

SOLANGE OLIVEIRA CARDOSO

REINTERNAR É PRECISO?

**CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS REINTERNADOS COM
DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS**

Projeto de Pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof. MS. Vera Lúcia Pasini

Porto Alegre

2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, na incansável busca de cuidados e atenção aos pacientes de HIV/AIDS.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Vera Lúcia Pasini, por sua dedicação ao orientar-me neste estudo.

Ao Dr. Dimas Alexandre Kliemann, por contribuir na escolha do tema deste projeto.

À Kelly Melissa Brum, pelo apoio prestado no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), especificamente no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), observamos no Serviço de Infectologia o atendimento de pacientes com HIV/AIDS, que passaram por frequentes reinternações. Esse projeto de pesquisa será desenvolvido com os pacientes que reinternarem na Unidade 4º E, com intervalo máximo de um ano após a última internação. Visamos, através desse estudo, caracterizar o perfil social do paciente com diagnóstico de HIV/AIDS que reinterna, facilitando às equipes de profissionais do HNSC um fluxo de informações sobre os pacientes no prontuário eletrônico, onde a evolução possa ser contínua e sistemática; além disto, visa a propor alternativas de atenção e apoio aos pacientes portadores de HIV/AIDS, no sentido de diminuir a reincidência de internações, propondo, a partir disto, a inserção de indicadores que configurem condições de vulnerabilidade no prontuário eletrônico dos usuários, possibilitando, assim, identificar precocemente problemas que possam refletir na reinternação. O estudo será quantitativo, de caráter transversal, tipo observacional descritivo, com questões estruturadas e semi-estruturadas para coleta dos dados e análise estatística com o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Palavras-chave: HIV/AIDS. Reinternação hospitalar. Perfil social. Vulnerabilidade.

SUMÁRIO

1	0
INTRODUÇÃO.....	6
...	
2	1
OBJETIVOS.....	1
...	
2.1 OBJETIVO	1
GERAL.....	1
2.2 OBJETIVOS	1
ESPECÍFICOS.....	1
3 FUNDAMENTAÇÃO	1
TEÓRICA.....	2
4	1
METODOLOGIA.....	8
...	
4.1 TIPO DE	1
PESQUISA.....	8
4.2 LOCAL DO	1
ESTUDO.....	8
4.3 SUJEITOS DA	1
PESQUISA.....	8
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE	1
DADOS.....	9
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE	1
DADOS.....	9
4.6 ASPECTOS	2
ÉTICOS.....	0

5 CRONOGRAMA DE	2
ATIVIDADES.....	1
6	2
ORÇAMENTO.....	2
...	
REFERÊNCIAS.....	2
.....	3
APÊNDICES.....	2
.....	5

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa nasceu durante a realização do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, desenvolvido no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em uma parceria entre o GHC e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Partindo da observação, no cotidiano de trabalho, de pacientes diagnosticados com HIV/AIDS, especificamente aqueles que reinternam no hospital consecutivamente, seja por um curto ou longo período, passamos a questionar quem é esse usuário do sistema de saúde, qual é o seu perfil social e para onde a nossa atenção deve voltar-se no sentido de atender integralmente as suas necessidades.

O GHC é formado pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital da Criança Conceição e pelo Serviço de Saúde Comunitária. Desde 2003, presta atendimento 100% SUS, possuindo as seguintes diretrizes: Integralidade da atenção, democratização da gestão, pólo de formação e pesquisa, reestruturação institucional, eficiência e eficácia organizacional.

Articulado ao Ministério da Saúde, nas diversas instâncias políticas, o GHC estabeleceu a implementação da política de humanização da saúde. Nesse percurso, está o desafio de direcionar ações que estejam comprometidas com a melhoria das condições de acesso e acolhimento à população.

Como trabalhadores de Saúde Coletiva, entendemos que não basta conhecermos o diagnóstico clínico do paciente; é necessário também, podermos realizar um estudo sistematizado da realidade de diferentes sujeitos em determinados contextos, visando a obter informações que forneçam subsídios à ação dos profissionais que operam o cuidado em saúde, bem como o planejamento e a avaliação de ações em nível institucional por parte da administração dos estabelecimentos de saúde.

Especificamente relacionado ao tema deste projeto, os usuários portadores de HIV/AIDS recebem atenção no HNSC em nível ambulatorial, de Hospital-Dia (HD) e na Unidade de Internação – Posto 4ºE, bem como em outras unidades que não são referência da infectologia. Temos observado que um número significativo de pacientes (aproximadamente 230 no ano de 2008) reinternam constantemente e, por vezes, passam despercebidas questões que dizem respeito ao seu cotidiano, de situações de vulnerabilidade, ou seja, pacientes em

situação de rua, abandono familiar, perda de vínculos, dependência química, renda precária, entre outras.

Segundo Alves (1994 apud Ayres et al., 2003, p. 118), o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania”.

No trabalho com os pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, nem sempre temos informações que nos auxiliem a atendê-lo de forma mais adequada e mais integrada. Sem conhecermos muito bem sua dinâmica de vida e as questões que refletem em sua saúde, os profissionais atuam cada um com o seu saber, procurando dar respostas aos problemas que se apresentam, sejam clínicos ou sociais, sem integrar as diferentes perspectivas. Assim, o sujeito se perde na fragmentação técnico-científica dada ao “caso”.

