



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**LIGIA MARIA SILVA DE OLIVEIRA**

**Fatores preditores de reinternação precoce em unidade de  
internação para pacientes com infecção pelo HIV**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2018**

**LIGIA MARIA SILVA DE OLIVEIRA**

**Fatores preditores de reinternação precoce em unidade de  
internação para pacientes com infecção pelo HIV**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

**Área de concentração:** Gestão de Organizações de Saúde

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana

**RIBEIRÃO PRETO**

**2018**

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

### FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Ligia Maria Silva

Fatores Preditores de Reinternação Precoce em Unidade de Internação para pacientes com Infecção Pelo HIV. Ligia Maria Silva de Oliveira. / Orientador: Rodrigo Carvalho Santana. - Ribeirão Preto. 2018

44p.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) Programa de Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

1. HIV. 2. Reinternação. 3. Adesão.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Oliveira, Lígia Maria Silva de

Título: Fatores Preditores de Reinternação Precoce em Unidade de Internação para pacientes com Infecção Pelo HIV.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

**Área de concentração:** Gestão de Organizações de Saúde

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico este estudo a todas as pessoas vivendo com HIV - AIDS e que lutam diariamente com o preconceito da sociedade, em especial a todos aqueles atendidos na U.E.T.DI.*

## *AGRADECIMENTOS*

*Primeiramente a Deus,  
Por guiar meus passos, me proteger, pelas oportunidades e  
me dar força nos momentos de dificuldades.*

*Ao meu esposo Maícon pela paciência e por estar ao meu  
lado nos piores momentos.*

*Aos meus amigos pelo grande apoio oferecido e pela troca  
de saberes e práticas em especial a farmacêutica Lillian que  
sempre me incentivou.*

*Ao meu orientador Professor Dr. Rodrigo Santana, pelo  
apoio, paciência e aprendizado, você é um excelente profissional  
e sempre me apoiou em tudo, sem você esse sonho não seria  
possível.*

## RESUMO

Oliveira LMS. **Fatores preditores de reinternação precoce em unidade de internação para pacientes com infecção pelo HIV.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2018.

Desde a descrição inicial dos primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida, em 1981, a doença se expandiu por todo o mundo tornando-se grave problema de saúde pública mundial. Com o advento da terapia antirretroviral (TARV) altamente potente em meados da década de 1990 houve considerável declínio da mortalidade por causas relacionadas à AIDS. No entanto, as doenças oportunistas ainda respondem por consideráveis taxas de mortalidade em pessoas vivendo com HIV em diferentes regiões do mundo. Associado a isto, neste grupo de pacientes são frequentes fatores que prejudicam a adesão ao tratamento e o adequado controle da doença, como uso de drogas ilícitas, vulnerabilidade social e transtornos psiquiátricos. Tais fatores se refletem em elevadas taxas de internação hospitalar em pacientes infectados pelo HIV. Por outro lado, as elevadas taxas de internação elevam custos às instituições de saúde e potenciais risco à saúde dos pacientes. As taxas de reinternação hospitalar em 30 dias tem sido utilizada como marcador de qualidade da assistência à saúde e auxilia da definição de estratégia de prevenção de reinternações. Neste contexto o presente trabalho buscou avaliar fatores preditores de reinternação hospitalar em pacientes infectados pelo HIV. O estudo realizado foi do tipo prospectivo sendo realizado em enfermaria especializada no tratamento deste grupo de pacientes. Foram avaliados fatores clínicos, contagem de células CD4<sup>+</sup> e da carga viral do HIV, indicadores sociais, uso de drogas ilícitas e adesão à terapia antirretroviral, na tentativa de identificar preditores de reinternação hospitalar precoce. A identificação destes potenciais preditores poderão auxiliar no desenvolvimento de estratégias para prevenir readmissões hospitalares evitáveis. Foram convidados a participar do estudo 71 pacientes que passaram por internação no período de agosto de 2016 a agosto de 2018. O estudo buscou apontar através de entrevistas os fatores que levaram a reinternação precoce. Entre os 71 pacientes incluídos no estudo 16 apresentaram reinternação precoce no período de 30 dias. Vale ressaltar que as internações foram consideradas preveníveis diante dos critérios estabelecidos e através dos resultados foi possível concluir que os pacientes que reinternaram na UETDI precocemente apresentam dificuldades de adesão ao tratamento ocasionadas pelo contexto social em que vivem, onde enfrentam o preconceito, abandono, rompimento e fragilização dos vínculos familiares, além dos vícios, que é um grande fator para a não adesão ao tratamento nos pós alta hospitalar.

**Palavras-chave:** AIDS; HIV; Reinternação hospitalar; Serviço Social.

## ABSTRACT

Oliveira LMS. Predictors of early rehospitalization in hospitalization unit for patients with HIV infection. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2018.

Since the initial description of the first cases of acquired immunodeficiency syndrome in 1981, the disease has spread worldwide becoming a serious public health problem worldwide. With the advent of highly potent antiretroviral therapy (HAART) in the mid-1990s there was a considerable decline in mortality from AIDS-related causes. However, opportunistic diseases still account for considerable mortality rates in people living with HIV in different regions of the world. Associated to this, in this group of patients, frequent factors that impair adherence to treatment and adequate control of the disease, such as illicit drug use, social vulnerability and psychiatric disorders are frequent. These factors are reflected in high hospital admission rates in HIV-infected patients. On the other hand, high hospitalization rates raise costs for health institutions and potential health risks for patients. Hospital readmission rates in 30 days have been used as a marker of health care quality and help to define a strategy to prevent rehospitalization. In this context, the present study aimed to evaluate predictive factors of hospital readmission in patients infected by HIV. The prospective study was performed in a specialized ward in the treatment of this group of patients. Clinical factors, CD4 + cell count and HIV viral load, social indicators, use of illicit drugs and adherence to antiretroviral therapy were evaluated in an attempt to identify predictors of early hospital readmission. The identification of these potential predictors may assist in the development of strategies to prevent preventable hospital readmissions. We were invited to participate in the study 71 patients who were hospitalized in the period from August 2016 to August 2018. The study sought to indicate through interviews the factors that led to early rehospitalization. Among the 71 patients included in the study 16, they presented early readmission within 30 days. It is worth mentioning that hospitalizations were considered preventable in view of the established criteria and, through the results, it was possible to conclude that the patients who returned to the UETDI at an early stage presented difficulties in adhering to the treatment caused by the social context in which they live, where they face prejudice, abandonment, disruption and weakening of family ties, as well as addictions, which is a great factor for non adherence to treatment after hospital discharge.

