



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Curso de Bacharelado em Ciências Sociais

**FATORES QUE INFLUENCIAM O DIAGNÓSTICO TARDIO
DE HIV/AIDS: UM OLHAR SOCIOLÓGICO DE CASOS EM
PORTO ALEGRE**

BRUNA GRE MARQUES

Porto Alegre, janeiro de 2015.

BRUNA GRE MARQUES

**FATORES QUE INFLUENCIAM O DIAGNÓSTICO TARDIO DE
HIV/AIDS: UM OLHAR SOCIOLÓGICO DE CASOS EM PORTO
ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Andréa Fachel Leal

Co-orientadora: Rubia Marília Medeiros

Porto Alegre, janeiro de 2015.

BRUNA GRE MARQUES

**FATORES QUE INFLUENCIAM O DIAGNÓSTICO TARDIO DE
HIV/AIDS: UM OLHAR SOCIOLÓGICO DE CASOS EM PORTO
ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora

Co-Orientadora

Aline Blaya Martins

Daniela Riva Knauth

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais por toda dedicação e carinho, não só nesse processo final, mas em todos os momentos. A minha Irma pelo companheirismo, a Rafaela que torna nossos dias mais alegres. Agradeço ao Rodrigo por toda paciência e apreço.

Agradeço a Andrea Fachel Leal pelo interesse na temática, por toda atenção dedicada ao trabalho, por todo amparo e conselhos neste trabalho e na academia. A Rubia Medeiros por toda afinidade, por proporcionar minha aproximação com a temática e por todo auxílio na construção do trabalho. Ao mesmo tempo, agradeço a Sabrina Almeida e ao Dr. Breno Riegel por possibilitarem esse trabalho.

Agradeço ao pessoal do Setor de Infectologia do Grupo Hospitalar Conceição, em especial às meninas da recepção, que sempre nos ajudaram durante o período de coleta e pela parceria constituída.

Aos meus amigos de faculdade agradeço por todo nosso fordismo acadêmico, nossas 'horas felizes', enfim por me proporcionarem o riso solto, mesmo nos momentos mais complicados. Em especial agradeço ao Jorge Scola pelos seus ouvidos que tanto me escutaram e por todo auxílio nesse final. Agradeço a Anna Paula Bennech pela assistência na estruturação do trabalho e pelas nossas horas de café e conversas.

“Reconheço um por um contra o fundo blue de Derek Jarman, ao som de uma canção de Freddy Mercury, coreografados por Nureiev, identifico os passos bailarinos de Paulo Yutaka. Com Galizia, Alex Vallauri espia rindo atrás da Rainha do Frango Assado e ah como quero abraçar Vicente Pereira, e outro Santo Daime com Strazzer e mais uma viagem ao Rio com Nelson Pujol Yamamoto. Wagner Serra pedala bicicleta ao lado de Cyrill Collard, enquanto Wilson Barros esbraveja contra Peter Greenaway, apoiado por Néelson Perlongher. Ao som de Lóri Finokiaro, Hervé Guibert continua sua interminável carta para o amigo que não lhe salvou a vida. Reinaldo Arenas passa a mão devagar em seus cabelos claros. Tantos, meu Deus, os que se foram. Acordo com a voz safada de Cazuzza repetindo em minha orelha fria: “Quem tem um sonho não dança, meu amor” “(Caio Fernando Abreu)

Resumo

Ainda que o curso clínico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) seja variável, a maioria dos indivíduos infectados desenvolve a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) de quatro a nove anos após a infecção pelo vírus. Contudo, mesmo após 30 anos de estudos relacionados ao HIV/aids, cerca de 30% dos brasileiros HIV+ descobriram-se portadores do vírus já com um quadro clínico considerado grave. Na maioria dos casos, portanto, trata-se de um diagnóstico tardio para HIV/aids. O presente trabalho teve como principal objetivo examinar fatores sociais relacionados ao diagnóstico tardio em pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS) no ano de 2013. Os dados foram obtidos através da revisão de prontuários médicos dos indivíduos em atendimento regular no Serviço de Infectologia do Hospital Conceição e analisados com base nos conceitos de determinantes sociais da saúde e de vulnerabilidade. As análises dos resultados obtidos indicam que fatores como o sexo do indivíduo, a sua escolaridade, o bairro em que reside e a presença de coinfeções está associado ao estagio clínico da infecção no momento do diagnóstico. A discussão das dimensões de vulnerabilidade e as determinações sociais da doença contribui para a melhor compreensão do diagnóstico tardio e pode apontar estratégias de ações em saúde visando a diminuição destes casos.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/aids; diagnóstico tardio; determinantes sociais; vulnerabilidade.

Abstract

Even though the clinical course of the infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) varies widely, infected people usually develop the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) between four and nine years after the HIV virus infection. However, even after 30 years of studies related to HIV/aids, around 30% of HIV+ Brazilians found out the infection among a serious clinical. In most cases, therefore, it is a late diagnosis for HIV/AIDS. This paper aimed to look over the social factors associated to a late diagnosis of the patients treated at the Hospital Nossa Senhora da Conceição, in Porto Alegre (RS) in 2013. The data were obtained by review of medical records of individuals in regular attendance at Infectious Disease Department of Hospital Conceição e analyzed based on the concepts of social determinants of health and vulnerability. The results analysis indicates that factors as patient sex, education, the neighborhood that lives and the presence of coinfections may have strong association with the infection's advanced stages. The discussion about the vulnerability dimensions and disease's social determinations contributes to a better epidemiological phenomenon's comprehension and can point to health's strategies and actions aiming to late diagnosis reduction.

KEY-WORDS: HIV/aids; late diagnosis; social determinants; vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fases clínicas da infecção pelo HIV - progressão à aids.	30
Figura 2 Esquema gráfico do modelo teórico de História Natural da Doença	36
Figura 3 Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	38
Figura 4 Interdependência dos níveis de vulnerabilidade	43
Figura 5. Modelo das variáveis.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Porcentagem de casos de aids registrados em 2012 no Brasil, por região	26
Gráfico 2 Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids no Brasil, em 2012, por Unidade de Federação	27
Gráfico 3 Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids segundo sexo e idade, no Brasil, em 2012.....	28
Gráfico 4 Número de casos de aids, segundo etnia e sexo, no Brasil, em 2012.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Número e percentual de casos de aids, segundo escolaridade e sexo, no Brasil em 2012	29
Tabela 2 Caracterização da amostra de pacientes vivendo com HIV/Aids: diagnóstico tardio e não tardio.	53
Tabela 3. Características sociodemográficas dos pacientes vivendo com HIV/aids, de acordo o diagnóstico tardio ou não tardio.	54
Tabela 4. Regressão logística entre a variável dependente diagnóstico tardio e as variáveis explicativas. Primeira relação, regressão logística univariada, na qual testou-se a associação de cada variável com o diagnóstico tardio para HIV/aids. A segunda parte da tabela apresenta os resultados da análise multivariada, com as variáveis que apresentaram associação individual significativa.	56

LISTA DE ABREVIATURAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

AZT – Zidovudina

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FEPPS – Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida (*Human Immunodeficiency Vírus*)

HND – História Natural da Doença

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

OMS – Organização Mundial da Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SICLON – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

UDH – Unidade de Desenvolvimento Humano

UDI – Usuários de Drogas Intravenosas

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS.....	19
Sumário.....	20
INTRODUÇÃO.....	21
OBJETIVO	23
CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	24
Histórico da doença	24
Panorama epidemiológico.....	26
Parâmetros clínicos da doença e critérios de definição	29
Diagnóstico	31
DESENVOLVIMENTO DO TRATAMENTO PARA HIV/aids.....	33
CONCEITOS E PRÁTICAS EM SAÚDE.....	34
Ciências as sociais e saúde.....	34
Modelos explicativos do processo de saúde-doença.....	35
Determinantes sociais da saúde	37
Vulnerabilidades	41
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
O campo.....	44
Envolvimento com a temática e construção do banco	45
Variáveis aproveitadas e nova coleta.....	47
Padronização das variáveis	49
ANALISES ESTATÍSTICAS	51
RESULTADOS	53
DISCUSSÃO FINAL	57
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS.....	65
ANEXO 1. Parecer de aprovação do Comitê de Ética - GHC.....	65
ANEXO 2. Categorização da variável ocupação.....	67

INTRODUÇÃO

A aids desafia não só as ciências médicas no que diz respeito à descoberta de tratamentos, mas também as ciências humanas, visto que está carregada de significados socioculturais que interferem em aspectos políticos, econômicos e sociais. Uma vez que o indivíduo está infectado, não há vacina nem cura, ou seja, não há medicamento que, após a infecção, elimine completamente o HIV do organismo. Nessas condições, a abordagem principal dos serviços de saúde pública visa à prevenção com o intuito de conter a epidemia. Assim, é fundamental que sejam desenvolvidas não só pesquisas voltadas para o agente patológico da aids e para o seu tratamento, como também pesquisas que contemplem as dimensões sociais da aids. A saúde e a doença estão imbricadas às estruturas sociais e econômicas e o desfecho de uma doença em um indivíduo será fortemente influenciado pelo lugar que este ocupa na hierarquia social.

Em 2013, a partir da obtenção de dados para uma pesquisa científica em andamento no setor de Infectologia do Hospital Senhora da Conceição (HNSC), foi possível entrar em contato com informações de determinantes sociais e vulnerabilidade de indivíduos HIV-positivo atendidos neste Serviço. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), do qual o HNSC faz parte, é um centro de saúde inteiramente voltado para usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Porto Alegre (RS). O HNSC é responsável por 56,1% dos atendimentos em Porto Alegre, 32,7% da Região Metropolitana.

A dimensão da epidemia de aids no Rio Grande do Sul (RS) se destaca em relação aos outros estados brasileiros. A taxa de detecção de novos casos no RS é o dobro da nacional e Porto Alegre é a capital com maior taxa de detecção do país (Rio Grande do Sul, 2014).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre desde início se apresentou como uma das capitais com importante concentração de casos de aids. Além disso, os casos indicam que a epidemia na capital (e talvez Região Metropolitana) possui características de epidemia generalizada e não apenas concentrada em populações chave, com maior concentração de casos na Região Metropolitana da capital que apresenta importante vulnerabilidade estrutural (Rio Grande do Sul, 2014: 5).

Sabendo que o HIV, quando em contato com o corpo humano, pode ficar um

longe período sem apresentar manifestações clínicas, observou-se que entre os indivíduos atendidos no Serviço do HNSC muitos descobriram-se portadores do vírus quando já estavam em um momento avançado da aids, ou seja, muitos desses indivíduos passaram anos infectados sem saber seu diagnóstico.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho na área da sociologia foi dialogar com a saúde coletiva e refletir sobre o papel dos fatores sociais relacionados com diagnóstico tardio, a partir dos marcos teóricos de determinação social da saúde e da vulnerabilidade, em pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS) no ano de 2013.

O modelo teórico de determinantes sociais da saúde demonstra que as doenças ocorrem não apenas em função de agentes biológicos, mas também em função de desigualdades e iniquidades em níveis sociais, econômicos e políticos. Por sua vez, a discussão sobre vulnerabilidade à aids parte do pressuposto de que há sempre pelo menos três dimensões que se correlacionam e tornam alguns indivíduos mais propensos ao adoecimento do que outros – a dimensão individual, a social e a programática.

OBJETIVO

O objetivo principal do presente trabalho foi examinar, mediante a literatura sobre determinantes sociais da saúde e vulnerabilidade, fatores sociais associados ao número expressivo de diagnóstico tardios entre os pacientes portadores do vírus HIV no Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS), no ano de 2013.

Além do objetivo principal, estabelecemos relações, através de análises estatísticas, entre os dados sociais dos pacientes e o estágio da doença na descoberta da sorologia. Desta forma, podendo traçar um perfil com as características dos indivíduos que tiveram um diagnóstico tardio.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Histórico da doença

Em 1981, a doença foi denominada como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* - AIDS), na época apenas sabia-se que se tratava de algum tipo de doença a qual causava a queda da imunidade e deixava os indivíduos expostos a outras infecções. No ano seguinte, a doença foi considerada como sendo própria de grupos específicos denominados 4-H (*homosexuals, heroin addicts, hemophiliacs, Haitians*) sendo esses caracterizados do ponto de vista epidemiológico como grupos de risco, i.e. aqueles pertencentes a grupos mais propícios à infecção.

O vírus responsável pela Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida foi isolado, em 1984, sendo o vírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus* – HIV). Descobre-se, em 1987, que a utilização do AZT, medicamento para pacientes com câncer, reduz a replicação do HIV. Dez anos depois de a aids ter sido identificada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anuncia que cerca de 10 milhões de pessoas estão infectadas por HIV ao redor do mundo.¹

No Brasil, as primeiras notícias sobre aids que chegaram tinham como principais fontes de informação dados norte-americanos. Uma das marcas dessa influência no imaginário social está relacionada às questões de homossexualidade, comportamento e grupo de risco. O primeiro caso de aids foi diagnosticado no Brasil em 1982 e, desde então, uma série de respostas foram elaboradas no início da infecção – tanto governamentais, quanto da população civil. Estas respostas configuraram a “aids brasileira”: “cada cultura constrói a sua aids própria e específica. Bem como as respostas a ela” (Daniel *apud* Galvão, 2000: 17-18).

Jane Galvão (2000) apresenta a superação da noção de grupos de risco como um dos desafios futuros, uma vez que o vírus não atinge apenas populações específicas. No entanto, 14 anos após a publicação de seu livro, a noção de grupos de risco permanece vigente no pensamento de uma parcela considerável da sociedade, o que causa não só a marginalização do portador, como também uma

1 Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids> (Acessado em: 12 de maio de 2014)

postura que impede os indivíduos de perceberem a possibilidade de serem soropositivos. Portanto, ainda que a mobilização da sociedade civil e as ações do governo tenham sido importantes para conquista de direitos das pessoas com HIV/aids, ainda há um grande desafio na prevenção e na desconstrução do estigma criado sobre o HIV/aids.

Atualmente, o perfil da epidemia é diferente daquele que se apresentava logo após a descoberta do HIV/aids. Segundo os dados mais recentes, existem algumas tendências da epidemia como a *feminização* e a *pauperização* da infecção, ou seja, há mais casos novos de infecção pelo vírus HIV entre mulheres e entre indivíduos de baixa renda. Grangeiro (2010) discute que a diferença de proporção entre homens e mulheres infectados diminuiu consideravelmente, uma vez que em 1983 havia 1 mulher para 17 casos de aids entre homens, já em 2000, esta proporção reduziu-se para 1 mulher para cada 2 casos de homens. Seguindo esta tendência, observa-se que, em 2012, a razão entre os sexos, segundo o Boletim Epidemiológico, é de 1,7 casos em homens para cada 1 caso em mulheres (Brasil, 2013).

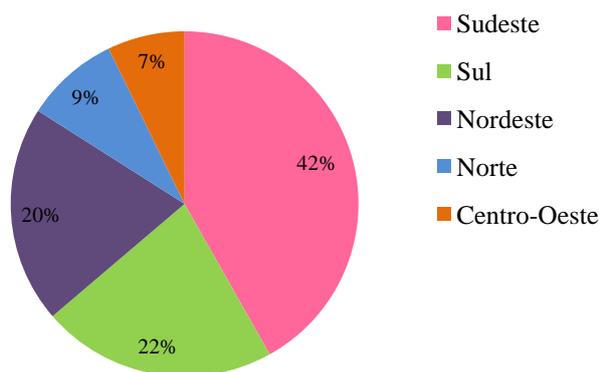
O segundo aspecto abordado por Grangeiro (2010), é uma maior incidência de casos em indivíduos com menor grau de instrução, o que serve como indício de propagação da doença na população mais desfavorecida economicamente. Da mesma forma, Knauth (1996) descreveu que, à medida que o vírus foi avançando, mudou o segmento da população mais atingido. Segundo a autora, em 1982, os casos de aids se concentravam em pessoas que tinham o 2º grau completo (hoje, Ensino Médio) ou nível superior; até 1985 esse perfil se manteve somando 76% dos infectados. No entanto, em 1994, as notificações de aids registram 69% de pessoas iletradas ou com nível primário de escolaridade. Atualmente, segundo os dados registrados no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), 53,5% dos indivíduos com aids têm até o Ensino Fundamental, ou seja, hoje, as camadas mais desfavorecidas da população são as mais atingidas pela infecção.

Panorama epidemiológico

Desde 1980, os dados sobre HIV/aids do Brasil são baseados na notificação de casos de aids por meio do SINAN, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Em 2004, outros sistemas de vigilância epidemiológica foram acrescentados à análise para reduzir os casos de subnotificação da infecção pelo vírus. A observação é feita por um processo de relacionamento probabilístico entre os dados de notificação do SINAN, os registros de óbitos do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), os pacientes informados pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON). A partir destes dados um Boletim Epidemiológico é produzido todos os anos pelo Ministério da Saúde e publicado no ano seguinte à coleta e processamento dos dados. O panorama epidemiológico apresentado a seguir foi obtido do último Boletim Epidemiológico publicado (Brasil, 2013).

Foram notificados, em 2012, 39.185 novos casos de aids no Brasil. Destes, a região Sudeste concentra o maior número de casos notificados (16.398), seguido pela região Sul (8.571), região Nordeste (7.971), região Norte (3.427) e região Centro-Oeste (2.818).

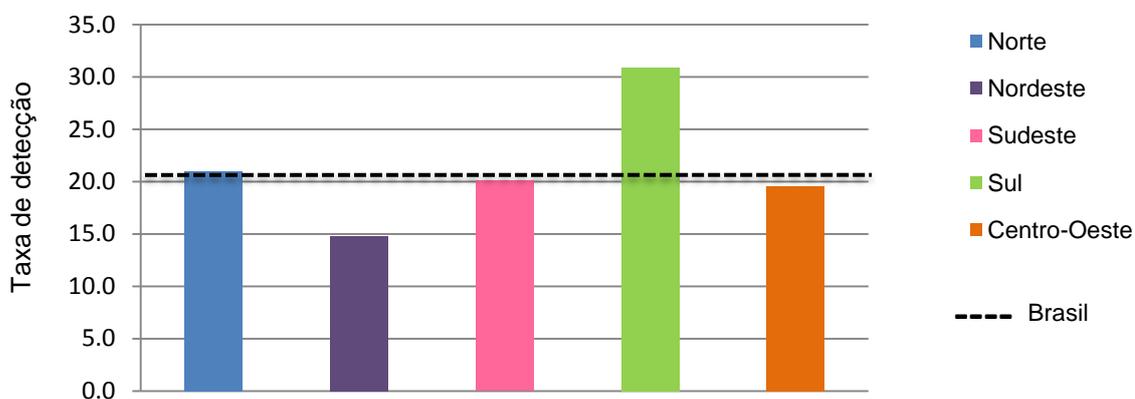
Gráfico 1 Porcentagem de casos de aids registrados em 2012 no Brasil, por região



Fonte: dados coletados do Boletim Epidemiológico de 2013, notificados no Sinan declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclon.

Somente no Rio Grande do Sul, foram relatados 4.458 casos de aids, quase o dobro do número de casos de Santa Catarina e do Paraná, os quais permanecem na faixa de 2.000 casos. A região Sul apresenta a maior taxa de incidência do país, com 30,9/100.000 habitantes. Se analisarmos por Unidades de Federação, o Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de incidência (41,4) do país. Entre as capitais, Porto Alegre se destaca como a capital com maior incidência no Brasil, tendo 93,7 casos a cada 100.000 habitantes, quase o dobro da segunda capital no ranking brasileiro, Florianópolis, que tem 57,0 casos por 100.000 habitantes.

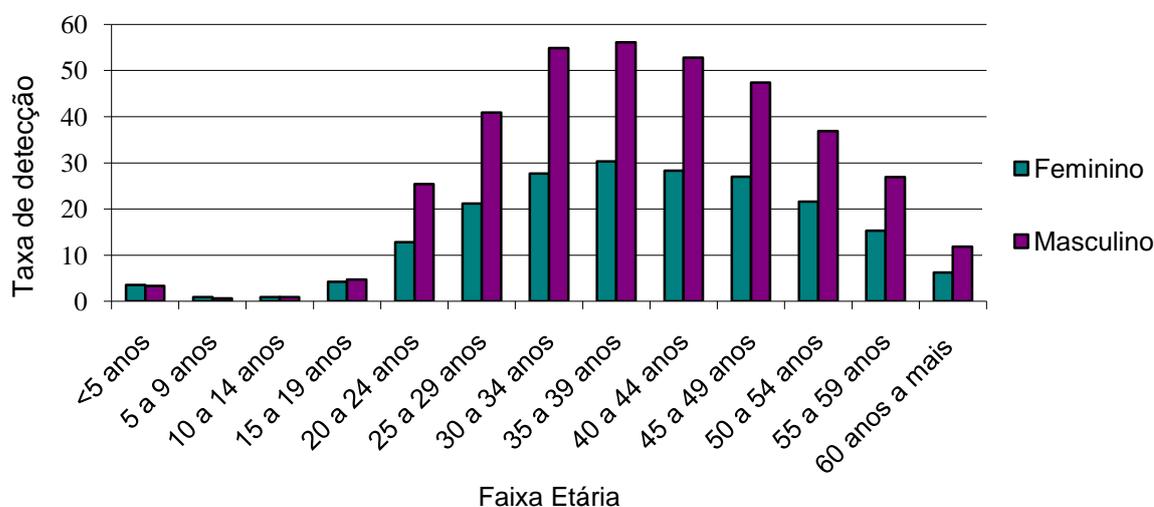
Gráfico 2 Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids no Brasil, em 2012, por Unidade de Federação



Fonte: dados retirados do Boletim Epidemiológico de 2013, notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclon.

A taxa de incidência de aids entre homens no Brasil é de 26,1/100.000 habitantes e 14,5/100.000 em mulheres. As maiores taxas de aids concentram-se em uma faixa etária de 30 a 49 anos, porém há uma tendência de queda entre 30 a 39 anos e de estabilização dos 40 a 49 anos. Ao mesmo tempo, observou-se um possível aumento entre jovens de 15 a 24 anos e entre adultos com 50 anos ou mais.

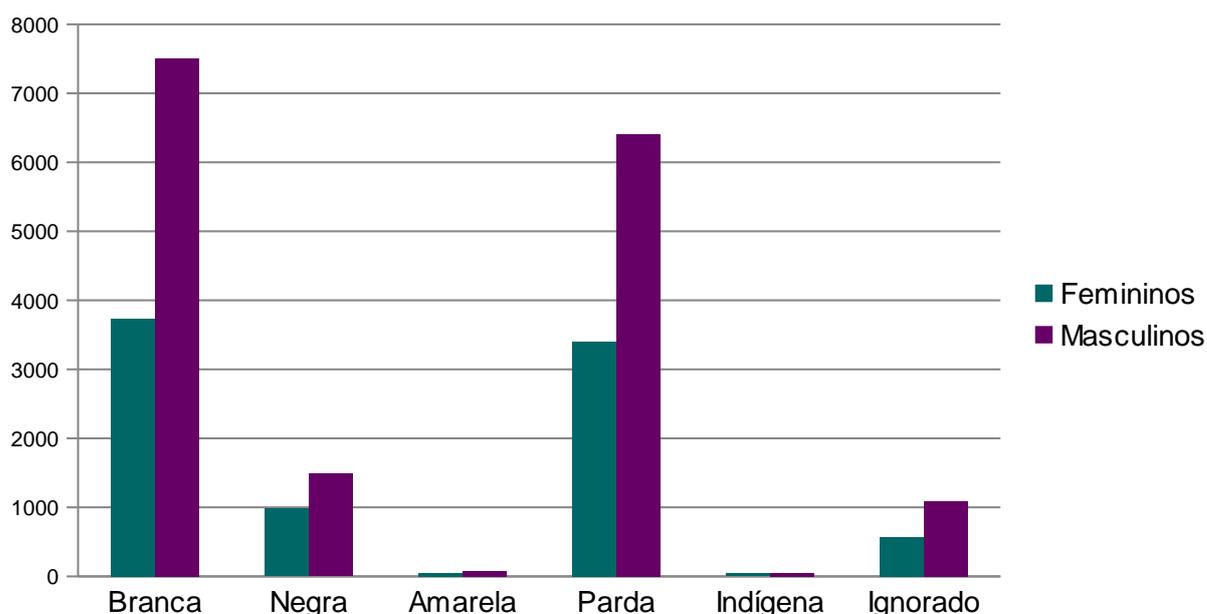
Gráfico 3 Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids segundo sexo e idade, no Brasil, em 2012



Fonte: dados retirados do Boletim Epidemiológico de 2013, notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclon.

Se analisarmos a proporção de indivíduos contaminados pelo vírus HIV segundo a etnia ou cor da pele autoreferida, 47,4% dos casos notificados no SINAN são de pacientes autodeclarados brancos. Porém, somando a incidência de casos entre pardos (41,3%) e negros (10,4%), a maioria dos indivíduos portadores do vírus são não brancos.

Gráfico 4 Número de casos de aids, segundo etnia e sexo, no Brasil, em 2012



Em relação à escolaridade, o percentual de indivíduos (homens e mulheres) infectados pelo vírus HIV se concentra naqueles que cursaram, no máximo, até o

Ensino Fundamental (53,5%). Em seguida, as maiores incidências ocorrem entre indivíduos com até o Ensino Médio completo (30,1%).

Tabela 1 Número e percentual de casos de aids, segundo escolaridade e sexo, no Brasil em 2012

	Analfabeto		Até Ensino Fundamental		Até Ensino Médio		Ensino Superior ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femininos	259	3,8	4282	63,4	1845	27,3	379	5,6
Masculinos	339	2,7	6152	48,3	4016	31,5	2216	17,4
Total	598	3,1	10434	53,5	5861	30,1	2595	13,3

Fonte: dados coletados do Boletim Epidemiológico HIV/aids de 2013, notificados no SINAN.

Parâmetros clínicos da doença e critérios de definição

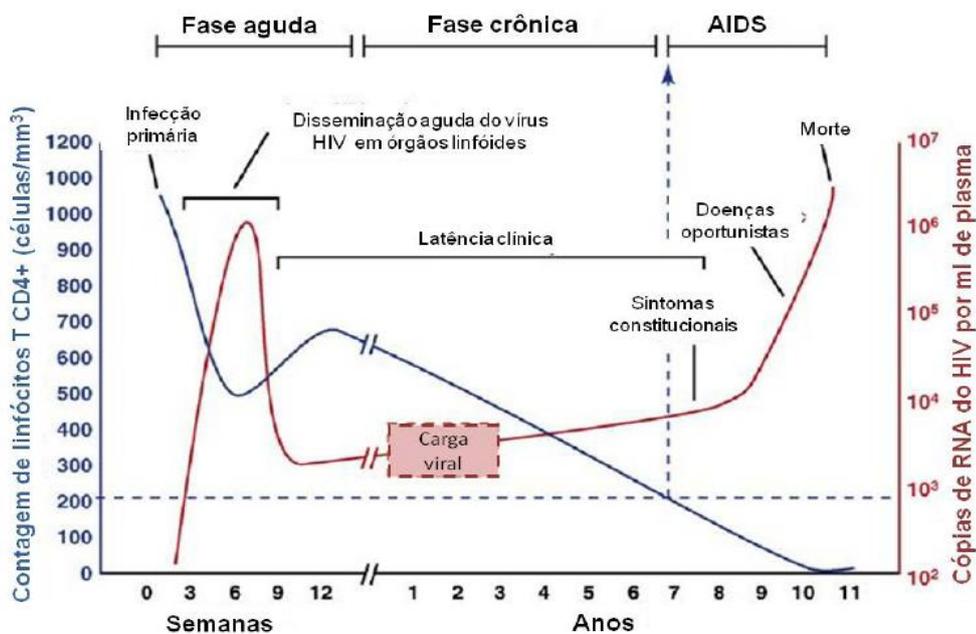
O HIV está presente nos fluídos corporais do indivíduo infectado e, devido a isso, pode ser transmitido pelo sangue, pela via sexual, na gestação, no momento do parto ou no aleitamento. Após a contaminação através de fluídos, o vírus utiliza células do organismo para se multiplicar, causando a morte destas células. Os linfócitos T-CD4+ (usualmente chamado apenas de células CD4) são os principais alvos do HIV e são essenciais para a coordenação de defesas do organismo (MEDEIROS, 2012: 13), ou seja, na ausência de suas defesas naturais a pessoa fica mais propensa a contrair outras doenças.

Geralmente, quando ocorre a diminuição do CD4 de um indivíduo, aumenta a carga viral, isto é, a quantidade de vírus no organismo. Assim, tanto o CD4 quanto a carga viral são utilizados como parâmetros clínicos para analisar o estágio da doença. Costin (*apud* Medeiros, 2012), classifica o percurso da infecção pelo vírus HIV até o período da doença em três fases: infecção aguda, infecção crônica e aids. A infecção aguda caracteriza-se quando o indivíduo recém-infectado tem uma brusca queda dos níveis de CD4 e um rápido aumento dos níveis da carga viral, podendo ter alguns sintomas² notáveis (porém, facilmente confundidos com outros problemas de saúde, como um resfriado comum), sendo que, em seguida, essas taxas costumam se estabilizar. A infecção crônica é a segunda fase, quando, depois de estáveis, os níveis de CD4 declinam e da carga viral aumentam gradativamente

2 Os sintomas podem variar, mas, geralmente, se resumem a febre, diarreia, náuseas e mal-estar. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>> (Acessado em 26 de novembro de 2014)

até o estágio mais avançado da infecção, a qual ocorre, usualmente, de quatro a sete anos após a infecção pelo vírus HIV.

Figura 1 Fases clínicas da infecção pelo HIV - progressão à aids.



Fonte: Adaptado de An e Winkler, 2010.

Dessa forma, quando o indivíduo contrai o vírus, ele pode permanecer anos sem ter ou sem notar os sintomas da doença, sendo apenas portador do vírus HIV, podendo ou não desenvolver a síndrome aids com o passar do tempo. Quando a contagem de células CD4 de um indivíduo está abaixo de 200 células/mm³, ele deixa de ser portador do vírus HIV e passa a ser considerado clinicamente com aids – esses valores são considerados (também clinicamente) de alto risco para co-infecções³ (MEDEIROS, 2012: 15). Destarte, o ideal seria não deixar o indivíduo chegar até esses valores, mas sim empreender monitoramento clínico do indivíduo, para, então, iniciar a medicação antes de um estado crítico. O monitoramento do paciente deve considerar um espectro amplo de fatores como taxa de declínio de CD4, valores de carga viral, outra co-infecção e questões relativas a práticas de saúde e condições do meio em que o paciente vive.

3 Co-infecções são outras infecções, além do HIV, que acometem o mesmo indivíduo simultaneamente. Portanto, uma pessoa co-infectada é aquela que está infectada não só pelo vírus HIV, como também apresenta outras infecções. As mais comuns são a Tuberculose e as Hepatites (B e C).

São muitas as doenças que um indivíduo HIV-positivo pode desenvolver, principalmente quando se chega a um estágio avançado de aids. Porém, as mais comuns são herpes zoster, candidíase, pneumonia, criptococose, toxoplasmose, tuberculose, sífilis e sarcoma de Kaposi. Entre as doenças citadas, algumas são frequentes e praticamente inofensivas quando afetam um adulto imunocompetente; todavia, podem assumir proporções graves e deixar sequelas em sujeitos imunodeprimidos, como a toxoplasmose cerebral, a qual pode levar a perda da capacidade cognitiva e a paralisia total.

Em geral, os trabalhos acadêmicos, consideram o CD4 como o indicador mais confiável para o prognóstico, utilizando-o como critério mais relevante, e definindo como ponto de corte valores inferiores a 200 células/mm³. Para fins do presente estudo foi utilizado como critério principal a contagem celular de CD4 (inferior a 200 células/mm³) como demarcador de diagnóstico tardio, combinando com as características clínicas daqueles pacientes com alguma doença oportunista grave (co-infecção).

Diagnóstico

A contagem de células linfócitos T-CD4+ para um adulto saudável segundo o Ministério da Saúde varia de 800 a 1200 células/mm³, porém não há um consenso entre os valores mínimos, podendo chegar até 600 células/mm³ em algumas literaturas. Assim como não há um consenso entre os valores mínimos de CD4 definidores de aids, também não existe um padrão unânime entre as definições de diagnóstico tardio.

Com surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, buscou-se a definição a critérios de definição do início de tratamento, a partir das estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito. Em 1996, no Brasil consideravam apenas a contagem de linfócitos T-CD4+ para definição do tratamento sendo que a partir de 500 células/mm³ já iniciavam o tratamento, no ano seguinte introduziram como critério de avaliação para início de tratamento, desta forma dependendo da carga viral o indivíduo iniciava o tratamento até com 350 células/mm³.

Até 2012, o Ministério da Saúde recomendava que a partir de 350 células/mm³ o tratamento com antirretrovirais deveria ser iniciado. Entretanto, o

Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV e aids⁴ discutiu, em agosto de 2013, a possibilidade de ampliação da indicação de tratamento com medicamentos antirretrovirais a todas as pessoas vivendo com HIV e aids, independente da contagem de linfócitos. A recomendação do uso da medicação já havia se expandido em outra Portaria ministerial, na qual a indicação era de que o tratamento voltasse a se iniciar aos indivíduos com 500 células/mm³. O intuito dessas modificações de parâmetros é incluir mais pessoas no tratamento com a medicação antirretroviral e, conseqüentemente, diminuir os índices de transmissão do vírus: o uso de medicamento diminui a carga viral do paciente e, por conseguinte, reduz as chances da transmissão do vírus.

Contudo, muitas vezes, as pessoas não sabem que estão infectadas pelo vírus HIV, tampouco procuram fazer a testagem sorológica, vindo a descobrir a doença apenas quando já estão com outras infecções simultaneamente (co-infecções). Em alguns casos extremos, os pacientes descobrem-se soropositivos para HIV durante uma internação hospitalar.

No Brasil, os exames sorológicos foram recomendados inicialmente (1987) em exames de triagem para doadores de sangue, órgãos, semem. No mesmo ano ainda, começaram a desenvolver em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico –COAS, os quais ofereciam a possibilidade de testagem para HIV de maneira gratuita, confidencial e anônima. A partir de 1989, os testes para HIV passaram a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. Segundo a Política de Brasileira de Enfrentamento da aids, publicada em 2012, a oferta de teste de HIV pelo SUS passou de 3,3 milhões em 2003 para 5,1 milhões de unidades em 2011.

Embora exista esforços por parte do Ministério Público que estimule a testagem, muitos pacientes descobrem a infecção pelo HIV apenas nos estágios avançados da doença aids. Estes pacientes são denominados aqui de pacientes com diagnóstico tardio. Em 2012, aproximadamente 37% dos indivíduos infectados pelo HIV sem uso de medicação chegou a algum serviço de saúde com CD4 superior a 500 células por mm³; e cerca de 30% dos indivíduos infectados pelo HIV chegaram ao serviço de saúde com CD4 inferior a 200 células por mm³ (Brasil, 2013).

4 Art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de março de 2002.

Segundo Giddens, geralmente as pessoas precisam de mais de uma alteração no organismo e um longo período de tempo com sintomas para procurarem um médico, ou seja, só buscam ajuda quando o corpo deixa de funcionar de forma “normal” e, com isso, precisam mudar seu cotidiano. Desta forma, a descoberta do vírus tardiamente pode ocasionar uma séria de consequências não só de ordem biológica, mas também de ordem social, por exemplo as sequelas podem impedir que o indivíduo volte as suas atividades anteriores.

DESENVOLVIMENTO DO TRATAMENTO PARA HIV/aids

A zidovudina (AZT), medicamento para paciente com câncer, foi a primeira droga a ser utilizada no tratamento de HIV/aids em 1987, após descobrirem que o medicamento reduz a multiplicação do HIV. Em 1991, no Brasil, iniciou-se o processo de distribuição gratuita de antirretrovirais e em 1995 estudos demonstraram que a combinação de mais antirretrovirais na terapia era mais eficaz.

Como já foi exposto, a definição de início do tratamento mudou ao longo do tempo com o avanço dos estudos. Porém, após iniciado o tratamento, o paciente deve tomar as medicações diariamente, a fim de evitar que o vírus se torne resistente a alguma medicação.

O desenvolvimento de novos e mais eficazes antiretrovirais propiciou a diminuição das mortes em decorrência da aids. Desta forma, a aids passou a se tornar uma doença crônica e os indivíduos portadores, que antes contavam com pouco tempo de vida, aumentaram a sua qualidade e a sua expectativa de vida.

Outro fator que permitiu a melhoria na vida dos indivíduos foi a relação entre a mobilização da sociedade civil e a criação de políticas públicas voltadas aos indivíduos HIV+. Nos primeiros anos da epidemia, havia uma polarização entre ONGs com atividades em HIV/aids e Estado, no entanto, na década de 90 essa polarização começa a ser substituída por formas de cooperação, incluindo a formalização de convênios para a implementação de atividades (GALVÃO, 2000).

Em 2009, o Brasil alcançou um total de 644 serviços implantados nos municípios que recebem recursos. Os serviços de saúde ofereciam atividades como orientação e apoio psicológico, atendimento em infectologia (ginecologia, pediátrico

e odontológico), controle e distribuição de antirretrovirais, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção.

Entretanto, segundo a Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul, o cuidado de Pessoas Vivendo com HIV/aids sempre foi realizado principalmente em Serviços Especializados ou serviços hospitalares seguindo um modelo de saúde centrado no enfrentamento e controle da epidemia, ocasionando o cuidado fragmentado, o diagnóstico tardio, a internação hospitalar frequente e o elevado número de óbitos (PORTO ALEGRE, 2014: 10).

CONCEITOS E PRÁTICAS EM SAÚDE

Ciências as sociais e saúde

Segundo Nunes (2007), a saúde conquistou mais espaço dentro dos estudos de sociologia no momento em que começaram a questionar a definição da doença como um fator exclusivamente biológico.

A aids também colaborou neste campo teórico, colocando em pauta a visão da saúde como exclusivamente médica, além de proporcionar discussões entre outros campos como sexualidade e direitos humanos. Em relação a aids, esses questionamentos ocorrem porque, ao longo do tempo, a aids mudou suas representações sociais e reconfigurações simbólicas mais de uma vez (PERRUSI, 2011: 9). Podemos utilizar como exemplo os primeiros anos da infecção, o surgimento das medicações e a mudança do perfil dos indivíduos infectados. O fato de a doença ser descoberta entre os homossexuais, de muitos morrerem em sua decorrência e a inexistência de medicações nos primeiros anos, geraram o surgimento de discursos que utilizavam o medo e o moralismo (de uma sexualidade “descontrolada” como a grande causa do mal) como forma de controle da epidemia.

O estigma criado em torno da doença gerou a marginalização dos indivíduos soropositivos, pois ainda esta associada a práticas consideradas desviantes. Segundo Goffman estigma é um rótulo que um grupo de pessoas cria para se referir a outras pessoas ou grupos, a partir disso esse rótulo torna-se uma designação social.

Porém, na maioria das vezes, esse atributo surge de forma depreciativa,

como forma de diferenciação e exclusão. Pessoas estigmatizadas são socialmente avaliadas a partir de um conjunto de representações criadas e passam a ser vistas como algo desviante, fora dos padrões da sociedade.

Atualmente, dados epidemiológicos mostram que o vírus afeta a população como um todo. Além disso, os indivíduos HIV+ dispõem de tratamento e políticas sociais que aumentaram a expectativa de vida.

Modelos explicativos do processo de saúde-doença.

Existem diversos modelos explicativos para o processo de saúde-doença que incluem desde castigos divinos até a racionalização do processo. A demora no reconhecimento do processo de saúde-doença enquanto um fenômeno social, resultou na relutância na aceitação das questões sociais como fatores de interpretação da saúde e do adoecimento.

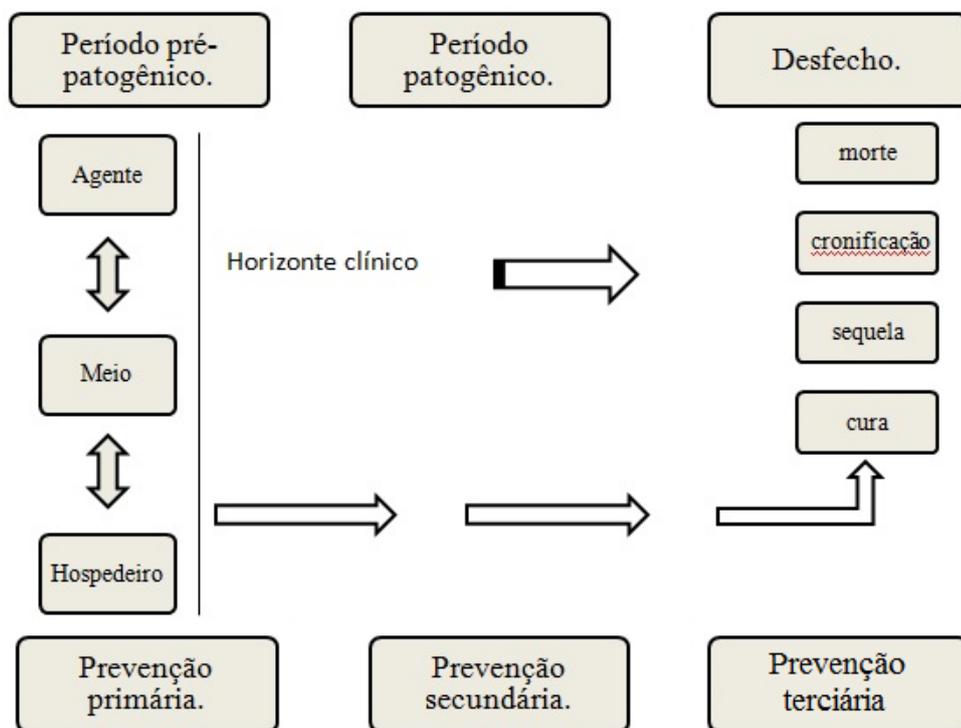
Dois modelos explicativos amplamente empregados e discutidos no campo da saúde são o modelo de História Natural da Doença (HND) e o modelo de Determinação Social da Saúde (DSS). Esses modelos merecem destaque não por serem atuais, mas por terem influenciado os processos de prevenção e cuidado desenvolvidos atualmente.

O Modelo de História Natural da Doença baseou-se no conceito de constituição epidêmica, no qual se referia a um conjunto de condições chamadas de “atmosférico-cósmico-terrestre”. O modelo HND indicava que algumas doenças se tornassem mais prevalentes em certos locais e épocas e que assumissem, nessas circunstâncias, algumas características específicas (AYRES, PAIVA & FRANÇA, 2010: 72). O conceito ficou esquecido por anos, até que um grupo de epidemiologistas, no início do século XX, resgatou essa concepção, o que possibilitou as análises desses conjuntos de condições que determinavam o comportamento epidêmico da doença em conformidade com o avanço das ciências modernas.

Após algumas críticas, a HND passou por algumas modificações no seu conceito, sendo Leavell e Clark os principais autores dessa mudança. A doença é vista no HND como um conjunto de processos interativos que criam estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as

alterações que levam a uma lesão, à invalidez, à recuperação ou à morte da pessoa. Os autores vinculam ao modelo HND a ideia de níveis de prevenção, buscando evitar o adoecimento e visando à redução de danos daqueles que já adoeceram. Além disso, acreditam que a doença é multicausal, portanto sua intervenção deve incluir uma abordagem epidemiológica, i.e. as ferramentas epidemiológicas de investigação e análise de dados, incluindo técnicas de análise estatística.

Figura 2 Esquema gráfico do modelo teórico de História Natural da Doença



Fonte: adaptado de Ayres, Paiva & França, modelo de Leavell & Clark,

Existem três níveis de prevenção: o primeiro compreenderia as intervenções sobre os agentes patogênicos e seus vetores, as ações se dividem em dois níveis, um de promoção à saúde, ou seja, melhorias na condição de vida (exemplo, saneamento básico) ou a proteção específica, na qual encontraríamos ações voltadas para determinadas doenças (exemplo, vacinação). A prevenção secundária ocorre já no período patogênico, quando o objetivo é buscar uma boa evolução clínica e uma baixa propagação da doença para outros indivíduos, também dividido em dois níveis denominados: o diagnóstico precoce e tratamento imediato e a

limitação da incapacidade. Por fim, a prevenção terciária reporta o estágio em que o processo de saúde-doença conquistou a cura com sequelas ou a cronificação, visando a, então, que as limitações impostas pelo adoecimento dificultem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida daqueles que foram atingidos direta ou indiretamente.

A partir da década de 1960, surgiram análises que criticavam o modelo da história natural da doença. Esses estudos salientavam a importância de uma interpretação ampla da saúde que levasse em conta aspectos sociais. Nunes (2007) afirma que, por volta dos anos 1970, o conceito de História Natural da Doença foi utilizado, em conjunto com teorias funcionalistas, no ensino de sociologia em saúde no Brasil. Porém, não demorou muito para que houvesse um descontentamento quanto a esta postura também por parte das ciências sociais.

Determinantes sociais da saúde

O conceito de “determinação” começou a ocupar o espaço, do ponto de vista analítico, da concepção de “causalidade”, antes usada nas visões médicas e biológicas de “causa-efeito”. Na realidade, o conceito de determinação assume o conceito de causalidade, porém sem se restringir a ele. Em outras palavras, os elementos sociais que antes não eram observados com tanta relevância para os estudos da saúde, ganham evidência com o surgimento do Modelo de Determinação Social.

Fleury-Teixeira (2009: 381-2) afirma que a determinação social da saúde foi constituída a partir da noção determinação social dos indivíduos presente no campo da teoria social: “a determinação social considera que os meios materiais para o desenvolvimento e realização de capacidade, aos quais os indivíduos têm acesso no curso da vida, bem como suas relações com outras pessoas marca fortemente suas oportunidades”. A associação do conceito de determinação social com o conceito de saúde – enquanto meio ou condição parcial para realização dos humanos na vida – origina a determinação social da saúde

Nessas condições, o conceito está calcado na premissa de que práticas em saúde devem abranger e averiguar as formas de organização (econômica e social) de uma sociedade ou um grupo. Não se trata de negar a determinação genética das

condições da saúde, mas de assentir que os fatores socioeconomicamente estruturais sobrepõem-se aos fatores naturais. Portanto, partindo do princípio de que há o reconhecimento sobre a influência das iniquidades para a decorrência de doenças e outros agravos na saúde, podemos afirmar que as sociedades mais ricas não são aquelas que apresentam os melhores índices de saúde, mas sim aquelas com maior coesão social.

Vários modelos foram criados para descrever os DSS, o modelo mais usado é o diagrama de Dahlgren e Whitehead (Buss & Pellegrini Filho, 2007) A justificativa para uso deste modelo é a maior facilidade de visualização e explicação dos níveis determinantes para diferentes grupos. Porém, segundo os autores o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades.

Figura 3 Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Pellegrini Filho, 2011.

O modelo foi elaborado em cinco níveis distribuídos em grau de abrangência. Na base, estão as características individuais, seguido por comportamentos e estilos de vida⁵, a terceira camada destaca as redes comunitárias e de apoio, no próximo nível estão as condições de vida e de trabalho, por último estão os macrodeterminantes (condições econômicas, culturais e ambientais).

5 Essa camada, no entanto, pode estar situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, pois podemos considerar que os estilos de vida (escolhas e comportamentos) estão fortemente condicionados também aos determinantes sociais. (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007)

Segundo Bastitella (2007), a partir dos anos 1990, muitos países começaram a mudar suas estratégias na área da saúde, pois houve um crescente reconhecimento do papel que os determinantes sociais da saúde exercem na saúde das pessoas. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a tratar a posição dos indivíduos na hierarquia social como um elemento de definição de iniquidades em saúde. Então, em maio de 2004, na 57ª Assembleia Geral da OMS, foi apresentada a proposta de criar a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH). O documento final, publicado em agosto de 2008, insere três princípios de ação (Organização Mundial da Saúde, 2010):

1. Melhorar as condições de vida cotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem;
2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – os motores estruturais das condições de vida referidas – aos níveis global, nacionais e locais.
3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema.

A Comissão almeja promover uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação da saúde de indivíduos e populações. Além disso, também criar esforços para o combate das desigualdades na saúde, resultando em uma colaboração à escala mundial de agentes responsáveis pela elaboração de políticas, investigadores e sociedade civil.

Impulsionada pelo desenvolvimento do CSDH, o Brasil criou a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída em 2006 por meio de um Decreto Presidencial⁶ e teve seu Regimento Interno aprovado pela Portaria MS/1358, de 23/06/06. A Comissão Nacional assumiu princípios de ação, semelhantes aos CSDH, diferenciando-se pelo nível de atuação. Os pressupostos resumem-se em produzir conhecimentos sobre a relação entre os determinantes sociais e a situação da saúde, promover e avaliar políticas e atuar junto aos setores

6 A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde foi resultado da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com objetivo de conscientizar os indivíduos sobre a importância dos determinantes sociais da saúde e as iniquidades geradas por eles. (Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>>. Acessado em: 5 junho de 2014)

da sociedade civil para estimular a conscientização.

Vulnerabilidades

O conceito de vulnerabilidade foi adaptado para o uso na saúde dentro do contexto da epidemia de HIV/aids, portanto podemos afirmar que existem três momentos distintos de acordo com o conceito associado à epidemia. Nos primeiros anos, a Epidemiologia empregava a concepção de grupos de risco; em seguida vários estudos na saúde pública foram substituindo a noção de grupos de risco pela ideia de comportamento de risco. Em um terceiro momento de estudos da epidemia, surge a noção de vulnerabilidade, em contraposição aos dois termos anteriores, uma vez que esses já não eram suficientes para explicar o fenômeno.

A ideia de grupos de risco foi disseminada rapidamente, principalmente nos meios de comunicação, por ser a primeira medida em relação à infecção. Foi um conceito bastante operacional, uma vez que serviu como um instrumento de quantificação, das possibilidades de adoecimento de um indivíduo ou grupo através da associação entre condições patológicas e outras condições não patológicas (MEYER & AYRES, 2006, p. 1338). O conceito técnico de grupo de risco empregado na Epidemiologia permanece sendo empregado; o problema no entanto foi a reinterpretção e má compreensão do conceito técnico epidemiológico pelos não epidemiologistas, fazendo com que essa terminologia trouxesse uma série de complicações. A principal consequência nefasta do mau uso do termo foi a marginalização dos indivíduos infectados.

Com o aumento da disseminação do vírus e a mudança do perfil epidemiológico, percebeu-se que o termo grupos de risco não era satisfatório para explicar o fenômeno, então o conceito foi substituído por comportamentos de risco. Entretanto, essa mudança além de perpetuar a exclusão e o abandono, ainda vinculou um caráter de culpabilização do indivíduo infectado.

Portanto, a vulnerabilidade foi incorporada aos estudos referentes à saúde como uma terceira forma de enfrentamento do crescimento da epidemia de HIV. Meyer explica que as críticas referentes ao conceito de risco não têm o objetivo de ocultar sua importância como instrumento analítico no campo da epidemiologia, mas sim questionar a exclusividade de seu uso como critério normativo de formulação e sucesso das práticas de saúde.

O conceito de vulnerabilidade é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco.

(BUCHALLA & PAIVA, 2002, p. 118). Segundo Ayres, o êxito do conceito de vulnerabilidade se deve ao fato de ter-se percebido que a epidemia respondia a determinantes cujos alcances iam bem além da ação patogênica de um agente viral.

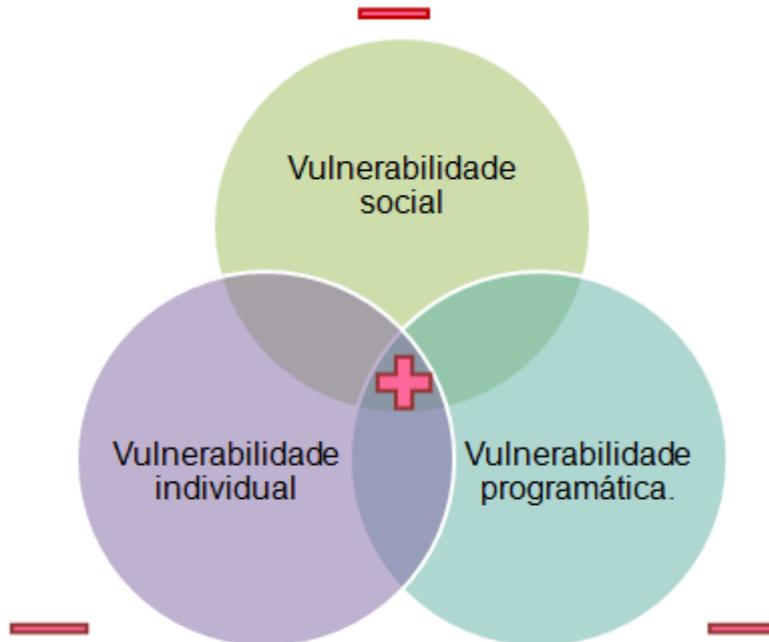
O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Por isso, a proposta da vulnerabilidade é interessante; por isso ela é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública – claro que com graus de interesse diversos. (Ayres, França, Callazans & Saletti Filho 2009, p.121)

O termo seria originário da advocacia Internacional pelos Direitos Universais do Homem, no que identifica indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Porém, a partir de 1992, nos EUA (no Brasil em 1993), a expressão foi adaptada para ser usada na saúde, por meio do livro *“Aids in the World”* (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Segundo os autores, a vulnerabilidade pode ser dividida em três níveis: social, individual e programática; ou seja, envolve três dimensões o contexto social, os comportamentos individuais e os fatores políticos e institucionais. A vulnerabilidade individual está associada aos comportamentos que produzem oportunidades de contrair doenças, porém essas ações ligadas à vulnerabilidade não são analisadas como decorrência de um comportamento voluntário. São consideradas as condições culturais e sociais em que ocorrem os acontecimentos, incluindo também o grau de discernimento que as pessoas têm sobre tais comportamentos.

A falta de condições de acesso a recursos materiais, a instituições sociais, ao poder de influenciar decisões políticas e, conseqüentemente, as barreiras culturais e as coerções sociais são elementos relativos à vulnerabilidade social. Enquanto programática, agrega as vulnerabilidades individual e social, referindo-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos e à integridade física, psicológica e social.

Figura 4 Interdependência dos níveis de vulnerabilidade



Portanto, o uso do conceito permite o reconhecimento de que adoecer é também um fenômeno social e não apenas biológico e individual, como é comumente associado. Os três tipos de vulnerabilidades articulados entre si permitem análises e intervenções multidimensionais, considerando que os indivíduos não são em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos (MEYER & AYRES, 2006, p. 1340).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O campo

O presente estudo foi desenvolvido no Setor de Infectologia do Grupo Hospitalar Conceição, situado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre (RS). O GHC, vinculado ao Ministério da Saúde, é a maior rede pública de hospitais do Sul do país, sendo constituído pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

O Hospital Conceição, maior unidade do GHC, oferece todas as especialidades de um hospital. Desde sua construção em 1959 até hoje, o hospital passou por diversas transformações na estrutura e nos modelos assistenciais à saúde. As mudanças ocorrem a partir da adequação dos serviços às necessidades da população.

Entre as linhas de cuidado do Hospital Conceição, destaca-se a de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids), a qual pertence ao Serviço de Infectologia. Lançada em 1º dezembro de 2006, Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, essa linha prevê a integralidade do atendimento a pessoas vivendo com DST/Aids, abrangendo hospital-dia, tratamento de lipodistrofia (efeito colateral dos medicamentos retrovirais que atinge a distribuição de gordura no corpo), internação hospitalar, ambulatório, atendimento a gestantes HIV+, ginecologistas, obstetras, pediatras e outros.

Entre os resultados, observamos que a população atendida, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, mais especificamente no Setor de Infectologia, se caracteriza por ser branca, ter entre 45 – 60 anos, ter estudado até o Ensino Fundamental, ocupar cargos de baixo prestígio e morar em bairros de alto – médio IDH.

Envolvimento com a temática e construção do banco

O interesse no estudo de variáveis sociais relacionadas com o diagnóstico tardio surgiu a partir da minha inserção como estagiária em um grupo de pesquisa em HIV/aids no estudo “Avaliação da presença de polimorfismo em genes envolvidos na resposta imunológica de pacientes infectados com HIV”. A pesquisa é coordenada pela Dra. Sabrina Esteves de Matos Almeida⁷ e desenvolvida pela MSc. Rúbia Marília Medeiros⁸, no âmbito da genética e da biologia molecular. O estudo foi viabilizado através de uma parceria entre as instituições Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde – RS (FEPPS-RS) e Grupo Hospital Conceição (GHC). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC sob o número de projeto 10-213.

Minha principal atividade no estágio consistia em auxiliar na busca de indivíduos que preenchessem os critérios de inclusão para – critério de inclusão = indivíduos que possuíssem acompanhamento clínico por mais de nove anos, ou seja, tempo decorrido entre a data de diagnóstico do HIV+ e ausência de terapia antirretroviral superior a 9 anos. Além do recrutamento também auxiliava nas de entrevistas dos participantes do estudo e transporte de amostras de material biológico, coletadas pelo enfermeiro encarregado, até o laboratório da FEPPS. A busca de participantes para o estudo em questão ocorreu por meio dos prontuários médicos dos indivíduos HIV+ separados para atendimento no dia da revisão ou no dia seguinte. Na rotina de coleta e revisão de dados existiam dois bancos de dados, o primeiro continha os dados dos pacientes selecionados para o estudo (aqueles que preenchiam os critérios de inclusão). E o segundo, continha dados dos pacientes que não foram selecionados para o estudo.

As revisões dos prontuários médicos permitiram que observássemos o fenômeno de interesse: a maioria dos pacientes não possuía registro do curso clínico da infecção, pois descobriam-se portadores do vírus já em estágio de aids, em outras palavras, eram indivíduos com diagnóstico tardio. Inicialmente, utilizamos

7 Doutora em Genética e Biologia Molecular-UFRGS, professora e pesquisadora Feevale e concursada FEPPS

8 Estudante de Doutorado do Programa de Pós – Graduação em Genética e Biologia Molecular – UFRGS.

os bancos, os quais foram inicialmente idealizados apenas como uma ferramenta de registro de dados, para avaliarmos globalmente o diagnóstico tardio no Serviço de Infectologia do HNSC. As variáveis registradas no banco foram: sexo do paciente, data da primeira consulta, forma de descoberta da soropositividade, primeiro registro de CD4, possível forma de infecção pelo HIV, soropositividade para o HIV do parceiro (a), co-infecções diagnosticadas na descoberta da soropositividade para HIV.

Análises iniciais de dados obtidos no GHC revelaram, entre outras informações, que, dos 1385 prontuários médicos revisados no período de janeiro a julho de 2013, 64% dos indivíduos haviam descoberto a soropositividade para o vírus HIV com parâmetros clínicos indicativos de início imediato do tratamento para aids, ou seja, em estágio avançado da doença. Cerca de 30% do total de indivíduos atendidos descobriram-se HIV-positivo durante internação devido a quadros graves de infecções oportunistas. Essas análises exploratórias foram apresentadas no Salão de Iniciação Científica (SIC) da UFRGS em 2013 e também no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (ABRASCO), também em 2013.

Variáveis aproveitadas e nova coleta

Como descrito anteriormente, os primeiros passos para a análise dos dados já existentes no banco foi uma descrição dos dados, o que nos permitiu observar, por exemplo, quantos pacientes descobriram-se portadores do HIV em função de uma internação hospitalar, quantos pacientes descobriram-se portadores do HIV em função de uma co-infecção e a contagem inicial de CD4 dos pacientes. E assim, os resultados da análise descritiva permitiram que se elaborassem novas questões sobre o diagnóstico tardio.

O segundo passo foi elaborar uma nova relação de informações as quais estivessem presentes nos prontuários e fossem relevantes do ponto de vista social. As novas variáveis incluídas foram: a) idade; b) cor da pele; c) escolaridade; d) bairro de residência; e) profissão do paciente.

Todas variáveis escolhidas estão presentes no diagrama de Dahlgren e Whitehead e podendo ou não ser um fator de vulnerabilidade para o HIV/aids. Portanto, as variáveis foram pensadas a partir da discussão sobre determinantes sociais e sobre vulnerabilidades, visando dar conta de uma discussão sobre iniquidades em níveis sociais, enquanto reflexo na saúde e na doença. Mais precisamente, em relação ao diagnóstico tardio para HIV/aids, examinou-se quais as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que podem tornar os indivíduos mais vulneráveis a uma situação de diagnóstico tardio para a infecção.

Para a nova coleta de dados, calculamos, com o auxílio de uma assessoria estatística, o número mínimo de prontuários que deveriam ser revisados a fim de tornar nossa nova amostragem estatisticamente representativa da população atendida no Serviço de Infectologia e, por conseguinte, equivalente ao grupo amostral presente no banco de dados já existente.

Assim, primeiramente, os 1385 pacientes do banco foram divididos em subgrupos a partir do CD4 – precoce (>500 células/mm³), mediano (entre 500 e 200 células/mm³), tardio (< 200 células/mm³). Após divisão da população em estratos, podendo defini-la como uma amostra não casual por cotas. Destacando que o tamanho amostral para a nova coleta de dados não pode ser calculado através da fórmula de tamanho amostral, uma vez que tratava-se de uma amostra de conveniência. Então, em três meses de busca ativa, para representar

adequadamente todos os grupos, uma nova amostragem de 300 indivíduos foi realizada. Por fim, a coleta da nova amostra finalizou com 332 casos, a partir disso calculou-se o erro amostral esperado em um intervalo de confiança de 95%. Sendo o erro amostral esperado, para um tamanho de amostra de 332 casos, com 95% de confiança é de 5,37%.

O período da coleta ocorreu entre os dias 07 de julho de 2014 até 04 de setembro de 2014, totalizando 25 dias de coleta. As novas variáveis foram coletadas dos prontuários médicos, assim como os dados anteriores. Os dados pessoais dos pacientes são coletados pelo profissional de saúde no primeiro dia da consulta, numa ficha completada a partir das respostas dos pacientes (a ficha permanece junto com o prontuário das consultas médicas). O banco final para o presente estudo inclui além destas variáveis novas as variáveis que já estavam presentes no banco anterior, a saber: sexo do paciente, data da primeira consulta, forma de descoberta da soropositividade, primeiro registro de CD4, possível forma de infecção pelo HIV, tem parceiro (a) HIV positivo, co-infecções diagnosticadas na descoberta que era soropositivo para HIV.