Os pacientes que internam e reinternam no HNSC para tratamento das complicações clínicas decorrentes da infecção pelo vírus HIV/AIDS ingressam pela Emergência. Assim, muitas vezes, a internação ocorre em unidades que não são a de referência.

Quando isso ocorre, o cuidado fica dirigido ao problema atual, sendo que diversos profissionais, de diferentes áreas de especialidades fazem intervenções conforme a necessidade clínica apresentada no momento, sem, contudo, levar em consideração a história social e as múltiplas necessidades pautadas pela precarização das condições de vida de muitos usuários.

Ressalta-se que registros de informações importantes – principalmente daqueles pacientes com história de reinternação – em geral não são socializadas. Na área do Serviço Social, obtemos dados que evoluímos à medida que realizamos o acompanhamento. Os registros são feitos em papel (em arquivo específico do Serviço Social), sem que estes sejam resgatados quando o paciente reinternar no hospital em outro momento. Nessa prática, as intervenções com relação à problemática do paciente são repetitivas e pouco eficazes, pois nem sempre é o mesmo profissional que atua junto ao paciente. Salienta-se ainda que o usuário em diferentes momentos sendo reincidente, repete informações já dadas sobre si.

Em outras circunstâncias, passa despercebido no leito hospitalar até que chegue o dia da alta. Nessa ocasião, identifica-se uma série de problemas com os quais não se consegue trabalhar em tempo hábil, pela iminência da alta. Desta forma, é obvio que aconteçam ações pontuais e fragmentadas, que acreditamos vir a corroborar, entre outras questões, para o seu reingresso ao hospital.

Sabemos que, nos processos de trabalho com o paciente, nem sempre iremos dar conta de tudo que é demandado – principalmente quando se trata de questões sociais que perpetuam a vulnerabilidade desse paciente – nem dar soluções imediatas, como esperado por alguns profissionais. Porém, se faz imprescindível utilizarmos uma comunicação interativa, na qual as informações passem a ser mais dinâmicas e recíprocas, propiciando ações mais articuladas e que beneficiem o usuário em diferentes campos de necessidades (sociais, clínicas e afetivas).

Até o presente momento, por não termos informações precisas e sistematizadas sobre os pacientes que reinternam, estes são vistos como pessoas que “atrapalham” o fluxo do serviço, por se sobreporem à demanda cotidiana, quando, no entendimento da equipe, poderiam ter se mantido sem internação, caso seguissem as prescrições dadas no momento da alta. Ainda há que ressaltar que, decorrente desta falta de informações, produz-se um alto custo gerado pelas reinternações hospitalares e um sentimento de impotência em nossas práticas de trabalho quando não se visualiza a necessária resolutividade no atendimento.

Acreditamos que, no espaço de trabalho, podemos experienciar novos padrões de interação, onde a informação que diz respeito aos pacientes circule entre os profissionais para qualificar o atendimento, tanto no sentido de acolhê-lo satisfatoriamente, quanto de dar respostas mais eficientes.

Neste sentido é que propomos, com este projeto, caracterizar o perfil social do paciente que reinternam no HNSC em função de diagnósticos relacionados ao HIV/AIDS, com a perspectiva de facilitar a comunicação interna, através da utilização de informações *online*, propiciadas pelo uso do prontuário eletrônico¹. Pela disponibilidade de acesso, o prontuário eletrônico permite a interface tanto entre os profissionais de uma mesma equipe, quanto com outras equipes de trabalho, permitindo que indicadores que configurem o perfil social do usuário chamem a atenção para as situações de vulnerabilidades sociais que, conforme aponta a literatura (Ayres et al., 2003; Borges et al., 2008), podem contribuir para o aumento dos índices de reinternações.

Assim, como resultado deste projeto de investigação, poderemos oferecer informações em saúde, que possibilitem uma melhor gestão do processo de cuidado para as equipes em seu cotidiano de trabalho, bem como aos níveis administrativos da instituição para o planejamento

¹ Registro computadorizado dos pacientes, onde se processam as informações a respeito dos cuidados clínicos de sua saúde, através dos profissionais que operam o sistema, realizando a evolução contínua dos dados que são

financeiro e de estrutura física necessários ao melhor atendimento das necessidades desta população de usuários do SUS.

Atualmente, as pessoas infectadas pelo vírus HIV e os doentes de AIDS podem conviver com a doença que passou a ser crônica após a descoberta da medicação Antiretrovirais (ARV), sem necessariamente virem a hospitalizar-se com frequência. Entretanto, ainda nos deparamos com uma significativa demanda de usuários com história de reinternações.

É sabido que a não-adesão ao tratamento clínico implica adoecimento, mas há que considerar que as condições de vulnerabilidade social com as quais convive grande parte desses usuários do hospital, interferem de maneira decisiva na maior ou menor possibilidade de assumir maiores cuidados em saúde.

