada nos estudos mais atualizados realizados no mundo. Já que mais da metade (50,4%) dos pacientes investigados, apresentaram-se tardiamente para o cuidado em HIV/aids, quando consideramos o consenso europeu. Assim como se apresentou mais frequente conforme o aumento da faixa etária. Estudo similar realizado entre 2009 e 2013, com pacientes soropositivos para o HIV atendidos nos Hospital de Doenças Infecciosas de Navarra, Espanha, também considerou a classificação de apresentação tardia para o cuidado em saúde de pessoas com HIV/aids, o consenso de Antinori para identificar as proporções na Espanha. O diagnóstico tardio ocorreu em 54,5% dos novos casos. O percentual de diagnóstico tardio tendeu a aumentar com a idade a partir de 40 anos (MARCOTEGUI et al., 2014).

Em outros estudos realizados na Europa, a prevalência de apresentação tardia também mostrou-se análogo. Na Itália foi de 51,3%. Na Alemanha, 49,5%, em Lisboa de 53%, na França Metropolitana, 47,7% (GIRARDI et al., 2013; MIRANDA et al., 2014; WILSON et al., 2014; ZOUFALY et al., 2012;).

Já na África, 85,6% acessaram tardiamente os serviços para diagnóstico e tratamento do HIV/aids, número superior ao encontrado nesta pesquisa, obviamente considerando a magnitude da problemática no continente africano, que inclui dificuldades no acesso aos cuidados em saúde de forma geral e a questões socioeconômicas (AGABA et al., 2014).

A idade elevada, identificada em nossa pesquisa, foi destacada em um estudo transversal realizado na Uganda, com uma amostra de 2.311 pacientes soropositivos, apontando que, os principais fatores associados à apresentação tardia foram: idade média de 53 anos, sexo masculino, nível de escolaridade mais baixo, estar desempregado, não ser casado (KIGOZI et al., 2009).

A apresentação tardia para o cuidado em saúde em HIV/aids foi identificada em estudo transversal realizado em 181 adultos recém diagnosticados com HIV em Barbados. E identificou que 106 realizaram o teste na Unidade de Referência Ladymeade, unidade inaugurada em 2002, como

parte da resposta nacional de Barbados para o diagnóstico precoce de HIV/aids. Dos pacientes que fizeram o teste na unidade, 62 deles (58,5%) eram do sexo masculino, com a média de idade na apresentação pra o cuidado em saúde sendo de 40 anos (variação, 19-62 anos); os demais (41,5%) eram do sexo feminino, com uma média de idade na apresentação de 36 anos (variação, 16-66 anos). A maioria do grupo estudado (57,6%) foi diagnosticada com HIV e doenças relacionadas. De 103 adultos com diagnóstico recente de infecção pelo HIV, 52 (50,5%) tiveram uma contagem de T CD4 + <200 células/mm³ (KILARU; KUMAR; SIPPY, 2004).

Em nosso estudo, houve um destaque à heterossexualidade. Que assumiu a maior proporção de casos de apresentação tardia em comparação a outras orientações sexuais. Este achado é condizente com os encontrados por Girardi, Sabin e Monforte (2007), onde evidenciaram que a apresentação tardia tem tendência a ser menos comum entre homens que fazem sexo com homens e entre os indivíduos que usam drogas injetáveis em comparação com os heterossexuais. Maia, Guilhem e Freitas (2008), também destacaram a vulnerabilidade de pessoas heterossexuais. Achado similar ao encontrado em nosso estudo.

Em estudos na Tailândia e Venezuela, foram relacionados como fatores associados ao diagnóstico tardio: pacientes do sexo masculino, heterossexualidade, menor nível socioeconômico, indivíduos desempregados e com idade acima de 30 anos (BONJOUR et al., 2008; THANAWUTH; CHONGSUVIVATWONG, 2008;).

A heterossexualidade também foi fortemente destacada por Cobo et al. (2007), quando relacionou esta orientação ao diagnóstico tardio. Outros fatores relacionados por ele foram: ser do sexo masculino, com baixa escolaridade, com história de encarceramento na prisão e que possuíam emprego fixo, que na nossa pesquisa não foram associados significativamente.

Na França, o diagnóstico tardio foi mais frequente entre homens heterossexuais não-africanos (61,8%) do que entre os homens que fazem sexo com homens (34,8%). Identificaram-se ainda como outros fatores associados: ser do sexo masculino, possuir menor nível de escolaridade e auto declarar-se como bissexuais. A religiosidade foi associada com um risco aumentado de apresentação tardia (WILSON et al., 2014). Delpierre et al. (2006), destacou

em seu estudo, a associação da apresentação tardia com heterossexuais, homens ou mulheres com mais de 30 anos.

Ainda no quesito idade e orientação sexual, coorte suíça que investigou 281 prontuários, avultou que são fatores associados à apresentação tardia: idade avançada (Entre 50 e 30 anos), homens que fazem sexo com homens (HSH), sem parceria estável e homens heterossexuais em uma parceria estável (BUETIKOFER et al., 2014).

Pesquisa Italiana utilizou dados individuais sobre novos diagnósticos de HIV notificados pelo sistema de vigilância do HIV em 2010 e em 2011. Dos 7.300 novos diagnósticos 55,2% foram classificados como apresentadores tardios considerando o consenso Europeu. Entre estes, 37,9% foram diagnosticados com aids. A idade média dos apresentadores tardios foi de 40 anos, significativamente maior ($p < 0,001$) do que a de apresentadores precoces (35 anos); Ser do sexo masculino e heterossexual foram as associações mais significativas (CAMONI et al., 2013).