Keywords: AIDS; HIV; Hospital rehospitalization; Social service.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>aids-</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CV-</b>	Carga Viral
<b>HCFMRP-USP-</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>HIV-</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>PVHA-</b>	<i>Pessoas Vivendo com HIV/aids</i>
<b>RAM-</b>	Reação Adversa ao Medicamento
<b>T CD4+</b>	Linfócito T CD4+
<b>TARV-</b>	Terapia Antirretroviral
<b>UETDI-</b>	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

## SUMÁRIO

<i>Introdução</i> .....	10
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 HIPÓTESE .....	13
<i>Objetivos</i> .....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	15
2.1 Objetivo Geral .....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
<i>Materiais e Métodos</i> .....	16
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	17
3.1 Casuística .....	17
3.2 Critérios de Inclusão .....	17
3.3 Critérios de exclusão .....	17
3.4 Desenho do estudo .....	17
3.5 Considerações estatísticas.....	18
3.6 Aspectos éticos.....	18
<i>Resultados</i> .....	19
<b>4. RESULTADOS</b> .....	20
4.1 Definições .....	20
4.1.1 Internações preveníveis.....	20
4.1.2 Adesão à terapia antirretroviral.....	20
4.2 A PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DO HIV AIDS.....	20
4.3 O UNIVERSO DA PESQUISA E OS RESULTADOS.....	27
4.4 RESULTADOS DO ESTUDO .....	27
<i>Discussão</i> .....	34
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	35
5.1 Reinternações.....	36
<i>Conclusão e Recomendações</i> .....	39
<b>6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO</b> .....	40
<b>6.1 Conclusão</b> .....	40
6.2 Recomendações.....	40
<i>Referências Bibliográficas</i> .....	41

# *Introdução*

---

## **1. INTRODUÇÃO**

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi inicialmente descrita em 1981 após a identificação de um número crescente de casos de pneumonia por *Pneumocitis jiroveci* e sarcoma de Kaposi entre adultos jovens. Após grande esforço para se identificar o agente causal da nova síndrome descrita, um novo retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi identificado em 1983. Progressivamente, novas infecções passaram a ser descritas em todo o mundo, conferindo à AIDS o caráter de pandemia. A doença se tornou grave problema de saúde pública mundial, tendo causado mais de 34 milhões de mortes em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde. Ainda segundo esta mesma fonte, ao final de 2014, as estimativas eram de que havia cerca de 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, com 1,2 milhão de óbitos notificados por doenças relacionadas à AIDS. No Brasil, conforme dados da UNAIDS, havia 743.000 pessoas vivendo com HIV em 2014. Naquele ano, estima-se a ocorrência de 44.000 novas infecções e 16.000 óbitos relacionados à AIDS no país (5).

Com o advento da terapia antirretroviral (TARV) altamente potente em meados da década de 1990 houve considerável declínio da mortalidade por causas relacionadas à AIDS, com aumento proporcional da mortalidade por doença hepática, cardiovascular e neoplasias não relacionadas à AIDS. Como aponta Santos (2005), a doença atingiu inicialmente homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas, entretanto rapidamente a doença se propaga atingindo outros segmentos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais fazendo com que atualmente a epidemia de HIV AIDS apresente características como: feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização.

O fato de os primeiros casos da doença predominar em pessoas de alto poder aquisitivo, sobretudo, homossexuais com alto nível de escolaridade, se expandindo depois para profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas, acarretou na denominação do chamado “grupo de risco”. Essa ideia de “grupo de risco” foi rapidamente sendo desconstruída, uma vez que a epidemia passou a atingir casais heterossexuais, adolescentes, jovens, idosos e mulheres casadas e com parceiros fixos. Destaca-se também o aumento entre pessoas de baixa escolaridade, residentes em cidades de pequeno porte e advindo das camadas de baixo poder aquisitivo (CLEMENTINO, 2014).

Em uma análise mais precisa, podemos distinguir três momentos distintos na evolução da epidemia na realidade brasileiro. Um primeiro momento que vai da gênese até 1986, este

momento caracterizou-se predominantemente pela concentração da infecção atingir pessoas de relações homossexuais com nível alto de escolaridade; o segundo momento ocorreu entre 1987 e 1990 (em 1990 passou a ser epidemia de caráter nacional) as características principais foram o aumento dos números de casos pelo uso de drogas injetáveis, diminuição da faixa etária e uma maior disseminação em pessoas com práticas heterossexuais; a terceira fase ocorre a partir dos 1991 até os dias atuais, predomina a tendência de maior incidência e disseminação em casais heterossexuais em vários níveis de escolaridade e classes sociais, em especial as mulheres (BRASIL, 2001, apud CLEMENTINO, 2014).

A despeito da redução na sua incidência, as doenças oportunistas ainda respondem por consideráveis taxas de mortalidade em pessoas vivendo com HIV em diferentes regiões do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. De acordo com metanálise publicada em 2015, incluindo dados de mais de 300.000 adultos e crianças vivendo com HIV em diferentes países, as doenças relacionadas à AIDS e as infecções bacterianas respondem pela maioria das admissões hospitalares, sendo responsáveis por 46% e 31% das internações, respectivamente(9). Isto se reflete em taxas de internação hospitalar ainda consideráveis entre pacientes infectados pelo HIV.

O número de novas infecções por HIV está aumentando em cerca de 50 países e as novas infecções globais por HIV caíram apenas 18% nos últimos sete anos, 2, 2 milhões em 2010 para 1, 8 milhão em 2017. O declínio não é rápido o suficiente para alcançar a meta de menor de 500.000 pessoas até 2020. As estatísticas divulgadas nos últimos anos pelo Ministério da Saúde através dos Boletins Epidemiológicos HIV Aids, revelam o aumento dos casos de Aids em todas as regiões do país, segundo Miranda (2012, p.15) “faz a mesma assumir a relevância como uma das expressões da questão social, necessitando de políticas públicas bem estruturadas para que possa ser enfrentada. ”

Atualmente, a taxa de reinternação hospitalar em 30 dias tem sido utilizada como marcador de qualidade da assistência à saúde e auxilia da definição de estratégia de prevenção de reinternações. Pacientes infectados pelo HIV comumente se apresentam com outras condições que prejudicam a adesão ao tratamento, contribuindo para a deterioração do quadro clínico e necessidade de internação hospitalar. Diferentes estudos demonstraram taxas elevadas de internação e reinternação hospitalar entre pacientes infectados pelo HIV em condição de vulnerabilidade social e uso de drogas ilícitas, seguido de abandono familiar vivência de rua e renda precária, dentre outros fatores. Tem sido descritas taxas de reinternação em 30 dias para pacientes com HIV entre 19% e 25% de acordo com estudos internacionais. Tais taxas são comparáveis às de pacientes com insuficiência cardíaca

congestiva e mais elevadas que a de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio. Nijhawan et al., em estudo retrospectivo, detectou taxa de readmissão em 30 dias de pacientes com HIV de 19%. Destas, a metade era considerada prevenível. Neste estudo, o principal fator de risco para reinternação foi a não utilização de TARV.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é referência no atendimento de pacientes com HIV para a cidade de Ribeirão Preto e região. Neste hospital está situada a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), universo da pesquisa, onde existe enfermaria para tratamento exclusivo de pacientes infectados pelo HIV. De acordo com dados do hospital (dados não publicados), em 2014, foram quantificadas 299 internações naquela enfermaria. O custo médio por internação na unidade, naquele ano, foi de R\$ 13.758,68. Neste contexto, o presente projeto tem por objetivo identificar preditores de reinternação hospitalar precoce em pacientes infectados pelo HIV, os quais poderão auxiliar no desenvolvimento de estratégias para prevenir readmissões hospitalares evitáveis.