Algumas das situações identificadas em nosso cotidiano de trabalho chamam especialmente a atenção e apontam para algumas necessidades que estão presentes na atenção a esta população:

- Muitos dos pacientes vivenciam situações de abandono, dependência de cuidados, falta de documentos, entre outros, exigindo a intervenção do Serviço Social no início de sua hospitalização;
- O paciente, ao ingressar pela emergência, pode ser internado nas várias unidades (devido às diversas complicações clínicas); dessa forma, o “perdemos de vista” como um paciente de referência da Unidade de Infectologia;
- A grande demanda diária de atendimento pelos(as) profissionais de Serviço Social, muitas vezes inviabiliza focarmos o olhar para esse usuário logo no início da internação, sendo que, na maioria das vezes, a equipe médica encaminha ao Serviço Social na iminência da alta, sem podermos realizar um trabalho mais efetivo junto ao paciente e as redes de serviços.

Neste contexto, a informação de dados de vulnerabilidade social no prontuário eletrônico, nos auxiliará de antemão quando o paciente ingressar no hospital, sinalizando a

nossa atenção para a importância do acompanhamento continuado desde a sua baixa hospitalar até sua alta clínica.

Propomos que a intervenção precoce, o acompanhamento sistemático e o encaminhamento adequado do paciente pós-alta hospitalar, podem vir a colaborar para diminuir a reincidência da internação, pois, como observamos no dia-dia, aquele usuário para quem conseguimos programar, mobilizar e articular ações a partir de suas necessidades, responde melhor ao tratamento de saúde, passando a melhorar sua qualidade de vida.

Diante da complexa realidade de grupos e indivíduos que se apresentam cotidianamente na internação hospitalar, não temos a pretensão de resolutividade iminente das questões que envolvem desigualdades e exclusões sociais, mas intentamos identificar com mais precisão o paciente que reinternar, buscando uma abordagem mais comprometida com suas referências pessoais e coletivas. Avaliando possibilidades e suscitando uma reflexão para novos potenciais de intervenção, estaremos buscando melhorar as relações de comunicação em serviço, auxiliando no cuidado com o paciente, visando a colaborar com uma atenção hospitalar mais humanizada.

Em consonância com as diretrizes do SUS e do GHC, como instituição em um processo de mudanças, é fundamental que as nossas práticas de trabalho colaborem, mesmo que em uma pequena proporção, para consolidar uma política pública de saúde, garantindo qualidade de atenção a todos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil social dos pacientes portadores de HIV/AIDS que reinternam na Unidade de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), visando qualificar a atenção em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar condições de vulnerabilidade que possam colaborar na necessidade de reinternação de pacientes portadores de HIV/AIDS;
- Identificar precocemente pacientes portadores de HIV/AIDS que reinternam na Unidade 4º E do HNSC ou em outras áreas de internação, propiciando uma maior atenção aos aspectos sociais envolvidos;
- Facilitar às equipes de profissionais do HNSC um fluxo de informações sobre os pacientes no prontuário eletrônico, onde a evolução possa ser contínua e sistemática;
- Propor alternativas de atenção e apoio aos pacientes portadores de HIV/AIDS, no sentido de diminuir a reincidência de internações;
- Propor a inclusão de informações sobre o perfil social dos pacientes portadores de HIV/AIDS, especialmente de vulnerabilidade social, no prontuário eletrônico do HNSC.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde, conforme expressa a Constituição Federal é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Através do Sistema Único de Saúde (SUS), constituíram-se princípios, diretrizes, objetivos e atribuições que visam a normatizar e organizar os serviços de saúde em todos os níveis de governo, buscando operacionalizar e instituir de fato esse direito (BRASIL, 1990).

É importante lembrarmos que, para chegar até a implantação do SUS, houve um processo de engajamento, reivindicações de profissionais de saúde, comunidades e movimentos organizados, de diversos setores da sociedade que almejavam a reforma sanitária. Atualmente, podemos ver que conquistas importantes foram alcançadas após a implantação do SUS, principalmente quanto à garantia de acesso da população aos serviços de saúde, ou seja, a universalidade da atenção no atendimento.

Ao mesmo tempo em que observamos grandes avanços, a experiência na área da saúde nos mostra que temos ainda muito a conquistar, para efetivar a garantia de condições de saúde na dimensão de seu conceito ampliado e na concretização do acesso e qualidade dos serviços.

No conjunto das ações, várias políticas estruturam o SUS, destacando-se, mais recentemente, a política de humanização e acolhimento à saúde.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculos, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços (BRASIL, 2006, p. 18).

É através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, a partir de 2001, que os hospitais públicos vêm procurando modificar o padrão de assistência dada aos pacientes, tendo, entre outros objetivos, o de “promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde”, baseada no conceito de “valorização da vida humana e a cidadania” (BRASIL, 2000).

Sob esta dinâmica, que redimensiona a relação com o usuário de saúde e que nos faz pensar o cuidado de forma mais abrangente, do ponto de vista da dignidade humana, é que

buscamos conduzir o nosso trabalho com os pacientes no espaço hospitalar, em uma organização que vem sofrendo um processo de mudanças desde a estruturação do SUS.

Como coloca Campos (2005, p. 400), “a humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros”.