As categorias de possível forma de transmissão foram referidas pelo paciente (heterossexual, HSH⁹, UDI¹⁰, transfusão ou acidente de trabalho). Da mesma forma, as categorias da forma de descoberta – internação, teste positivo do(a) parceiro(a) (incluindo internação e pré-natal do parceiro), doação de sangue, rotina, sintomas de infecções, investigação ou tratamento de outros problemas de saúde – foram criadas a partir das informações citadas pelos pacientes na consulta ou pela informação registrada pelo profissional da saúde com maior frequência. Os casos de mulheres que descobriram ser HIV+ em um pré-natal foram excluídos do estudo, uma vez que o local, no qual realizamos o estudo (HNSC), é um centro de referência para gestação de risco, como é o caso de gestantes HIV+. A sua inclusão no estudo ocasionaria um viés, pois o objetivo é observar os fatores que podem influenciar o diagnóstico tardio e a testagem em pré-natal configura-se como um notável vetor de diagnósticos precoces.

Alguns prontuários médicos não continham a ficha pessoal completa, ou seja, algumas informações pessoais do indivíduo não eram perguntadas ou não foram

9 Homens que fazem sexo com homens – denominação utilizada, pois nem todos os homens que tiveram relação sexual com outros homens se identificam como homossexuais.

10 Usuário de drogas injetáveis.

registradas na primeira consulta. Por isso, os prontuários em que praticamente todos os dados pessoais estavam incompletos ou não tinham o primeiro CD4 registrado também foram excluídos da segunda coleta pela falta de dados para análise.

Padronização das variáveis

Com as variáveis novas, montamos um banco com o software Microsoft Excel totalizando 332 pacientes. As informações foram coletadas como estavam registradas, porém isso gerou divergências nas denominações dentro de uma mesma categoria, pois muitos prontuários analisados diferiam na forma como os dados foram escritos, principalmente escolaridade e cor de pele. Por exemplo, alguns prontuários referiam-se a etnia outros, a cor da pele.

Por isso, tivemos de adotar um padrão para as variáveis. Primeiramente, na variável escolaridade optou-se por utilizar níveis de ensino (iletrado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou médio incompleto, ensino médio completo, curso técnico ou ensino superior incompleto e completo). Embora a variável anos de estudo fosse considerada ideal para a realização de diferentes testes, não teríamos como resgatar as informações daqueles indivíduos onde foram registrados os níveis de ensino. Situação semelhante ocorreu com a variável cor da pele, por não ter como recorrer a outra informação como etnia ou as variações de cor da pele (branco, negro, pardo, amarelo, indígena), restringiu-se a denominação branco e não-branco.

A faixa etária dos pacientes foi criada, a partir da pesquisa "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids" conduzida pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, por solicitação da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde em 1998, ou seja, buscou-se dividir os estratos em razão do comportamento sexual predominante em diferentes períodos de vida.

Outra padronização realizada foi a criação de um agrupamento, para realização das análises, das variáveis ocupação/profissão e moradia. Para a formação dos grupos, elegeu-se a discussão sociológica sobre prestígio social como critério para agrupamento.

Giddens (2010) argumenta que, segundo Weber, a sociedade poderia ser caracterizada por conflitos entre o poder e os recursos. Então, a estratificação seria uma espécie de "ordem social" influenciada por dois aspectos: status e partido. O

status consistiria nas diferenças entre grupos sociais, distinguidos pela honra e prestígio social que recebem de outras pessoas. Enquanto o partido é definido pela formação de um grupo de indivíduos que trabalham juntos por origens, metas ou interesses comuns.

No mercado, a posição do indivíduo tem grande influência sobre suas chances gerais de na vida.

Os que não têm propriedade mas oferecem serviços são distinguidos tanto pelos tipos de serviço que prestam como pela forma pela qual fazem uso desses serviços [...] que o tipo de oportunidade de mercado é o momento decisivo que apresenta condição comum para a sorte individual. (WEBER, 1979, p. 214)

Assim, foram criadas quatro categorias segundo as quais as ocupações foram classificadas: alto prestígio, médio prestígio, baixo prestígio e muito baixo prestígio. Foram consideradas como ocupações de alto prestígio, por exemplo, engenheiro, publicitário e enfermeiro. De médio prestígio, secretária e comerciário; de baixo prestígio, empregada doméstica, faxineira, mecânico, cozinheiro. Por fim, foram consideradas como ocupações de muito baixo prestígio, profissional do sexo, catador de lixo/reciclador e gari/lixeiro (classificação completa das categorias de ocupação em anexo).

As categorias de moradia foram organizadas, a partir do Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) dos bairros, registrado para o ano de 2000. Esse índice foi estabelecido pelo Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre¹¹. Esta plataforma – por meio dos questionários dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – oferece uma série de indicadores socioeconômicos, para os anos de 1991 e de 2000.

O IDH em nível global é uma média simples dos sub-índices calculados de cada região. Porém, foi preciso fazer algumas adaptações¹² ao aplicá-lo nos municípios, uma vez que o instrumento foi idealizado para ser utilizado em países. As faixas de IDH Global são divididas em baixo (0 – 0,49), médio (0,5 - 0,79) e alto (0,8 – 1,0), já entre municípios foram subdivididas as categorias em muito baixo (0 – 0,49): baixo (0,5-0,59): Médio (0,60 - 0,69): Alto (0,7 - 0,79): Muito Alto (0,8 e 1).

¹¹ O Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre elaborado por meio de convênio entre o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), a Fundação João Pinheiro, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (cuja coordenação coube aos autores do presente artigo) e a METROPLAN (Fundação Estadual de Planejamento e Desenvolvimento e Regional do Rio Grande do Sul).

¹² Para a construção do IDHM, foram feitas as seguintes adaptações: na dimensão renda, o PIB per capita foi substituído pela renda familiar per capita e, na dimensão educação, a taxa de matrícula foi substituída pela taxa de frequência à escola. (BASSANI, s.d, p.:1)

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil essas adequações foram feitas, pois descreveriam melhor a conjuntura brasileira¹³.

Para o trabalho, utilizamos a mesma escala que o Atlas, porém associamos as categorias de IDH baixo e médio em uma categoria única, baixo-médio, reunimos também as categorias alto e muito alto em alto-muito alto. Não foram encontrados entre os pacientes do nosso estudo moradores de bairros com menos que 0,59, ou seja, não existem pacientes residentes em unidades com muito baixo IDHM na nossa pesquisa. Essas alterações foram feitas, pois em uma amostra de 332 casos não haveria valores suficientes para todas as faixas e utilizar o IDH global (com apenas três faixas) não expressaria as diferenças presentes no território.

A plataforma disponibiliza apenas os valores de Porto Alegre e da região metropolitana, por isso foram classificados dentro desses critérios apenas os pacientes que residiam nesses limites. Aqueles que moram em outras regiões foram classificados para esta variável como “dado desconhecido” (*missing*) por falta de algum método avaliativo. Também vale lembrar que esses indicadores são referentes a 2000, visto que não há valores de referência atuais.

ANALISES ESTATÍSTICAS

Após organizar o banco com as informações descritas acima, testes estatísticos foram realizados com o auxílio do Software IBM SPSS V 16.0 (Windows).

Primeiramente, caracterizamos a amostra utilizando o chi-quadrado de Pearson, com correção de Yates para número amostral <5, e o teste-t de Student para variáveis qualitativas e quantitativas respectivamente. Avaliamos as diferenças entre os subgrupos formados a partir da variável diagnóstico (tardio e não tardio) com relação a informações disponíveis do indivíduo e sobre o momento do diagnóstico, a saber, sexo, primeiro CD4, possível forma de transmissão, co-infecções, categoria de descoberta. Desta forma, constatamos algumas relações entre estas variáveis e o diagnóstico tardio.

Posterior à caracterização da amostra, utilizamos a regressão logística para investigar a associação entre os condicionantes sociais e desfecho do diagnóstico.

¹³ Informações encontradas em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/perguntas_frequentes> (Acesso em 27 de novembro de 2014)

A regressão logística é utilizada quando a variável dependente é dicotômica, sendo nesse caso diagnóstico tardio ou diagnóstico não tardio.

As variáveis explicativas incluídas na análise de regressão logística foram sexo, cor da pele, faixa etária, escolaridade, categorias de ocupação e classificação IDH do bairro que reside. Primeiro realizamos uma regressão univariada, com o objetivo de inferir a relação individual das variáveis e o diagnóstico tardio para HIV/aids. Em seguida, compomos uma regressão multivariada, um modelo mais complexo, com todas as variáveis que apresentaram associação significativa na análise univariada, para observar a relação das variáveis não apenas com o desfecho, mas também entre elas.

A resposta na regressão logística é expressa por meio de uma probabilidade de ocorrência. As taxas de probabilidade (OD, *odds ratio*) foram calculadas com os limites, inferior e superior, de confiança de 95% (IC, intervalo de confiança) e um $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

A amostra total contempla 332 casos de indivíduos vivendo com HIV/aids atendidos regularmente no Serviço de Infectologia do Grupo Hospitalar Conceição. A caracterização da amostra e as comparações entre os subgrupos amostrais (diagnóstico tardio e diagnóstico não tardio), utilizando informações disponíveis do indivíduo e relacionadas ao momento do diagnóstico são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 Caracterização da amostra de pacientes vivendo com HIV/Aids, a partir dos testes chi quadrado e t de student (diagnóstico tardio e não tardio).

Características	n (%) ^a	Tardio (%) ^a	Não tardio (%) ^a	p
Total da amostra	332	147 (44,3)	185 (55,7)	
Sexo				0,006
Feminino	160 (48,2)	59 (40,1)	101 (54,6)	
Masculino	172 (51,8)	88 (59,9)	84 (45,4)	
Primeiro CD4^b				>0,001
Média (desvio padrão)	310 (268,8)	108 (76,2)	522 (221,7)	
Co-infecção^c				>0,001
Sim	167 (51,7)	97 (67,4)	70 (39,1)	
Não	156 (48,3)	47 (32,6)	109 (60,9)	
Dado desconhecido	9	3	6	
Comodescoberta o HIV+				>0,001
Durante internação	113 (46,5)	92 (69,6)	21 (18,9)	>0,001
Teste positivo do parceiro (a)	34 (14,0)	7 (5,3)	27 (24,3)	>0,001
Doação de Sangue ou teste de rotina	34 (14,0)	7 (5,3)	27 (24,3)	>0,001
Sintomas de aids	23 (9,5)	9(6,8)	14 (12,6)	0,145
Investigação por problemas de saúde não relacionados	39 (16,0)	17 (12,8)	22 (19,9)	0,172
Dado desconhecido	89	18	71	
Possível forma de transmissão (relatada)				0,242
Heterossexual	179 (71,0)	65 (69,9)	114 (71,7)	
HSH ^d	39 (15,5)	11 (11,8)	28 (17,6)	
UDI ^e	31 (12,3)	16 (17,2)	15 (9,4)	
Outros ^f	3 (1,2)	1 (1,1)	2 (1,3)	
Dado desconhecido	80	54	26	

^aPercentual válido.

^bPrimeiro exame com os níveis de CD4 registrados.

^cTuberculose, hepatite, sífilis, toxoplasmose, herpes zoster, pneumocistose, sarcoma de Kaposi.

^dHomens que fazem sexo com homens.

^eUsuários de drogas injetáveis.

^fDois casos de transfusão de sangue e um caso de acidente de trabalho.

Entre os pacientes do estudo, 44,3% descobriram-se HIV+ em um estágio avançado de aids. O grupo de diagnóstico tardio é composto principalmente por homens (59,9%). E ainda, os indivíduos deste grupo chegam ao Serviço de Infectologia com CD4 em média de 108 células/mm³, diferindo significativamente do grupo de diagnóstico não tardio (522 células/mm³).

Já entre as categorias de descoberta, destaca-se a diferença entre o número de pacientes que descobriu-se durante uma internação, uma vez que 71,3% dos diagnósticos tardios ocorreram desta forma. Por outro lado, as categorias de descoberta teste positivo do parceiro (a), doação de sangue e teste de rotina são fatores significativamente relacionados ao diagnóstico não tardio. A possível forma de transmissão relatada pelos pacientes não apresentou diferença significativa entre os subgrupos amostrais.

As características sociodemográficas foram expressas na tabela 3. Em relação a cor da pele 237 pacientes são autodeclarados brancos, enquanto 95 pacientes se autodeclararam não brancos.

Tabela 3. Características sociodemográficas dos pacientes vivendo com HIV/aids, de acordo o diagnóstico tardio ou não tardio.

Características		n (%) ^a	Tardio (%) ^a	Não tardio (%) ^a
Total da amostra		332	147 (44,3)	185 (55,7)
Faixa etária^b	20 aos 35	77 (23,5)	22 (15,3)	55 (30,1)
	36 aos 45	94 (28,7)	43 (29,9)	51 (27,9)
	46 aos 60	124 (37,9)	61 (42,4)	63 (34,4)
	60 ou +	32 (9,8)	18 (12,5)	14 (7,7)
	Dado desconhecido	5	3	2
Cor da pele	Branco	237 (71,4)	96 (65,3)	141 (76,2)
	Não branco	95 (28,6)	51 (34,7)	44 (23,8)
Escolaridade	Illetros	19 (5,7)	16 (10,9)	3 (1,6)
	E. Fundamental incompleto	112 (33,7)	59 (40,1)	53 (28,6)
	E. Fundamental completo ou Médio incompleto	89 (26,8)	50 (34,0)	39 (21,1)
	E. Médio completo	75 (22,6)	17 (11,6)	58 (31,4)
	E. Superior ou Técnico	37 (11,1)	5 (3,4)	32 (17,3)
Ocupação	Muito baixo prestígio	5 (1,9)	3 (2,2)	2 (1,1)
	Baixo prestígio	223 (71,2)	108 (79,4)	115 (65,0)
	Médio prestígio	73 (23,3)	22 (16,2)	51 (28,8)
	Alto prestígio	12 (3,8)	3 (2,2)	9 (5,1)
	Dado desconhecido	19	11	8
Bairro de residência	Médio – Alto IDH	189 (69,6)	82 (61,7)	
	Baixo IDH	83 (30,5)	51 (38,3)	
	Dado desconhecido	60	14	

^aPercentual válido.

^bCrítérios de definição segundo o comportamento sexual.

A escolaridade dos pacientes incluídos no estudo é baixa: 66,2% dos pacientes têm apenas o Ensino Fundamental concluído ou o Ensino Médio incompleto. Entre as categorias de ocupação 72,8% das pessoas HIV+ se concentram nas categorias de muito baixo prestígio e baixo prestígio. A maioria dos pacientes reside em bairros de médio ou alto desenvolvimento humano (69,6%).

Na Tabela 4 constam as análises de regressão logística. A primeira parte refere-se aos dados da análise univariada. Observou-se que o nível de ensino é um elemento que influencia substancialmente o momento em que a infecção é diagnosticada. Isto é, um grau elevado de escolaridade parece ser um fator de proteção, ao passo que os indivíduos iletrados apresentam 34,133 vezes mais chances de ter um diagnóstico tardio (IC 7,230-161,151; $p > 0,001$) em comparação a um indivíduo com curso técnico, com ensino superior incompleto ou completo (categoria de referência). Da mesma forma, a medida que o grau de instrução aumenta, as chances de ocorrer um diagnóstico tardio diminuem.

Em relação ao IDH dos bairros, os indivíduos que moram em zonas com índices de IDH mais baixos têm 2,080 (IC 1,227-3,524; $p = 0,007$) vezes mais chances de descobrirem seu status sorológico em níveis avançados da doença, logo morar em bairros com maior IDH é um componente de proteção em nossa amostra.

Na segunda parte da tabela, foram incluídos os resultados da análise multivariada. As variáveis presentes neste modelo que estão associadas a um aumento das chances significativo de ter um diagnóstico tardio para HIV/aids foram: ser homem (OR2,869; IC 1,623-5,072; $p > 0,001$), ter entre 45 e 60 anos (OR2,281; IC 1,101-4,725; $p = 0,026$), ter um baixo nível de escolaridade e residir em um bairro com baixo desenvolvimento humano.

Tabela 4. Regressão logística entre a variável dependente diagnóstico tardio e as variáveis explicativas. Primeira relação, regressão logística univariada, na qual testou-se a associação de cada variável com o diagnóstico tardio para HIV/aids. A segunda parte da tabela apresenta os resultados da análise multivariada, com as variáveis que apresentaram associação individual significativa.

Categorias	Análise Univariada			Análise Multivariada			
	OD	IC (95%)	Valor de p	OD	IC (95%)	Valor de p	
Sexo	Feminino	Referência			Referência		
	Masculino	1,793	1,156 ; 2,781	0,009	2,869	1,623 ; 5,072	>0,001
Faixa etária	20 aos 35	Referência			Referência		
	36 aos 45	2,108	1,112 ; 3,996	0,022	1,847	0,840 ; 4,062	0,127
	45 aos 60	2,421	1,319 ; 4,442	0,004	2,281	1,101 ; 4,725	0,026
	60 ou +	3,214	1,366 ; 7,563	0,007	2,507	0,836 ; 7,517	0,101
Cor da pele	Branco	Referência			Referência		
	Não branco	1,702	1,054 ; 2,750	0,030	1,490	0,800 ; 2,772	0,209
Escolaridade	E. Superior ou Técnico	Referência			Referência		
	Letrados	34,133	7,230 ; 161,151	>0,001	25,661	4,705 ; 139,966	>0,001
	E. Fundamental incompleto	7,125	2,587 ; 19,618	>0,001	7,006	2,257 ; 21,750	0,001
	E. Fundamental completo ou Médio incompleto	8,205	2,925 ; 23,014	>0,001	6,394	2,023 ; 20,205	0,002
	E. Médio compl.	1,876	0,633 ; 5,560	0,256	2,101	0,629 ; 7,023	0,228
Ocupação	Alto prestígio	Referência					
	Muito baixo prestígio	4,5	0,491 ; 41,248	0,183			
	Baixo prestígio	2,843	0,750 ; 10,780	0,124			
	Médio prestígio	1,235	0,304 ; 5,019	0,768			
Bairro de residência	Alto – Médio IDH ^a	Referência			Referência		
	Baixo IDH	2,08	1,227 ; 3,524	0,007	1,930	1,053 ; 3,535	0,033

DISCUSSÃO FINAL

O escopo deste trabalho é verificar, por meio das análises estatísticas, quais fatores tornam os indivíduos mais propensos (ou quais indivíduos têm mais chances) de descobrir ser HIV+ já em estágio avançado de aids.

Leal (2008) expõe que, a aids é uma pandemia, ou seja, é uma epidemia global, porém seu desfecho é semelhante a outras doenças designadas como *tropicais*, ou seja, a aids assim como as *doenças tropicais* estão fortemente relacionadas as iniquidades sociais. Desta maneira, a autora explica que mesmo com a evolução dos tratamentos e diagnósticos, a aids acomete de forma desproporcionalmente mais alta as sociedades mais pobres e socialmente excluídos (p. 238-9). Partindo desse pressuposto, utilizamos as características sociodemográficas dos pacientes atendidos no setor de Infectologia do GHC e baseamos o trabalho no modelo de determinação social da saúde e na discussão sobre vulnerabilidades obtida na literatura.

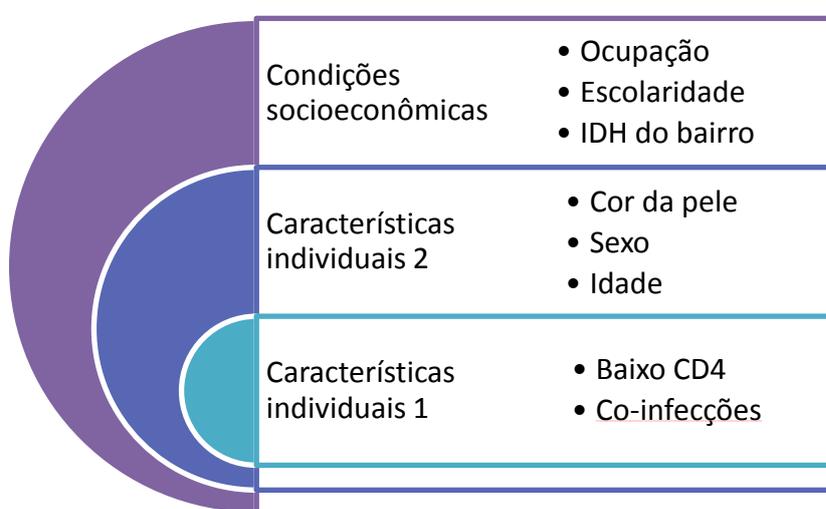
Entre os aspectos da amostra, nota-se que 147 indivíduos tiveram um diagnóstico tardio, destes 59,9% são homens, 42,4% tem entre 46 e 60 anos e 51% tem até o ensino fundamental completo. Ao mesmo tempo, a maior parte se concentra em ocupações de baixo prestígio (79,4%). Sobre a forma que descobriram a infecção, 71,3% dos pacientes que tiveram um diagnóstico tardio para HIV/aids tomaram conhecimento da infecção em uma internação. Além disso, desses mesmos pacientes, 67,4% descobriram-se HIV+ já com infecções oportunistas, demonstrando um grau elevado de fragilidade das defesas naturais, ou seja, um elevado risco de morte.

Após análise das características dos pacientes amostrados, observamos as chances de diagnóstico tardio por intermédio de associações entre as variáveis e o desfecho. Estes resultados permitem que tracemos um perfil dos indivíduos que constata sua sorologia positiva em estágio crítico de aids, observamos uma associação significativa entre sexo, escolaridade e IDH do bairro e o diagnóstico tardio ($p > 0,05$). Homens de baixa escolaridade e moradores de bairros subdesenvolvidos estão mais vulneráveis a um diagnóstico tardio de aids. Sendo assim, no contexto do estudo, aponta-se como fatores condicionantes para

diagnóstico tardio o gênero¹⁴ e as desigualdades sociais (neste caso a educação e a habitação).

Como exposto, as variáveis associadas sexo e idade estão inseridas no nível das características individuais do paciente, segundo modelo de Dahlgren e Whitehead. E ainda, as variáveis escolaridade, ocupação, IDH do bairro que o paciente reside ocupam os níveis das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Figura 4).

Figura 5. Modelo das variáveis



Fonte: Elaboração própria.

Gomes (2007) refere que, uma das causas para a falta de cuidado – dos homens – com a saúde está relacionada à questão de considerarem o autocuidado como práticas femininas, neste caso ser cuidadoso poderia por sua masculinidade em questionamento. Sendo o gênero um dos fatores associados ao diagnóstico tardio entre os homens, precisamos antes, referir o que é considerado masculino no imaginário social e como é constituído esse padrão. Os estereótipos masculinidade, estudados entre outros por Kimmel (1998) são constituídos simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder, uma de homens e mulheres e outra de homens e outros homens. As características, do padrão de masculinidade hegemônico, se baseiam no oposto do que é considerado ser feminino, nessa perspectiva tudo o que não se “encaixa” no modelo é considerado inferior.

14 Gênero enquanto construções sociais para designar atributos e funções diferentes ao sexo binário constituído pela biologia.

Além disso, Gomes (2007) refere que os sujeitos por ele entrevistados descrevem o homem (imaginário social) como viril, forte e invulnerável. Logo, o fato da doença ser um sinal de fragilidade, somado aos estigmas decorrentes da condição da infecção HIV/aids, pode fazer com que o indivíduo adie a busca por um serviço de saúde, o que por sua vez pode acarretar um diagnóstico tardio. A força associada a masculinidade pode ainda dificultar que homens reconheçam em si mesmos a possibilidade de se serem HIV+.

As questões relativas ao imaginário social e a dificuldade de problematizá-las se agravam quando observamos em nosso estudo a questão da escolaridade. O pesquisador Gomes (2007) explica que os indivíduos com maior escolaridade conseguiam refletir e adotar um posicionamento crítico sobre essas questões. Como foi verificado, a variável escolaridade apresentou-se associada às condições em que o indivíduo descobre-se com aids. Segundo Fonseca (2000), o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, a perspectivas e a possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos. Por isso, é um elemento indispensável tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BATISTELLA, 2007).

Já com relação à faixa etária, observamos que a relação entre o diagnóstico tardio e a faixa etária apresentou associação significativa, apenas entre os pacientes na faixa de 45 a 60 anos. Segundo Garcia e Souza (2010), pessoas acima de 45 anos e os menos escolarizados possuem conhecimento ainda incipiente em relação às formas de transmissão e prevenção da aids, logo o mesmo pode ocorrer relacionado a descoberta da infecção HIV/aids. É coerente supor que indivíduos com uma idade mais avançada, baixa escolaridade e baixa renda tenham maior dificuldade de acesso a meios de informação, quando comparados com indivíduos mais jovens, com nível de escolaridade e renda maior. Isso pode resultar em um menor nível de esclarecimento sobre HIV/aids e um adiamento na testagem para HIV/aids e conseqüentemente um diagnóstico tardio.

Em relação a condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, o índice de escolaridade compõe o IDH em conjunto com outros dois índices, saúde e renda. O IDH é a soma das médias desses três índices. Desta forma, as relações encontradas entre o diagnóstico tardio corroboram com as disparidades entre o

menor IDH entre os bairros e o mais alto. O baixo IDH de um bairro é formado pelos baixos índices de escolaridade, de longevidade e de renda por indivíduos, ou seja, os moradores de bairros com baixo desenvolvimento têm mais chances de terem um diagnóstico tardio, sendo que esses mesmos moradores possivelmente possuem um nível baixo ou nenhum de ensino, em ocupações de baixo prestígio e provavelmente de baixa remuneração com menor acesso a serviços públicos incluindo os de saúde.

As disparidades entre os bairros são notáveis em termos de segurança, condições ambientais e da disponibilidade de serviços e instalações públicas (GIDDENS, 2010: 359). Locais de baixa renda geralmente carecem de saneamento básico e água potável, aumentando o risco de contrair infecções, o que para um indivíduo imunodeprimido seria danoso ou até mesmo fatal.

Considerações a respeito dos resultados permitem inferir que as condições de moradia, a baixa escolaridade e pertencer ao gênero masculino tornam o indivíduo mais vulnerável ao diagnóstico tardio de HIV/aids. Embora, possam existir limitações no estudo é importante considerarmos os resultados obtidos como instrumento de reconhecimento das vulnerabilidades que desencadeiam os diagnósticos tardios de HIV/aids. Desta forma, a ampliação da discussão a partir de trabalhos semelhantes permitirá refletir sobre as condições de vulnerabilidades e sobre as iniquidades sociais.

Observar atentamente os fatores associados ao diagnóstico tardio podem propiciar o desenvolvimento de práticas voltadas às necessidades dos grupos mais vulneráveis. Segundo Pellegrini Filho (2011), as estratégias de proteção e prevenção baseadas na intervenção sobre os mais expostos aos fatores de risco individuais, são pouco eficazes, pois não consideram os determinantes sociais desses fatores de risco. Portanto, o processo de reconhecimento das vulnerabilidades proporciona não apenas a ampliação das ações em saúde, mas também a efetividade das operações voltadas à formulação de políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Melissa Rodrigues; GOMES, Rogério Miranda. Medicalização social e educação: Contribuições da teoria da determinação social do processo saúde doença. Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP, 25 (1): 155-175, jan./abr. 2014.

ADH – Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre. – Porto Alegre: Prefeitura Municipal/Secretaria de Coordenação Política e Governança Local; Metroplan; PNUD; Fundação João Pinheiro, 2008.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Organização: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. p.117-139.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. IN O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARBETTA, Pedro Alberto. Estatística aplicada às ciências sociais. In: Estatística aplicada às ciências sociais. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007.

BASSANI, Valéria D.Sartori.Porto Alegre Desigual: Os vários retratos de uma metrópole.<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf>s.d, p.: 9. (10 de novembro de 2014)

BERQUO, Elza, & GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Comportamento sexual e percepções sobre o HIV/Aids no Brasil, 1998-2005. Revista de Saúde Pública, vol. 42, Suplemento 1, Junho 2008, 137 p. (ISSN 0034-8910). Disponível em: <<http://www.cebrap.org.br/v2/researches/view/61> >

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013.

BRASIL. Política Brasileira De Enfrentamento Da Aids Resultados, Avanços E Perspectivas. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2012. Disponível em:

BRASÍLIA. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual./Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, 1999. 32 p Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf>

BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. Agosto. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500016&lng=en&nrm=iso.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

COSTA, Larissa. PORNOTOPIA: história, desafios e reimaginações das pornografias feministas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CRUZ, Marly Marques. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>

FERREIRA. Eugênio C. Segmentação interna e prestígio nas profissões: questões teóricas e hipóteses de pesquisa. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia. 29 de maio a 5 de junho, 2007. Recife (PE). Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=145&Itemid=171

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. 34, 2000.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saude soc., São Paulo, v.19, supl.2, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso.

GIDDENS, Anthony. Sociologia. 6. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 847 p.: Il.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro : LTC, [1988].

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da Aids no Brasil em municípios Brasileiros de 2002-2006. *Rev Saúde Pública*; 44(3):430-40, 2010

KNAUTH, Daniela R; VÍCTORA, Ceres G; LEAL, Ondina F. A banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998

LEAL, Andrea Fachel. "No peito e na raça" - a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15570/000685572.pdf?...1>>

MANN, Jonathan, TARANTOLA, Daniel e NETTER, Thomas. A aids no mundo. Rio de Janeiro : Relume Dumará/Abia, 1993.

MEDEIROS, Rubia Marília de. Avaliação de polimorfismos em genes envolvidos na resposta imune inata de pacientes infectados com HIV-1 e sua influência na progressão à AIDS. Dissertação (Mestrado em Genética e Biologia Molecular) – Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/61444?locale=pt_BR>

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (6): pp. 1335-1342, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde no Brasil: um estudo sobre sua trajetória. In: *Sobre a sociologia da saúde origens e desenvolvimento*. Segunda edição. Editora Hucitec. São Paulo. 2007, pp. 153-169.

OLIVEIRA, Maria Tereza da Costa. 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. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, 2007.

PAIVA, V., BUGAMELLI, L., LEME, B., VENTURA-FILIPPE, E., TUNALA, L., & SANTOS, N. A Vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero?. Artigo publicado e traduzido do Cuadernos Mujer Salud 3 (1998), RED de SALUD de las MUJERES LATINO AMERICANAS Y DEL CARIBE, pp. 34-38.

PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; BUCHALLA, Cassia Maria. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I : da doença à cidadania. Curitiba : Juruá, 2012.

PAIVA, Vera, CALAZANS, Gabriela, VENTURI, Gustavo, DIAS, Rita.I . Idade e uso

de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, supl. 1, Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=en&nrm=iso>.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; SEFFNER, Fernando. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro III : pluralidade de vozes e inovação de práticas. Curitiba: Juruá, 2012.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Pobreza e HIV/Aids. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000.

PERIN, Nádia Maria. Organização da informação da memória do Hospital Nossa Senhora Da Conceição: História Oral (1959-1975). Projeto de conclusão de curso de Especialização em Informação Científica e Tecnologia em Saúde - ICTS da FIOCRUZ / GHC como requisito para a obtenção do título de especialista. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3152>>

PERRUSI, Artur F. A. Sociologia histórica da doença: o caso da AIDS. In: XV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2011, Curitiba. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia, realizado em Curitiba-PR, de 26 a 29 de julho de 2011, 2011.

PORTO ALEGRE. Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Outubro de 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1424284710_Linha%20Cuidado%20Versao%20Final.pdf>

SEFFNER, Fernando. AIDS, estigma e corpo. In: Corpo e significado : ensaio de Antropologia Social. Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 2001. P. 385-407

SPEROTTO, Sandra Denise de Moura. Diagnóstico tardio e início do tratamento oportuno de HIV/AIDS na população do Rio Grande do Sul. Pós-Graduação do Mestrado Profissionalizante de Saúde Pública Baseada em Evidência- UFPEL. Pelotas, 2010.

ANEXOS.

ANEXO 1. Parecer de aprovação do Comitê de Ética - GHC.



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trin, 596
CEP 91369-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 23
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 02.787.128/0001-75

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mesquita, 17
CEP 91450-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 02.693.134/0001-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto n° 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 30 de novembro de 2010, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-213

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

JOSÉ ARTUR BOGO CHIES

LUIZ FERNANDO JOBIM

MARIA CRISTINA COTTA MATTE

RÚBIA MARÍLIA MEDEIROS

DENNIS MALETICH JUNQUEIRA

LEONARDO AUGUSTO LUVISON ARAÚJO

CYNARA CARVALHO NUNES

MARINEIDE GONÇALVES DE MELO

BRENO RIEGEL SANTOS

MARIA LÚCIA ROSA ROSSETTI

SABRINA ESTEVES DE MATOS ALMEIDA

Título: Avaliação de polimorfismos em genes envolvidos na resposta imunológica de pacientes infectados com HIV-1.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 30 de novembro de 2010.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPPS

Av Ipiranga 5400, Prédio Administrativo.
CEP 90.610-000 – PORTO ALEGRE/RS
e-mail: cep_fepps@fepps.rs.gov.br



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP/FEPPS-RS Nº: 13/2010
PROCESSO Nº: 002964-20.69/ 10-5
PROJETO PADCT Nº: 12/2010
Deliberação conforme reunião realizada em: (27/09/2009)

Título do Projeto:

**“AVALIAÇÃO DE POLIMORFISMOS EM GENES ENVOLVIDOS NA
RESPOSTA IMUNOLÓGICA DE PACIENTES INFECTADOS COM HIV-1”.**

Nome do pesquisador principal:

Sabrina Esteves de Matos Almeida

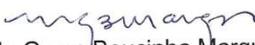
PARECER	
<input checked="" type="checkbox"/>	APROVADO
<input type="checkbox"/>	APROVADO COM RECOMENDAÇÕES
<input type="checkbox"/>	NECESSITA DE ADEQUAÇÕES
<input type="checkbox"/>	NÃO APROVADO

PARECER DO COMITÊ:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FEPPS/RS em reunião do dia 27/09/2010, Ata nº 13/2010, que o presente projeto está adequado ética e metodologicamente de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Res.196/96/CNS e suas complementares) e portanto, **aprovado** por este Comitê.

Reiteramos que relatórios semestrais do projeto em andamento, relatório final e cópia do trabalho de conclusão e/ou publicação deverão ser entregues ao Comitê de Ética em Pesquisa da FEPPS.

Porto Alegre, 27 de setembro de 2010.


Maria da Graça Boucinha Marques
Coordenadora CEP-FEPPS/RS

ANEXO 2. Categorização da variável ocupação.

Ocupação	Categorias
Administrador postal	Médio prestígio
Aeroviário	Alto prestígio
Agente de Saúde	Médio prestígio
Agricultor	Baixo prestígio
Apenado	Muito baixo prestígio
Aposentado	Baixo prestígio
Artista plástica	Médio prestígio
Autônomo	Sem classificação
Auxiliar administrativo	Médio prestígio
Auxiliar de cargas	Baixo prestígio
Auxiliar de cozinha	Baixo prestígio
Auxiliar de produção	Baixo prestígio
Auxiliar de programação	Médio prestígio
Auxiliar de serviços gerais	Muito baixo prestígio
Auxiliar farmacêutico	Médio prestígio
Balconista	Baixo prestígio
Biscate	Sem classificação
Cabeleireiro	Médio prestígio
Cabista	Baixo prestígio
Carpinteiro	Baixo prestígio
Chapeador	Baixo prestígio
Cobrador de ônibus	Baixo prestígio
Comerciário	Médio prestígio
Confeiteira	Baixo prestígio
Conferente	Baixo prestígio
Contador	Alto prestígio
Corretor de imóveis	Médio prestígio
Corretor de seguros	Médio prestígio
Costureira	Baixo prestígio
Cozinheiro	Baixo prestígio
Educador Social	Médio prestígio
Eletricista	Baixo prestígio
Empregada Doméstica/Diarista	Baixo prestígio
Enfermeiro	Alto prestígio
Engenheiro	Alto prestígio
Estivador	Baixo prestígio
Estoquista	Baixo prestígio
Estudante	Médio prestígio
Feirante	Baixo prestígio
Fiscal	Médio prestígio
Frentista	Baixo prestígio

Funcionário de limpeza/Terceirizado	Baixo prestígio
Garçom	Baixo prestígio
Gari	Muito baixo prestígio
Gerente	Médio prestígio
Gesseiro	Baixo prestígio
Industriário	Baixo prestígio
Instrutor de auto-escola	Médio prestígio
Investidor imobiliário	Médio prestígio
Jardineiro	Baixo prestígio
Jornaleiro	Baixo prestígio
Jornalista	Alto prestígio
Manicure	Baixo prestígio
Marceneiro	Baixo prestígio
Massagista	Baixo prestígio
Mecânico	Baixo prestígio
Metalúrgico	Baixo prestígio
Monitor	Sem classificação
Motorista	Baixo prestígio
Músico	Médio prestígio
Músico	Médio prestígio
NI	Sem classificação
Operador de caixa	Baixo prestígio
Operador de máquinas	Baixo prestígio
Pedreiro	Baixo prestígio
Pintor	Baixo prestígio
Professor	Alto prestígio
Profissional do sexo	Muito baixo prestígio
Programador de Sistemas	Alto prestígio
Publicitário	Alto prestígio
Recepcionista	Baixo prestígio
Reciclador	Muito baixo prestígio
Representante Comercial	Médio prestígio
saúde	Sem classificação
Sem profissão/Dona de casa	Baixo prestígio
Supridor	Baixo prestígio
Técnico de enfermagem	Médio prestígio
Técnico em eletrônica	Médio prestígio
Técnico em radiologia	Médio prestígio
Topógrafo	Baixo prestígio
Vendedor	Médio prestígio
Vigilante	Baixo prestígio