



**32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO**

**15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios**

**8º Prêmio
David
Capistrano**

**"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"**

Vigilância em Saúde

RETENÇÃO, ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL EM 84 % DOS PACIENTE RECÉM DIAGNOSTICADOS ADMITIDOS COM INFECÇÃO PELO HIV NO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS DO PROGRAMA DE IST/AIDS DE SANTO ANDRÉ/SP.

Elaine Monteiro Matsuda, Paula Araújo Opromolla, Luana Portes Ozório Coelho, Giselle de Farias Romero, Cintia Mayumi Ahagon, Marcia Furquim de Campos, Luís Fernando de Macedo Brígido
1 Secretaria Municipal de Saúde de Santo André - Secretaria Municipal de Saúde de Santo André

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS, incorporar e manter 90% destas em tratamento regular, e entre os tratados manter 90% com controle virológico (critério da Organização Mundial de Saúde – OMS de supressão: viremia menor que 1000 cópias/mL) é a principal estratégia para pôr fim à epidemia de AIDS (OMS/UNAIDS). Pacientes com diagnóstico tardio tem custos mais elevados para o SUS, além de manter a cadeia de transmissão. Avaliar a factibilidade desta meta em serviços do SUS e entender a situação local são importantes para ajustar as políticas públicas de saúde.

OBJETIVOS

Avaliar a meta 90-90-90 em serviço do SUS e entender as características da população recém diagnosticada com infecção pelo HIV.

METODOLOGIA

Avaliação prospectiva de 239 pacientes recém-diagnosticados com HIV, recrutados consecutivamente de jan/2011-fev/2015, quanto a características sócio-demográficas, retenção no SUS, resposta à terapia antirretroviral (TARV), CD4 (BD, EUA) e biologia molecular: carga viral (CV, Abbott, EUA), subtipo viral (REGA/NCBI) e resistência primária (Stanford HIVdb). Variáveis contínuas estão descritas como mediana e percentis (IQR 25-75).

RESULTADOS

: Na admissão a idade mediana foi de 32 anos (25-41), maioria do sexo masculino (81%) 194/239, 69% desses homens, eram homens que fazem sexo com homens (HSH). Informação de raça/cor estava disponível em 204/239, entre estes 53% se auto referiram como brancos, 34% pardos e 12% pretos. A escolaridade foi relatada em 178/239, 23% tinham menos de 9 anos de estudo, 33% entre 10 a 12 e 18% com mais de 13 anos. A mediana de CD4 na admissão foi de 388 células/mm³ (205-616), sendo caracterizado diagnóstico tardio em 24% com CD4 menor que 200 céls/mm³. A carga viral foi elevada com Log10 4, 55 (3, 99-5, 12). Resultado de genotipagem foi avaliada em 90/239, o subtipo predominante foi B (74%), C 8%, BF 7%, BC 6%, F 3%. Alguma resistência primária de impacto clínico foi observada em 17%. O tratamento foi prescrito para 212/239 (87%), ajustado após genotipagem a critério médico. Foram considerados retidos 200/239 (84%), com 39 perdas de seguimento devido a: 10 (4%) transferências, 20 (8%)



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"

abandonos/ignorados e 9 (4%) óbitos, sendo que 6/9 ocorreram antes do início da TARV. Na semana 24, entre todos 212 tratados, 171(81%) apresentaram CV suprimida <1000 cópias/mL (critério de supressão pela OMS) e 79% <200 cópias/mL. Entre os 190 casos com CV na semana 24, 90% (OMS) e 89% <200 cópias/mL. Na última observação, após uma mediana de seguimento de 127 semanas (91-178), considerando-se os 239 admitidos, a supressão viral (OMS) foi de 83, 7% e 92, 5% entre os 212 tratados. Quanto ao CD4 nesta última avaliação, a maioria 72% tinha mais de 500 células/mm³ entre os tratados, 69% para todos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A supressão viral entre os pacientes recém-diagnosticados num serviço público assistencial, sem características de instituição de ensino ou pesquisa, atingiram a meta da OMS, sugerindo a factibilidade da estratégia. A supressão menor que 200 cópias, que mantem o indivíduo como não transmissor também foi elevada. O tratamento universal adotado no final de 2013 e o novo esquema adotado em 2017, de menor toxicidade, podem melhorar ainda mais estas taxas, contudo, a elevada mortalidade após o diagnóstico, especialmente antes do tratamento, justifica a necessidade de dedicar esforços para melhorar a identificação pela rede de saúde e incorporação deste subgrupo com doença avançada. Estratégias de busca ativa dos faltosos são importantes para melhorar estes indicadores.