Diante dessa perspectiva, é que somos instigados a pensar em relações integradoras nas ações de trabalho, principalmente procurando refletir sobre a lógica da atenção baseada no conhecimento tecnológico, ainda bastante vigente no ambiente hospitalar e que produz atos técnicos e procedimentos de alta complexidade, mas negligencia a efetivação de tecnologias leves. Como descreve Merhy (2004, p. 115), “há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos, as ferramentas de trabalho e que está sempre nas atividades de saúde, que denominamos de levedura”, referindo-se ao saber técnico que empregamos ao lidar com o usuário de saúde, mas também a como estabelecemos nossa relação de atenção e cuidado com o mesmo.

Na rede de serviços do SUS, o HNSC presta assistência de alta complexidade na recuperação e atenção à saúde de usuários de Porto Alegre e região metropolitana, bem como de alguns municípios do estado do Rio Grande do Sul. A atual proposta de gestão tem buscado constituir propostas de organização do cuidado que se configurem em Linha de Cuidados². Neste sentido, em relação ao cuidado dos usuários portadores de HIV/AIDS, foi criada a Linha de Cuidado em DST/AIDS, que “prevê a integralidade do atendimento a pessoas vivendo com DST/AIDS no âmbito do GHC” (BRASIL, 2009), que envolve diversas atividades e serviços, entre os quais, a internação hospitalar.

Baseados nas diretrizes do SUS, nas diretrizes do GHC e na implementação da Linha de Cuidados em DST/AIDS, procuramos redimensionar o olhar focado em um modelo biologicista (centrado na doença) para novos paradigmas de atenção, humanização, integralidade, princípios a serem constituídos, pois tradicionalmente nossas práticas estão institucionalizadas por ações focais, fragmentadas e periféricas ao processo de cidadania.

Neste sentido, Merhy (2004, p. 129) refere que “a possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde”.

² “É um modelo de organização dos processos de trabalho baseado no atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS” (<http://www.ghc.com.br>).

É fundamental a busca da integralidade do cuidado com o paciente com HIV/AIDS, observando o desenvolvimento de novas tecnologias voltadas para o combate à infecção, mas que não dão conta da dimensão maior, ou seja, da dinâmica de vida vivenciada pelos sujeitos em sociedade.

Nos primeiros anos da década de 80 (período da descoberta do vírus HIV), o referencial epidemiológico caracterizou os chamados “grupos de risco”, por identificar na sociedade alguns segmentos mais atingidos pela doença, quais sejam: homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos (AYRES et al., 2003). Nessa mesma década, o conceito passa a “comportamento de risco”, na tentativa de deslocar a produção da doença de determinados grupos da população, o que, segundo Ayres et al. (2003), pretendia retirar o estigma dos grupos detectados pela epidemia no seu início, passando a estimular o envolvimento individual com a prevenção.

No entanto, o autor explica que tanto o conceito de grupos de risco como o de comportamento de risco fica limitado, reduzindo primeiramente ao estigma e à exclusão, passando, então, para a culpabilização individual. Esses conceitos não estimularam a apropriação de maiores conhecimentos por parte das pessoas, nem auxiliaram nas intervenções que visavam a prevenir a doença.

Apesar de esforços em nível mundial e em nosso país para prevenir e controlar a disseminação da infecção, a mesma continua se proliferando e fazendo uma nova configuração das populações atingidas. No decorrer dos anos, visualizamos, no cotidiano de trabalho, que a demanda de usuários do Serviço de Infectologia vem agregando novas faces, como idosos, mulheres, adolescentes, o que chama a atenção para a situação de vulnerabilidade a que estão expostas estas populações.

Atualmente, a incidência de HIV/AIDS é visível entre as populações que vivem em condições de miserabilidade, em um grau acirrado de exclusão social. A respeito dessa realidade, Ayres et al. (2003, p. 123) apontam para a questão da vulnerabilidade como:

Movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Nessa linha, salienta que, para analisar a vulnerabilidade, é preciso a avaliação de três fatores, que são o individual, o social e o programático.

O fator individual é associado a comportamentos que favorecem a oportunidade de contrair a doença; relaciona-se às informações, às orientações que as pessoas têm sobre o problema e a como absorvem as informações, somado ao seu grau de interesse, preocupação e nas possibilidades de, na prática, proteger-se. O fator social está ligado a aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e relacionado às possibilidades de acesso ou não de recursos, assim como ao poder de influenciar nas decisões políticas, enfrentamento de obstáculos que dizem respeito a questões culturais, violência e possibilidades de realizar mudanças nesse contexto. O fator programático é referente a programas governamentais, efetivação de políticas intersetoriais e planejamento de ações voltadas para o compromisso com o HIV/AIDS (AYRES et al., 2003).

A experiência da autora desse projeto como Assistente Social no Serviço de Internação da Unidade de Infectologia do HNSC possibilita o acompanhamento de uma realidade que aponta para a reinternação de usuários vulneráveis a diversas fragilidades de ordem pessoal e coletiva, salientando as condições de precarização de vida. Acreditamos que o aspecto de vulnerabilidade social acentua e reforça a não-adesão ao tratamento clínico.

A não-adesão, em muitos casos, provoca as internações e reinternações. Porém, é importante a compreensão dos aspectos mais amplos que em certas situações incidem no ato de não aderir ao tratamento clínico, considerando o conceito de adesão como

um processo dinâmico, interativo e contínuo, tanto para o profissional da saúde quanto para o indivíduo com AIDS, uma vez que envolve fatores e aspectos culturais, sociais, históricos, demográficos, psicológicos e clínicos (SCHAURICH et al., 2006, p. 458).