Em um centro de referência na Bélgica, foram estudados 359 pacientes recém-diagnosticados com HIV, onde 52% foram categorizados como tardios de acordo com as definições do consenso Europeu. Idade acima de 50 anos, sexo feminino, imigrante da África subsaariana e contato heterossexual foram associados com a apresentação tardia para o diagnóstico do HIV. Destes, 24% apresentaram contagem de células T CD4 + $< 200 \text{ mm}^3$ (YOMBI et al., 2014).

Fatores associados à apresentação tardia foram avaliados em estudo Alemão, por meio de estatística descritiva e métodos de regressão logística multivariada. Apresentadores tardios para os cuidados em HIV/aids, eram mais velhos (média de 42 anos), heterossexuais e imigrantes. Identificou ainda que a probabilidade de apresentação tardia para os cuidados diminuiu claramente em homens que fazem sexo com homens (HSH) de 60% em 1999 para 45% em 2010 (ZOUFALY et al., 2012).

Ser do sexo masculino, solteiro, ter um curto intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento do HIV e estar infectado por contato heterossexual, foram os principais fatores associados à apresentação tardia na China (WEN, et al., 2011).

Em estudo vietnamita com 196 pacientes adultos acompanhados em clínicas públicas de HIV com contagem de T CD4 + inferior a 250 células/mm³

mostrou através de análise multivariada que os principais fatores de risco associados com a apresentação tardia para a realização do teste de HIV foram a sensação de estarem saudáveis (71%), medo do estigma e da discriminação na comunidade (43%), os conflitos de tempo com o trabalho ou escola (31%) e medo da falta de confidencialidade (27%). Quarenta e cinco por cento dos participantes apresentaram uma contagem de células T CD4 + mediana de 65 células/mm³ (RANGARAJAN et al., 2014).

A segunda comorbidade mais frequente nos achados desta pesquisa foi a tuberculose. Achado similar ao estudo de Saraceni et al. (2014), onde mais de 10% dos indivíduos com tuberculose pulmonar, que foram diagnosticados com HIV positivo, estudados no Brasil, entre 2005 e 2009, apresentaram-se tardiamente para o tratamento e, assim, perderam a oportunidade de passar por tratamento preventivo da tuberculose. Aumentando o risco de morte.

A co-infecção com os vírus das Hepatites B e C, foram fortemente identificadas em pacientes se que apresentaram tardiamente para o cuidado em HIV/aids na Nigéria e com Hepatite C nos Estados Unidos (AGABA et al., 2014; TAYLOR et al., 2014). Não identificamos associação com apresentação tardia em nosso estudo.

Já apresentar pelo menos uma doença definidora de aids, no ato do diagnóstico, resulta em uma maior associação com co-morbidades. Estudo Londrino mostrou que pacientes com diagnóstico tardio quando comparados com os que se apresentaram tardiamente para o cuidado sem evidência de doença relacionada à aids, são mais propensos a serem usuários de drogas, a possuírem co-morbidades psiquiátricas e ao abuso do consumo de álcool (LEE et al., 2013).

Não identificamos, assim como Marcotegui (2014), variações ou diferenças significativas de acordo com o sexo, a via atribuída de transmissão ou a existência prévia de cuidados de saúde. Essas possíveis associações foram dificultadas pelo grande déficit de registros nos prontuários.

Um outro achado importante em nossa pesquisa foi a média da contagem de células T CD4 + (250,13/mm³), média de carga viral (119196,43). Achado que coaduna com outras pesquisas de apresentação tardia. Principalmente, por se tratar a contagem de células T CD4 +, como um dos principais critérios definidos pelo consenso europeu.

Estudo realizado em Bucharest, a contagem média de células T CD4 + foi de 293 células/mm³ e a mediana da carga viral de HIV foi de 100.191 cópias/mm³ (JIPA et al. 2014). Em Barbados, A mediana da contagem de células T CD4 + no ato do diagnóstico foi de 183/mm³ (KILARU; KUMAR; SIPPY, 2004).

Coorte retrospectiva na Carolina do Norte entre os anos de 2008 e 2011, com 101 pacientes com diagnóstico recente, identificou que a mediana da contagem de T CD4 + foi de 313 células/uL e da Carga Viral do HIV-1 era 45.700 cópias/mL (variação: 165-10000000). Um terço teve uma contagem basal de células T CD4 + menor que 50 células/uL, e 15% apresentaram infecções oportunistas (CHIN, 2013).

Estudo transversal realizado no Brasil, com utilização do banco de dados do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral), entre os anos de 2003 e 2006, analisou a contagem inicial de linfócitos T CD4 +, de 84.694 indivíduos com 15 anos ou mais de idade, cujo início da terapia antirretroviral fora posterior a data da solicitação do exame de contagem de células T CD4 +. A mediana da primeira contagem de linfócitos CD4 + T foi de 326 células/mm³ (290 células/mm³ para homens e 368 células/mm³ para as mulheres), destacando que mais de 50% dos pacientes estavam em um estágio da infecção em que a iniciação da TARV seria recomendada. Chama atenção o perfil de pacientes que tiveram contagem de células T CD4 + inferior a 200 células/mm³: homens (38%) e pacientes com mais de 50 anos (44%). Destaca inclusive uma variação regional significativa. O Norte, embora com menos pacientes, possuía a maior proporção de iniciadores tardios da TARV (40%). A região Centro-Oeste (38%) e no Nordeste (36%) também apresentaram valores mais elevados do que a média nacional (33%). Em pacientes sintomáticos com infecções oportunistas, apenas 20% tiveram contagem de células T CD4 + superior a 350 células/mm³ (SOUZA-Jr.; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007).

Em nosso estudo, identificamos que 55,6% utilizavam drogas eventualmente, com um destaque para os usuários de crack (52,9%). Não identificamos grande incidência do uso de drogas injetáveis. Estudo realizado na Ucrânia, por Kiriazova et al. (2013), entre 2008 e 2010, demonstrou que usuários de drogas injetáveis tardam mais o acesso aos serviços para

diagnóstico e tratamento do HIV/aids do que pessoas atribuíram a infecção à transmissão sexual. Mouriño et al. (2013), também identificou maior associação com drogas injetáveis. Desta forma, a apresentação tardia demonstra estar relacionada ao uso de drogas em geral e não necessariamente ao uso de drogas administradas por via venosa.

A associação da religião com a apresentação tardia foi relacionada em um estudo Londrino com imigrantes africanos. Em um total de 246 africanos negros, a contagem de células T CD4 + média, ao diagnóstico foi de 194 células/mL e 75,6% foram considerados apresentadores tardios (contagem de CD4 <350 células/mL). A maioria dos participantes eram religiosos: cristãos católicos não romanos (55,7%), católicos (35,2%) e muçulmanos (6,1%). Apenas 1,2% afirmaram que não têm uma religião. Os participantes que frequentam serviços religiosos pelo menos mensalmente eram mais propensos a acreditar que "somente a fé pode curar o HIV" do que aqueles que participaram com menor frequência (37,7% vs. 15,0%; $P = 0,002$). Uma pequena proporção (5,2%) acreditava que a terapia antirretroviral implicou uma falta de fé em Deus. Desta forma, a análise bivariada não encontrou nenhuma relação entre religiosidade e diagnóstico tardio (FAKOYA et al., 2012). Assim como em nosso estudo, que fora prejudicado inclusive com a elevada falta de registro desta informação.

Uma das principais limitações deste estudo foi a falta de registro nos prontuários consultados, em especial nos aspectos relacionados a dados simples de anamnese de paciente. Muitos dos prontuários careciam das informações exigidas pelo questionário semiestruturado aplicado na pesquisa e outros possuíam a ilegibilidade da caligrafia dos profissionais, comprometendo a qualidade da informação. Dificuldades frequentemente encontradas em pesquisas que usam o prontuário como fonte de coleta de dados (CECILIO; PENICHE; POPOV, 2014; CHIBA; OGUTTU; NAKAYAMA, 2012; FARZANDIPOUR, 2013; NASCIMENTO, 2014; PAVAO, 2011).

Também consideramos como limitações, o lapso temporal selecionado para o estudo (entre 2009 e 2013), já que neste período de tempo houve mudanças nos padrões das técnicas de diagnóstico e acolhimento dos usuários, assim como não houve tempo hábil para que realizássemos o

cruzamento de nossos dados com os sistemas de informações disponíveis, a exemplo do SISCEL.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Considerando que são poucos os estudos realizados abordando a temática da apresentação tardia para o cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV e aids e suas implicações para o prognóstico da enfermidade, sobretudo na região Nordeste, cuja epidemia continua em ascensão, esta pesquisa contribui efetivamente descortinando números e relações da apresentação tardia com a saúde das populações. Em especial no Brasil, oferece novas descobertas sobre um dos principais indicadores de multiplicação da epidemia, colaborando diretamente com a resposta brasileira no combate à epidemia da aids, considerando ser Pernambuco um estado estratégico para a região e que conta com uma rede de atenção pública expressiva e relativamente consolidada na assistência aos portadores de HIV e aids.

O monitoramento das práticas e atitudes de pessoas em maior risco de infecção pelo HIV, faz-se extremamente necessário, assim como intervenções específicas destinadas a estes subgrupos mais vulneráveis da população podem alterar significativamente o padrão de disseminação de HIV e aids. Outro ponto importante para estimular é a percepção social e a auto percepção de saúde, por afetarem diretamente a motivação e qualidade de vida, minimizando a exposição ao risco de doença ou infecção.

Decerto, o tardiamento na apresentação para o cuidado em HIV/aids, deve ser encarado com preocupação, devido à sua magnitude e sua associação com a mortalidade. É mister destacar que pacientes e sociedade seriam beneficiados com programas de rastreio mais eficazes, com ações sustentáveis a longo prazo, permitindo o diagnóstico precoce, o desenvolvimento de serviços mais preparados para o atendimento especializado desta clientela.

Contribui inclusive para o atendimento de um dos propósitos da política de atenção as DST e aids do Ministério da Saúde do Brasil, através do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e aids, uma vez que o acesso tardio ao diagnóstico e tratamento de pessoas vivendo com HIV e aids é, no momento, uma das principais preocupações na luta contra a epidemia da aids em todo o mundo, tanto pelo impacto no curso clínico da

infecção, como na efetividade do tratamento, na qualidade de vida dos pacientes, e no risco de morte precoce. Além de ser importante para redimensionar os custos do sistema de saúde, já que a epidemia impõe um ônus econômico significativo sobre o sistema de saúde.

Além disso, os resultados deste estudo podem ainda subsidiar a elaboração e/ou atualização das recomendações de atenção às pessoas vivendo com HIV e aids, reorientando as políticas de promoção à saúde, prevenção e estratégias terapêuticas nesta área, tanto para o país como para outras regiões com características semelhantes do comportamento da epidemia.