## **1.1 HIPÓTESE**

Indicadores clínicos, imunológicos, adesão à terapia antiviral e condições sociais são preditores da taxa de readmissão hospitalar precoce entre indivíduos infectados pelo HIV após internação hospitalar.

*Objetivos*

---

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar preditores de reinternação hospitalar precoce, definida com a taxa de readmissão em 30 dias.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a taxa de reinternação hospitalar em 30 dias da UETDI
- Determinar a proporção de reinternações consideradas evitáveis

# *Materiais e Métodos*

---

### **3. CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 Casuística**

O estudo foi conduzido na enfermaria da UETDI. Foram convidados a participar do estudo os pacientes internados, no período compreendido entre agosto de 2016 e agosto de 2018, que fazem seguimento no HCFMRP-USP. Os pacientes elegíveis foram avaliados durante a internação hospitalar e realizado entrevista, onde foram coletados dados referentes a fatores clínicos (doença que motivou a internação inicial e doenças associadas), contagem de células CD4<sup>+</sup> e da carga viral do HIV, indicadores sociais (profissão, renda, condições de moradia, vínculo familiar), uso de drogas ilícitas e adesão à TARV. Após a alta hospitalar, os pacientes foram monitorados quanto à reinternação hospitalar em três possíveis enfermarias pertencentes ao complexo HCFMRP-USP: Unidade de Emergência, enfermaria de infectologia do 6º andar e enfermaria da UETDI. Dados referentes ao motivo de readmissão e adesão ao tratamento prescrito também foram coletados. A coleta de dados foi realizada através de formulário.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Pacientes com idade acima ou igual a 13 anos e com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV.

#### **3.3 Critérios de exclusão**

- Pacientes com doença neurológica ou psiquiátrica que traga prejuízo às funções cognitivas
- Pacientes que farão seguimento ambulatorial em outras unidades que não no HCFMRP-USP, após a alta hospitalar
- Pacientes com diagnóstico de câncer ou doença intratável
- Pacientes que foram de alta contra as recomendações médicas

#### **3.4 Desenho do estudo**

Estudo prospectivo. Após a inclusão a coleta de dados foi realizada durante a internação inicial. Os pacientes foram monitorados quanto á reinternação nos 30 dias subsequentes à alta

hospitalar, sendo que o critério utilizado foi de conveniência, sendo incluídos 71 pacientes no estudo.

### **3.5 Considerações estatísticas**

Inicialmente foi realizada a avaliação estatística descritiva das variáveis definidas. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão, e as categóricas como número (n) e porcentagens. Por método de regressão logística foram analisadas as variáveis na tentativa de identificar preditores relacionados a reinternação hospitalar. Comparação entre o grupo de pacientes com e sem reinternação precoce foi realizada utilizando-se testes paramétricos ou não paramétricos conforme as características das variáveis. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). As análises estatísticas serão realizadas com o emprego do programa STATA® (StataCorp) versão 10.0.

### **3.6 Aspectos éticos**

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

*Resultados*

---

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Definições**

#### **4.1.1 Internações preveníveis**

Foram consideradas preveníveis as reinternações que estiverem relacionadas a uma das seguintes condições, segundo critérios definidos por Goldfield et al. (23):

- Recorrência ou continuação do motivo da internação inicial;
- Descompensação aguda de um problema crônico que não foi motivo da internação inicial, mas que provavelmente está relacionado com a qualidade do atendimento durante a internação;
- Complicação relacionada à internação inicial;
- Procedimento cirúrgico que deveria ter sido realizado na internação inicial;
- Complicação de um procedimento cirúrgico realizado durante a primeira interação.

Também foram consideradas preveníveis, segundo critérios definidos pelos autores, as reinternações de pacientes que, após a alta hospitalar, não aderiram ao tratamento prescrito ou não compareceram ao retorno agendado após a alta.

#### **4.1.2 Adesão à terapia antirretroviral**

Considerando que a retirada das medicações antirretrovirais é feita mensalmente, foram considerados aderentes os pacientes que retiraram as medicações na farmácia da UETDI nos últimos dois meses antecedendo a internação inicial.

## **4.2 A PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DO HIV AIDS.**

Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, nos anos 1990, - fruto do envolvimento da sociedade e profissionais da saúde, na luta por uma saúde pública e universal – ampliou-se os espaços na área de saúde para os (as). De acordo com Costa (2008), essa maior inserção de profissionais de serviço social na saúde se dá por dois motivos: reconhecimento da profissão e necessidade em trabalhar os aspectos sociais na saúde. A saúde é um dos principais campos de atuação do/a assistente social e sua inserção na área vem se

ampliando em função das novas manifestações da questão social, que impõem crescentes demandas aos serviços de saúde, incluindo-se nesse espectro a Política Nacional DST/Aids. Apesar dos avanços e ações da Política Nacional, o preconceito e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/Aids ainda são as maiores barreiras no combate à epidemia, ao adequado apoio, ao diagnóstico, à assistência e ao seu tratamento.

Neste sentido no que tange ao tratamento das PVHA a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto-Contagiosas - UETDI, situada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP USP, desde 1996 presta atendimentos a pacientes adultos infectados pelo vírus HIV. A unidade é composta por ambulatório, hospital dia e enfermaria. As ações profissionais nesta unidade de atendimento terciário são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional composta por docentes, médicos assistentes, médicos residentes, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos, sendo que o Serviço Social atua desde a fundação da Unidade.

A atuação do Serviço Social na UETDI e o trabalho junto às PVHA visa a garantia de direitos, e é nesta perspectiva a atuação do Assistente Social que integra a equipe multiprofissional tanto no atendimento ambulatorial, no Hospital Dia (semi-internação) ou na Enfermaria (internação integral).

Sendo que a atuação do Assistente Social pauta-se pela compreensão do processo saúde-doença enquanto uma totalidade, não podendo ser reduzido ao estritamente biológico e individual, sabemos que as práticas biologizantes ainda predominam na área da saúde, mas os aspectos sociais e econômicos influenciam para o enfrentamento da doença. Bastos e Szwarcwald (2000) apontam que as variáveis sociais e econômicas tendem a ser determinantes importantes no HIV, os estratos mais empobrecidos e menos assistidos tornam-se vulneráveis a situação.

Portanto, é necessário relacionar o HIV com as expressões da questão social, pois as dificuldades de conter a doença vão além do processo saúde-doença da população, sendo necessário para se ter sucesso no tratamento uma abordagem do seu contexto social.

O assistente social que atua junto as pessoas vivendo com HIV trabalha não somente o paciente, como também os seus familiares, atuando frente as expressões da questão social que possam interferir direta ou indiretamente na relação saúde/doença.

É importante salientar dessa relação entre “questão social” e serviço social, o cuidado em não demarcá-la de forma automática e abstrata, para isso, Netto (2011, p.18) esclarece,

Em nossa perspectiva, a apreensão da particularidade da gênese históricossocial da profissão nem de longe se esgota na referência à “questão social” tomada abstratamente; está hipotecada ao concreto tratamento desta num momento muito específico do processo da sociedade burguesa constituída, aquele do trânsito à idade dos monopólios, isto é, as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entretecem com a “questão social”, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica.

O autor demarca a institucionalização da profissão na fase da idade dos monopólios e com um certo cuidado para que a profissionalização do serviço social não seja reduzida a evolução de suas protoformas.

O Assistente Social tem entre suas atribuições o acolhimento social, momento em que pode-se trabalhar várias demandas trazidas pelo paciente ou seu familiar, estando entre as mais comuns: dúvidas e/ou orientações sobre benefícios previdenciários ou assistenciais, solicitação de encaminhamento para assistência material emergencial ou imediata, inclusão em programas e serviços, regularização junto a rede municipal para o fornecimento de medicamentos, questões trabalhistas, busca ativa de pacientes, e outras relacionadas a transporte para viabilizar o ir e vir ao hospital e deste modo manter a adesão ao tratamento.

Os pacientes portadores do vírus HIV sofrem não somente com o diagnóstico, alguns também carregam a culpa de como foram infectados, além do mais existe a questão do preconceito por parte da sociedade e os estigmas que foram criados em relação a doença,

sendo que o grande número de pacientes atendidos nesta Unidade apresentam diversos problemas além das questões relacionadas à saúde, existe uma grande parcela de pacientes que estão em situação de vulnerabilidade social, possuem problemas sociais, econômicos assim como problemas relacionados a drogadição, em especial ao uso do crack.

O uso da substância química compromete o tratamento do paciente e principalmente o uso da terapia anti-retroviral, conhecida como “coquetel” aumentando de forma considerável as reinternações, como mostrará os dados quantitativos do trabalho.

Entre as razões para a drogadição entre os pacientes se destacam: abandono dos parceiros; discriminação da sociedade; falta de oportunidades; depressão; falta de apoio familiar. É neste contexto que o Serviço Social realiza suas ações buscando uma melhor qualidade de vida para as PVHA, rompendo estigmas, trabalhando a adesão ao tratamento, bem como a aceitação da doença, buscando diminuir as reinternações.

A atuação do Assistente Social contribui para a não reinternação precoce, pois muitos pacientes recebem alta hospitalar e não conseguem dar continuidade ao tratamento pós-alta, pois muitos apresentam vivência de rua, vícios e abandono familiar.

Além disso, destaca-se o trabalho no que tange ao suporte familiar e a rede de apoio, sendo importante a identificação e fortalecimento de vínculos, os quais na maioria estão fragilizados e/ou rompidos.

A prática do Serviço Social busca a mediação entre paciente e família e a equipe médica, sendo fundamental para o estabelecimento do elo entre estes e o cumprimento de compromissos assumidos com a adesão. Na UETDI a intervenção está voltada para a prevenção, educação e assistência tanto do paciente como da família. Vale dizer que, as famílias geralmente, tendem a esconder o “problema” o que pode se justificar pela discriminação ainda existente, por outro lado também se nota o sentimento de ameaça, principalmente quando a doença se manifesta, afetando todo grupo familiar de forma

significativa. O comportamento restrito a família reflete a reação de grande parte da sociedade.

Cada família reage de maneira distinta frente ao diagnóstico, doença e repercussões sociais. Os conflitos entre as pessoas vivendo com o HIV/aids e seus familiares, estão muito presentes e não surgem com a doença ou diagnóstico, ela apenas intensifica-os ou os desmascaram. O preconceito surge na fala dos familiares, de forma bastante camuflada comprovando que também no contexto familiar é bastante complexo tratar desta questão. Assim, como há o distanciamento, o abandono, a rejeição entre o soropositivo, o doente e a família, ocorre também a superproteção.

É necessário mudanças nos hábitos de vida, pois a rotina da grande quantidade de comprimidos, intolerância e efeitos colaterais no início da terapia têm acarretado a dificuldade em não realizar o tratamento corretamente.

Em razão do exposto muitos dos pacientes acabam escolhendo o não tratar-se, por não aceitar o diagnóstico, em muitos momentos o nega e assim abrem mão de lutar por seus direitos, sendo o mais relevante deles a vida. E o papel do assistente social nestes casos é o aconselhamento e reflexão fazendo com que o paciente reorganize seu contexto sociofamiliar diante das limitações vivenciadas no instante de descoberta do HIV ou em momentos posteriores. O atendimento na enfermaria é realizado ao usuário, seus familiares ou cuidadores desde a sua admissão até a alta hospitalar, pautados na missão defendida pelo serviço social desta instituição que é identificar e intervir sobre as expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença.

A abordagem do Serviço Social aos usuários e familiares se concretiza através do atendimento individual, grupal e visita domiciliar, quando se identifica necessidade. Também vem expandindo suas ações através de participação em Reuniões Municipal de Prevenção e Controle de DST/AIDS, ações integradas com as Organizações Governamentais e não

Governamentais e recursos sociais afins, com o objetivo do trabalho em rede, com troca de informações e experiências entre aqueles que prestam atendimento direto e/ou indireto a pacientes portadores de HIV e seus familiares.

Através do trabalho, foi possível constatar uma escassez de literatura que realize a abordagem Serviço Social e atuação com PVHA. O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS reafirma a importância do/a assistente social na equipe multiprofissional, na perspectiva de potencialização da orientação social, com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

A experiência de trabalho na UETDI revela que dentre as necessidades sociais da PVHA estão a universalidade, equidade da assistência, a acessibilidade e o respeito ao direito dos/as usuários/as aos serviços de saúde. Nesse sentido, a regularidade do transporte para viabilizar as idas e vindas ao hospital para adesão correta ao tratamento, pois em muitos casos o paciente não vem ao serviço de saúde em razão da falta de recursos financeiros para custear o transporte. Para tanto, pacientes e profissionais de saúde deveriam se mobilizar para tornar o passe gratuito um direito. Outro aspecto importante a mencionar é sobre a renda familiar, a qual provém do trabalho ou de benefícios (previdenciários e/ou assistenciais), na pesquisa quantitativa vamos observar que o número de pacientes que estão inseridos no mercado de trabalho é mínimo, tendo em vista que o recebimento efetivo de um recurso financeiro organiza a vida do paciente e lhe oferece mais condições para melhorias em sua saúde biopsicossocial. Dito isso, é possível compreender a importância do Estado e das políticas públicas para conquistas na adesão, afim de efetivar mínimos sociais. Destacamos aqui também a responsabilidade da família no processo do cuidar e do seu apoio a PVHA em todos os momentos do tratamento. A ausência da família ou de recursos mínimos leva o paciente a uma vulnerabilidade a qual pede do Estado uma intervenção, no sentido de organizar uma rede de apoio, com instituições que ofereçam retaguarda para o cuidado e reabilitação de

pacientes. Este com toda certeza é algo que precisamos nos atentar em todos os níveis. A atenção da rede também se faz necessária e de uma articulação diferenciada a PVHA, pois grande parte dos pacientes apresentam quadros clínicos de comprometimento da saúde mental, sendo preciso atendimentos psiquiátricos e psicológicos os quais demoram muito ou não se disponibilizam. Além disso, demandas de medicamentos que não são dispensados na rede em diversos casos acabam passando por protocolos e procedimentos burocráticos e demorados que levam dias e por vezes não resolvem a situação posta pelo paciente, e como última tentativa ocorre a judicialização do pedido, novamente devendo a PVHA que aguardar para tentar a resolução de uma problemática.

Há ainda por parte do Serviço Social e também de outros profissionais da equipe o sentimento de impotência frente a alguns casos e situações, em que percebemos nossas limitações, pois a aids tem peculiaridades e particularidades que a diferencia do atendimento a outros pacientes igualmente graves. Não tem um caráter apenas curativo pois lidar com esses pacientes nos reporta a questões que envolvem a doença, a morte e a própria perspectiva existencial. Ela tem uma ampla repercussão atingindo além do paciente, todo o seu contexto sócio-familiar deixando de ser um problema só médico como também social, econômico, psicológico, político justificando-se a necessidade de uma equipe interdisciplinar.

Segundo Merhy (1997:132), quando um trabalhador dos serviços encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros em ato. No caso dos serviços de saúde, essa intersecção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento / aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

### **4.3 O UNIVERSO DA PESQUISA E OS RESULTADOS**

A pesquisa foi desenvolvida junto a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto- Contagiosas, como citado anteriormente é uma Unidade especializada no tratamento e cuidado aos pacientes com HIV dentro do HCFMRP-USP, presta atendimento aos pacientes residentes em Ribeirão Preto e aos municípios que compõe a DRS XIII. O objetivo principal foi identificar os fatores preditores de reinternação precoce junto a Unidade, no período de 30 dias.

### **4.4 RESULTADOS DO ESTUDO**

#### **1) Características gerais da amostra**

Foram incluídos 71 pacientes no período agosto de 2016 a agosto de 2018. A tabela 1 apresenta as características demográficas e sociais dos pacientes do estudo.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos pacientes

<b>Variável</b>	<b>Número (71)</b>
Sexo masculino, n(%)	48 (67,6%)
Idade (anos)*	45 (19-73)
Estado civil, n(%)	
amasiado(a)	3(4,2%)
casado(a)	9(12,7%)
solteiro(a)	45(63,4%)
divorciado(a)	6(8,5%)
viúvo(a)	8(11,2%)
Escolaridade, n(%)	
fundamental incompleto	24 (34%)
fundamental completo	22 (31%)
médio incompleto	6 (8%)
médio completo	17(24%)
superior incompleto	2(3%)
superior completo	0
Inserção no mercado de trabalho n(%)	
Desempregado	14 (19,7%)
Afastado pela previdência social	18 (25,4%)
Beneficiário assistencial	9 (12,7%)
Emprego informal	3 (4,2%)
Emprego formal	1 (1,4%)
Aposentado	7 (9,9%)
Do lar	1 (1,4%)
Não trabalha	15 (21,1%)
Pensão por morte	3(4,2%)
Renda mensal** (R\$)	933,00 (650,00 – 2.500,00)
Moradia	
Alugada	7 (9,9%)
Casa terapêutica	1(1,4%)
Cedida	26 (36,6%)
Financiada	2 (2,8%)
Própria	29 (40,8%)
Vivência de rua	6 (8,5%)

\* Resultado apresentado como mediana (valor mínimo e valor máximo)

\*\* Resultado apresentado apenas para aqueles com alguma fonte de renda ou benefício.

## 2) Procedência dos casos internados

A tabela 2 apresenta o município de procedência dos pacientes do estudo. Para os pacientes procedentes de Ribeirão Preto, a região da moradia está apresentada na tabela 3.

Tabela 2. Procedência dos pacientes

<b>Cidade</b>	<b>Estado</b>	<b>Departamento regional de saúde</b>	<b>Número (%)</b>
Barrinha	SP	XIII	2 (2,8%)
Batatais	SP	XIII	1 (1,4%)
Cajuru	SP	XIII	2(2,8%)
Cravinhos	SP	XIII	1 (1,4%)
Cruz das Posses	SP	XIII	1 (1,4%)
Ibitinga	SP	III	1 (1,4%)
Ipuã	SP	VIII	2(2,8%)
Jaboticabal	SP	XIII	3 (4,2%)
Jardinópolis	SP	XIII	3 (4,2%)
Pitangueiras	SP	XIII	1 (1,4%)
Pontal	SP	XIII	1 (1,4%)
Porto Ferreira	SP	III	1 (1,4%)
Ribeirão Preto	SP	XIII	41 (57,7%)
Santa Rita do Passa Quatro	SP	XIII	1 (1,4%)
Santa Rosa de Viterbo	SP	XIII	1 (1,4%)
São Carlos	SP	III	2 (2,8%)
Serrana	SP	XIII	3 (4,2%)
Sertãozinho	SP	XIII	4 (5,6%)
<b>Total</b>			<b>71 (100%)</b>

Tabela 3. Localização da moradia segundo a zona para os pacientes procedentes de Ribeirão Preto.

<b>Zona</b>	<b>Número (%)</b>
Norte	26 (63%)
Sul	2 (5%)
Leste	3 (7%)
Oeste	0
Centro	10 (24%)
<b>Total</b>	<b>41 (100%)</b>

### 3) Uso de substâncias psicoativas

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, foram detectados o uso de álcool, cocaína, crack, maconha e cigarro. Dezesesseis pacientes (22,5%) referiam uso diário de bebida alcoólica. No entanto, não foi quantificada a ingestão diária. O uso frequente de cocaína e crack foi relatado por 3 (4,2%) e 10 (14%), respectivamente. Já o uso de maconha e cigarro foi relatado por 1 paciente (1,4%) para cada uma destas substâncias. Por fim, 41 pacientes (58%) não referiram o uso de nenhuma das substâncias psicoativas acima. Estes dados são resumidos na tabela 4.

Tabela 4. Uso de substâncias psicoativas

<b>Substância</b>	<b>Número (%)</b>
Álcool	15 (21,1%)
Cocaína	3 (4,2%)
Crack	9 (12,7%)
Maconha	1 (1,4%)
Crack e álcool	1(1,4%)
Cigarro	1(1,4%)
Ausente	41 (57,7%)
<b>Total</b>	<b>71(100%)</b>

### 4) Uso das medicações antirretrovirais e controle da infecção pelo HIV.

Setenta pacientes estavam sob prescrição de antirretrovirais. Destes, 29 (41,4%) não retiraram a medicações na data programada no último mês. Além disso, 37 (52,8%) referiam não fazer uso regular destas medicações. Para um dos pacientes o esquema ARV não tinha sido prescrito pois ele havia acabado de ser diagnosticado com a infecção pelo HIV.

O valor mediano da contagem de células CD4+ foi de 129/mm<sup>3</sup>, com valores que variaram de 1 célula/mm<sup>3</sup> a 1230/mm<sup>3</sup>. Apenas 18 pacientes (25,3%) apresentavam carga viral do HIV não detectável (< 40 cópias/ml). Para os demais pacientes o valor mediano da carga viral foi de 111.000 cópias/ml (mínimo de 59 cópias/ml e máximo de 3.332.194 cópias/ml).

### 5) Diagnóstico dos pacientes segundo os aparelhos e sistemas envolvidos

Tabela 5. Diagnóstico dos pacientes segundo os aparelhos e sistemas envolvidos

<b>Aparelhos e sistemas</b>	<b>Número (%)</b>
Gastrintestinal	24 (33,8%)
Linfohematopoiético	3 (4,2%)
Sistêmico	6 (8,5%)
Oftalmológico	1 (1,4%)
Genital	1(1,4%)
Linfohematopoiético + Gastrintestinal	1(1,4%)
Hepático	3(4,2%)
Sistema nervoso central	9 (12,7%)
Psiquiátrico	1(1,4%)
Respiratório	15 (21,1%)
Gastrintestinal + Respiratório	2 (2,8%)
Dermatológico	1 (1,4%)
Urinário	4 (5,6%)
<b>Total</b>	<b>71 (100%)</b>

## 6) Reinternações

Dos 71 pacientes incluídos, 16 (22,5%) apresentaram reinternação precoce. As precedências destes pacientes são mostradas na tabela 6. As características sociais e demográficas destes pacientes são mostradas na tabela 7, onde são comparadas aos dos pacientes que não tiveram reinternação precoce. Das 16 reinternações precoces, 14 (87,5%) foram consideradas preveníveis.

Tabela 6. Procedência dos pacientes que tiveram reinternação precoce

<b>Cidade</b>	<b>Estado</b>	<b>Departamento regional de saúde</b>	<b>Numero (%)</b>
Cajurú	SP	XIII	1 (6,3%)
Jaboticabal	SP	XIII	1(6,3%)
Jardinópolis	SP	XIII	1(6,3%)
Ribeirão Preto	SP	XIII	9 (56,3%)
São Carlos	SP	III	1(6,3%)
Serrana	SP	XIII	1(6,3%)
Sertãozinho	SP	XIII	2 (12,5%)
<b>Total</b>			<b>16 (100%)</b>

Tabela 7. Comparação das características sócio-demográficas entre os pacientes que tiveram e aqueles que não tiveram reinternação precoce

<b>Variável</b>	<b>Pacientes sem reinternação precoce</b> N: 55	<b>Pacientes com reinternação precoce</b> N: 16
Sexo masculino, n(%)	38 (69%)	10 (62,5%)
Idade em anos*	45 (21-73)	43,5 (19-68)
Estado civil, n(%)		
amasiado(a)	1 (1,8%)	2(12,5%)
casado(a)	8 (14,5%)	1(6,2%)
solteiro(a)	35 (63,6%)	10(62,5%)
divorciado(a)	5 (9,1%)	1 (6,2%)
viúvo(a)	6 (10,9%)	2 (12,5%)
Escolaridade, n(%)		
fundamental incompleto	21(38,2%)	3 (18,8%)
fundamental completo	15 (27,3%)	7 (43,8%)
médio incompleto	3 (5,5%)	3 (18,8%)
médio completo	14 (25,5%)	3 (18,8%)
superior incompleto	2 (3,6%)	0
superior completo	0	0
Inserção no mercado de trabalho n(%)**		
Desempregado	13 (23,6%)	1 (6,3%)
Afastado pela previdência social	15 (27,3%)	3 (18,8%)
Beneficiário assistencial	5 (9,1%)	4 (25%)
Emprego informal	2 (3,6%)	1 (6,3%)
Emprego formal	1 (1,8%)	0
Aposentado	7 (12,7%)	0
Do lar	1(1,8%)	0
Não trabalha	10 (18,2%)	5 (31,3%)
Pensão por morte	1 (1,8%)	2 (12,5%)
Moradia		

Alugada	5 (9,1%)	7 (9,9%)
Casa terapêutica	1 (1,8%)	1(1,4%)
Cedida	19 (34,5%)	26 (36,6%)
Financiada	2 (3,6%)	2 (2,8%)
Própria	25 (45,5%)	29 (40,8%)
Vivência de rua	3 (5,5%)	6 (8,5%)

\* Resultado apresentado como mediana (valor mínimo e valor máximo)

\*\* Resultado apresentado apenas para aqueles com alguma fonte de renda ou benefício.

Tabela 5. Diagnóstico dos pacientes que tiveram reinternação precoce segundo os aparelhos e sistemas envolvidos

<b>Aparelhos e sistemas</b>	<b>Número (%)</b>
Gastrintestinal	10 (62,5%)
Linfohematopoiético	1 (6,3%)
Sistêmico	1 (6,3%)
Genital	1 (6,3%)
Sistema nervoso central	1 (6,3%)
Psiquiátrico	1 (6,3%)
Respiratório	1 (6,3%)
<b>Total</b>	<b>16(100%)</b>

*Discussão*

---

## **5. DISCUSSÃO**

A AIDS tornou-se uma doença crônica em 1996 devido ao acesso universal e gratuito da TARV. Na busca por novas estratégias de controle da epidemia em dezembro de 2013 o Brasil adotou a estratégia “testar e tratar”, recomendando o início imediato da TARV para todas as pessoas que vivem com HIV-Aids (Ministério da Saúde, 2104).

Estima-se que no Brasil, atualmente, aproximadamente 718 mil pessoas estão vivendo com HIV/AIDS, sendo que destes 574 mil foram diagnosticados, 313 mil estão em tratamento e apenas 236 mil apresentam carga viral indetectável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Com o objetivo de identificar e tratar essas pessoas, a UNAIDS estabeleceu metas ambiciosas para acabar com a epidemia da AIDS, sendo estabelecido a meta 90 90 90. Ou seja, 90% dos casos diagnosticados, 90% em tratamento e 90% com carga viral indetectável (UNAIDS, 2016). A única maneira de se alcançar estas metas seria através de esforços e abordagens multidisciplinares que pudessem prover o cuidado integral às necessidades do paciente, com especial ênfase no uso regular da TARV e das condições sociais dos pacientes; fator relevante no processo de adesão ao tratamento.

Desde inauguração da Unidade Especial de Doenças Infecto-Contagiosas - UETDI, todos os pacientes acompanhados na Unidade podem receber atendimento do Serviço Social, profissional este que compõe a equipe multidisciplinar. É sabido que o profissional Assistente Social atua diretamente nas expressões da questão social.

Neste estudo, observamos que os pacientes que geralmente internam são os que não possuem adesão ao tratamento, em como, não usam regularmente a TARV. A tabela 1 mostra as características sócias demográficas dos 71 pacientes incluídos no estudo.

Em relação ao sexo predominante foi o masculino com 67,6%, já sobre o estado civil predominou o solteiro com 63,4% em relação aos outros arranjos familiares, dado este que foi observado durante a coleta de dados, muitos pacientes não casaram oficialmente, vindo a separar-se logo após ao diagnóstico, considerando-se solteiros.

Outro importante dado analisado foi o grau de instrução, onde há o predomínio do ensino fundamental incompleto 34%, deixando claro que os pacientes apresentam evasão escolar antes mesmo de concluir o ensino fundamental, ou seja, baixa escolaridade.

Em relação à inserção ao mercado de trabalho o estudo apontou que 24,4% encontram-se afastado pela Previdência Social em recebimento de auxílio doença. De acordo com a legislação previdenciária o auxílio doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente.

No estudo foi analisado também a situação de moradia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, teve predomínio a moradia própria com 40,8%, seguida da cedida (por familiares ou amigos) com 36,6%.

Na tabela 02 foi apresentado a procedência dos pacientes do estudo com predominância de Ribeirão Preto/SP com 57,7% em relação a macrorregião de Ribeirão Preto/SP. Vale ressaltar que a localização de moradia dos pacientes procedentes de Ribeirão Preto é a região norte.

De acordo com dados estatísticos do município a região norte apresenta altos índices de vulnerabilidade social e violência ocasionadas pelo desemprego e baixa escolaridade

Em relação ao uso de substâncias psicoativas foram detectados a presença em maior porcentagem do álcool 21,1%, seguida do uso do crack com 12,7%. Estudos apontam que o uso de substâncias psicoativas interfere na adesão ao tratamento do paciente HIV, pois através do uso ele geralmente não realiza o uso das medicações corretamente e não comparece aos retornos agendados.

Quando abordamos a questão da retirada de medicamentos no serviço de saúde o trabalho apontou que 41,4% não retiraram as medicações prescritas no último retorno e diante da situação os pacientes do estudo apresentaram piora dos exames de CD4 e Carga viral.

O estudo mostrou que em relação ao diagnóstico e aparelhos e sistemas envolvidos tivemos 33,8% ligadas ao caráter crônico e recidivante das doenças gastrintestinais na AIDS, seguido do respiratório com 21,1%.

## **5.1 Reinternações**

Dos 71 pacientes incluídos no estudo, 16 (22,5%) apresentaram reinternação precoce e considerada prevenível dentro dos critérios estabelecidos.

Podemos afirmar que a hospitalização para alguns é vista como morte e para outros confortáveis, como as pessoas que apresentam vivência de rua e sentem - se protegidos dentro de um ambiente hospitalar.

As reinternações hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde. Estudos internacionais identificaram taxas de reinternação hospitalar que variam de 0,47% a 25,4%, dependendo das características demográficas e do tempo de análise entre a internação índice e a readmissão hospitalar.

Estudos recentes sugerem que as readmissões hospitalares são um indicador importante de qualidade assistencial, pois refletem no impacto dos cuidados hospitalares na condição do paciente após a alta. As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011).

As readmissões podem ser classificadas em planejadas e eventuais, sendo que as planejadas se tornam necessárias para continuidade do tratamento, sendo que as eventuais podem ser classificadas como evitáveis e não evitáveis. Para evitar as reinternações é necessário um adequado planejamento de alta, recursos no domicílio para atender as necessidades do paciente, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nas reinternações.

Podemos observar através do estudo que os pacientes que apresentaram reinternação apresentam situação de vulnerabilidade social, vínculos familiares rompidos devido ao preconceito em relação ao diagnóstico, baixa escolaridade, desemprego, situação de moradia precária, entre outros.

Dos 16 pacientes que apresentaram reinternação precoce e prevenível o estudo apontou que a predominância foi do sexo masculino em relação ao feminino com 62,5% sendo que a faixa etária foi entre os entrevistados foi entre 19 e 68 anos de idade. Em relação a procedência o predomínio foi o município de Ribeirão Preto em relação aos outros municípios da macrorregião, ficando em segundo lugar com maior índice de reinternação o município de Sertãozinho/SP, que é um município que compõe a DRS XIII e possui serviço ambulatorial para o tratamento HIV, porém casos de internação são referenciados para UETDI.

O estudo apontou que os pacientes que apresentaram reinternação precoce consideram-se na maioria solteiros com 62,5%, como citado anteriormente, o paciente descobre o diagnóstico e acaba sendo abandonado pelo parceiro e como não possuem a união oficial, não se consideram divorciados.

Com relação ao grau de instrução o estudo mostrou que 43,8% possui somente o ensino fundamental, caracterizando a evasão escolar, da mesma maneira que o grupo que não reinternou. O dado vai de encontro com a literatura que demonstra que a não adesão ao

tratamento dos pacientes que estão em situação de vulnerabilidade social e não possui condições de acesso ao ensino regular.

Outro dado relevante para o estudo foi a inserção ao mercado de trabalho, onde 31,3% dos pacientes do estudo que reinternaram não exercem atividade remunerada; ou seja; não trabalham. O dado aponta os efeitos do processo de estigmatização e discriminação no ambiente de trabalho afetam o bem-estar e os cuidados à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids.

O estigma é uma situação comum a doenças infecciosas ou mentais, trazendo uma problemática da inserção da pessoa no mundo trabalho. É importante ressaltar que de acordo com a Lei 12.984 de 2014 constitui-se crime punível as condutas discriminatórias contra a pessoa com HIV em negar emprego ou trabalho ou até mesmo exonerar e demitir em função da doença.

Apesar do amparo legal; muitos pacientes sofrem e são excluídos do mercado de trabalho quando revelam o seu diagnóstico; são sempre orientados pela equipe multidisciplinar a não realizar a revelação do diagnóstico no trabalho.

Com relação ao domicílio e estudo mostrou que 40,8% possui casa própria em relação a 36,6% possui casa cedida. Durante a entrevista foi possível observar que o domicílio próprio foi fruto de um bem que foi conseguido através da habitação popular. É importante destacar a importância do referido programa social na vida das pessoas de baixa renda; sendo que o setor de Habitação mostrou um crescimento satisfatório nos últimos anos, graças aos programas sociais do Governo Federal, como o Programa Minha Casa Minha Vida, que proporcionou a aquisição da casa própria à população com renda de 01 a 03 salários mínimos. Contudo não conseguiu erradicar o déficit habitacional, que se trata de um problema social que atinge todo o país desde a chegada da Indústria.

Já o domicílio cedido é um imóvel que foi emprestado por algum familiar ou amigo com intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida no que tange a moradia; tornando se relevante para a adesão ao tratamento.

Os pacientes que apresentam vivência de rua 8.5% têm seu tratamento totalmente prejudicado; pois o mundo da rua não apresenta possibilidades de adesão; aumentando consideravelmente as reinternações precoces.

De acordo com os aparelhos e sistemas envolvidos; os pacientes com reinternação precoce apresentaram 62.5% das internações ligadas ao caráter crônico e recidivante das doenças gastrintestinais na AIDS.

## *Conclusão e Recomendações*

---

## **6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO**

### **6.1 Conclusão**

Através do estudo foi possível identificar os fatores preditores de reinternação precoce junto a UETDI e dentre os fatores que levaram a internação o estudo apontou que a condição social possui influencias na adesão ao tratamento no pós alta.

Os pacientes que retornam ao serviço precocemente apresentam condições sociais que levam a não adesão ao tratamento e acabam retornando ao serviço de saúde.

A reinternação precoce aumenta os custos dos serviços de saúde e causa sofrimento aos pacientes que se sentem inseguros com uma nova hospitalização.

É importante dizer que o estudo apontou que o HIV/Aids se apresenta como expressão da “questão social”, com base na autora Yamamoto (2007), evidenciamos que o serviço social tem na questão social a base de sua fundação; sendo esse contexto o de atuação do Assistente Social.

### **6.2 Recomendações**

1. O acesso a políticas sociais como moradia, trabalho e profissionalização proporcionaria uma melhor condição de vida dos pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento no pós alta hospitalar.
2. O suporte familiar mostra-se como um fator importante, pois foi possível observar que os pacientes que reinternam precocemente apresentam vínculos familiares rompidos/fragilizados.
3. A inserção ao mercado de trabalho através da profissionalização é outro fator para a adesão e a não reinternação, pois através do trabalho e da geração de renda o paciente sente-se empoderado, favorecendo ao tratamento.
4. O acolhimento e a programação de alta é outro fator que auxilia na não reinternação de pacientes, a alta quando é trabalhada pela equipe multidisciplinar possui um índice menor de reinternação, pois o paciente deixa o hospital com segurança para dar continuidade ao tratamento. .

## *Referências Bibliográficas*

---

Amarasingham R, Moore BJ, Tabak YP, Drazner MH, Clark CA, Zhang S, et al. An automated model to identify heart failure patients at risk for 30-day readmission or death using electronic medical record data. *Medical care*. 2010 Nov;48(11):981-8.

Bachhuber MA, Southern WN. Hospitalization rates of people living with HIV in the United States, 2009. *Public health reports*. 2014 Mar-Apr;129(2):178-86.

Berry SA, Fleishman JA, Yehia BR, Korthuis PT, Agwu AL, Moore RD, et al. Thirty-day hospital readmission rate among adults living with HIV. *Aids*. 2013 Aug 24;27(13):2059-68. 19. Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, Radford MJ, et al. Readmission Bravo, M. I. S. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Centers for Disease C. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men -New York City and California. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 1981 Jul 3;30(25):305-8.

Coelho L, Veloso VG, Grinsztejn B, Luz PM. Trends in overall opportunistic illnesses, Pneumocystis carinii pneumonia, cerebral toxoplasmosis and Mycobacterium avium complex incidence rates over the 30 years of the HIV epidemic: a systematic review. *The Brazilian journal of infectious diseases*. 2010 Jul;54(3):248-57. Crum-Cianflone NF, Grandits G, Echols S, Ganesan A, Landrum M, Weintrob A, et al. Trends and causes of hospitalizations among HIV-infected persons during the late HAART era: what is the impact of CD4 counts and HAART use? *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2010 Jul;54(3):248-57.

Clementino. M. O. Serviço social e HIV/Aids: Uma análise da prática profissional no serviço de assistência especializada e HIV/Aids e Hepatits Virais (SAE) do município de Campina Grande-PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em serviço social. Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campina Grande, PB: 2014. Disponível em:. Acesso em: 02 jan. 2017.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2009.

Ford N, Shubber Z, Meintjes G, Grinsztejn B, Eholie S, Mills EJ, et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *The lancet HIV*. 2015 Oct;2(10):e438-44.

Fielden SJ, Rusch ML, Levy AR, Yip B, Wood E, Harrigan RP, et al. Predicting hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients starting HAART: determining clinical markers and exploring social pathways. *AIDS care*. 2008 Mar;20(3):297-303.

Gallo RC, Montagnier L. The discovery of HIV as the cause of AIDS. *The New England journal of medicine*. 2003 Dec 11;349(24):2283-5.

Gebo KA, Diener-West M, Moore RD. Hospitalization rates differ by hepatitis C status in an urban HIV cohort. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2003 Oct 1;34(2):165-73.

Goldfield NI, McCullough EC, Hughes JS, Tang AM, Eastman B, Rawlins LK, et al. Identifying potentially preventable readmissions. *Health care financing review*. 2008 Fall;30(1):75-91.

Iamamoto, M. V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.

13ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, et al. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of public health*. 2005 Mar;27(1):62-6.

Krumholz HM, Lin Z, Drye EE, Desai MM, Han LF, Rapp MT, et al. An administrative claims measure suitable for profiling hospital performance based on 30-day all-cause readmission rates among patients with acute myocardial infarction. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2011 Mar;4(2):243-52

Laudicella M, Li Donni P, Smith PC. Hospital readmission rates: signal of failure or success? *Journal of health economics*. 2013 Sep;32(5):909-21.

Miranda, D.S.M. O serviço social e o enfrentamento da Aids na Paraíba: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social á luz das equipes multidisciplinar dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB. Dissertação ( mestrado) – UFPB/CCHL, 130f. João Pessoa, 2012. Disponível em: . Acesso em: 20 jan. 2018.

Mzileni MO, Longo-Mbenza B, Chephe TJ. Mortality and causes of death in HIV-positive patients receiving antiretroviral therapy at Tshepang Clinic in Doctor George Mukhari Hospital. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*. 2008 Oct;118(10):548-54

Netto, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, J. P. capitalismo

monopolista e serviço social. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Nijhawan AE, Kitchell E, Etherton SS, Duarte P, Halm EA, Jain MK. Half of 30-Day Hospital Readmissions Among HIV-Infected Patients Are Potentially Preventable. *AIDS patient care and STDs*. 2015 Sep;29(9):465-73.

Nijhawan AE, Clark C, Kaplan R, Moore B, Halm EA, Amarasingham R. An electronic medical record-based model to predict 30-day risk of readmission and death among HIV-infected inpatients. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2012 Nov 1;61(3):349-58.

Qualiads. Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Brasília -DF, 2008. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_qualiaids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf). Acesso em: 25 fev. 2018.

Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2011 Sep;1(1):a006841.

World Health Organization. HIV/AIDS. Fact sheets 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> . Acessado em novembro 25/10/2017. Unaid. Brasil. Estatísticas 2015. Disponível em <http://unaid.org.br/estatisticas/>. Acessado em 25/10/2017.

Weber R, Sabin CA, Friis-Moller N, Reiss P, El-Sadr WM, Kirk O, et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Archives of internal medicine*. 2006 Aug 14-28;166(15):1632-41.

Williams MV. A requirement to reduce readmissions: take care of the patient, not just the disease. *Jama*. 2013 Jan 23;309(4):394.