As reinternações constantes de pacientes com HIV/AIDS na Unidade de Infectologia do HNSC nos fazem refletir e nos atentam para o desenho do perfil social desse paciente, sujeitos desse trabalho, suscitando que o conhecimento da população com a qual trabalhamos é cada vez mais imprescindível. Nesta visão, destacamos o que descrevem Borges et al. (2008 p. 148):

Considerando que uma reinternação traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares, é importante conhecer o perfil dessa população, com vistas a prestar um melhor atendimento hospitalar e, principalmente, planejar com mais atenção os cuidados que serão necessários após a alta a fim de evitar uma reinternação não programada.

Considerando a observação na prática, de que outras configurações de usuários infectados ocupam o espaço do hospital para cuidados de saúde e a literatura a respeito, é

inquietante pensar que desconhecemos, a rigor, o perfil de nossos usuários e as situações que os tornam vulneráveis tanto em sua individualidade, como também do contexto onde vivem. O conhecimento desse perfil poderia nos levar a questionar, por exemplo, o que estaria indicando o não-retorno à consulta clínica ou a não-retirada da medicação distribuída gratuitamente através do Sistema Único de Saúde, além de uma simples “irresponsabilidade” do paciente.

Ao buscarmos configurar o perfil dos pacientes suscetíveis à reinternação, acreditamos que poderemos aprofundar os conhecimentos quanto ao usuário de saúde, na perspectiva de traçar novos fundamentos à nossa prática, ao nosso aprendizado, na valorização de outros saberes que dizem respeito a valores e crenças, na compreensão de comportamentos, seus significados e de suas relações sociais.

Nesse ensejo, Ayres et al. (1999, p. 66) colocam:

O conhecimento dos fenômenos populacionais de saúde precisará buscar novas categorias, construir recortes capazes de ultrapassar fronteiras disciplinares de forma a criar novos objetos, vale dizer, novas relações sujeitos-mundo, expressão de novos compromissos práticos com a saúde.

Sabemos do papel preponderante que o hospital ainda exerce na prestação da assistência à saúde, especialmente o HNSC, no desenvolvimento do proposto pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), em “reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS” (BRASIL, 2009). Uma das propostas do Governo nessa área foi a de agregar ações tanto preventivas quanto assistenciais, assumindo a distribuição gratuita da medicação (anti-retrovirais) aos pacientes – o que consiste em uma perspectiva da “integralidade da atenção” – e realizando uma ação programática no enfrentamento do problema.

Porém, entendemos que a proposta da integralidade da atenção vai além da articulação dos serviços prestados, visando também a uma provocação ao nosso olhar que ainda está voltado para a doença, para que se perceba o usuário como “um todo”, nas várias dimensões que dizem respeito à vida, nas diversas necessidades que refletem a sua saúde.

Apesar dos grandes avanços que já foram alcançados pelas comunidades científicas, desde a descoberta do HIV/AIDS, principalmente no que se refere à medicação anti-retroviral, continuamos convivendo com muitos problemas, não somente quanto às condições clínicas das pessoas infectadas, mas também quanto às condições sócio-culturais, econômicas e de

ordem política, pois o estabelecimento ou não de relação de cidadania, interfere sobremaneira no desfecho de uma situação de vida.

Visto desse ângulo, está a possibilidade de realizarmos recortes na rotina de trabalho, propondo alternativas voltadas para um cuidado mais próximo da realidade do usuário, pois sabemos que este paciente espera, além do cuidado clínico, uma atenção para as questões subjetivas implicadas em sua doença, questões estas que dizem respeito ao seu jeito de ver a vida, de como e onde vive. Nessa perspectiva, Merhy (2005, p. 198) chama a atenção para o fato de que cada usuário é

um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs.

Considerando a trajetória vivida até aqui, para a implantação do SUS, é imprescindível nosso envolvimento como trabalhadores da área de saúde, fazendo parte de uma organização como o GHC, no processo que busca uma dimensão de saúde mais humanizada e vista de forma integral.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é quantitativa e trata-se de um estudo transversal do tipo observacional descritivo, no qual, através da utilização de um questionário com questões estruturadas e semi-estruturadas, buscar-se-á verificar a frequência e a prevalência de aspectos de vulnerabilidade individual, social e programática, presente em usuários portadores de HIV/AIDS reinternados em uma unidade hospitalar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado no HNSC, onde o atendimento à saúde é 100% SUS, especificamente, na unidade de internação do Serviço de Infectologia – Posto 4º E, que possui atualmente capacidade de 30 leitos. Os pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS que reinternarem em outras unidades não serão abordados neste estudo, considerando a delimitação da população no foco desse projeto. Será solicitada autorização da chefia desse Serviço para a realização da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa será desenvolvida com todos os pacientes que reinternarem na Unidade 4º E, no intervalo máximo de até um ano após a última internação, no período de julho de 2009 a julho de 2010. Considerando-se o número de reinternações no ano de 2008 (na unidade 4ºE e outras áreas que abrangem o Serviço de Infectologia), estimamos a participação em torno de 230 pessoas (nas várias unidades do Hospital, incluindo-se a 4º E). A abordagem será efetivada àqueles que tiverem condições de responder às questões verbalmente, e que se dispuserem a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não serão inseridos os usuários que não possuem condições de uso da linguagem verbal e/ou graves condições clínicas, cuja resposta ao questionário implique desconforto físico.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações serão coletadas a partir de um questionário com questões estruturadas e semi-estruturadas (Apêndice A), relacionadas a condições de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticas, que foi especificamente construído para fins deste projeto, tendo em vista a não identificação de nenhum instrumento já validado que respondesse aos objetivos do mesmo. Neste sentido, as questões se desenvolvem a partir de nove itens: caracterização dos sujeitos da pesquisa, condições de moradia, situação de emprego e renda, história de uso de álcool e outras drogas, relação com as redes da comunidade, realização de tratamento clínico para HIV/AIDS, histórico de reinternações, serviços de transporte utilizados e lazer.