REFERÊNCIAS

ABATI, P. A. M.; SEGURADO, A. C. Testagem anti-HIV e estado clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, p.1-8, 2015.

ABAYNEW, Y.; DERIBEW, A.; DERIBE, K. Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. AIDS Res Ther. London, v. 8, n. 8, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058009/>> Acesso em: 12 jan. 2015.

AGABA P. A. et al. Patients who present late to HIV care and associated risk factors in Nigeria. HIV Med., Oxford, v. 15, n. 7, p. 396-405, aug. 2014.

ALMEIDA FILHO, N. de; BARRETO, M. L. Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

AMON, J.; TRODYS, K. Acesso de populações migrantes a tratamento antiretroviral no Sul Global. Sur, Rev. int. direitos human. São Paulo, v. 6, n.10, p. 162-187, 2009.

ANTINORI, A. et al. And for the European Late Presenter Consensus working group (2011), Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med., Oxford, v. 12, n. 1, p. 61–64, 2011.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS E DST. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 2, n. 1, semana epid. dez. 2003.

BONJOUR M. A. et al. Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: A case-case comparison. AIDS Res Ther. London, v. 5, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://www.aidsrestherapy.com/content/5/1/6>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Indicadores de saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Investigação de Óbito por HIV/aids. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/protocolo-de-investigacao-de-obito-por-hivaida>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF, 13 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/assistencia/lei9313.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do

Norte, Brasil, 1999 - 2002. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 52, n. 2, p. 86-92, abr. 2006.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. Braz. j. infect. Dis., Salvador, v. 9, n. 1, p. 9-19, fev. 2005.

BUETIKOFER, S. et al. Prevalence and risk factors of late presentation for HIV diagnosis and care in a tertiary referral centre in Switzerland. Swiss med. wkly. Basel, v. 144. 2014. Disponível em: <<http://www.smw.ch/content/smw-2014-13961/>> Acesso em: 12 jun. 2015.

CAMARGO, B. V. et al. Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. Saúde soc., São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 36-50, 2010.

CAMONI, L. et al. Late presenters among persons with a new HIV diagnosis in Italy, 2010–2011. BMC public health (Online). London, v. 13, n. 281, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/281>> Acesso em: 8 out. 2014.

CECILIO, A. P. S.; PENICHE, A. C. G.; POPOV, D. C. S. Análise dos registros da pressão arterial na sala de recuperação pós-anestésica. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 249-254, 2014.

CHADBORN, T.R. et al. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000–2004). AIDS, London, v. 20, n. 18, p. 2371–2379, 2006.

CHEQUER, P. et al. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. AIDS, London, v. 16, suppl. 3, p. 50-57, 2002.

CHIBA, Y.; OGUTTU, M. A.; NAKAYAMA, T. Quantitative and qualitative verification of data quality in the childbirth registers of two rural district hospitals in Western Kenya. Midwifery. Edinburgh, v. 28, n. 3, p. 329–339, 2012.

CHIN, T. et al. Diagnosing HIV Infection in Primary Care Settings: Missed Opportunities. AIDS patient care STDs, Larchmont, v. 27, n. 7, p. 392–397, 2013.

COBO, R. T. et al. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.). Barcelona, v. 21, n.1, p. 66-69, 2007.

COONEY N.; HIRANSUTHIKUL N.; LERTMAHARIT S. HIV in young people: characteristics and predictors for late diagnosis of HIV. AIDS Care, Oxford, v. 27, n. 5, p. 561-569, 2015.

CRABTREE-RAMIREZ, B. et al. High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. Salud pública Méx, Cuernavaca, v. 54, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000500007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 6 out. 2015.

DELPPIERRE, C. et al. High-Risk Groups for Late Diagnosis of HIV Infection: A Need for Rethinking Testing Policy in the General Population. AIDS Patient Care and STDs, Larchmont, v. 20, n. 12, p. 838-847, 2006.

DIAS, C. F. et al. Late diagnosis and HIV infection in children attending a service of specialized care for pediatric AIDS in Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba, v. 47, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v47n1/0037-8682-rsbmt-00-00-32.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2015.

DICKSON, N. et al. Late presentation of HIV infection among adults in New Zealand: 2005-2010. HIV Med, Oxford, v. 13, n. 3, p. 182-189, 2012.

DOURADO I. et al. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 40, p. 9-17, 2006.

FAKOYA, I. et al. Religion and HIV diagnosis among Africans living in London. HIV Med., Oxford, v. 13, n. 10, p. 617-622, 2012.

FARZANDIPOUR, M. et al. A pilot study of the impact of an educational intervention aimed at improving medical record documentation. J. R. Coll. Physicians Edinb., Edinburgh, v. 43, n. 1, p: 29-34, 2013.

FERNANDES, J. R. M. et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad saúde pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p: 1369-1380, 2009.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, Supl. 1, p. 65-71, 2012.

FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, p. 84-97, 2008.

FUSTER-RUIZ DE APODACA, M. J. et al. Determinants of late diagnosis of HIV infection in Spain. Interv. psicosoc. (Internet), Madrid, v. 23, n. 3, p. 177-185, 2014.

GIRARDI, E. et al. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. J. Acquir. Immune Defic. Syndr., Hagerstown, v. 36, n. 4, p. 951-959, 2004.

GIRARDI, E. et al. The potential impact of routine testing of individuals with HIV indicator diseases in order to prevent late HIV diagnosis. BMC Infect. Dis., London, v. 13: 473, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/473>> Acesso em: 18 jun. 2014.

GIRARDI, E.; SABIN, C.; MONFORTE, A. D. Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. J. acquir. immune defic. syndr. Hagerstown, v. 46, p. 3-8, 2007.

GRABMEIER-PFISTERSHAMMER, K. et al. Economic burden of late presentation in HIV disease in Austria: a comparison of the initial costs imposed by advanced HIV disease vs. non-late presentation. Wien Klin Wochenschrift, Wien, v. 25, n. 13-14, p. 402-407, 2013.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006. BMC Infect. Dis.; London, v. 12, 2012. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/12/99>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

HALLAL, R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. Rev Tempus Actas em Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 2, p. 53-65, 2010.

JIPA, R. E. et al. Characteristics of late presenters in Bucharest. J. Int. AIDS Soc., London, v. 17, suppl. 3, 2014. Disponível em: < <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19691>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

KIGOZI, I. M. et al. Late disease stage at presentation to an HIV clinic in the era of free antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. J Acquir Immune Defic Syndr. Hagerstown, v. 52, n. 2, p. 280-289, 2009.

KILARU, K. R.; KUMAR, A.; SIPPY, N. CD4 cell counts in adults with newly diagnosed HIV infection in Barbados. Rev Panam Salud Publica. Washington, v. 16, n. 5, p. 302-207, 2004.

KIRIAZOVA, T. K. et al. Association of injecting drug use and late enrolment in HIV medical care in Odessa Region, Ukraine. HIV Med., Oxford, v.14, n. 3, p. 38-41, 2013.

KUMAR, A. et al. Uptake of health care services and health status of HIV-infected women diagnosed through antenatal HIV screening in Barbados, 1996-2004. Rev. Panam. Salud Publica, Washington, v. 22, n. 6, p. 376-382, 2007.

LEE M. et al. Comparison of two cohorts of patients presenting with AIDS: patients with previously known HIV diagnoses and true late presenters. Sex Transm Infect., London, v. 89, n. 7, p. 553-556, 2013.

LUPPI, C. G. et al. Late Diagnosis of HIV Infection in Women Seeking Counseling and Testing Services in São Paulo, Brazil. AIDS patient care STDs, Larchmont, v. 15, n. 7, p. 391-397, 2001.

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

MARCOTEGUI, M. R. et al. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas. Anales Sis. San. Navarra, Pamplona, v. 37, n. 3, p. 329-338, 2014.

MIRANDA, A. C. et al. Evolution trends over three decades of HIV infection late diagnosis: the experience of a Portuguese cohort of 705 HIV-infected patients. J Int AIDS Soc. London, v. 17, n. 4, suppl. 3, 2014. Disponível em:

<<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19688>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MOURIÑO M. et al. Late diagnosis of HIV infection among prisoners. AIDS Rev; Barcelona, v. 15, n. 3, p.146-151, 2013.

NASCIMENTO, A. B. Registros da equipe de enfermagem como subsídio à gestão hospitalar. Rev. enferm. atenção saúde, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 95-106, 2014.

OLIVEIRA, M. T. da C.; LATORRE, M. do R. D. de O.; GRECO, D. B. The impact of late diagnosis on the survival of patients following their first AIDS-related hospitalization in Belo Horizonte, Brazil. AIDS Care, Oxford, v. 24, n. 5, p. 635-641, 2012.

OLIVEIRA, M. T. C. O diagnóstico tardio e óbito por aids de pacientes internados em 2005 em um hospital de referência para doenças infecciosas em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2007. (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS7F2QZH/maria_tereza_costa_oliveira.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 fev. 2014.

O'SHEA, D. et al. Late presentation of HIV despite earlier opportunities for detection, experience from an Irish tertiary referral institution. Ir J Med Sci., Dublin, v.182, n. 3, p. 389-394, 2013.

PALELLA, F. J. et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med., Boston, v. 338, n. 13, p. 853-860, 1998.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. 27-35, 2011.

PAVAO, A. L. B. et al . Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 651-661, 2011.

POTTES et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 10, n. 3, p. 338-351, 2007.

PRENDERGAST, A. J.; ESSAJEE, S.; PENAZZATO, M. HIV and the Millennium Development Goals. Arch Dis Child., London, v. 100, suppl. 1, p. 48-52, 2015.

RAMOS JR., A. N. et al . Diagnóstico tardio da infecção por HIV em crianças brasileiras: evidências baseadas em dois estudos nacionais de coorte. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1291-1300, 2013.

RANGARAJAN S, et al. Risk Factors for Delayed Entrance into Care after Diagnosis among Patients with Late-Stage HIV Disease in Southern Vietnam. PLoS One, San Francisco, v. 9, n. 10, p. 1-8, 2014.

- SÁ M. S. et al. Clinical and laboratory profile of HIV-positive patients at the moment of diagnosis in Bahia, Brasil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, Salvador, v. 11, n. 4, p. 395-398, 2007.
- SABIN, C. A. et al. Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy: uptake of and responses to antiretroviral therapy. AIDS, London, v. 18, n. 16, p. 2145-2151, 2004.
- SANDERS, G. D. et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. N. Engl. j. med., Boston, v. 352, p. 570–585, 2005.
- SARACENI, V. et al. Prevalent Tuberculosis at HIV Diagnosis in Rio de Janeiro, Brazil: The TB/HIV in Rio (THRio) Cohort. J. acquir. immune defic. syndr., Hagerstown, v. 67, n.1, p. 98–101, 2014.
- SHIVAJI, T.; DINIZ, A.; CORTES-MARTINS, H.. Characteristics of late presentation of HIV infection in MSM and heterosexual adults in Portugal 2011–2013. J Int AIDS Soc., London, v. 17, n. 4, suppl. 3, 2014. Disponível em: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19690/pdf_1>. Acesso em: 13 nov. 2014.
- SOARES, R. C. A. A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/AIDS, atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE. 2013. 69 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- SOUZA JUNIOR, P. R. B. de; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. de. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. 56-66, 2011.
- SOUZA-Jr., P. R. B. de; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. de. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. Clinics, São Paulo, v. 62, n. 5, p. 579-584, 2007.
- TAYLOR, L. E. et al. The spectrum of undiagnosed hepatitis C virus infection in a US HIV clinic. AIDS Patient Care STDS, Larchmont, v. 28, n. 1, p. 4-9, 2014.
- THANAWUTH, N.; CHONGSUWIVATWONG, V. Late HIV diagnosis and delay in CD4 count measurement among HIV-infected patients in Southern Thailand. AIDS Care, Oxford, v. 20, n. 1, p. 43-50, 2008.
- UNAIDS. Report on the global epidemic 2010. Disponível em: <www.unaids.org/en/default.asp> Acesso em: 12 jan. 2015.
- UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic 2013. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/globalreport/>> Acesso em: 12 abr. 2015.
- VALDES, M. S. A.; VENEREO, D. de La C. O. Debut clínico del SIDA y su diagnóstico tardío. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 29, n. 3, p. 314-324, 2013

VALDISERRI, R. O.; HOLTGRAVE D.R.; WEST G.R. Promoting early HIV diagnosis and entry into care. AIDS, London, v. 13, p. 2317–2330, 2004.

WATERS, L.; SABIN, C. A. Late HIV presentation: epidemiology, clinical implications and management. Expert Rev Anti Infect Ther, London, v. 9, n. 10, p. 877-889, 2011.

WEN, Y. et al. Some patient-related factors associated with late access to ART in China's free ART program. AIDS Care, Oxford, v. 10, n. 23, p. 1226-1235, 2011.

WILSON, K. et al. Frequency and correlates of late presentation for HIV infection in France: older adults are a risk group – results from the ANRS-VESPA2 Study, France. AIDS Care, Oxford, v. 26, suppl. 1, p. 83-93, 2014.

YOMBI, J. C. et al. Late presentation for human immunodeficiency virus HIV diagnosis results of a Belgian single centre. Acta Clin Belg., Bruxelles, v. 69, n. 1, p. 33-39, 2014.

ZOUFALY, A. et al. Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. HIV Med., Oxford, v. 13, n. 3, p. 172-181, 2012.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

1



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

Número do questionário: Não preencher.

Número do Prontuário: Ano Pesquisado:

Entrevistador:

Data da coleta: ___/___/___

Local da Coleta dos Dados:

A. Dados de Identificação

1. Nome Completo do Paciente:

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Data de Nascimento: ___/___/___

4. Idade de Nascimento:

5. Estado de Nascimento:

6. Nome Completo da Mãe:

7. Cidade de Residência:

8. Bairro de Residência:

9. Raça/Cor:

() branca () preta/negra () parda/morena/morena clara/mestiça () amarela/oriental

() Outra: () Não há registro.

B. Dados sócio-demográficos:

10. Escolaridade:

() analfabeto () 1ª à 4ª série () 5ª à 8ª série () 2º grau incompleto
 () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação
 () Não há registro.

11. Ocupação:

() emprego fixo () trabalhador(a) do sexo () desempregado
 () do lar () autônomo (contribui com a previdência social)
 () trabalhos aleatórios (bicos) () aposentado(a)
 () detento(a) () estudante
 () outra. Especifique:

() Não há registro.

12. Renda (em reais)

Pessoal: Valor:

Familiar: Valor:

() Não possui renda.

() Não há registro.

13. Recebe algum benefício / auxílio?

() Sim () Não.

14. Se sim, qual:

() bolsa família

() vale alimentação

() outro:



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

15. Tem religião?

SIM NÃO

Não Há registro.

16. Se sim, qual:

protestante. evangélica católica afro-brasileira espírita

budista judaica não tem religião outra. Qual? _____

17. Tem filhos? SIM NÃO Não há registro.

18. Se sim, quantos? _____

19. Estado civil: solteiro (a) casado (a)/união consensual. viúvo

viúvo separado (a)/ desquitado (a) / divorciado (a)

Não há registro.

C. Uso de Drogas e Vida Sexual Reprodutiva

20. Uso de Drogas Ilícitas:

Usa drogas atualmente. Especifique qual : _____

Já usou drogas. Especifique qual : _____

Nunca usou drogas.

Já usou drogas eventualmente. Especifique qual: _____

Não há registro do uso de drogas ilícitas.

21. É fumante? SIM NÃO Não há registro.

22. É ex-fumante? SIM NÃO Não há registro.

23. Há registro que o paciente é alcoolista? SIM NÃO Não há registro.

24. É ex-alcoolista? SIM NÃO Não há registro.



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

25. Tem história de DST? () SIM () NÃO () Não Há registro

26. Se sim, há registro de tratamento desta DST? () SIM () NÃO () Não Há registro.

27. Assinale se há registro de algum destes sintomas:

() corrimento genital () febre () úlcera genital () dor pélvica () prurido genital
() prurido anal () dispareunia () verrugas genitais. () Não há registro.

28. Idade da primeira relação sexual: Especifique: ___/___/___ () Não há registro.

29. Há registro do uso de preservativo? () SIM () NÃO

30. Se há registro do uso de preservativo, assinale uma das opções abaixo:

() em todas as relações sexuais () eventualmente () somente em relações extra-conjugais/causais eventuais () somente depois do diagnóstico de HIV () Não há registro.

31. Há registro de orientação sexual do paciente? () SIM () NÃO () Não há registro.

32. Se sim, assinale uma das opções abaixo:

() homossexual masculino () bissexual masculino () heterossexual () lésbica
() transexual () transgênero () outro: _____

33. O paciente foi vítima de violência? () SIM () NÃO () Não há registro.

34. Se foi vítima de violência, especifique:

D. Diagnóstico do HIV/aids

35. Há quanto tempo, em anos ou meses, há registro que o paciente é portador do HIV? _____ Anos _____ Meses

() Não há registro.

36. Data do primeiro teste anti-HIV (na vida)? ___/___/___ Assinale aqui se não há registro: ()

37. Outros registros de teste: ___/___/___ Onde? _____

___/___/___ Onde? _____

___/___/___ Onde? _____

38. Data do primeiro exame de contagem de linfócitos T CD4+? ___/___/___ Valor: _____

Assinale aqui se não há registro: ()

39. Data do primeiro exame de carga viral? ___/___/___ Valor: _____

Assinale aqui se não há registro: ()



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

40. Onde foi feito o teste anti-HIV?

- centro de testagem anônima (CTA): _____
- hospital: _____
- maternidade: _____
- unidade básica de saúde: _____
- laboratório / serviço privado: _____
- banco de sangue/leite: _____
- outro: _____
- Não há registro.

41. Tipo de Teste de anti-HIV realizado:

- teste rápido Elisa Western Blot/Imunoblot Não há registro.

42. Motivo da realização do teste anti-hiv:

- serviço de saúde pediu porque ficou doente;
- serviço de saúde pediu porque o (a) parceiro (a) estava HIV positivo ou doente de aids
- serviço de saúde pediu durante o pré-natal
- serviço de saúde pediu porque o filho nasceu HIV positivo
- serviço de saúde pediu por razão não conhecida
- doou sangue
- firma (trabalho) exigiu
- decidiu fazer por precaução
- decidiu fazer por acreditar estar infectado (a)
- decidiu fazer porque o (a) parceiro (a) pediu
- filho adoeceu
- maternidade pediu na ocasião do parto
- decidiu fazer pois o (a) companheiro (a) estava infectado
- Não há registro.

43. Como o paciente acha que se infectou com o HIV?

- transfusão de sangue contaminado
- uso de drogas compartilhando agulhas
- relação sexual desprotegida com parceiros sexuais pouco conhecidos
- parceiro (a) infectado por transfusão de sangue
- parceiro (a) infectado por uso de drogas compartilhando agulhas
- parceiro (a) infectado por relação sexual desprotegida com outro homem
- parceiro (a) infectado por relação sexual desprotegida com outra mulher
- parceiro (a) infectado por relação sexual desprotegida, não sabe se homem ou mulher
- parceiro (a) infectado não sabe como
- não sabe
- não há registro.
- outro: _____



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

44. Data do primeiro atendimento no SAE/Hospital: ____/____/____. () Não há registro.
 45. Foi diagnosticado com aids? () Sim () Não () Não há registro.
 46. Se sim, qual a data do diagnóstico de aids: ____/____/____. () Não há registro da data.
 47. Quanto tempo depois do primeiro teste positivo para HIV foi atendido por um médico:
 _____ MESES ou _____ SEMANAS ou _____ DIAS após o teste. () Não há registro.
 48. Foi atendido em outros serviços antes do ingresso neste hospital/SAE? () Sim () Não () Não há registro.
 49. Se sim, em que serviços?

E. Uso de Medicamentos/Co-Morbidades/Terapia Antirretroviral (TARV).

50. Co-morbidades? () SIM () NÃO () Não tem registro.
 51. Se sim, quais?

52. É portador de transtorno mental: () SIM () Não () Não tem registro.
 53. Se sim, especifique o transtorno mental:

54. Fez uso de terapia antirretroviral? () SIM () NÃO () Não há registro.

F. Terapia Antirretroviral (TARV)

55. Data do Primeiro Esquema: ____ / ____ / ____
 56. Tipo de esquema TARV (1)

AZT - Zidovudina ()
 3TC - Lamivudina ()
 ABC - Abacavir ()
 ddl - Didanosina ()
 d4T - Estavudina ()
 IDV - Indinavir ()
 NVP - Nevirapina ()
 RAL - Raltegravir ()
 ETR - Etravirina ()

LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
 ATV/r - Atazanavir/Ritonavir ()
 FPV/r - Fosamprenavir/Ritonavir ()
 TDF - Tenofovir ()
 EFV - Efavirenz ()
 DRV - Darunovir/Ritonavir ()
 LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
 TPV/r - Tipranavir/Ritonavir ()
 MVQ - Maraviroque ()
 T-20 - Enfuvirtida ()



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

57. Data do Segundo Esquema: ____ / ____ / ____
58. Tipo de esquema TARV (2)

AZT - Zidovudina ()
3TC - Lamivudina ()
ABC - Abacavir ()
ddl - Didanosina ()
d4T - Estavudina ()
IDV - Indinavir ()
NVP - Nevirapina ()
RAL - Raltegravir ()
ETR - Etravirina ()

LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
ATV/r - Atazanavir/Ritonavir ()
FPV/r - Fosamprenavir/Ritonavir ()
TDF - Tenofovir ()
EFV - Efavirenz ()
DRV - Darunovir/Ritonavir ()
LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
TPV/r - Tipranavir/Ritonavir ()
MVQ - Maraviroque ()
T-20 - Enfuvirtida ()

59. Data do Terceiro Esquema: ____ / ____ / ____
60. Tipo de esquema TARV (3)

AZT - Zidovudina ()
3TC - Lamivudina ()
ABC - Abacavir ()
ddl - Didanosina ()
d4T - Estavudina ()
IDV - Indinavir ()
NVP - Nevirapina ()
RAL - Raltegravir ()
ETR - Etravirina ()

LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
ATV/r - Atazanavir/Ritonavir ()
FPV/r - Fosamprenavir/Ritonavir ()
TDF - Tenofovir ()
EFV - Efavirenz ()
DRV - Darunovir/Ritonavir ()
LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
TPV/r - Tipranavir/Ritonavir ()
MVQ - Maraviroque ()
T-20 - Enfuvirtida ()

61. Data do Quarto Esquema: ____ / ____ / ____
62. Tipo de esquema TARV (4)

AZT - Zidovudina ()
3TC - Lamivudina ()
ABC - Abacavir ()
ddl - Didanosina ()
d4T - Estavudina ()
IDV - Indinavir ()
NVP - Nevirapina ()
RAL - Raltegravir ()
ETR - Etravirina ()

LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
ATV/r - Atazanavir/Ritonavir ()
FPV/r - Fosamprenavir/Ritonavir ()
TDF - Tenofovir ()
EFV - Efavirenz ()
DRV - Darunovir/Ritonavir ()
LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
TPV/r - Tipranavir/Ritonavir ()
MVQ - Maraviroque ()
T-20 - Enfuvirtida ()

63. Data do Quinto Esquema: ____ / ____ / ____
64. Tipo de esquema TARV (5)

AZT - Zidovudina ()
3TC - Lamivudina ()
ABC - Abacavir ()
ddl - Didanosina ()
d4T - Estavudina ()
IDV - Indinavir ()
NVP - Nevirapina ()
RAL - Raltegravir ()
ETR - Etravirina ()

LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
ATV/r - Atazanavir/Ritonavir ()
FPV/r - Fosamprenavir/Ritonavir ()
TDF - Tenofovir ()
EFV - Efavirenz ()
DRV - Darunovir/Ritonavir ()
LPV/r - Lopinavir/Ritonavir ()
TPV/r - Tipranavir/Ritonavir ()
MVQ - Maraviroque ()
T-20 - Enfuvirtida ()



Questionário do Projeto: Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e aids em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco.

65. Fez mais de um esquema de TARV? ? SIM NÃO Não há registro

66. Se sim, especifique o motivo da mudança:

67. Especifique o total de esquemas TARV utilizados pelo paciente, se for superior a 5.

G. Outras Informações:

68. Data da Última Consulta no Serviço: ___/___/_____

69. Evolução do Caso :

em tratamento atual (quando houver registro da última consulta nos últimos 6 meses).

sem acompanhamento no serviço por mais de 6 meses.

Transferido para outro serviço. Data da Transferência: ___/___/_____

Óbito . Data do óbito: ___/___/_____

70. O paciente possui algum tipo de seguro saúde? SIM NÃO Não há registro .

Se sim, qual?

71. O Paciente conta com algum tipo de apoio além do serviço especializado? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Não tem registro ().

72. O caso do paciente foi notificado ao SINAN? SIM NÃO

Não tem registro ().

Observações:

Data da Coleta: ___/___/____. Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE, CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO LESSA DE ANDRADE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a realização da pesquisa intitulada "Acesso tardio aos Avanços de Saúde para o cuidado de HIV e Aids em unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco", de responsabilidade da pesquisadora ANA MARIA DE BRITO, nesta Instituição.

Recife, 24 de maio de 2012

Adriano
Diretor Executivo de Atenção à
DST/AIDS
Matrícula 44.909-0

**ANEXO B: CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE, HOSPITAL CORREIA PICANÇO**

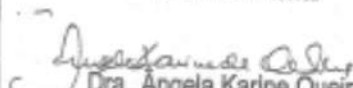


SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL CORREIA PICANÇO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que anuímos com a realização da pesquisa intitulada: **"Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e AIDS em Unidades de Saúde da Cidade do Recife, Pernambuco"**, a ser desenvolvido sob a coordenação de Dra. Ana Maria de Brito, procedente da Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com o compromisso dos autores de divulgar o nome do Hospital nos resultados da pesquisa, assim como, fornecer uma cópia do estudo para nossa instituição ao final do mesmo seja na forma de monografias, dissertações, teses artigos publicados, entre outros.

Atenciosamente


Dra. Angela Karine Queiroz
Gestora do Hospital Correia Picanço

ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Título do Projeto: "Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado de HIV e AIDS em Unidades de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco".

Pesquisador responsável: Ana Maria de Brito.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 16/11/2011

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 51/11

Registro no CAAE: 0051.0.095.000-11

PARECER Nº 11/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 06 de junho de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 06 de junho de 2012.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 06/06/2013.

Quilombo do UFFS - Av. Moraes Figue, 571
CEP 51.040-900 Fone: (51) 2101.2029
Fax: (51) 2101.1011 | 2101.2039
Recife - PE - Brasil
comitadeetica@cpqam.fiocruz.br