Será acordado com o paciente o local para a entrevista, se no leito ou na sala de entrevista do Serviço Social, de acordo com a sua vontade ou disposição clínica, após aceitar a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As respostas dadas às questões serão registradas pela pesquisadora, não sendo utilizada gravação para registro. Para cada entrevista, prevê-se um período de mais ou menos uma hora. Caso não seja possível obter todas as respostas neste espaço de tempo, será marcado novo horário para término, compatível com a disponibilidade do paciente. As questões não conterão identificação dos entrevistados. As respostas aos primeiros dez questionários servirão como piloto para possíveis adequações do mesmo, caso identifique-se a necessidade de fazê-lo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os elementos fornecidos através dos questionários serão analisados através de um banco de dados criado no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), a partir do qual se procederá a análise das estatísticas descritivas, das respostas dadas aos questionários. O SPSS é um software aplicativo (programa de computador), um pacote

estatístico para as ciências sociais. De posse dessas análises, os resultados serão discutidos visando inferir conhecimentos relativos às condições de vulnerabilidade mais frequentes e relevantes como fatores predisponentes a reinternações na Unidade de Infectologia do HNSC, para incluí-las como indicadores de alerta para a formulação do plano terapêutico da equipe de saúde, no prontuário eletrônico do HNSC.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será iniciado somente após a aprovação do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A participação na pesquisa não prevê qualquer tipo de benefícios direto ou indireto aos participantes. Tampouco pretende produzir qualquer prejuízo ou dano aos mesmos, sendo que poderão negar-se ou afastar-se sem prejuízo no tratamento recebido. A participação ou a negativa não acarretará influência sobre o atendimento prestado. Será solicitada autorização da chefia do Serviço de Infectologia para a realização da pesquisa. Será considerado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, sobretudo, respeitados todos os pressupostos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados da pesquisa serão mantidos em sigilo, sendo utilizados somente para este estudo. A identidade dos sujeitos será preservada em anonimato. Os questionários respondidos serão armazenados pela pesquisadora durante cinco anos e serão destruídos após este período.

6 ORÇAMENTO

MATERIAL/ PESSOAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Canetas	05	R\$ 1,00	R\$ 5,00
Tinta p/impressora	05	R\$ 20,00	R\$ 100,00
Papel A4	500	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Livros	10	50	R\$ 500,00
Digitação dos dados	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Revisão ortográfica	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
TOTAL			R\$ 975,00

Será pleiteado financiamento dos custos do projeto pelo Fundo de Fomento à Pesquisa do GHC, após aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC. Caso não seja aprovado, todos os custos da pesquisa serão assumidos pela Pesquisadora.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** 34. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 1999. p. 49-72.

_____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

BORGES, F. et al. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.pnp/hcpa/article/wiew/5120>>. Acesso em: 17 mar. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 18 nov. 2008.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Linha de Cuidado DST/AIDS.** 2009. Disponível em: <[HTTP://www.ghc.com.br/default.asp?Idmenu=3#2464](http://www.ghc.com.br/default.asp?Idmenu=3#2464)>. Acesso em: 10 nov. 2008.

_____. **Programa Nacional de DST/AIDS.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Gestão da Educação na saúde. Ver-SUS: Cadernos de Textos. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 195-206.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. Cronicidade no processo saúde doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-462, set. 2006.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

1.1 – Idade_____

1.2 – Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () Outro

1.3 – Sexo: () Feminino () Masculino

1.4 – Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

() Outro Qual?_____

1.5 – Etnia – cor de pele_____

1.6 – Grau de escolaridade

() Analfabeto

() Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino superior completo

() Ensino superior incompleto

1.7 – Você participa de alguma religião? () Não () Sim. Qual?_____

1.8 – Você possui algum documento? () Não () Sim. Quais?_____

1.9 – Você possui cartão do SUS? () Não () Sim

2. CONDIÇÕES DE MORADIA

2.1 – Você possui casa própria? () Sim () Não

() Alugada () Cedida () Casa de parentes

2.2 – Você reside em:

() Pensionato

() Albergue

() Casa Abrigo

() Instituição não-governamental

() Em casa

() Em situação de rua

() Na rua

2.3 – A área é legalizada? () Não () Sim

2.4 – É área de ocupação? () Não () Sim

2.5 – Qual o tipo de moradia em que reside?

() Construção de alvenaria () Construção de madeira () Barraco

2.5.1 – O piso é de: () assoalho () tijolo () cimento () chão () outros _____

2.5.2 – Qual o número de cômodos? _____

2.6 – A casa possui energia elétrica? () Não () Sim

2.6.1 – A luz é própria? () Sim () Não () Puxada do vizinho

() Outra opção. Qual? _____

2.6.2 – O que utiliza para suprir a falta de energia? _____

2.7 – A moradia possui água potável? () Não () Sim () Poço () Riacho

() Outros _____

2.8 – Você convive com familiares? () Não () Sim. Quais? _____

2.8.1 – Você convive com amigos? () Não () Sim

2.8.2 – Possui alguma pessoa de referência?

() amigo

() um familiar/ parente

() um profissional de saúde

() uma pessoa da igreja

() outras _____

3. SITUAÇÃO DE EMPREGO E RENDA

3.1 – Possui trabalho formal com carteira assinada? () Não () Sim

3.1.1 – Há quanto tempo? _____

3.1.2 – Qual sua profissão/ocupação? _____

3.1.3 – Qual sua renda mensal? _____

3.2 – Trabalho informal: () Não () Sim

3.2.1 – Qual sua ocupação: () diarista () biscate () autônomo

() outros: _____

3.2.2 – Qual é a sua renda, diária, mensal, semanal: R\$ _____

3.3 – Atualmente encontra-se desempregado? () Não () Sim

3.3.1 – Você recebe alguma ajuda financeira? () Não () Sim

3.3.2 – De quem? () Da família () De amigos () De programa governamental ()
Outros () _____

3.3.3 – Qual o valor? R\$ _____

3.4 – Encontra-se atualmente em “auxílio doença”? () Não () Sim

3.4.1 – Há quanto tempo? _____

3.4.2 – Qual a sua renda? R\$ _____

3.5 – Você recebe BPC (Benefício de prestação continuada – LOAS)? () Não () Sim

3.6 – Recebe aposentadoria por invalidez? () Não () Sim

3.6.1 – Qual o valor? R\$ _____

3.7 – Você contribui atualmente com a Previdência? () Não () Sim

3.7.1 – Você já contribui? () Não () Sim

3.7.2 – Quanto tempo faz? _____

4. HISTÓRIA E/OU USO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA/ ÁLCOOL

4.1 – Você já utilizou ou utiliza álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas? () Não () Sim

4.1.1 – Qual(is) a(s) droga(s)? _____

4.1.2 – Há quanto tempo você vem utilizando? _____

4.1.3 – Você já buscou ou tem buscado ajuda para tratamento de drogas lícitas ou ilícitas?

() Nunca () Algumas vezes () Sim

4.1.4 – Aonde foi que você buscou ajuda?

() Na rede pública. Qual o serviço? _____

() Na rede particular. Qual o serviço? _____

() Em ONGS – gratuitamente. Qual ONG? _____

4.1.5 – Ao buscar ajuda, encontrou alguma dificuldade? () Não () Sim

4.1.6 – Qual a dificuldade encontrada? () Nenhuma () Alguma. Qual? _____

4.2 – Você chegou a realizar tratamento para dependência química? () Não () Sim

4.2.1 – Como foi? () Em nível ambulatorial () Internação

4.2.2 – Quanto tempo durou o tratamento? _____

4.2.3 – Com relação a isto, você: () Pretende realizar tratamento () Não pretende

5. RELAÇÃO COM AS REDES DA COMUNIDADE

5.1 – Você tem utilizado as redes da comunidade em função do HIV/AIDS em:

() Unidade de saúde

() Centros comunitários

() Escolas

() Igrejas

() Associação de moradores

() Hospital

() Outros? Qual? _____

5.2 – Se você procurou a unidade de saúde, foi: Sempre Algumas vezes
 Poucas vezes Nunca utilizou. Por quê? _____

5.3 – Nas vezes em que necessitou ir à unidade de saúde, conseguiu acessar o serviço que estava procurando? Sim Não

5.3.1 – Conseguiu de alguma forma solucionar o problema que causou a procura da unidade de saúde? Sim Não. Por quê? _____

5.4 – Quanto à instituição hospitalar, você tem buscado ajuda para:

- Somente para internação
- Para consultas e realização de exames no Hospital-dia
- Para busca de medicamentos na farmácia ciclona
- Outros _____

6. REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO PARA HIV/AIDS

6.1 – De que forma você contraiu a doença?

- Através da relação sexual sem preservativo
- Através de drogas injetáveis
- Através de transmissão vertical
- Acidente puncional
- Hemofilia

6.2 – Há quanto tempo você sabe do diagnóstico de HIV/AIDS? _____

6.3 – Quando soube do diagnóstico, procurou contar para:

- Familiares
- Amigos
- Apenas algumas pessoas mais íntimas sabem
- Ninguém sabe. Por quê? _____

6.4 – Como tem procurado conviver com o HIV/AIDS desde a descoberta do diagnóstico?

- Com o apoio familiar
- Com o apoio de amigos
- Com o apoio dos profissionais da saúde
- Outros _____

6.4.1 – Você sente-se sozinho(a) e sem apoio? Não Sim

6.5 – Qual é a sua Unidade de saúde ou hospital para referência de tratamento para HIV/AIDS? _____

6.6 – Comparece às consultas e exames quando agendadas?

- Sempre Nem sempre. Por quê? _____

6.7 – Na continuidade do tratamento, você retira os anti-retrovirais quando necessita?

Sim Às vezes Já deixou de retirá-los. Por quê? _____

6.8 – Recebe apoio familiar ou de uma pessoa de referência para comparecer às consultas e retirar os ARV? Não Sim. De quem? _____

6.9 – Você já desistiu do tratamento, mesmo com a orientação dos profissionais de saúde em manter cuidados clínicos? Não Sim. Quantas vezes? _____

O que levou você a abandonar o tratamento? _____

7. REINTERNAÇÃO

7.1 – Quando foi a sua internação hospitalar anterior a esta? _____

7.2 – Qual foi o motivo da reinternação: _____

7.3 – Quantas vezes realizou internação para tratamento HIV/AIDS desde que foi diagnosticado(a)? _____

7.4 – Nesta reinternação, você estava realizando o tratamento clínico prescrito? Sim

Não. Por quê? _____

7.5 – Você tem encontrado dificuldades para realizar o tratamento clínico?

Não Sim. Qual ou quais são as dificuldades? _____ -

7.6 – Nessa última internação, quem é a pessoa ou pessoas de sua referência que tem comparecido ao hospital e/ou que poderá apoiá-lo, após a alta _____

7.7 – Após a sua alta, a continuidade do tratamento será realizado:

No Hospital Conceição

Outro hospital ou unidades de referência para o tratamento – Qual? _____

7.8 – Na sua opinião quanto ao tempo de agendamento das consultas::

No Hospital-dia do HNSC: É breve É demorado

Está de acordo com o prazo que o profissional da saúde tem combinado para a realização do tratamento.

Em outra unidade de tratamento: É breve É demorado

Está de acordo com o prazo que o profissional da saúde tem combinado para a realização do tratamento.

7.9 – Você possui dependência de cuidados: Sim Não

7.9.1 – Por quais motivos?

Não deambula

Não se alimenta sozinho

Necessita de apoio de alguém p/ higienização

Outros _____

8. SERVIÇO DE TRANSPORTE UTILIZADO

8.1 – Qual o transporte que você utiliza para a realização do tratamento?

- Vai a pé
- Ônibus
- Carro
- Carroça
- Motocicleta
- oOutros_____

9. LAZER

9.1 – O que significa lazer para você?

9.2 – Que tipo de lazer você realiza?

9.3 – Você realiza este tipo de lazer: Sempre Quase sempre Às vezes

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo intitulado **“Reinternar é preciso? Caracterização social de usuários reinternados com diagnóstico de HIV/AIDS”**, construído durante a participação da autora no Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, tem como objetivo levantar informações sobre condições de vida de pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS que reinternarem no posto 4º E, no Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Além de seu objetivo acadêmico, tem a finalidade de aprimorar nossas práticas, buscando alternativas de prevenção de reinternações por questões sociais. O estudo será realizado no período de julho de 2009 a julho de 2010. Participarão do mesmo, usuários reinternados, após um intervalo máximo de um ano da última internação.

Será acordado com o paciente o local para aplicação do questionário, se no leito ou na sala de entrevista do Serviço Social, de acordo com a sua vontade ou disposição clínica. A aplicação do questionário levará em torno de uma hora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de que, ao responder as questões que compõem esta pesquisa, estarei participando voluntariamente do estudo e que não está previsto nenhum ressarcimento ou indenização para minha participação. Da mesma forma, sei que poderei desistir a qualquer momento de responder o questionário sem incorrer em riscos ou prejuízos para o tratamento que vem sendo dispensado a mim pela instituição.

Obtive informações da pesquisadora de que os dados referentes à identificação serão sigilosos e privados, e poderei solicitar mais informações em qualquer fase da pesquisa.

Concordo em responder ao questionário, tendo conhecimento que será guardado pelo prazo de cinco anos pela pesquisadora e será destruído pela mesma, após este período. Sei que as informações contidas nele serão utilizadas com fim exclusivo deste trabalho.

Caso necessite de outros esclarecimentos, poderei contatar a pesquisadora Solange Oliveira Cardoso pessoalmente, na rua Francisco Trein, 596, sala 3093, pelo email - csolange@ghc.com.br ou pelo telefone (51) 9985.4918 e (51) 3357.2523, ou sua orientadora Vera Lúcia Pasini, pelo telefone (51) 3357.2095.

Eu _____ fui informado(a) dos procedimentos e objetivos da pesquisa **“Reinternar é preciso? Caracterização social de usuários reinternados com diagnóstico de HIV/AIDS”**, sendo que estes foram explicados de forma clara, fiquei ciente dos meus direitos e dos deveres da pesquisadora Solange Oliveira Cardoso, trabalhadora do HNSC. Caso eu tenha interesse em receber retorno dos resultados da pesquisa, deixarei meu contato pessoal para que a pesquisadora possa contatar-me após o término da mesma.

Caso tenha qualquer dúvida ética, poderei entrar em contato com o Dr. Vitto G. Santos, Coordenador Geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição, pelo telefone (51) 3357.2407.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da/o participante

Data: ____/____/____

Nome:

Assinatura da pesquisadora

Data: ____/____/____

Nome: