



Universidade Católica de Santos

Doutorado em Saúde Coletiva

Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids,
atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no
município de Santos – SP. 2009 a 2013.

Alcino Antonio Campos Golegã

Santos

2017

Universidade Católica de Santos

Doutorado em Saúde Coletiva

Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids, atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no município de Santos – SP. 2009 a 2013.

Alcino Antonio Campos Golegã

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, sob a orientação da Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi e co-orientação da Profa Dra. Cláudia Renata dos Santos Barros

SANTOS

2017

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

G617a Golegã, Alcino Antonio Campos.
Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids,
Atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no município
De Santos- SP. 2009 a 2013. / Alcino Antonio Campos Golegã; orientadora Prof.ª
Drª. Eliana Miura Zucchi. - 2017.
98 f.; 30 cm

Tese (doutorado) - Universidade Católica de Santos, Programa de
Pós-Graduação stricto sensu em Saúde coletiva.

Bibliografia:

1. Tese. 2. Cascata. 3. HIV/Aids. 4. Serviço de Saúde. 5. Supressão viral. I.
Zucchi, Eliana Miura. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.2)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

ATA DO EXAME DE DEFESA

No dia 25 de agosto de 2017, às 16h, no auditório 311 do Campus Dom Idílio José Soares, foi realizado o Exame de Defesa do aluno **ALCINO ANTONIO CAMPOS GOLEGÃ** do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* Doutorado em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Banca:

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi - Orientadora - Membro Nato - UNISANTOS

Prof. Dr. Arnaldo Etzel - Membro Titular - LUSÍADA

Prof. Dr. Sergio Olavo Pinto da Costa - Membro Titular - USP

Profa. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes - Membro Titular - UNISANTOS

Profa. Dra. Marlene Rosimar da Silva Vieira - Membro Titular - UNISANTOS

Título: **"AVALIAÇÃO DAS ETAPAS DO CUIDADO CONTÍNUO DE PACIENTES COM HIV/AIDS, ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM AIDS (SAE), NO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP DE 2009 A 2013"**.

Após arguição e debate, a Banca Examinadora considerou o trabalho do aluno **ALCINO ANTONIO CAMPOS GOLEGÃ**:

Aprovado ()

Não aprovado ()

Recomendações referentes ao desenvolvimento e conclusão da dissertação.

O candidato apresentou aula com bastante apropriação do trabalho. Recomendações incluem revisão geral do texto e implicações dos achados

Santos, 25 de agosto de 2017.

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi - Orientadora - Membro-Nato

Eliana Miura Zucchi

Prof. Dr. Arnaldo Etzel - Membro -Titular

Arnaldo Etzel

Prof. Dr. Sergio Olavo Pinto da Costa - Membro -Titular

Sergio Olavo Pinto da Costa

Profa. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes - Membro -Titular

Luzana Mackevicius Bernardes

Profa. Dra. Marlene Rosimar da Silva Vieira - Membro -Titular

Marlene Rosimar da Silva Vieira

DEDICATORIA

Aos meus pais, por acreditarem e confiarem que podemos realizar as mais duras missões dessa vida.

Aos meus filhos, Bruna, Osmar, Víctor, Renan e Thaís, mesmo distantes, as pessoas que mais amo nesta e em outras vidas.

À minha esposa Jacira, por conseguir fazer com que eu me torne uma pessoa melhor.

Ao amigo Marcos Montani Caseiro, sabemos quantas portas você me abriu, e não tenho como agradecer por isso. Meu eterno agradecimento por fazer parte da minha vida. Seu apoio e incentivo foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À família pelo apoio e compreensão durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, pelas revisões e sugestões e principalmente por partilhar o café todas as tardes.

À Neide Gravato, amiga, tanto no trabalho como na visão científica, obrigado pela paciência de revisar “n” versões.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Arnaldo, Luiz Alberto, Sergio Olavo e Luzana, pelas sugestões valiosas para melhoria deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários do Centro de Referência em Aids de Santos, pela colaboração e incentivo.

À Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi, minha orientadora, por acreditar que seria possível realizar este trabalho. Meu muito obrigado.

À Profa Dra. Claudia Barros, co-orientadora, pela valorosa contribuição no desenvolvimento desse trabalho.

Aos funcionários da Secretaria do Doutorado da Unisantos, pela ajuda e paciência.

Aos amigos do Doutorado, por tornarem o curso um interessante convívio.

Aos amigos Mestrandos da Unisantos, turma da Paraíba, agradeço pelo convívio e pelo prazer de participar com vocês de alguns módulos teórico.

À amiga e companheira de doutorado Fátima, pela ajuda e os bons momentos partilhados de uma amizade sincera.

À equipe de campo na coleta de dados dos prontuários, Carolina, Letícia, Thayná e Joseli, sem vocês o trabalho seria muito mais árduo.

Ao Maurício Garcez pela ajuda nas traduções, meu muito obrigado

Ao Renan Golegã pela inestimável ajuda na confecção e digitação do banco de dados, sem a sua ajuda o caminho seria muito mais difícil, obrigado.

Aos amigos que tiveram a paciência e o trabalho de ler e revisar este trabalho, obrigado pela ajuda.

A todos os meus amigos, que nesses últimos três anos, compartilharam meu momento, falando só do Doutorado.

O VALOR DAS COISAS NÃO ESTÁ NO TEMPO QUE ELAS DURAM, MAS NA INTENSIDADE COM QUE ACONTECEM. POR ISSO, EXISTEM MOMENTOS INESQUECÍVEIS, COISAS INEXPLICÁVEIS E PESSOAS INCOMPARÁVEIS.

Autor Desconhecido

RESUMO

Em 2013 a UNAIDS, atualizou suas metas globais para o ano de 2020 para as pessoas HIV-positivas; em que 90% das pessoas infectadas são testados e saberão que são HIV, 90% das pessoas HIV-positivas estejam tratamento com ARV, e que 90% dessas pessoas devem alcançar a supressão viral, para assim acabar com a transmissão da epidemia até 2030. A cascata do cuidado contínuo do HIV é comumente representada como um gráfico de barras que contabiliza o número de indivíduos inseridos na prestação de serviços às Pessoas Vivendo com HIV/Aids em todas as etapas do cuidado contínuo. A perda de indivíduos ocorre em diferentes pontos, o que faz com que o número de pessoas observadas em cada etapa da cascata seja menor que na anterior. O objetivo deste trabalho é avaliar as etapas de cuidado contínuo dos pacientes atendidos em serviço público especializado em HIV/Aids (SAE – adulto), no município de Santos, São Paulo, entre 2009 e 2013. Metodologia: Este estudo foi construído de acordo com as normas da construção da Cascata de Cuidado Contínuo para os pacientes HIV, nos moldes recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil. É um estudo misto, longitudinal de Série Temporal. Foram elaborados cortes transversais, sucessivos e sequenciais nos cuidados contínuos, representados por colunas, para os anos de 2009 a 2013; para fins desse estudo a população de estudo são todos os pacientes portadores do HIV matriculados no SAE - adulto, no período de 02 de janeiro de 2009 à 30 de dezembro de 2013. Resultados: Foram estudados um total de 1.179 pacientes matriculados no SAE - adulto, referente aos anos de 2009 (224), 2010 (253), 2011 (240), 2012 (216) e 2013 (246), observamos que mesmo possuindo uma população heterogênea, percebemos uma certa homogeneidade na distribuição dos fatores sócio demográficos. Em relação ao sexo temos uma predominância do masculino em relação ao feminino, em todos os anos e uma variação na razão de sexo, que vai de 1,7 até 3 homens para cada mulher. Em relação a categoria de exposição, todos os anos apresenta a forma heterossexual como preponderante com mais de 50% dos casos. Em relação a faixa etária, notamos que a faixa de 30 a 39 anos detém o maior número de pessoas em todos os anos. Na categoria de escolaridade o subgrupo com mais de 10 anos de estudo concentra o maior contingente de pessoas. Em relação a raça/cor, apresenta acima de 60% dos casos da raça/cor Branca e em média 33% de pardos e pretos. Entretanto quanto ao Estado Marital, majoritariamente o subgrupo Solteiro, acima de 50% dos casos, seguido por casados/amasiados com 30% dos casos. Embora a vinculação ao serviço e acesso ao tratamento tenham aumentado no período, houve expressiva queda na supressão viral. A Supressão Viral está diretamente ligada a qualidade do serviço oferecido aos pacientes HIV, pois está diretamente ligado ao vínculo que o serviço estabelece a este paciente, além da possibilidade de realizar um tratamento integral e também ligado ao uso correto da medicação. Assim podemos acrescentar que é necessário, uma boa adesão do paciente ao serviço, ao tratamento proposto, ao suporte oferecido, o acompanhamento contínuo, a retirada da medicação, ou seja, o uso correto e controle terapêutico, que devem ser estudados em outros trabalhos.

Palavras-chave: Cascata, HIV/AIDS, Serviço de Saúde, Supressão Viral.

ABSTRACT

By 2013, UNAIDS has updated its global targets for the year 2020 for HIV-positive people; In which 90% of infected people are tested and will know that they are HIV, 90% of HIV-positive people are receiving ARV treatment, and that 90% of those people must achieve viral suppression to end the transmission of the epidemic by 2030. The cascade of HIV continuous care is commonly represented as a bar chart that counts the number of individuals engaged in providing services to People Living with HIV / AIDS at all stages of ongoing care. The loss of individuals occurs at different points, which means that the number of people observed in each stage of the cascade is smaller than in the previous one. The objective of this study is to evaluate the steps of the continuous care of patients assisted in a public service specialized in HIV / AIDS (SAE - adult), in Santos, São Paulo, between 2009 and 2013. Methodology: This study was designed according to standards for the construction of the Continuous Care Cascade for HIV patients, as recommended by the Brazilian Ministry of Health. It is a mixed study of Temporal and Longitudinal series, Transverse, successive and sequential cross-sections are drawn up in continuous care, represented by columns, for the years 2009 to 2013; For study purposes the study population are all HIV patients enrolled in SECRAIDS, from January 2, 2009 to December 30, 2013. Results: A total of 1,179 patients enrolled in SAE - (224), 2010 (253), 2011 (240), 2012 (216) and 2013 (246), we observed that even with a heterogeneous population, we perceive a certain homogeneity in the distribution of socio-demographic factors. In relation to sex we have a predominance of the masculine in relation to the feminine, in all the years and a variation in the reason of sex, that goes of 1.7 until 3 men for each woman. Regarding the category of exposure, each year presents the heterosexual form as preponderant with more than 50% of the cases. Regarding the age group, we noticed that the age group of 30 to 39 holds the largest number of people in every year. In the category of schooling the subgroup with more than 10 years of study concentrates the largest contingent of people. In relation to race / color, it presents above 60% of the cases of race / color White and in average 33% of browns and blacks. However, in the case of the Marital State, the subgroup Singular, more than 50% of the cases, followed by married / amassed with 30% of the cases. Although linkage to service and access to treatment increased during the period, there was a significant decrease in viral suppression. Viral suppression is directly linked to the quality of service offered to HIV patients, since it is directly linked to the link that the service establishes for this patient, as well as the possibility of performing an integral treatment and also linked to the correct use of the medication. Thus we can add that it is necessary, a good adhesion of the patient to the service, the proposed treatment, the support offered, the continuous monitoring, the withdrawal of the medication, that is, the correct use and therapeutic control, that must be studied in other works.

Key words: Cascade, HIV / AIDS, Health Service, Viral Suppression.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CART	Terapia Antirretroviral Combinada
CD4	Linfócitos T CD4
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
COCERT	Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento em DST/Aids/Hepatites
CV	Carga Viral
FDA	Food and Drug Administration - US
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IP	Inibidores da Protease
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeos
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEP	Profilaxia pós exposição
PIB	Produto Interno Bruto
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PrEP	Profilaxia pré exposição sexual
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RD	Redução de Danos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SECASA	Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente HIV/Aids
SECRAIDS	Seção Centro de Referência em Aids de Santos
SENIC	Seção Núcleo Integrado da Criança
SICLON	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SISCEL	Sistema Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8+ e Carga Viral
SPREDIM	Sessão de Prevenção e Desenvolvimento Institucional
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
WHO	Organização Mundial de Saúde

Lista de Figuras

Figura 1. Cascata do Cuidado Contínuo no Brasil. 2015.....	19
Figura 2. Estudos randomizados controlados: HIV RNA < 50 cópias/ml na semana 48 (ITT).....	24
Figura 3. Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV no mundo 2015/16.....	29
Figura 4. Organograma do Centro do Controle das Doenças Infectocontagiosas, CCDI do município de Santos – SP.....	36
Figura 5. As Metas 90 – 90 – 90.....	41
Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do paciente HIV no Rio Grande do Sul de 2014 e 2015.....	43
Figura 7. Número de pessoas vivendo com HIV em Terapia Antirretroviral, globalmente, 2010 – 2016.....	44
Figura 8. Cascata de Cuidado Contínuo – O progresso em direção a meta 90– 90– 90 por região.....	45
Figura 9. Representação gráfica da Cascata de Cuidado Contínuo da Suécia.....	47

Lista de Tabelas

Tabela 1. Cascata de Cuidado Continuo em 8 países da Europa no período de 2010 a 2012.....	46
Tabela 2. Distribuição sócio demográficas dos pacientes matriculados no SAE - adulto segundo ano de matrícula – Santos, SP - de 2009 a 2013.....	56
Tabela 3. Fator de risco (odds ratio), intervalo de confiança, ajustado para supressão viral nos subgrupos dos pacientes matriculados no SAE – adulto – Santos – SP. 2009 a 2013.....	58

Lista de Gráficos

- Gráfico 1. Cascata de Cuidado Contínuo do SAE - adulto segundo ano da matrícula, retenção no serviço, em terapia antirretroviral e carga viral do HIV menor 50 cópias/ml, categorizada por ano; Santos – SP – 2009 a 2013.....59
- Gráfico 2. Cascata de Cuidado Contínuo do SAE - adulto, agrupados segundo retenção, em TARV e CV < 50 cópias/ml, nos diferentes anos de estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....60
- Gráfico 3. Pacientes em acompanhamento, em TARV que obtiveram supressão viral no SAE - adulto, segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....61
- Gráfico 4. Tendência de mulheres, matriculadas, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.62
- Gráfico 5. Tendência de homens, matriculado, retido/critério, retidas, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....63
- Gráfico 6. Tendência de bissexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.64
- Gráfico 7. Tendência de heterossexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....65

Gráfico 8 Tendência de homossexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....66

Gráfico 9. Tendência de transmissão vertical de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....67

Gráfico 10. Tendência de UDI matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....68

Gráfico 11. Tendência faixa etária, menor de 30 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....69

Gráfico 12. Tendência faixa etária, de 30 a 39 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....70

Gráfico 13. Tendência faixa etária, de 40 a 49 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....71

Gráfico 14. Tendência faixa etária, 50 anos ou mais, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....72

Gráfico 15. Tendência de escolaridade, até 4 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....73

Gráfico 16. Tendência de escolaridade, de 5 a 9 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....74

Gráfico 17. Tendência de escolaridade, acima de 10 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....75

Gráfico 18. Tendência de raça/cor, branca, de matriculado, em TARV, e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.76

Gráfico 19. Tendência de raça/cor, parda/preta, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....77

Gráfico 20. Tendência de estado marital, solteiro, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo –Santos– SP– 2009 a 2013 .78

Gráfico 21. Tendência de estado marital, casado/amasiado, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo –Santos–SP– 2009 a 2013.....79

Gráfico 22 Tendência de estado marital, viúvo/separado, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013.....80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 A Resposta Brasileira Frente a Epidemia HIV/AIDS.....	27
2.2 Epidemiologia.....	29
2.3 Prevenção Combinada.....	31
2.4 Adesão a Terapia Antirretroviral.....	34
2.5 O Programa Municipal de DST/AIDS da Cidade de Santos.....	35
2.6 Cascata de Cuidado Contínuo.....	38
2.7 Meta 90-90-90.....	40
3 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	49
3.1 Objetivos Secundários.....	49
4	
METODOLOGIA.....	50
4.1 Delineamento do Estudo.....	50
4.2 População do Estudo.....	51
4.2.1 Critério de Exclusão.....	51
4.3 Variáveis do Estudo.....	51
4.4 Plano de Coleta.....	52
4.5 Local da Pesquisa.....	52
4.6 Forma de Análise dos Resultados.....	53
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
6	
RESULTADOS.....	56
7 DISCUSSÃO.....	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
9 REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS.....	95

1 INTRODUÇÃO

No início da epidemia do HIV/Aids em 1980 existia uma alta morbimortalidade, poucos medicamentos disponíveis e com dose excessiva de comprimidos diariamente, muitos efeitos adversos, baixo sucesso terapêutico e o paciente HIV com caráter de agravo agudo. A partir de 2013 o panorama é outro, houve uma grande queda na mortalidade com consequente aumento da sobrevida (GRANGEIRO et al., 2016).

Os mecanismos de transmissão do HIV (vírus da imunodeficiência humana), são conhecidos desde os dois primeiros anos do início da Aids na década de 80 e permanecem os mesmos até a segunda década do século XXI (PIOT, QUINN, 2013). A complexa interação entre os determinantes e as diversas dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática à infecção pelo HIV implicam na necessidade do emprego de diferentes estratégias de prevenção, sejam elas de natureza biomédica, comportamental e estrutural. Assim a oferta de um leque de opções profiláticas busca definir, de forma individualizada, a estratégia preventiva mais apropriada para cada situação (SEGURADO, 2012)

Um dos avanços mais significativos da resposta à epidemia de HIV está relacionada, à utilização da terapia antirretroviral (ARV), tanto para tratamento como para prevenção. Há muitas opções terapêuticas, nos esquemas dos antirretrovirais, com a utilização de poucos comprimidos por dia, drástica diminuição dos efeitos colaterais, consequentemente observamos um alto sucesso terapêutico com os pacientes aderentes a medicação e temos o HIV com caráter de agravo crônico cada vez mais acentuado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em 2013 o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), atualizou suas metas globais para o ano de 2020 para as pessoas HIV positivas; em que 90% das pessoas infectadas são testados e saberão que são HIV, 90% das pessoas HIV-positivas estejam em tratamento com ARV, e que 90% dessas pessoas devem alcançar a supressão viral, ou seja apresentar carga viral

circulante no sangue, abaixo de 50 cópias por ml/sangue, para assim acabar com a transmissão da epidemia até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). A essa recomendação deu-se o nome de “cascata”. Essas metas referem-se à primeira, segunda, quinta e sexta barras da cascata. Com o alcance dessas metas, pelo menos 73% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo estariam com supressão viral. Segundo modelagem matemática da UNAIDS, o alcance dessas metas até 2020 permitiria ao mundo acabar com a epidemia de Aids em 2030, ano em que se esperaria um número de infecções 90% menor e um número de mortes 80% menor que os atuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Até 2013, no Brasil, o acesso ao ARV esteve vinculado aos marcadores de imunidade, apenas os pacientes com CD4, (linfócitos T CD4, células de defesa do organismo, responsáveis por organizar e comandar a resposta diante dos agressores), abaixo de 350 células por mm³ de sangue e/ou uma ou mais doenças oportunistas (BRASIL, 2013), que estivessem motivados a aderir ao tratamento.

A proposta atual de combate ao HIV é testar – tratar, independente da contagem de células CD4. Para efetivação desta nova estratégia será necessário a expansão da terapia antirretroviral, o que pode acarretar na estrutura atual, um aumento acentuado dos insucessos no cuidado as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) (GOVINDASAMY, FORD, KRANZNERD, 2012).

Comentado [NGDS-X1]: Repetido com paragrafo anterior

A implementação das estratégias de testar – tratar, necessitam ser mais estudadas e avaliadas. É necessário avaliar as unidades de tratamento do paciente HIV em relação a forma utilizada para retenção do usuário, assim como verificar e compreender a relação deste paciente com o serviço de saúde e a sua adesão a terapia antirretroviral (BIRGER et al., 2014; MACCARTHY et al., 2015).

Estas barreiras precisam ser transpostas para que as metas da UNAIDS obtenham sucesso, ou corremos o risco de insucesso desta proposta como descreve Piot “mesmo quando as intervenções mais eficazes do HIV são utilizadas, alguns modelos matemáticos sugerem que em 2030, ainda poderá haver 1 milhão de novas infecções em todo o mundo a cada ano” (PIOT, QUINN, 2013).

Estudos clínicos têm mostrado que o início do tratamento antes do aparecimento dos sintomas, beneficia os pacientes infectados pelo HIV não somente por aumentar a expectativa de vida, mas também por reduzir

significativamente o risco de transmissão para os parceiros sexuais não infectados (COHEN, 2011; HULL, LANGE, MONTANER, 2013; MONTANER, 2014;).

Artigo publicado por Hall e colaboradores (2013), indica que a taxa de transmissão do HIV é maior, em relação ao comportamento de risco do que entre os pacientes sem supressão viral; vale ressaltar que a terapia antirretroviral é extremamente eficiente no conjunto de custo x benefício clínico e é provável que seja ainda mais eficiente, quando os benefícios da prevenção estiverem incluídos propiciando a diminuição da transmissão do HIV (GARDNER et al., 2011; WILSON, 2012; MONTANER, 2013).

As ações de prevenção, individuais ou conjugadas, devem ser combinadas para se conseguir uma maior eficácia, ou seja, a prática de sexo seguro com a utilização de preservativo, masculino ou feminino; maior atenção em relação as mulheres quanto a gravidez/gestação e amamentação, controle efetivo da transmissão vertical; circuncisão; profilaxia pós exposição (PEP); profilaxia pré exposição sexual (PrEP); supressão viral; não compartilhamento de seringas com sangue contaminado, entre os usuários de drogas.

Todavia esta evidência, de que os medicamentos essenciais beneficiam conjuntamente as pessoas e a população, tem incentivado a integração das abordagens para a prevenção e tratamento, além da mudança de comportamento e adesão a terapia antirretroviral – TARV (BRANDT, 2013).

O ambiente de risco para a propagação do HIV é produto da interação entre fatores sociais e estruturais, onde os fatores político-econômicos desempenham um papel predominante, e que intervenções a nível estrutural, tais como disponibilização de preservativos masculinos e femininos, educação sexual, distribuição de seringas, acesso ao ARV entre outros, são melhor sucedidas, do que aquelas que se concentram exclusivamente em ações individuais (RHODES, 2005; ADIMORA, AUERBACH, 2010).

Há consenso que nenhuma intervenção ou ação isolada pode parar a propagação da infecção pelo HIV. Portanto a educação para novas práticas de condutas sexuais, sociais e estruturais como prevenção combinada, devem ser incentivada e difundida em toda a sociedade (PIOT, QUINN, 2013).

Em 2012, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) divulgou uma análise abrangente do cuidado contínuo do HIV, denominado de cascata de tratamento do HIV, onde mostrou que três em cada quatro pessoas não conseguiram obter sucesso ao navegar, em todo o cuidado contínuo do tratamento de paciente HIV/Aids que é alcançar a supressão viral. Em pacientes em TARV é fundamental para manter a supressão viral do HIV, e assim, reduzir o risco de transmissão do vírus a outras pessoas (HARTMUT, et al., 2014; MEDLAND et al., 2015).

A cascata de tratamento do HIV é um modelo que foi proposto inicialmente por Gardner e colaboradores (2011), e está sendo usado por pesquisadores para identificar problemas e oportunidades relacionados à melhoria da prestação de serviços a pessoas que vivem com HIV (TAYLOR, 2013).

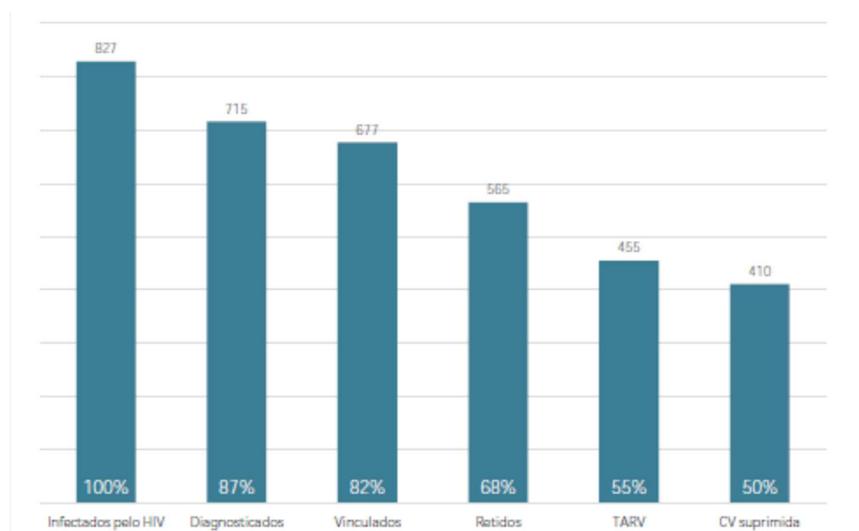
Em 2014 a OPAS divulga o document: HIV Continuum of Care, Monitoring Framework - "Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean – 2014". A implementação de suas recomendações nos países da América Latina e Caribe, devem se concentrar em programas nacionais priorizando indicadores-chave, a fim de monitorar a cascata de cuidado contínuo de serviços de saúde que atendem as Pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA). Este documento técnico apresenta um resumo do quadro proposto, sua lógica, e suas aplicações; a metodologia utilizada para selecionar os indicadores; os indicadores acordados para o quadro de monitoramento e suas especificações técnicas, incluindo a sua definição, raciocínio e uso, o método de cálculo, desagregação e pontos fortes e fracos. O conceito implementado, como uma cascata que começa com o diagnóstico e é seguido por ligação para o sistema de cuidados de saúde, retenção no cuidado e retenção no tratamento, e pôr fim a supressão da carga viral. Este quadro, que foi aceito pelos países, apoia a expansão e sustentabilidade do tratamento na América Latina e no Caribe (ORGANIZAÇÃO PAM AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Operacionalmente, a cascata é uma estrutura de monitoramento que utiliza indicadores transversais para quantificar o número de pessoas diagnosticadas, ligados aos cuidados, retido no cuidado, em TARV, e com uma carga viral suprimida, como uma proporção do número estimado de pessoas vivendo com HIV

numa determinada localidade (cidade, região, estado, país, continente), em um dado ano de referência. Esta proposta oferece uma ferramenta para acompanhamento do programa e se baseia em grande parte, no saneamento e à utilização estratégica dos indicadores e dados que já existem. Ao utilizar os indicadores da cascata de cuidados contínuos das PVHA, é possível identificar lacunas nos serviços de saúde a nível individual, bem como o impacto sobre a população redução da morbidade e mortalidade e incidência de novas infecções (HARTMUT, 2014; ORGANIZAÇÃO PAM AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

A cascata do cuidado contínuo do HIV é comumente representada como um gráfico de barras que contabiliza o número de indivíduos inseridos na prestação de serviços às PVHA em todas as etapas do cuidado contínuo. A perda de indivíduos ocorre em diferentes pontos, o que faz com que o número de pessoas observadas em cada etapa da cascata seja menor que na anterior (BRASIL, 2017). Na figura 1 é representada a cascata do cuidado contínuo no Brasil.

Figura 1. Cascata do Cuidado Contínuo no Brasil, 2015



Fonte: DIAHV/SVS/MS

Atualmente a grande discussão em relação ao HIV/Aids é a mudança da lógica da prevenção. Os projetos iniciais com distribuição dos insumos, preservativos masculinos e femininos, tentativas para mudança de comportamento, ações de prevenção combinadas, não alcançaram o objetivo de reduzir acentuadamente a incidência do HIV/Aids (BRASIL, 2013; MACCARTHY et al., 2015).

A proposta atual de diagnosticar e tratar é uma mudança de paradigma em relação as ações de prevenção atuais, isto não significa que devem ser abandonadas. A união de dois objetivos, supressão viral e diminuição da incidência do HIV, reduzindo a transmissão, utilizando os medicamentos antirretrovirais, é a atual proposta para o enfrentamento da epidemia em todo o mundo. A grande questão é sabermos que ao longo dos anos a seguir, teremos mais pacientes com supressão viral do que temos atualmente? (PIOT, QUINN, 2013, WILSON, 2012).

A construção da cascata de cuidado contínuo do paciente HIV/Aids, é uma excelente ferramenta de análise do desenvolvimento deste cuidado desde o processo local até a sua apresentação referente a regiões e a países. (LOURENÇO et al., 2014; NOSYK et al., 2014; MACCARTHY et al., 2015).

A cascata de cuidado contínuo para o paciente HIV, normalmente é calculada para todos os pacientes que vivem com HIV, em um determinado país, em um determinado momento (por exemplo, dezembro de 2013). Os indicadores transversais devem ser calculados para cada coluna. A cascata também pode ser calculada por subgrupos (idade, sexo, categoria de exposição, estado marital, raça/cor), se estiverem disponíveis.

Os sistemas de informações disponíveis, dependendo do local de estudo, podem não fornecer, todos os dados necessários para construir a cascata, exigindo estimativas baseadas em amostras ou outros procedimentos. Nesse caso é importante documentar todas as premissa e limitações de dados para garantir uma correta interpretação dos resultados (ORGANIZAÇÃO PAM AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

A literatura sobre a cascata de cuidado contínuo é dedicada ao exame de políticas e programa de Aids, expressando frequentemente retratos globais, de países ou de grandes contingentes populacionais frente à epidemia de Aids. Nesse

sentido, a utilização desta metodologia para examinar realidades locais, como serviços de saúde pertencentes a municípios de médio porte, em países de epidemia concentrada como o Brasil, pode contribuir com análises mais apuradas sobre os obstáculos e desfechos na retenção entre as etapas do cuidado contínuo. Assim, nessa direção é que esse estudo poderá trazer contribuições para o serviço de referência na cidade de Santos.

2 Revisão da Literatura

São certamente marcos decisivos, no desenrolar desta epidemia, o aparecimento, em 1989, de uma opção terapêutica para o tratamento da Infecção pelo HIV, a zidovudina (AZT), medicamento pertencente à classe dos inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos (ITRN) seguidos, posteriormente, pelo surgimento dos medicamentos inibidores da protease (IP), em dezembro de 1995 que, sem sombra de dúvidas, desencadearam uma verdadeira revolução ao tratamento dos pacientes com HIV/Aids, a julgar, principalmente, pela melhoria na qualidade de vida, bem como pela maior sobrevivência destes pacientes, atestadas por diversos grupos ao redor do mundo. Após estes avanços, desenvolveu-se um profundo conhecimento da dinâmica da replicação viral e da história natural da doença. A introdução dos medicamentos Inibidores de Protease, a partir do início de 1996, no Brasil, e desde o final de 1995, nos Estados Unidos da América, trouxe uma euforia sem precedentes na comunidade científica mundial que, rapidamente, transferiu para a população, principalmente, para os portadores da infecção pelo HIV, bem como para os indivíduos em maior vulnerabilidade para aquisição da infecção pelo HIV. Vislumbrou-se a possibilidade de erradicação da infecção pelo HIV desde que se mantivesse a Carga Viral indetectável por um período inicial de três anos (HO,1995). Esta euforia foi seguida da diminuição surpreendente do número de novos casos de Aids, em todos os países onde foi disponibilizada a medicação antirretroviral de alto impacto, denominada HAART (sigla em inglês para highly active antiretroviral therapy) (CASEIRO, 2001).

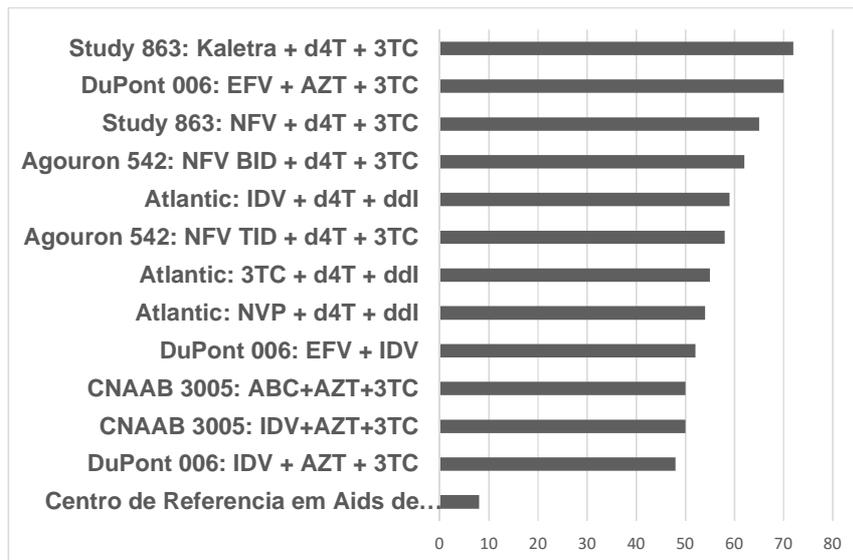
Porém, todo este otimismo e avanços, que ocorreram nestes anos, trouxeram, também, muitos questionamentos, dentre eles a certeza da impossibilidade de erradicação do HIV com os medicamentos disponíveis, os efeitos colaterais relacionados ao uso prolongado desta medicação e, por fim, a inevitável e atual problemática relacionada à resistência do HIV, seja devido a não adesão à terapêutica, problemas relacionados à farmacodinâmica, efeitos tóxicos em longo prazo, assim como a questão da possibilidade de transmissão de vírus com resistência adquirida a fármacos, que tenham falhado por qualquer dos aspectos anteriores.

Dentro desta perspectiva situa-se Santos/ SP, que emergiu, desde 1989, como uma cidade, certamente relacionada à sua situação geográfica e características de porto, como um dos principais focos de disseminação da doença, identificada, desde esta época até meados de 1995, como um dos locais com maior prevalência de casos no Brasil, rendendo-lhe a injusta denominação de capital mundial da Aids. Esta condição, associada a um governo voltado para os interesses da comunidade, permitiu traçar uma estratégia e definir uma ação, como resposta efetiva, não só no que se refere à prevenção, como também ao tratamento das pessoas infectadas pelo HIV. Santos foi a primeira cidade do Brasil a comprar a Zidovudina (AZT), primeira droga antirretroviral disponível para o tratamento da infecção pelo HIV-1 e distribuí-la aos seus pacientes, em 1989. Foi, também, a pioneira na aquisição das drogas Inibidoras da Protease, em fevereiro de 1996, fato este decisivo para a ampliação do acesso a nível nacional, através do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/AIDS), que passou a fornecer estes medicamentos a todos os pacientes do Brasil. A primazia do uso destes medicamentos na cidade de Santos bem como, as características da população que aqui fazem uso da medicação devem, certamente, ter determinado pressões seletivas nestes vírus, determinando padrões de resistência aos antirretrovirais (ARV), implicando na rede de transmissão da doença que ainda ocorre neste município (GOLEGÃ, 2004).

Um dos objetivos da terapia antirretroviral é a obtenção de carga viral indetectável (< 50 cópias/ml), dentro de um período de seis meses. A não aderência aos medicamentos ARV, tem sido considerada como um dos fatores mais ameaçadores para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de vírus resistente, no plano coletivo. Entretanto, não há consenso quanto a não adesão, principalmente relacionado ao sexo, condição sócio econômica, renda, escolaridade, condições de habitação e emprego, exceto nos casos extremos da pobreza, como entre pessoas sem moradia. Porém, em relação a idade, há maior concordância. Para as doenças crônicas em geral, a adesão parece aumentar com a idade, exceto dentre os mais velhos, em torno de 75 anos (TEIXEIRA et al., 2.000).

Golegã, (2004) em estudo realizado no secraids em 2001, observou uma expressiva diferença de efetividade, na manutenção da indetectabilidade do vírus nestes pacientes, quando comparada com os protocolos de pesquisa clínica dos antirretrovirais, como demonstra a figura 2 abaixo. Deve ser levado em consideração as características do SAE – adulto, Unidade de Saúde Pública, de atenção secundária, com financiamento tripartite (União, Estado e Município), que efetua atendimento de livre demanda, com estrutura funcional e motivação profissional deficiente, o que não invalida o esforço da equipe do SAE - adulto, para a manutenção do tratamento, que os pacientes deste centro recebem.

Figura 2. Estudos randomizados controlados: HIV RNA < 50 cópias/ml na semana 48 (ITT)



Fonte: GOLEGÃ, 2004.

O tratamento de pacientes HIV com a evolução na eficácia da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), resultou em uma condição crônica

manejável e com diminuição dramática na morbidade e mortalidade relacionada à Aids.

Como a TARV envolve regimes que são frequentemente complexos e apresentam efeitos secundários num grande número de pacientes, é difícil conseguir um elevado grau de adesão ao tratamento, o que é necessário para manter a supressão viral. Tendo em conta estas dificuldades, é evidente que o sucesso dos regimes HAART depende da qualidade dos serviços de saúde.

Além disso, esses serviços públicos de saúde, podem ser menos eficientes, sob diversas formas, do que as unidades clínicas ambulatoriais universitárias especializadas que participam em ensaios clínicos (GOLEGÃ et al., 2008). Do início até o meio dos anos 2000, constatou-se que alguns pacientes não usufruíram das vantagens do tratamento. Isso porque um aspecto é crucial para o sucesso da TARV: a adesão ao tratamento, definida como “compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado” (SEIDL et al., 2007) As dificuldades de adesão em HIV/Aids decorrem, em parte, da complexidade da TARV, na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou em sequências temporais combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento.

Outra barreira importante refere-se à presença de efeitos adversos. Nestes casos, tomar a medicação pode representar uma situação aversiva devido a ocorrência de consequências adversas e desconfortáveis. A ocorrência de lipodistrofia, por exemplo, constitui-se em grande desafio, tanto para os pacientes em TARV quanto para as equipes de saúde (MELCHIOR et al., 2006). A complexidade da TARV foi por muito tempo, utilizada como argumento contra a expansão do tratamento da Aids em países pobres, presumivelmente “sob maior risco” de não-adesão. O Brasil foi o primeiro país não rico a adotar a política de acesso universal e gratuito à TARV. (NEMES et al., 2014).

Deve-se reconhecer que a TARV é eficaz em termos de custo em relação ao benefício clínico e é provável que seja ainda mais, se a prevenção com abordagens tradicionais, estiverem incluídas para os indivíduos.

Enquanto os resultados dos ensaios clínicos são obtidos sob condições otimizadas; onde o aconselhamento e os preservativos são fornecidos e existem taxas relativamente baixas de infecções sexualmente transmissíveis, esta muitas vezes não é a situação em um mundo real. Há também outros fatores externos que podem limitar o impacto do TARV como prevenção, incluindo a adesão ao tratamento e mudanças nos comportamentos sexuais.

A eficácia do tratamento na redução da transmissão foi comprovada para transmissão heterossexual no estudo HPTN 052, Ensaio Clínico Randomizado, multicêntrico aleatório (COHEN et al., 2011), com casais soro-discordantes. Entretanto, isso não implica que o aumento de utilização do ARV por casais e pessoas soronegativas para HIV, resultem em declínios substanciais na incidência do HIV, em populações do mundo real (sem participação nos projetos de pesquisa), fora dos ensaios clínicos que são mais controlados. A taxa média de transmissão por pessoa diminuirá com o uso do ARV, mas provavelmente irá saturar a um nível acima de zero, devido ao aumento da prevalência de potenciais transmissores e outras limitações, isto pode dificultar a diminuição da incidência geral da população (WILSON, 2012).

Em dezembro de 2013, teve início a distribuição do ARV 3x1, não se trata tanto de um avanço tecnológico, uma vez que os três medicamentos que o compõem já existiam, mas de um avanço prático e simbólico muito importante no tratamento de HIV/Aids. Das dezenas de comprimidos nos anos 90, que precisavam ser tomados rigorosamente em diversos e precisos horários, para apenas um único e pequeno comprimido, que pode ser tomado antes de dormir, uma vez ao dia.

Em 2015, aproximadamente 455.000 pacientes no Brasil estavam em tratamento com terapia antirretroviral de primeira, segunda ou terceira linha, incluindo novas opções antirretrovirais para o tratamento da terapia de resgate. O impacto da política brasileira tem sido objeto de estudos nacionais, principalmente focados na mortalidade, no Impacto no sistema de saúde e resistência ao HIV, bem como pequenos estudos, avaliando os aspectos clínicos da infecção pelo HIV e o uso de CART (Terapia Antirretroviral Combinada). Contudo, até à data, não houve estudos longitudinais a nível nacional que proporcionassem uma imagem da

epidemia brasileira de HIV e os seus resultados nacionais. (GRANGEIRO et al., 2014).

2.1 A RESPOSTA BRASILEIRA FRENTE A EPIDEMIA HIV/AIDS

Muitas conquistas são contabilizadas em todo o mundo nas últimas décadas em relação às respostas dos países do ocidente no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, principalmente em relação ao acesso e tratamento dos portadores do HIV, é de suma importância compartilhar estas conquistas e quando possível, adapta-las para a realidade local.

Na resposta do Brasil à Aids foi decisiva a criação de programas governamentais, a destinação de recursos públicos e o investimento em corpo técnico e serviços de saúde que propiciaram uma política arrojada de assistência e tratamento, combinada com ações ampliadas e práticas inovadoras de prevenção. Somaram-se a atuação de pesquisadores, universidades e a forte mobilização das pessoas atingidas, que se uniram e fundaram várias Organizações Não Governamentais (ONG) e em redes para lutar pelo direito à saúde. A conquista de uma lei específica que obriga, desde 1996, o governo federal a fornecer os antirretrovirais (ARV) gratuitamente é exemplo eloquente da decisão política combinada com a capacidade técnica e a mobilização comunitária.

Os boletins Epidemiológicos de 2014 a 2016, do Ministério da Saúde, apontam o fato de que o Brasil pode estar passando por uma fase de transição, com indicadores positivos da resposta brasileira sendo permeados por indícios de que a epidemia está reemergindo e tende a atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos. Isto acontece apesar de uma política pública que tem garantido o acesso aos antirretrovirais a todos que deles necessitam, evidenciando que a introdução de novas tecnologias medicamentosas, como o caso dos antirretrovirais, tende a ter um esgotamento ao longo do tempo, necessitando de outras ações para que seus efeitos sejam os mais amplos possíveis.

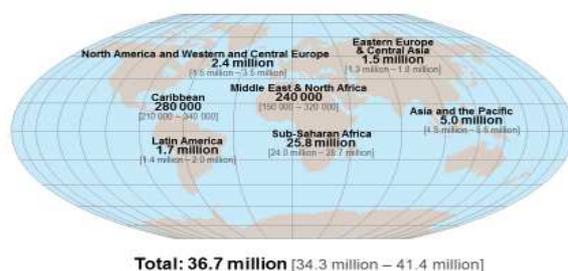
Alguns fatores podem, em hipótese, ajudar a explicar essa nova tendência da epidemia no Brasil. É possível que o país esteja passando por uma mudança geracional no comportamento sexual, marcada, entre outros aspectos, por novos arranjos para encontros e relacionamento entre parceiros e uma menor adesão às práticas preventivas do HIV. Análises preliminares apontam que novas gerações estão iniciando a prática sexual mais cedo, tendo um maior número de parceiros sexuais e utilizando com menor frequência o preservativo em relações não estáveis. A maior suscetibilidade das novas gerações tem sido acompanhada pela existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo HIV que desconhecem seu status sorológico e/ou apresentam carga viral detectável ou desconhecida após o diagnóstico, o que aumenta a chance comunitária de transmissão do HIV em relações sexuais desprotegidas (GRANGEIRO, 2016). Em 2015, essa parcela representava 54% (425 mil) dos 781 mil brasileiros infectados pelo HIV (BRASIL, 2016a).

O Programa Nacional de DST/Aids, incentivou em um primeiro momento a abertura dos SAE (Serviços de Atendimento Especializado), de nível de atenção secundária, para o enfrentamento da epidemia. A luta contra a Aids chamou para si os princípios de universalidade e equidade do sistema nacional de saúde, que teve suas bases lançadas coincidentemente no momento do início da epidemia. A assistência e o tratamento da Aids no Brasil foram, portanto, delineados no terreno da excepcionalidade: da doença em si, da urgência sanitária, da gravidade epidemiológica, da mobilização social, técnica e científica que a Aids suscitou, como em tantos países. Mas no Brasil, sem dúvida, a existência do SUS - Sistema Único de Saúde (sistema de saúde público brasileiro, criado pela Constituição Federal em 1988, que controla, fiscaliza e executa diversas ações e programas de saúde), permitiu que essa excepcionalidade influenciasse as reações de serviços e trabalhadores da saúde, o que conduziu a uma política assistencial inédita, tanto pela amplitude quanto pela natureza das respostas (SEFFNE, PARKER, 2016)

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Desde a descrição dos primeiros casos na década de 1980, a epidemia do HIV / Aids tem excedido todas as previsões, mesmo as mais pessimistas, tanto em severidade como em seu impacto social. A epidemia do HIV continua sendo um importante problema de saúde pública, apesar do progresso histórico alcançado em resposta ao HIV em alguns países. Mesmo com a modificação do perfil da pandemia, os dados globais da Aids são alarmantes, são 36,7 (34 a 39,8) milhões de adultos e crianças vivendo com HIV; desse total, 34,9 (32,4 a 37,9) milhões de adultos sendo 17,8 (16,4 a 19,4) milhões de mulheres e 1,8 (1,5 a 2) milhões de crianças menores de 15 anos. Já foram registrados 17,8 1,5 milhões de óbitos e com a estimativa de 2,1 (1,5 a 2) milhões de novas infecções por ano entre adultos e crianças, sendo 1,9 (1,7 a 2,2) milhões em adultos e 150.000 (110.000 a 190.000) crianças menores de 15 anos. Até junho de 2016 estima-se que 18,2 (16,1 a 19) milhões de pessoas com HIV estavam em tratamento. Na América Latina são 1,6 milhões de pessoas infectadas com HIV, com 47.000 óbitos já registrados e 94.000 novas infecções por ano (UNAIDS - GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING, 2016), conforme podemos observar na figura 3

Figura 3. Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV no mundo, 2015/2016



Fonte: UNAIDS

O Brasil se localiza entre os países com epidemia estável e concentrada em populações-chave em situação de maior vulnerabilidade, como mulheres profissionais do sexo, usuários de drogas Injetáveis – UDI; homens que fazem sexo com homens (principalmente jovens de 15 a 24 anos) e Travestis (FONSECA, BASTOS, 2007). Estima-se que em junho de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de Aids. O Brasil tem registrado, anualmente uma média de 41,1 mil casos de Aids nos últimos cinco anos. Há uma grande concentração de casos na região sudeste e sul, correspondendo cada qual a 53 % e 20,1% do total de casos. A taxa de prevalência entre pessoas de 15 a 49 anos é de 0,6%, entre usuários de drogas 5,9 %; entre as profissionais do sexo a taxa de prevalência foi de 4,9 %. E entre os homens que fazem sexo com homens a taxa é de 10,5%.

De 1982 a junho de 2016 foram registrados no Brasil 548.850 casos de Aids em homens, representando 65,1% dos casos e 293.685 casos em mulheres que equivale a 34,9% dos casos; segundo a categoria de exposição entre os homens, 45,4% são de homossexuais e 9,8% de bissexuais; enquanto que entre as mulheres 97,1% são heterossexuais. Em relação as taxas de detecção de Aids no Brasil, tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com média de 20,7 casos/100 mil hab. Em relação aos homens, nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento com 27,9 casos para 100 mil habitantes em 2015 enquanto que para as mulheres o índice foi de 12,7 casos para 100 mil habitantes. A razão de sexo em 2015 apresenta variação em razão da faixa etária, apresentando uma média de 1,7 homens para cada mulher, mas as faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos apresentam tendência de aumento da razão de sexos nos últimos dez anos de 30 casos de homens para cada 10 mulheres na faixa de 20 a 29 anos e 22 casos de homens para cada 10 mulheres na faixa de 30 a 39 anos. Quanto a escolaridade temos 13,3% com ensino fundamental I, 29,3% com ensino fundamental II e com ensino médio 26,4%, e com nível superior 11,4% dos casos notificados. Na categoria raça/cor do total de notificações, 43,1 % são da raça branca e 45,6 % parda e 22,1% pretos, que apresentam uma característica diferente em relação as outras, raça/cor da pele, com predominância do sexo feminino, 11,9% em relação aos homens com 10,2%. Do total de óbitos, 215.212 (70,9%) ocorreram em homens e 88.016 (29,1%) em mulheres, proporcionando a razão de 3 homens para cada mulher (BRASIL, 2016a).

O município de Santos – SP, de 1983 até outubro de 2015, notificou 7.205 pessoas com HIV, sendo 4.741 (66%) homens e 2.464 (34%) mulheres. A taxa de detecção por 100.000 hab. é de 29,5, sendo que no sexo masculino é de 46,4 e no sexo feminino de 17,1. A distribuição percentual dos casos de Aids em relação a escolaridade, mostra que 12,5% tem ensino fundamental incompleto, 30% ensino fundamental completo, 25% possui ensino médio completo e 15% com ensino superior completo. Um dado que chama a atenção é que 15% dos casos notificados estão classificados como não consta e/ou não se aplica. Na categoria raça/cor do total de notificações, 55 % são da raça branca e 32,5 % parda e 10% pretos. Em relação a categoria de exposição no sexo masculino, os HSH (homens que fazem sexo com homens) representam 60% dos casos, os heterossexuais 13,3% dos homens e UDI (usuário de droga injetável) 3,3% dos casos masculinos (BRASIL, 2016b)

2.3 PREVENÇÃO COMBINADA

Desde o início da epidemia de Aids, a promoção do uso do preservativo tem sido a principal estratégia empregada para a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil. Esse cenário vem se modificando ao longo do tempo, na medida em que outras estratégias comportamentais e tecnologias biomédicas de prevenção começam a se mostrar efetivas e disponíveis para a população. Atualmente, dispomos de um conjunto de medidas comportamentais e biomédicas que podem e devem ser usadas de forma combinada, no sentido de prevenir a infecção pelo HIV. Elevando o sucesso da prevenção combinada no controle da epidemia, em especial junto as populações mais vulneráveis, ressaltando que o tratamento utilizado como prevenção ao HIV não protege das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) (WILSON, 2012).

Tratamento como prevenção com antirretrovirais, com a meta de atingir a redução da carga viral de HIV a níveis indetectáveis é realizado nos serviços que atendem pacientes com HIV/Aids na rede de saúde pública, pode ser iniciado desde

que a pessoa que vive com HIV esteja esclarecida sobre benefícios e riscos, motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia da pessoa. Uma vez iniciado o tratamento, o mesmo não deverá ser interrompido (HULL et al., 2014).

A profilaxia pré exposição (PrEP), é uma estratégia de prevenção que também utiliza os ARV, porém antes que ocorra uma exposição ao HIV. Na PrEP os ARV são utilizados de forma contínua, todos os dias, de forma que caso ocorra uma exposição, os medicamentos já presentes no organismo, impediriam a infecção pelo HIV. A PrEP deve ser implementada como política pública no Brasil. Em junho de 2014 o Ministério da Saúde encomendou a pesquisa PrEP Brasil que avaliou a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer a PrEP à população brasileira como prevenção ao HIV. Neste estudo foram incluídos 500 homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais com risco de adquirir a infecção pelo HIV. Os participantes receberam o Truvada (antirretroviral de dose única por dia que contém 2 antirretrovirais, tenofovir e emtricitabina, em um único comprimido) e foram monitorados por três centros de pesquisa de ponta no país: o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina da USP e o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, em São Paulo.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma estratégia de prevenção que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) nas primeiras duas horas e até 72 horas após uma possível exposição sexual ao HIV. A PEP também é tradicionalmente utilizada como profilaxia das exposições ocupacionais ao HIV e em situações de violência sexual (estupros, abuso sexual de incapaz e relação sexual não consentida (SÃO PAULO, 2016)

A redução de danos (RD), adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos – SP, no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis, visa diminuir, atenuar ou controlar os efeitos negativos do consumo de drogas, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários e drogas. Estas ações incluem a troca e distribuição de seringas, preservativos, cachimbos (para o uso de crack), atividades de

informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento, reuniões comunitárias, dentre outros. Vale ressaltar que por muitos anos o modelo de saúde adotado no Brasil enfrentou desafios na parte jurídica, uma vez que as políticas de segurança pública, criminalizava os usuários de drogas (CAMPOS et al., 1997).

A circuncisão é um ato cirúrgico para retirada do prepúcio (pele que recobre a glândula do pênis). Estudos mostraram que a realização desta cirurgia diminui, em torno de 60%, a chance de o homem adquirir o HIV em relações sexuais penetrantes. Entretanto, para a (o) parceira (o) fazer a circuncisão não é uma forma de proteção, pois se um homem, mesmo tendo feito a cirurgia, se infectar pelo HIV, a chance de transmitir o vírus em uma relação sexual é a mesma de qualquer homem. Embora não seja política pública no Brasil pode ser usada individualmente, e quanto mais precoce a idade que o homem faz a cirurgia, maior a proteção que ela traz.

Em relação ao preservativo, tanto masculino como feminino é sempre importante ressaltar que é um excelente método de proteção contra IST e infecção pelo HIV, e continua sendo fundamental ampliar o seu acesso a toda a população, principalmente para as populações mais vulneráveis, bem como o uso correto.

O gel lubrificante, que deve ser sempre à base de água para não danificar o preservativo, tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV, dado que sua presença nas relações sexuais diminui o atrito e a possibilidade de provocar micro lesões das mucosas genitais e anais, lesões estas, que funcionam como porta de entrada para o HIV e outros micro-organismos. Recomenda-se seu uso associado ao preservativo, potencializando a prevenção, ou uso isolado, na lógica da redução de risco.

Na perspectiva da prevenção combinada também devemos recomendar a repetição dos testes de HIV e sífilis pelo menos duas vezes ao ano, independentemente de situação de risco específica para pessoas em situação de maior vulnerabilidade para o HIV e as IST, independentemente dos resultados anteriores (SÃO PAULO, 2016)

2.4 ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Para que o tratamento do HIV alcance bons resultados e ofereça maior qualidade de vida para as PVHA, é importante que elas tomem os medicamentos de forma correta todos os dias, por toda a vida. Quando a pessoa ingere os remédios de forma correta, podemos dizer que ela tem boa adesão. Se o usuário não toma o medicamento regularmente, falhando na adesão, podem surgir vírus resistentes àqueles medicamentos, e o tratamento perde seu efeito. É fundamental que todos os profissionais de saúde que prestam assistência à PVHA conversem sobre a importância da boa adesão ao tratamento, e a ajudem a encontrar uma maneira que facilite esse processo.

Estima-se que 12,5% das pessoas que iniciaram tardiamente o tratamento no Brasil demoraram mais de um ano para chegar ao serviço de saúde após o diagnóstico. Ademais, as estratégias de cuidado têm se mostrado frágeis para vincular as pessoas infectadas aos serviços de saúde. Um estudo prospectivo que acompanhou cerca de 8 mil pacientes em uso de ARV em quatro das cinco regiões brasileiras, entre 2003 e 2013, observou que 65% apresentaram história de perda de seguimento em algum momento do tratamento e que a probabilidade de perda de seguimento após cinco anos de início da terapia foi de 37,3%. A consequência, segundo o estudo, foi uma substantiva perda de efetividade do tratamento. Com isso, a probabilidade de estar com carga viral indetectável após cinco anos foi inferior a 50% – um percentual bem distante da meta das Nações Unidas: a de que 90% das pessoas vinculadas aos serviços de saúde tenham carga viral indetectável. (GRANGEIRO et al., 2014). No espaço de uma década, os regimes terapêuticos, com maior leque de combinações possíveis, transformaram a infecção pelo HIV, a uma doença crônica com possibilidades de controle.

O sucesso da estratégia de acesso universal e gratuito, no entanto sofre, influência dos níveis de adesão ao tratamento antirretroviral, aspecto que tem sido priorizado nas políticas públicas de alguns países. Cabe salientar que diversos fatores podem influenciar de modo favorável ou desfavorável a adesão ao TARV.

Em estudo de revisão sistemática da literatura, abarcando 84 pesquisas com metodologia quantitativa ou qualitativa, realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, Mills e colaboradores (2006), investigaram facilidades e barreiras à adesão presentes em contextos socioculturais e econômicos diversos. Os autores observaram que medo da descoberta do diagnóstico, uso abusivo de substâncias psicoativas, esquecimento, ausência de compreensão dos benefícios do tratamento e regimes complicados foram barreiras identificadas indistintamente em países com níveis diversos de desenvolvimento.

Atualmente, apesar dos esquemas terapêuticos estarem mais simplificados, com a disponibilidade de combinações de medicamentos cujo uso é mais fácil, permanecem vários desafios para a adesão ao TARV que requerem o envolvimento de todos: paciente, equipe de saúde, família e demais pessoas da rede social de apoio. Ademais, é fundamental considerar que, até o presente momento, o TARV é um tratamento para toda a vida, que pode trazer efeitos secundários para muitos pacientes, e que a enfermidade ainda não tem cura.

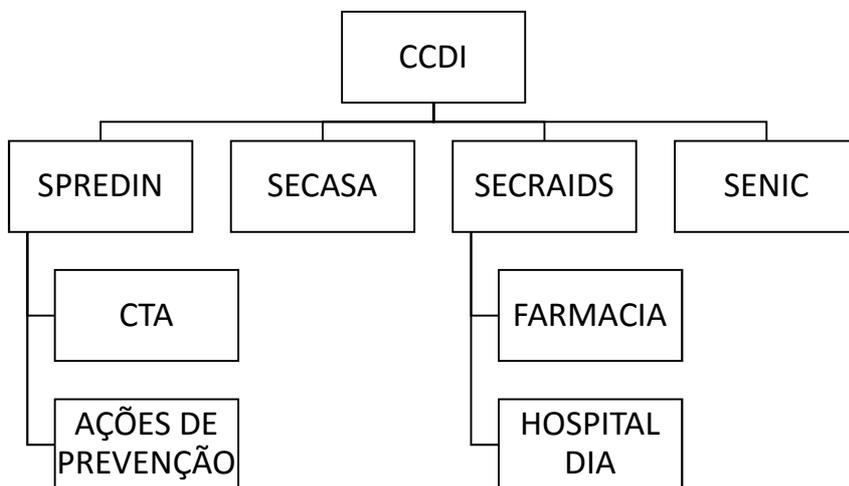
Encontrar formas mais eficazes de mensuração e monitoramento da adesão ainda permanece um grande campo de investigação para quem trabalha com HIV/Aids, principalmente se considerarmos que medidas mais eficazes permitirão o desenvolvimento de estratégias e intervenções mais custo-efetivas. E isso é urgente se pensarmos nas possibilidades de desenvolvimento de resistência viral e no impacto da epidemia no futuro da humanidade, principalmente nos países com recursos limitados. (POLEJACK et al., 2010). Hoje, ter HIV é ter uma condição tratável. Graças aos antirretrovirais, uma das grandes conquistas da medicina moderna, é que a vida de quem é diagnosticado HIV positivo pode seguir normalmente.

2.5 O PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DA CIDADE DE SANTOS

O Centro de Controle das Doenças Infectocontagiosas (CCDI), é o responsável pela coordenação de todas as ações referentes ao Programa

Municipal de Aids, com dois eixos: prevenção e assistência. No organograma abaixo (Figura 4) apresentamos os dois eixos principais deste serviço:

Figura 4. Organograma do Centro de Controle das Doenças Infectocontagiosas, CCDI do município de Santos – SP



As ações de Prevenção são realizadas pela Seção de Prevenção e Desenvolvimento Institucional (SPREDIN), com diversas ações de intervenção em grupos específicos (HSH, Profissionais do Sexo, Usuários de Drogas) e na população de maneira geral. Também subordinado ao SPREDIN é o Centro de Testagem e Aconselhamento.

No eixo assistencial, temos a SECASA, Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente HIV/Aids, a SENIC – Seção Núcleo Integrado da Criança, que realiza o atendimento de Gestantes e crianças de 0 a 17 anos com HIV/Aids. Por fim o SAE - adulto, Seção Centro de Referência em Aids de Santos,

inaugurado em março de 1990, atende os portadores do HIV e doentes de Aids, responsável por aproximadamente 90% dos atendimentos dos pacientes soropositivos da cidade de Santos, é uma unidade de saúde, SAE Serviço de Atenção Especializada, com nível de atenção secundária, exclusivo para atendimento de pacientes HIV positivo e/ou doente de Aids. No SAE – adulto, ainda temos o Hospital Dia, utilizado para tratamento os pacientes matriculados e que necessitam de medicações específicas que só podem ser aplicadas em ambientes especializados, além da farmácia que atende os pacientes do SAE adulto, SENIC e SECASA, para dispensação dos Antirretrovirais e demais medicamentos padronizados ao setor. Os pacientes atendidos no SAE - adulto, além do atendimento médico, contam com atendimento multidisciplinar, como Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Nutrição e Odontologia, além de recebimento de cestas básicas, apenas para pacientes comprovadamente de baixa renda. Quando necessário os usuários são encaminhados para os serviços de especialidades do município através da referência e contra referência, além das internações hospitalares, controlada pela Central de Vagas Regional. Estima-se que aproximadamente 90% das pessoas matriculadas no serviço sejam residentes em Santos.

Santos é uma cidade costeira localizada no sul do estado de São Paulo, Brasil, e tem uma população de 419.400 habitantes e ostenta o 5º lugar no ranking de qualidade de vida dos municípios brasileiros, conforme Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aferido pela Organização das Nações Unidas (ONU) com base nos níveis de expectativa de vida, educação e PIB per capita. Santos é um importante destino turístico e o maior porto da América Latina. Pessoas de diversas regiões do Brasil e do resto do mundo visitam a cidade. Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, Santos tem sido conhecida como uma das cidades com maior prevalência de Aids, e foi a primeira cidade do país a fornecer inibidores de protease (IPs) gratuitos aos seus pacientes e vem distribuindo-os sem restrições desde fevereiro de 1996.¹

¹ Informações obtidas do site da Prefeitura Municipal de Santos <<http://www.santos.sp.gov.br/>> 2017.

Até o ano de 2013 o SAE - adulto seguia a recomendação do Ministério da Saúde em relação a disponibilização dos antirretrovirais, recomendação esta que durou até abril de 2014. O protocolo clínico para dispensação dos ARV, recomendava que apenas os doentes de Aids e ou pacientes com CD4 abaixo de 500 cópias por mm³ de sangue, eram elegíveis para utilizar a TARV. O período escolhido para o desenvolvimento deste trabalho de 2009 a 2013 coincide com o termino do consenso descrito acima, e avalia a evolução das barras da cascata de cuidado continuo ano a ano e sua evolução tanto no total de casos como estratificado por subgrupos, metodologia pouco aplicada nos estudos internacionais (BRASIL, 2013).

2.6 CASCATA DE CUIDADO CONTINUO

A cascata de cuidado contínuo é um conceito já descrito na literatura internacional e se refere à utilização de modelagens matemáticas inicialmente aplicadas a programas de controle da tuberculose. Seu intuito é ilustrar a cadeia de eventos que levam ao acesso à saúde, desagregando o diagnóstico do tratamento e introduzindo, a dimensão dos serviços de saúde. No caso do HIV/Aids, o termo cascata do cuidado contínuo se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, atingir a supressão viral.

Qual a melhor forma de avaliar ou caracterizar cada etapa da cascata de cuidado contínuo para PVHA? Existem vários modelos descritos e sugestões que dependem de uma série de fatores que estão presentes em um determinado local, serviço, região ou país e o seu grau de intervenção (MACCARTHY et al., 2015). A disseminação da transmissão do HIV está intimamente relacionada à prevalência da doença, o comportamento de risco da população e a carga viral sem supressão viral dos pacientes portadores do HIV (HALL et al., 2013). Para caracterizar as etapas da cascata de cuidado contínuo, verificamos uma grande heterogeneidade na forma como alguns subgrupos e determinados serviços locais de saúde descrevem a falta de retenção entre as etapas (LOURENÇO et al., 2014).

Nas duas primeiras colunas da cascata de cuidado contínuo do tratamento do paciente HIV, devem ser utilizados modelos matemáticos, quando disponível para estimar a quantidade total de pessoas com HIV na primeira coluna; e a quantidade de pessoas que conhecem a sua sorologia na segunda coluna. A terceira coluna é fator preditor para o conhecimento do *status* sorológico do paciente. Todas as etapas são passíveis de perdas, na busca de uma melhor compreensão desses atritos precisamos interpretar as três últimas colunas do processo. Nas demais colunas há uma série de associações entre fatores individuais e coletivos ou comunitários que devem ser melhor analisados para uma estratégia de intervenção mais eficaz. Na coluna 4, retenção no serviço, os determinantes individuais mais representativos, segundo revisão da literatura, apontam indivíduos de baixa renda e principalmente pessoas do sexo feminino com baixa escolaridade, indivíduos jovens, além do receio de divulgação do seu *status* sorológico para ambos os sexos. Na coluna 5, pacientes em terapia antirretroviral, os fatores individuais observamos uma maior deficiência entre os jovens, principalmente no sexo masculino enquanto que no sexo feminino foi predominante a baixa escolaridade, baixa renda, etnia e uso de drogas, e a dificuldade encontrada para tratamento de pessoas empregadas e receio de efeitos colaterais da terapia para ambos os sexos. Nos determinantes coletivos ou comunitários, a dificuldade de adesão para as populações confinadas (presidiários), entre os HSH, e os pacientes com frágil suporte social e condições precárias de moradia (GOVINDASAMY, FORD, KRANZERD, 2012).

Nos fatores estruturais tem-se inclusive, a falta de pessoal, a demora no atendimento nas unidades de saúde e ausência de clínicas especializadas para tratamento da doença e de determinados grupos expostos como HSH, usuários de drogas (GOVINDASAMY, FORD, KRANZERD, 2012; HALL, H., et al., 2013). Para a sexta e última coluna, além dos fatores descritos para as outras colunas, temos como fatores associados mais fortemente a ausência da supressão viral pacientes do sexo feminino com baixa renda e baixa escolaridade, CD4 inicial < 350 cópias/mm³ sangue, pacientes não brancos, e com cuidados irregulares mesmo frequentando os serviços (ROBERTSON et al., 2015).

Alguns fatores interferem em todas as etapas da cascata de tratamento contínuo do HIV, sendo predominante a etnia, não brancos, nível de escolaridade baixo, principalmente entre as mulheres, baixa renda e jovens para ambos os sexos, tem maior dificuldade de manter a TARV, ao mesmo tempo em que não fica claro e caracterizado os principais fatores de adesão e permanência em cada etapa da cascata. Os fatores relacionados aos pacientes são claramente determinantes e importantes na elaboração da cascata de cuidados contínuos para o HIV, lembrando que há limitações importantes para a fraca retenção entre as colunas da cascata em todos os seus níveis, assim como os fatores estruturais, sócio demográficos, políticos e econômicos (EBERHART, et al., 2013, SKARBINSKI, et al., 2015, NOSYK, B. et al., 2014; GIORDANO, 2015).

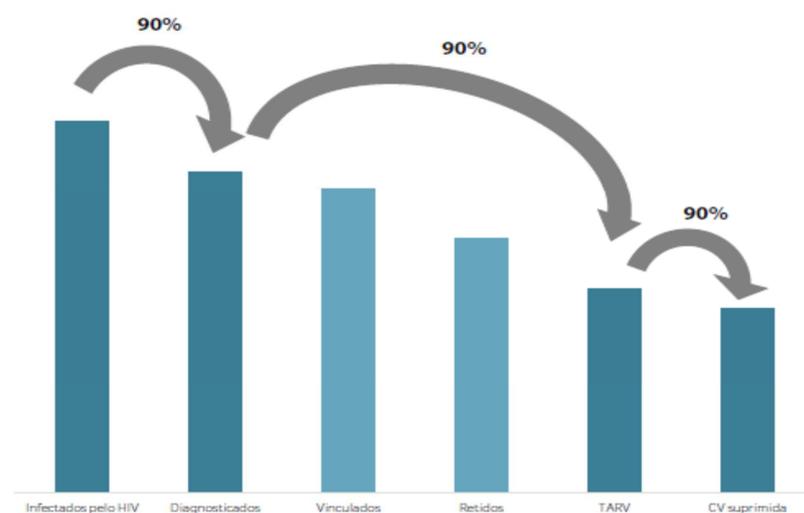
O processo de elaboração da cascata do cuidado propõe, uma reflexão sobre as causas de perda de pacientes entre cada uma das colunas, as quais podem diferir regionalmente. Assim, a partir da elaboração de cascatas regionais, por unidades da federação ou município, por exemplo, é possível realizar um diagnóstico situacional da epidemia de HIV/Aids naquele território, que pode subsidiar os gestores locais na estruturação e/ou readequação de serviços, alocação de recursos e focalização de ações voltadas à testagem, prevenção combinada, tratamento e adesão.

2.7 META 90-90-90

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estabeleceu, em 2014 três metas para acelerar a eliminação da epidemia de Aids até 2030, através de estratégias alicerçadas no diagnóstico precoce e no acesso irrestrito aos antirretrovirais, como forma de eliminação da carga viral circulante na corrente sanguínea, quais sejam: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV devem saber que tem o vírus, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada devem receber a terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo a terapia antirretroviral devem obter a supressão viral, ou seja carga viral indetectável menor que 50 cópias por ml de sangue (Figura 5), até 2020.

Essas metas referem-se à primeira, segunda, quinta e sexta barras da cascata, com o alcance dessas metas, pelo menos 73% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo estariam com supressão viral, conforme podemos observar na figura 5, sendo esta a meta a ser alcançada por todos os países do mundo.

Figura 5. A Meta 90 – 90 – 90



Fonte: DIAHV/SVS/MS

Em razão deste objetivo, em dezembro de 2014 foi lançado a Declaração de Paris da UNAIDS, composta pelas chamadas metas 90-90-90, que consiste numa ofensiva global frente à disseminação da pandemia de infecção pelo HIV, cuja operacionalização associa-se à adesão às mesmas das instâncias responsáveis pela execução das políticas em saúde de diferentes países. Busca mobilizar esforços locais para que se alcance o fim da epidemia de Aids até 2030.

Os municípios brasileiros se somam a mais de 200 prefeituras ao redor do mundo que estão mobilizadas rumo à meta 90-90-90. As cidades estão no centro dos esforços pelo fim da epidemia de Aids como ameaça à saúde pública. Com a

adesão à Declaração de Paris, estas prefeituras e governos se comprometem a alcançar as populações e comunidades mais vulneráveis, fazendo com que a liderança local e a inovação direcionem as políticas de saúde e os serviços de atendimento ao HIV, para que nenhuma pessoa seja deixada para trás, incluindo desde o acesso ao diagnóstico, passando pela adesão ao tratamento, até a manutenção de seu, bem esta e o exercício de seus direitos.

No caso do Brasil, 15 cidades são atualmente responsáveis por cerca de 60% de todas as pessoas que vivem com HIV no país. Este cenário de epidemias concentradas em centros urbanos é um fenômeno que se repete na grande maioria dos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. As três primeiras cidades brasileiras a assinar a Declaração de Paris, em dezembro de 2014, foram Curitiba, Salvador e Rio de Janeiro.

Em linhas gerais o sucesso do esforço global pelo fim da epidemia de Aids dependerá, em grande parte, do que acontecer nas cidades. Mundialmente, 200 municípios concentram um quarto de toda a população vivendo com HIV, sendo que 156 deles, situadas em 30 países, que respondem juntas por 89% de todas as novas infecções pelo vírus. Dessa forma, a Declaração de Paris mostra-se como um instrumento indispensável para o comprometimento político, tanto com as metas de tratamento, quanto com o respeito às populações mais vulneráveis.²

Comentado [NGDS-X2]: Esta citação em numero deve sair e colocar a referencia

Em 10 de dezembro de 2015, o estado do Rio Grande do Sul juntamente com 14 municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Guaíba, Gravataí, Porto Alegre, Rio Grande, Santana do Livramento, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão, assinaram a Carta de Paris, que prevê o engajamento de cidades ao redor do mundo às metas de tratamento 90-90-90 do UNAIDS, o que almeja o Estado e os municípios acelerem a resposta à epidemia de Aids

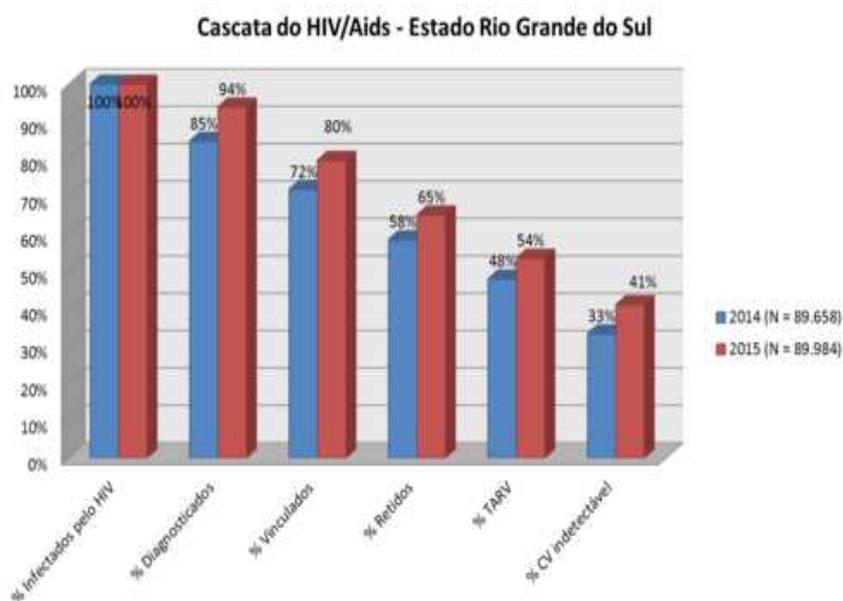
O estado do Rio Grande do Sul (RS) tem a segunda maior taxa de detecção entre as Unidades da Federação com 38,3% novos casos para cada 100 mil habitantes O que se evidencia na Figura 6 é uma cascata de PVHA em forma de

² Informações obtidas no documento da UNAIDS – Declaração de Paris

Vide: <http://www.aids.gov.br/node/56705>

escada, onde cada degrau corresponde a um novo evento, o que representa um panorama da situação epidemiológica do HIV/Aids no RS, que urge em ações de enfrentamento à epidemia. Além da disposição da medicação é de extrema importância o investimento em divulgação da estratégia, dos locais para atendimento da PEP, PreP e a ampliação da rede para atendimento. A análise da capacidade da rede de atendimento é fundamental a fim de que a população possa ter acesso e direito a todo o arsenal preventivo e terapêutico no combate ao HIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS E SÍFILIS, RS, 2015).

Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do paciente HIV no Rio Grande do Sul de 2014 e 2015

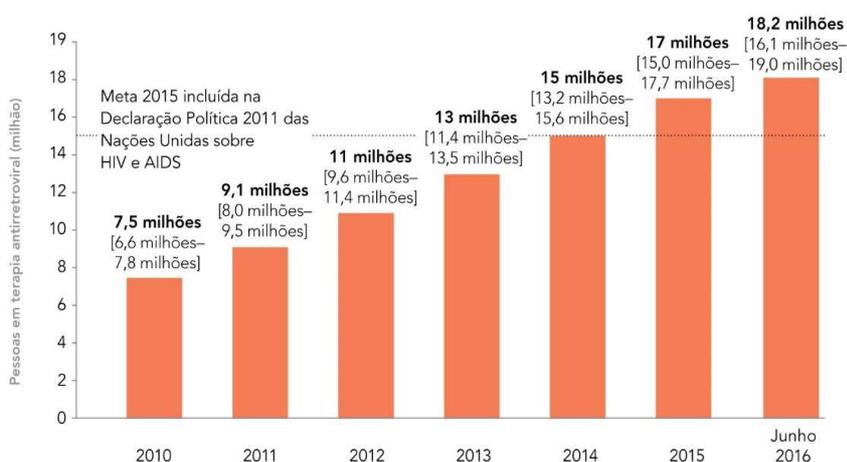


Fonte: Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul, dezembro 2015

A divulgação e publicações brasileiras, sobre a cascata de cuidado contínuo do paciente HIV, são raras ainda, com a divulgação em janeiro de 2017 do Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV, esperamos que os estudos nos estados e municípios brasileiros sejam incrementados e difundidos no uso desta ferramenta.

Um novo relatório do programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids apresenta que em junho de 2016, cerca de 18,2 milhões de pessoas tiveram acesso aos medicamentos antirretrovirais. Abaixo na Figura 7 é demonstrado a evolução anual de pessoas vivendo com HIV que estão em TARV globalmente. Segundo estimativas, se esses esforços forem mantidos e ampliados, o mundo estará no caminho para alcançar a meta de 30 milhões de pessoas em tratamento até 2020.

Figura 7. Número de pessoas vivendo com HIV em Terapia Antirretroviral, globalmente, 2010 - 2016

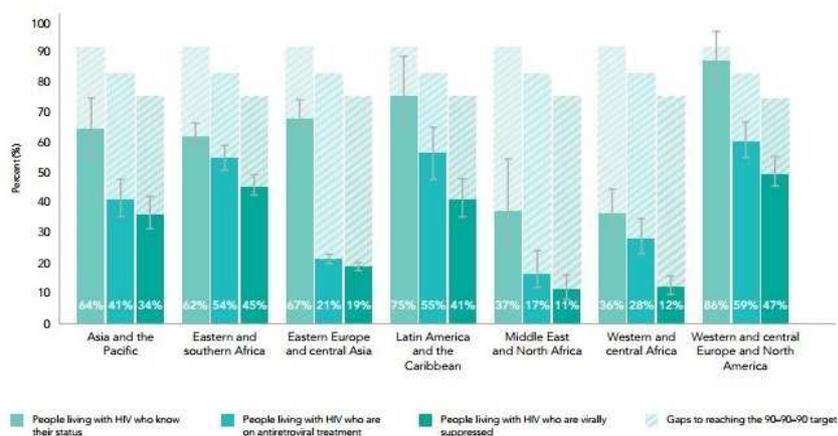


Fonte: Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016; Estimativas UNAIDS 2016.

O Brasil tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os de baixa e média renda, com mais da metade (55%) das pessoas vivendo com HIV sendo tratadas. A média global em 2015 foi de 46%, de acordo com dados compilados pelo UNAIDS.

Na figura 8 é apresentado o panorama em 2015 das condições das etapas da cascata de cuidado contínuo do paciente HIV em seis regiões administrativas do mundo, onde se situam atualmente cada uma dessas regiões em relação a meta, e o quanto falta para se chegar na meta 90-90-90.

Figura 8. Cascata de Cuidado Contínuo – O progresso em direção a meta 90 – 90 – 90 por região



Source: UNAIDS special analysis, 2016; for more details, see annex on methods.

Na tabela 1 apresentamos o resultado da cascata de cuidado contínuo de 8 países europeus de alta renda, apresentado no CROI 2015 (Conferencia de Retro Virologia e Infecções Oportunistas), onde percebemos que existem grandes disparidades entre os países europeus em relação a percentagem de supressão viral, além disso, a cascata de tratamento mostra diferentes pontos de ruptura, e desigualdades entre eles (HILL et al., 2014).

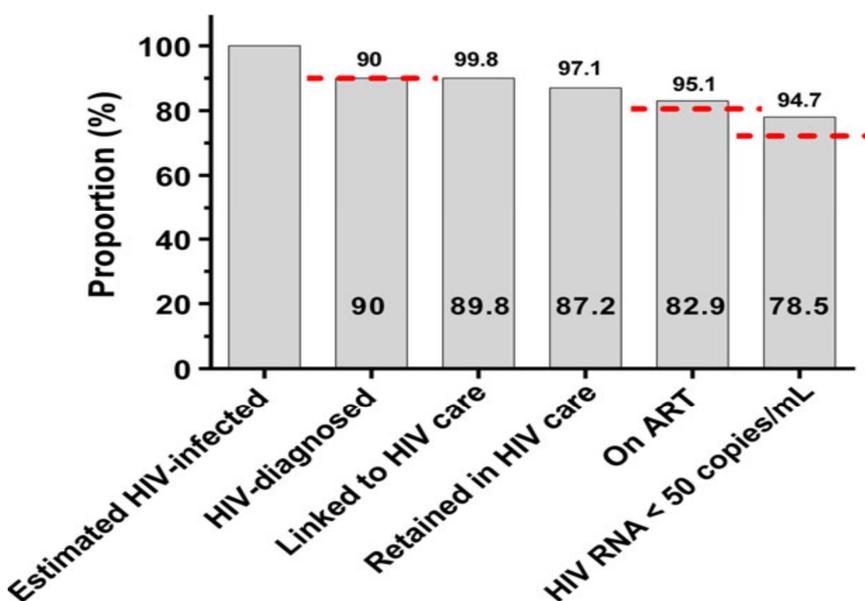
Tabela 1. Cascata de Cuidado Continuo em 8 países da Europa no período de 2010 a 2012

90 - 90 - 90. Cascatas 2010 a 2012	Diagnostico	Em TARV	Supressão
Global 90-90-90 Targets Using 2015 Estimates	90,0%	83,0%	78,0%
Austrália	75,0%	35,0%	32,0%
Canadá Brirish Columbia (2011)	71,0%	51,0%	35,0%
Dinamarca (2010)	85,0%	62,0%	59,0%
França (2013)	81,0%	74,0%	52,0%
Geórgia (2013)	52,0%	35,0%	20,0%
Holanda (2013)	52,0%	26,0%	20,0%
Reino Unido (2013)	79,0%	67,0%	58,0%
EUA (2013)	82,0%	33,0%	25,0%

A Suécia, o primeiro país a alcançar a meta do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 90-90-90, figura 9.

Vários fatores provavelmente contribuem para esses resultados. A Suécia é um país de baixa endemia, com menos de 8.000 indivíduos infectados pelo HIV. A Lei das Doenças Transmissíveis obriga laboratórios e clínicas a relatar os casos positivos e os pacientes devem manter o compromisso de submeter-se aos testes que os prestadores de cuidados de saúde consideram necessário. Todos os pacientes infectados pelo HIV estão ligados a Centros de atenção ao HIV, com uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiras e assistentes sociais. O banco de dados clínico, InfCare HIV, facilita o atendimento e o tratamento de alta qualidade. A TARV é prescrita gratuitamente para o doente, e a adesão às diretrizes nacionais de tratamento do HIV são altas. Desde 2014, essas diretrizes de tratamento atingem todos os indivíduos infectados com HIV, independentemente da contagem de células CD4 (BRANDT, 2013).

Figura 9. Representação gráfica da Cascata de Cuidado Continuo da Suécia



Fonte: Gisslén, 2017

Como descreveu Fauci e colaboradores (2015) os ensaios, SMART, que comprova o benefício da TARV em relação aos efeitos adversos da medicação, o HPTN 052 que descreve a eficácia da medicação como prevenção para populações expostas ao HIV e START onde calcula que a probabilidade de desenvolver doenças relacionadas a Aids é de 70% menor em quem está em TARV, dos que não utilizam a medicação; estes ensaios resolveram o debate sobre Início da TARV. Agora pode ser assegurada que os benefícios da TARV superam os riscos para a pessoa infectada, independentemente da contagem de células T CD4. Assim a Saúde pública e seus funcionários podem apoiar com o início do Tratamento precoce, reconhecendo os seus benefícios de saúde pública na Prevenção do HIV. Além disso, IPERGAY (estudo francês, sobre a dosagem na tomada do truvada, 2 comprimidos antes da relação sexual e um comprimido por dois dias seguintes)

fornece novos dados importantes, que apoiam a utilização da PrEP para Prevenção da infecção pelo HIV em populações de alto risco.

Em conjunto, esses estudos fornecem um modelo baseado em evidências, Tratamento eficaz e Prevenção da infecção pelo HIV e servirá como ferramenta críticas na Luta para acabar com a pandemia do HIV-SIDA. No entanto, para essa promessa conseguir ser realizada, a política deve ser mobilizada para as evidências científicas e fornecer financiamento e recursos humano necessários para aumentar os testes de HIV e o tratamento em todo o mundo. “A ciência falou. Não se pode agora utilizar a inação como desculpa” (FAUCI, MARSTON, 2015).

3 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar as etapas de cuidado contínuo dos pacientes atendidos em serviço público especializado em HIV/Aids (SAE – adulto), no município de Santos, São Paulo, entre 2009 e 2013.

3.1 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever as características sócio demográficas e clínicas dos pacientes que se matricularam no SAE - adulto de Santos – SP, no período do estudo.

Analisar os pacientes que permanecem em seguimento regular no SAE - adulto de Santos – SP, por ano de matrícula, no período do estudo.

Analisar os pacientes em uso de Terapia Antiretroviral (TARV) no SAE - adulto de Santos – SP, por ano de matrícula, no período do estudo.

Analisar os pacientes com supressão viral no SAE - adulto Santos – SP, por ano de matrícula, no período do estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido de acordo com as normas da construção da cascata de cuidado contínuo para os pacientes HIV, nos moldes recomendados pela UNAIDS e Ministério da Saúde do Brasil, descritos anteriormente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; BRASIL, 2017).

Trata-se de um estudo de delineamento misto, composto de uma avaliação longitudinal das etapas da cascata de cuidado contínuo em uma série temporal. Foram elaborados cortes transversais, sucessivos e sequenciais nos cuidados contínuos, representados por colunas, para os anos de 2009 a 2013 a partir da matrícula dos pacientes no serviço:

No corte 1, (Coluna 1). Número de pessoas matriculadas no SAE - adulto no período de estudo (2009 – 2013)

No corte 2, (Coluna 2). Número de pessoas retidas com critério no SAE - adulto, ou seja, com pelo menos 1 exame laboratorial (CD4 e/ou Carga Viral) e/ou realização de 2 consultas por ano, que preencham os quesitos elegíveis para uso de ARV e que estavam vivas no período.

No corte 3 (Coluna 3), Número de pessoas em TARV, pacientes com retirada regular de antirretroviral nos últimos 3 meses do período.

No corte 4 (Coluna 4), pacientes em supressão viral, definido como apresentação de carga viral indetectável, equivalente a até 50 cópias/ml de sangue, com exame de Carga Viral posterior a pelo menos seis meses de uso de antirretroviral, e que estavam vivas no período.

Nesse processo foram avaliadas as diferenças entre os cortes transversais, anualmente, também chamado de atrito.

Para uma melhor compreensão utilizamos como ponto de partida para a construção da cascata de cuidado contínuo, neste estudo, as quatro principais

colunas, de acordo com os critérios definidos acima, e não todas as seis etapas que constituem a cascata completa.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo são todos os pacientes portadores do HIV matriculados no SAE - adulto, no período de 02 de janeiro de 2009 à 30 de dezembro de 2013, os quais foram aplicados os critérios de exclusão,

4.2.1 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

As pacientes gestantes, todos os casos de óbito no mesmo ano de matrícula, ou seja, de entrada no serviço.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Com a finalidade de estudar a cascata de cuidados contínuos no seguimento destes pacientes, ao longo do período estudado, classificaremos as variáveis conforme se segue:

Em relação as variáveis socioeconômicas e demográficas, trabalhamos com: sexo, idade, escolaridade, raça/cor. Em relação às variáveis clínicas: categoria de exposição, matriculados, retido com critério, tratamento antirretroviral e supressão viral.

A idade foi estratificada nas categorias "< 30 anos", "30 a 39 anos", "40 a 49 anos" e "50 anos >".

A cor de pele, raça/cor foi categorizada em "amarela/Indígena", "branca" e "parda/preta".

A escolaridade foi estratificada nas categorias "até 4 anos de estudo", "de 5 a 9 anos de estudo" e "mais de 10 anos de estudo"

O estado marital em “solteiro”, “casado/amasiado” e “viúvo/separado”

A categoria de exposição em “heterossexual”, “bissexual”, “homossexual”, “UDI” e “transmissão vertical (pacientes adultos, maiores de 18 anos, que se matricularam no SAE – adulto, no período do estudo, que nasceram com HIV) ”.

O tratamento antirretroviral “sim, com uso de ARV”.

A supressão viral “sim, com carga viral menor que 50 cópias/ml de sangue”

4.4 PLANO DE COLETA

As informações foram obtidas por meio dos prontuários dos pacientes no SAE - adulto, que contém as folhas de evolução com apontamentos médicos, relatórios de exames de CD4 e Carga Viral realizados pelo paciente, nos registros de retirada da medicação na farmácia, e para verificação ou extravio do prontuário, no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e no SISCEL – Sistema Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8+ e Carga Viral, ambos programas de controle desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com acesso gerencial do serviço de referência.

Após o término da coleta dos dados secundários, os mesmos foram digitados em uma planilha eletrônica, com o número do prontuário do paciente no SAE - adulto, nome, sexo, data de matrícula, data de nascimento, escolaridade, raça/cor, estado marital, categoria de exposição, CD4 e carga viral inicial, data da supressão viral, esquema terapêutico e sua duração, para posterior análise.

4.5 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no SAE - adulto, unidade de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos, Estado de São Paulo – Brasil, unidade sobre a Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids/Hepatites.

O SAE - adulto, atende os portadores do vírus HIV e doentes de Aids, responsável por aproximadamente 90% dos atendimentos dos pacientes soropositivos da cidade de Santos, é uma unidade de saúde de Atenção Especializada, com nível de atenção secundária, exclusivo para atendimento de pacientes HIV positivo e/ou doente de Aids.

4.6 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram digitados após verificação em um banco estruturado de dados, já especificado anteriormente. Posteriormente para a análise dos dados foram utilizados os programas, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 18 para Windows) e Epi-Info (versão 7 para Windows) e Excel 2016 para Windows.

Inicialmente foi realizada análise descritiva para todas as variáveis de interesse do estudo. As variáveis qualitativas serão apresentadas por valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas serão apresentadas com seus valores de tendência central e de dispersão.

No que se refere à estatística analítica as variáveis quantitativas foram inicialmente testadas para verificar se possuem distribuição normal baseando-se nos valores absolutos da diferença máxima entre a distribuição cumulativa observada e a distribuição cumulativa esperada, assumindo o pressuposto de normalidade, através dos testes de Shapiro-Wilk.

Para avaliar a existência de associação linear entre duas variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r); este coeficiente avalia o quanto os pontos que representam, num gráfico, a intersecção dos valores de duas séries numéricas repousam sobre uma linha reta, indicando assim o grau de sua associação linear; considerou magnitude de associação nula quando $r=0$; Bem Fraca = r entre 0,0 e 0,19; Fraca = r entre 0,2 e 0,39; Moderada = r entre 0,4 e 0,69; Forte = r entre 0,7 e 0,89 e Muito Forte = r entre 0,9 e 1,0.

Quando tratar-se de amostras paramétricas (isto é, com distribuição normal), foi utilizado o teste t e análise variância (ANOVA), para amostras não paramétricas foi utilizado o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis além do teste Qui-quadrado para tabelas extensas e ou teste exato de Fisher.

Considerou-se o nível de significância de 5% para todas as análises.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Devido a impossibilidade de obtenção do Consentimento Informado de todos os pacientes deste estudo, foi utilizado um Termo de Compromisso de Coleta de Dados de prontuários (anexo 1), assinado pelo pesquisador responsável e pelos coordenadores dos serviços de saúde envolvidos. Todas as pessoas envolvidas no estudo, pesquisadores ou colaboradores, se comprometeram com o sigilo e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, em 10 de dezembro de 2015, com número de parecer 1.360.180, conforme documento (anexo 2), obedecendo às determinações da Resolução 466 de 12/12/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

E também, autorizado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos e liberado pela COFORM – Coordenadoria de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Santos (anexo 3).

6 RESULTADOS

Foram estudados um total de 1.179 pacientes matriculados no SAE - adulto, referente aos anos de 2009 (224), 2010 (253), 2011 (240), 2012 (216) e 2013 (246), os dados, sócio demográficos, estratificados por ano, podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição sócio demográficos dos pacientes matriculados no SAE – adulto, segundo ano de matrícula – Santos, SP - de 2009 a 2013

	2009 (n)	%	2010 (n)	%	2011 (n)	%	2012 (n)	%	2013 (n)	%
Sexo	224		253		240		216		246	
Feminino	63	28	112	44	71	30	69	32	80	33
Masculino	161	72	141	56	169	70	147	68	166	67
Categoria de Exposição	185		234		231		211		236	
Bissexual	6	3	34	15	41	18	10	5	18	8
Homossexual	63	34	30	13	52	23	64	30	70	30
Heterossexual	114	62	167	71	126	55	125	59	125	53
Transmissão Vertical	0	0	3	1	8	3	10	5	20	8
UDI	2	1	0	0	4	1	2	1	3	1
Faixa Etária	224		253		240		216		238	
< 30 anos	62	28	61	24	66	28	66	31	70	29
30 a 39 anos	64	29	81	32	79	33	67	31	68	29
40 a 49 anos	50	22	65	26	58	24	49	23	56	24
> 50 anos	48	21	46	18	37	15	34	16	44	18
Escolaridade	200		219		215		187		234	
Até 4 anos	50	25	55	25	19	9	26	14	7	3
5 a 9 anos	43	21	61	21	74	21	56	21	62	21
> 10 anos	107	54	103	47	122	57	105	56	165	71
Raça/Cor	160		189		197		194		216	
Amarelo/Indígena	2	1	0	0	3	2	2	1	1	0
Branca	99	62	125	66	132	67	133	69	143	66
Parda/Preta	59	37	64	34	62	31	59	30	72	33
Estado Marital	191		209		231		209		209	
Casado/Amasiado	67	35	71	34	52	23	60	29	60	29
Solteiro	98	51	95	45	149	65	129	62	129	62
Viúvo/Separado	26	14	43	21	30	13	20	10	20	10

Analisando a tabela 2, observamos que mesmo possuindo uma população heterogênea, percebemos uma certa homogeneidade na distribuição dos fatores sócio demográficos. Em relação ao sexo temos uma predominância do masculino em relação ao feminino, em todos os anos e uma variação na razão de sexo, que vai de 1,7 até 3 homens para cada mulher. Ao analisarmos a evolução anual, percebemos uma distribuição crescente em ambos os sexos em relação ao uso de ARV, com oscilação em relação a supressão viral no sexo feminino e aumento no sexo masculino de 2011 a 2013, conforme demonstrado nos gráficos 4 e 5.

Em relação a categoria de exposição, todos os anos apresenta a forma heterossexual como preponderante com mais de 50% dos casos.

Em relação a faixa etária, notamos que a faixa de 30 a 39 anos detém o maior número de pessoas em todos os anos.

Na categoria de escolaridade o subgrupo com mais de 10 anos de estudo concentra o maior contingente de pessoas.

Em relação a raça/cor, o SAE – adulto, apresenta acima de 60% dos casos da raça/cor Branca e em média 33% de Pardos e Pretos. Entretanto quanto ao Estado Marital, apresenta majoritariamente o subgrupo Solteiro, acima de 50% dos casos, seguido por casados/amasiados com 30% dos casos.

A tabela 3 apresenta os valores para o fator de risco entre os subgrupos estudados no período. Em relação ao sexo, escolaridade, raça/cor e categoria de exposição não apresenta nenhum fator significativo tanto de proteção como de risco. Já em relação a faixa etária de 40 a 49 anos é fator de proteção em relação a faixa de > 30 anos, apresentando um $p = 0,008$, da mesma forma que os maiores de 50 anos apresentam fator de proteção e $p = 0,0001$. No estado marital o subgrupo viúvo/separado, também possui fator de proteção com $p = 0,004$.

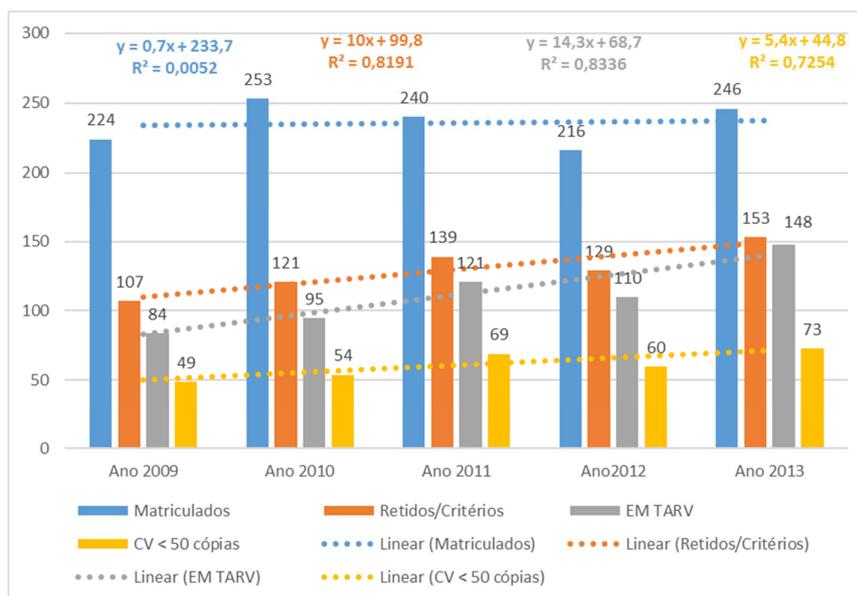
Tabela 3. Análise uni variada para avaliação da associação entre supressão viral e os subgrupos dos pacientes matriculados no SAE – adulto – Santos, SP - de 2009 a 2013

Variáveis	Pacientes		OR	IC	P
	Total (n)	Supressão Viral n (%)			
Sexo	1179	306 (26)			
Feminino	395	112 (28)	1	–	–
Masculino	784	194 (25)	0,83	(0,6-1,09)	0,09
Categoria de Exposição	1097	294 (27)			
Bissexual	109	23 (21)	1	–	–
Homossexual	279	66 (24)	0,86	(0,50-1,47)	0,29
Heterossexual	657	192 (29)	0,64	(0,39-1,05)	0,038
Transmissão Vertical	41	10 (24)	0,82	(0,35-1,93)	0,33
UDI	11	3 (27)	0,71	(0,17-2,90)	0,31
Faixa Etária	1171	306 (26)			
< 30 anos	325	65 (20)	1	–	–
30 a 39 anos	359	90 (25)	0,74	(0,52-1,07)	0,057
40 a 49 anos	278	79 (28)	0,62	(0,43-0,91)	0,008
> 50 anos	209	72 (34)	0,47	(0,32-0,70)	0,0001
Escolaridade	1055	288 (27)			
Até 4 anos	157	47 (30)	1	–	–
5 a 9 anos	296	89 (30)	0,99	(0,65-1,51)	0,49
> 10 anos	602	152 (25)	1,26	(0,85-1,86)	0,11
Raça/Cor	956	246 (26)			
Amarelo/Indígena	8	4 (50)	1	–	–
Branca	632	159 (25)	2,97	(0,73-12,0)	0,07
Parda/Preta	316	83 (26)	2,8	(0,068-11,4)	0,08
Estado Marital	1049	294 (28)			
Casado/Amasiado	310	86 (28)	1	–	–
Solteiro	600	152 (25)	1,13	(0,83-1,54)	0,21
Viúvo/Separado	139	56 (40)	0,56	(0,37-0,86)	0,004

No Gráfico 1 é apresentado a cascata de cuidado contínuo da SAE - adulto, no período estudado, a partir dos matriculados, retidos com critério, aqueles que iniciaram o tratamento e aqueles que obtiveram a supressão viral. Percebemos que há uma diminuição acentuada em todos os anos no contínuo de cada uma das

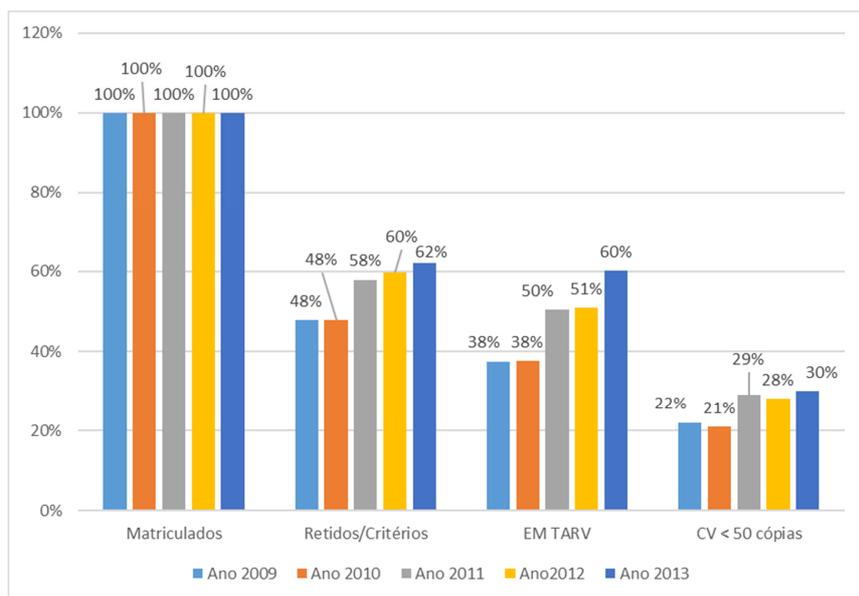
colunas principalmente nos dois primeiros anos, entre os retidos/critérios com 52% em 2009 e 2010, 42% em 2011, 40% em 2012 e 38% em 2013. Em relação a coluna em TARV temos um decréscimo de 2009 a 2013 com 21% em 2009 e 2010, 13% em 2011, 15% em 2012 e apenas 3% em 2013. A coluna em Supressão Viral ao contrário apresenta uma diminuição acentuada e crescente de 2009 a 2013, sendo 42% em 2009, 43% em 2010 e 2011, 45% em 2012 e 51% em 2013.

Gráfico 1. Cascata de Cuidado Contínuo do SAE - adulto segundo ano da matrícula, retenção no serviço, em terapia antirretroviral e carga viral do HIV menor 50 cópias/ml, categorizada por ano; Santos – SP – 2009 a 2013



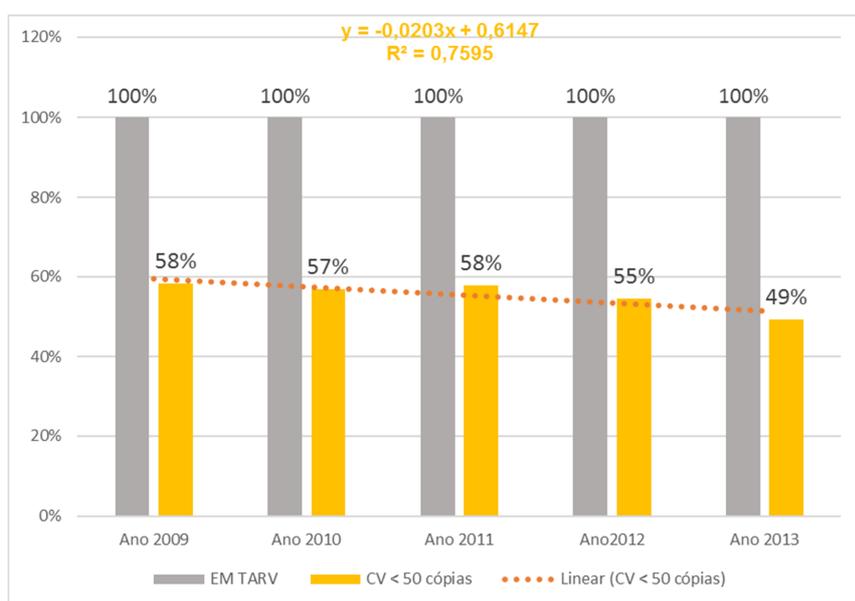
Para uma melhor compreensão e visualização das colunas da cascata de cuidado contínuo agrupamos no gráfico 2 as três últimas colunas da Cascata de Cuidado Contínuo por ano.

Gráfico 2. Cascata de Cuidado Contínuo do SAE - adulto, agrupados segundo retenção, em TARV e CV < 50 cópias/ml, nos diferentes anos de estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 2, apresentamos as proporções de pacientes em TARV que atingiram a supressão viral (< 50 cópias/ml) no período do estudo. Observamos que houve uma pequena oscilação entre 2009 e 2011 com tendência de diminuição de 2012 para 2013, com R^2 de 0,75 considerado de forte associação.

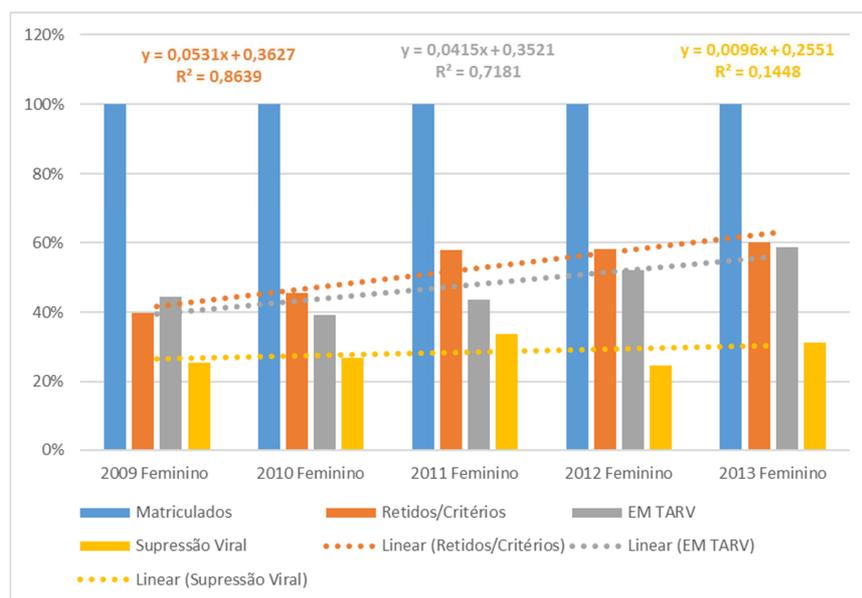
Gráfico 3. Pacientes em acompanhamento, em TARV que obtiveram supressão viral no SAE - adulto, segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



Nos Gráficos a seguir, além das colunas de cascata de cuidado contínuo do SAE - adulto de 2009 a 2013, apresentamos linha de tendência sequencial anual das colunas retidos com critério, em TARV e supressão viral.

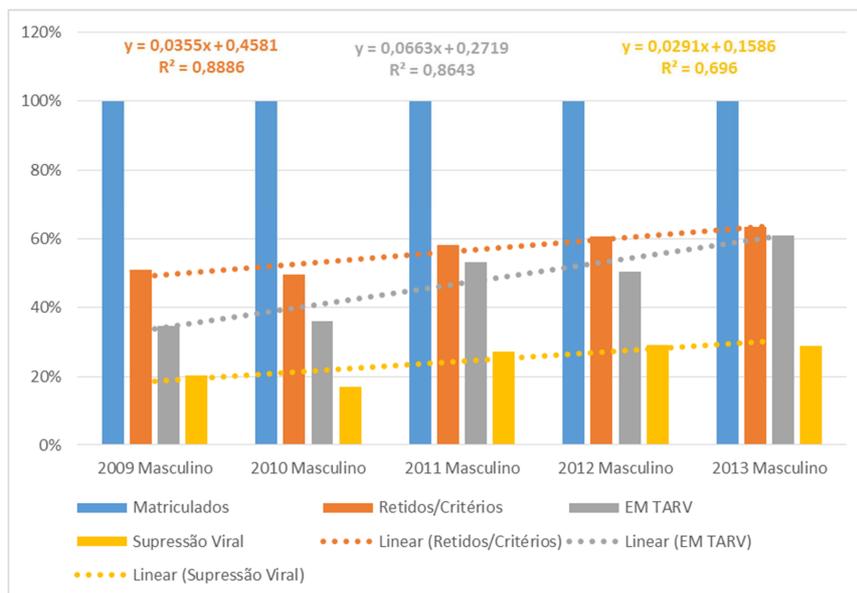
No Gráfico 4 observamos que houve um aumento na coluna do sexo feminino de retidas com critério de 2009 a 2013 com um $R^2 = 0,86$ representando uma forte associação na linha de tendência, e apesar da oscilação na coluna de em TARV entre 2009 e 2010, nos anos seguintes houve um aumento das mulheres nesta coluna, apresentando um $R^2 = 0,71$. Por outro lado, a supressão viral oscilou em patamar baixo de 2009 a 2013 e apresenta na sua linha de tendência um $R^2 = 0,14$ considerado bem fraco. A coluna de supressão viral entre as mulheres apresentou a maior diminuição em relação às outras etapas e nos anos de estudo.

Gráfico 4. Tendência de mulheres, matriculadas, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 5 a linha de tendência das colunas retido/critério e em TARV apresentaram forte associação com $R^2 = 0,88$ e $R^2 = 0,86$ respectivamente, mesmo com diminuição em 2012 na coluna em Tarv. Na coluna de supressão viral o $R^2 = 0,69$ representa uma moderada associação. Percebemos ainda que entre as colunas de retido/critério para em TARV o ano de 2009 apresentou a maior diminuição e em 2013 o maior aumento em relação as colunas.

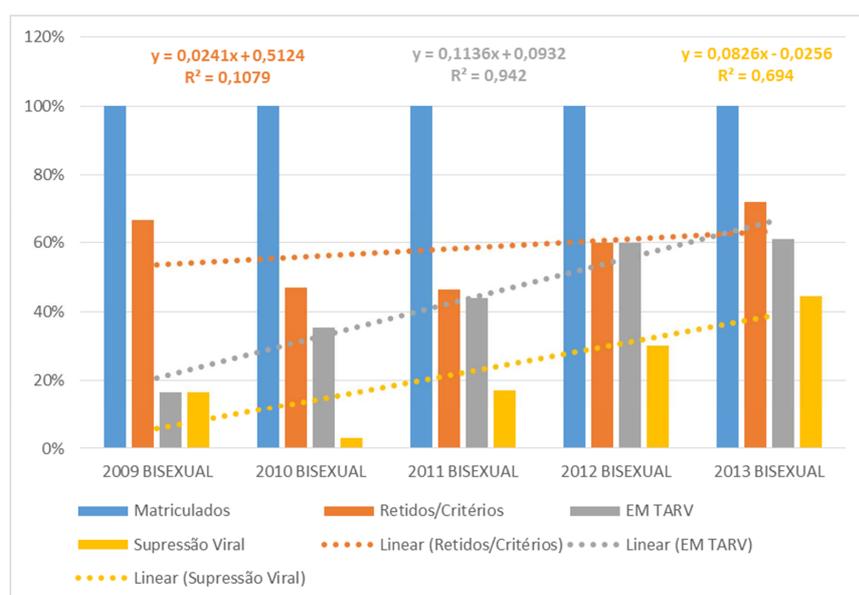
Gráfico 5. Tendência de homens, matriculado, retido/critério, retidas, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



Com relação à categoria de exposição, no gráfico 6 apresentamos o subgrupo Bissexual, que na coluna de retido/critério apresentou diminuição em

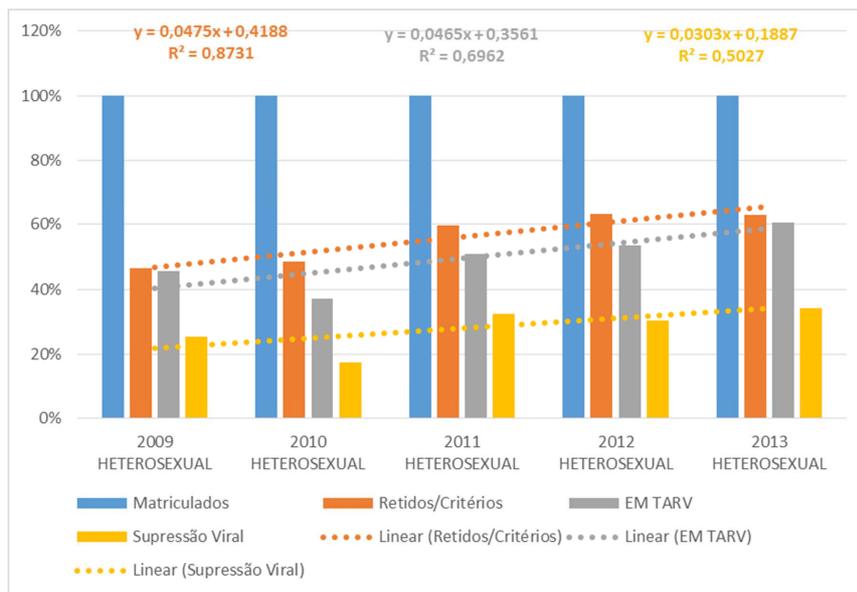
2010 em relação a 2009, mantendo-se estável em 2011 e tendo um aumento em 2012 e 2013, mas na linha de tendência observamos um $R^2 = 0,10$ com associação bem fraca. Em relação a coluna de em TARV apresentou um aumento crescente de 2009 a 2013, obtendo uma associação muito forte na linha de tendência com $R^2 = 0,94$. Na coluna de supressão viral, verificamos diminuição de 2009 para 2010 e um aumento gradativo de 2011 a 2013, apresentando na linha de tendência uma associação moderada com $R^2 = 0,69$.

Gráfico 6. Tendência de bissexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



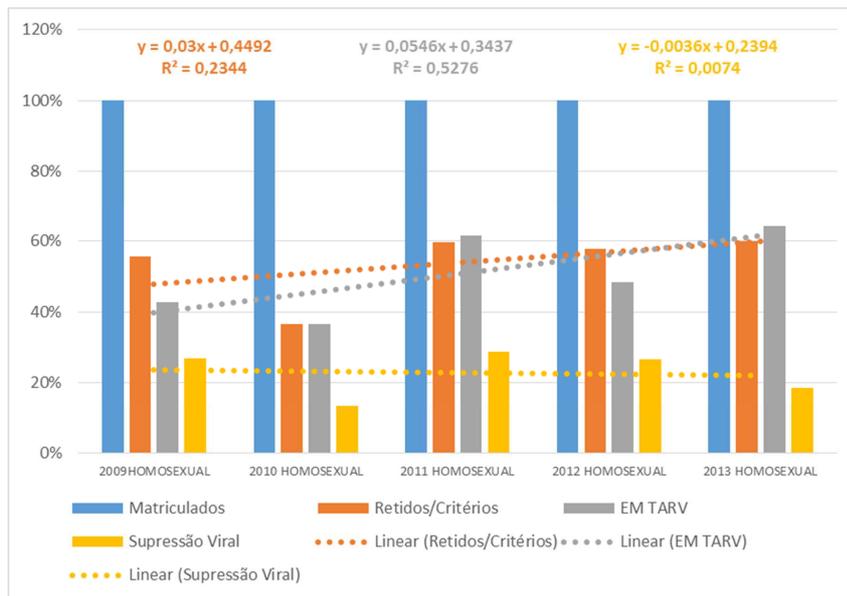
No gráfico 7 do subgrupo Heterossexual na coluna de retido/critério, mostra um aumento de 2009 a 2011 e uma estabilização de 2011 a 2013, com um $R^2 = 0,87$ de forte associação na sua linha de tendência. Já na coluna de em TARV há uma diminuição em 2010 em relação a 2009, uma estabilidade entre 2011 e 2012 com um pequeno aumento em 2013, mostrando um $R^2 = 0,69$ de moderada associação. A coluna de supressão viral apresenta um $R^2 = 0,50$ de moderada associação e com uma diminuição no ano de 2010, estabilizando de 2011 a 2013.

Gráfico 7. Tendência de heterossexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



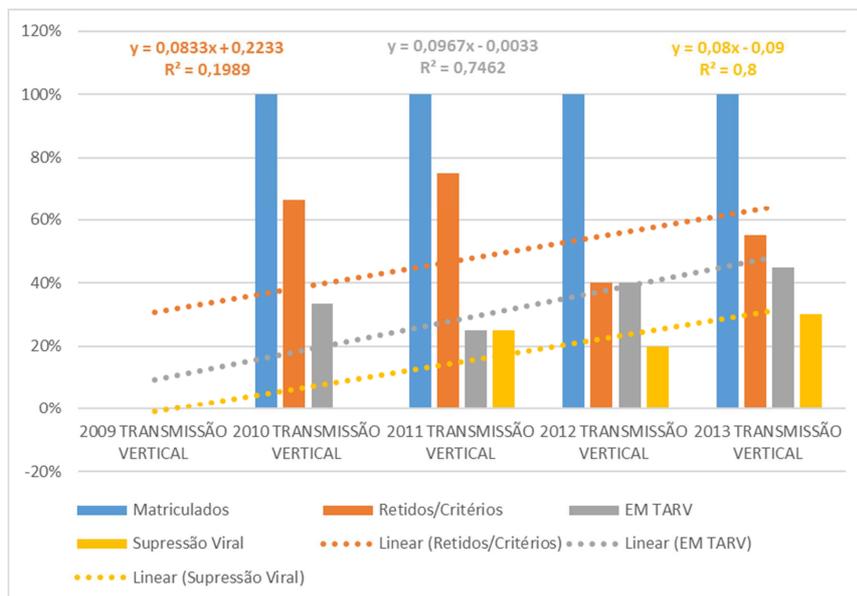
No gráfico 8 do subgrupo de Homossexual, verificamos uma relação totalmente distinta dos outros subgrupos, na coluna de retido/critério uma diminuição em 2010 em relação a 2009 e aumento com estabilidade de 2011 a 2013, mas apresentando uma linha de tendência de fraca associação com $R^2 = 0,23$. Na coluna de em TARV há uma oscilação entre os anos, diminuindo em 2010 em relação a 2009 e 2012 em relação a 2011 e aumento em 2011 em relação a 2010 e 2013 em relação a 2012, mantém uma tendência moderada com $R^2 = 0,52$. Na coluna de supressão vira, apresentou uma linha de tendência negativa com um $R^2 = 0,007$ considerada bem fraca a associação, com uma diminuição no ano se 2010 em relação a 2009, e uma estabilidade em 2011 e 2012 e novamente uma queda em 2013.

Gráfico 8. Tendência de homossexuais de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



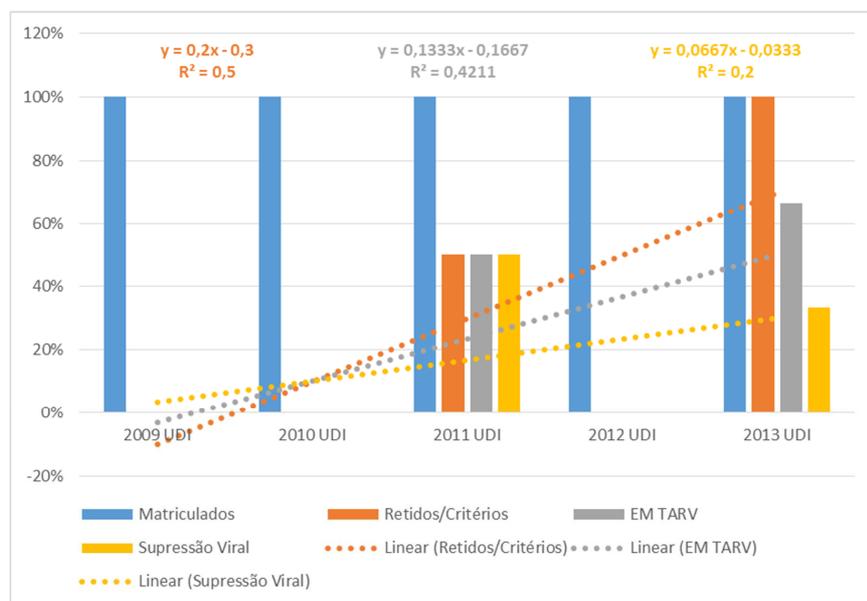
No gráfico 9 do subgrupo de transmissão vertical (pacientes adultos, maiores de 18 anos, que nasceram com HIV), notamos que em 2009 não ocorreu nenhuma matrícula dessa categoria de exposição no serviço. Há um pequeno aumento de 2010 para 2011 na coluna de retido/critério, uma diminuição em 2012 e novamente um aumento em 2013, apresentando uma linha de tendência com uma associação bem fraca com $R^2 = 0,19$. Na coluna de em TARV apresenta uma queda em 2011, e um ligeiro aumento em 2012 e 2013 com um $R^2 = 0,74$ de forte associação. Na coluna de supressão viral, uma diminuição em 2012 e um aumento em 2013, apresentando um $R^2 = 0,80$.

Gráfico 9. Tendência de transmissão vertical de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



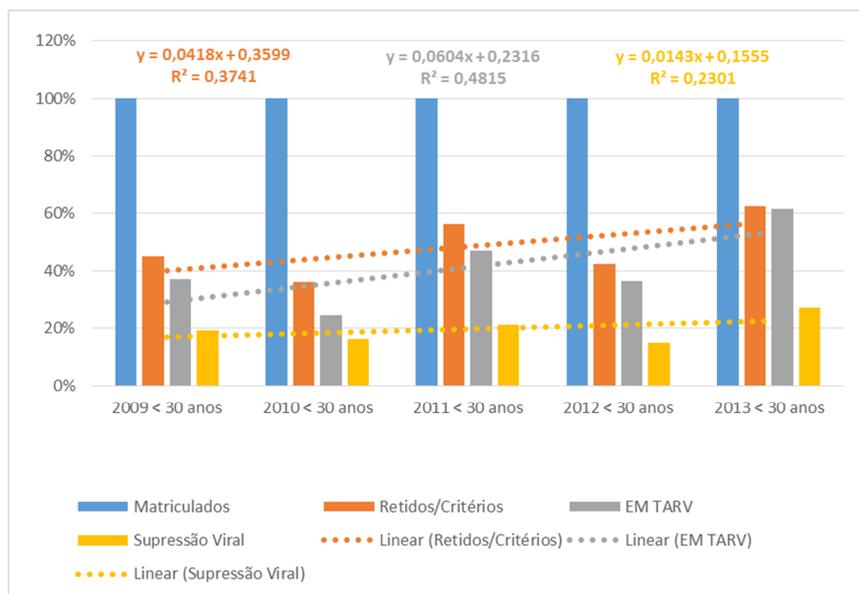
No gráfico 10 do subgrupo UDI não conseguimos reter nenhum paciente desta categoria de exposição nos anos de 2009, 2010 e 2012. Apenas em 2011 e 2013 que apresenta sequência de tratamento, mas pela descontinuidade a análise fica comprometida.

Gráfico 10. Tendência de UDI matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



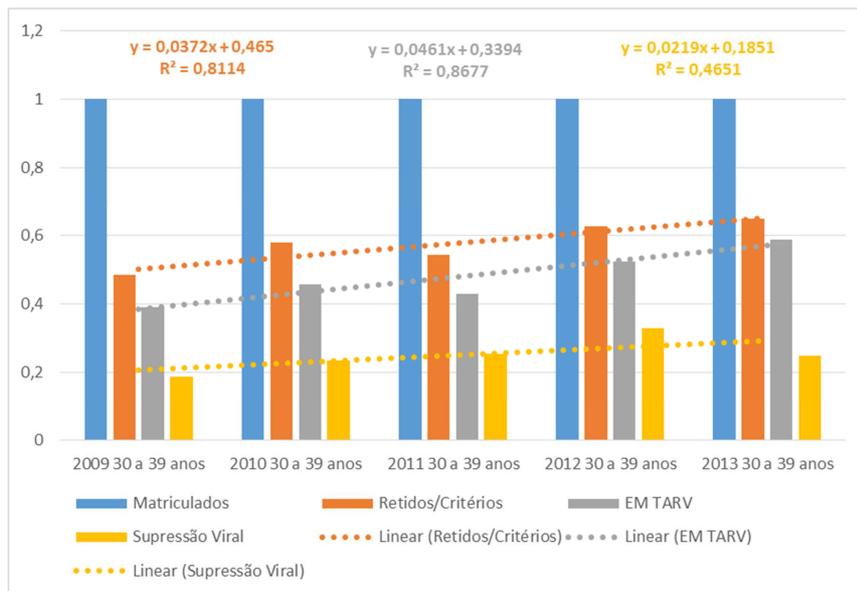
No gráfico 11 observamos que a coluna de retido/critério variou com diminuição em 2010 em relação a 2009, com aumento em 2011 e diminuição em 2012 em relação a 2011 e novamente em aumento em 2013 em relação a 2012 obtendo um $R^2 = 0,37$. A coluna em TARV apresentou diminuição em 2010 em relação a 2009 e 2012 em relação a 2011 e aumento em 2011 em relação a 2010 e diminuiu em 2012 em relação a 2011, aumentando em 2013 em relação a 2012, com um $R^2 = 0,48$, fraca e moderada associação respectivamente; enquanto que na coluna de supressão viral mostra uma estabilidade de 2009 a 2011, com pequena queda em 2012 e com aumento em 2013 e apresenta um $R^2 = 0,23$ de fraca associação.

Gráfico 11. Tendência faixa etária, menor de 30 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



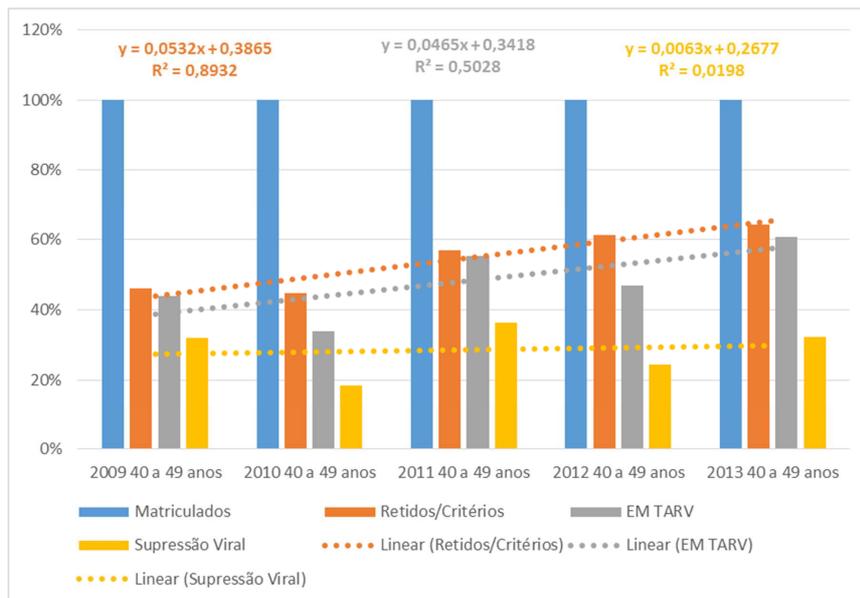
No gráfico 12, a coluna retido/critério apresentou uma estabilidade com aumento entre 2009 e 2013, com uma forte associação na linha de tendência com $R^2 = 0,81$. Na coluna em TARV percebemos um aumento no decorrer dos anos de 2009 a 2013, também com um $R^2 = 0,86$ de forte associação. Na coluna de supressão viral apresenta uma estabilidade com um pequeno aumento apenas em 2012, mas com $R^2 = 0,46$ de fator moderado.

Gráfico 12. Tendência faixa etária, de 30 a 39 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 13, observamos uma estabilidade em 2009 e 2010 e a partir de 2011 um pequeno aumento em 2012 e 2013 com uma forte associação na linha de tendência com $R^2 = 0,89$. Na coluna em TARV uma oscilação de 2009 a 2013 com aumento significativo em 2013, apresentando um $R^2 = 0,50$, moderada. Na coluna de supressão viral uma oscilação anual entre os anos com diminuição em 2010 e 2011, apresentando uma associação bem fraca com $R^2 = 0,01$.

Gráfico 13. Tendência faixa etária, de 40 a 49 anos, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013

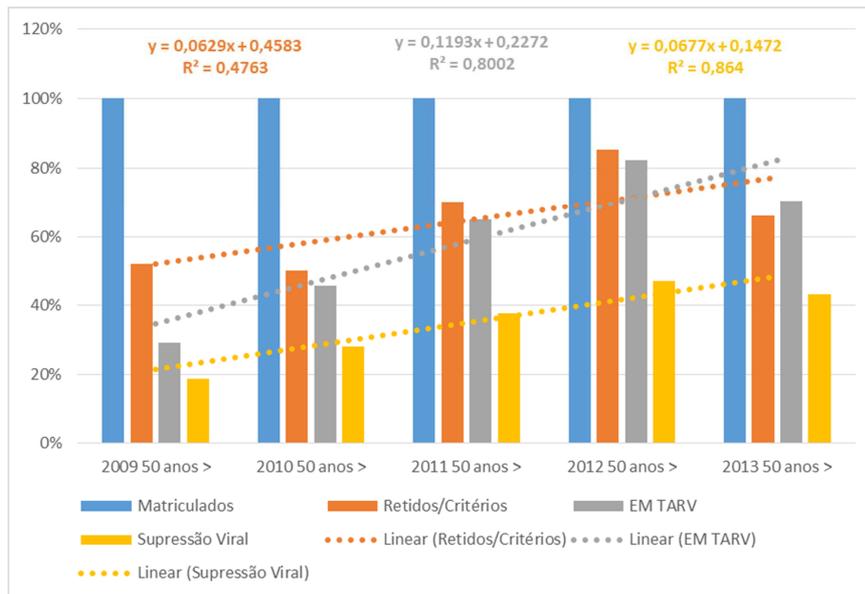


No gráfico 14, observamos na coluna de retido/critério uma estabilidade entre 2009 e 2010, com aumento em 2011 e 2012 neste ano o mais significativo e uma redução no ano de 2013 em relação a 2012 e 2011. Na coluna

de em TARV apresenta um crescimento de 2009 a 2012 e uma diminuição em 2013, mas apresentando uma forte associação na sua linha de tendência com $R^2 = 0,80$. A coluna de supressão viral apresenta comportamento semelhante a coluna anterior com aumento de 2009 a 2012 e ligeira diminuição em 2013, mas com uma forte associação com $R^2 = 0,86$.

Em relação ao subgrupo de Faixa Etária, na coluna retido/critério o maior atrito ocorreu entre os menores de 30 anos com 64%. Na coluna de em TARV a faixa etária com menor atrito foi a de maiores de 50 anos, enquanto que na coluna de supressão viral apresentou diminuição de 58% em 2012 e 2013 na faixa de menores de 30 anos e entre 30 a 39 anos respectivamente.

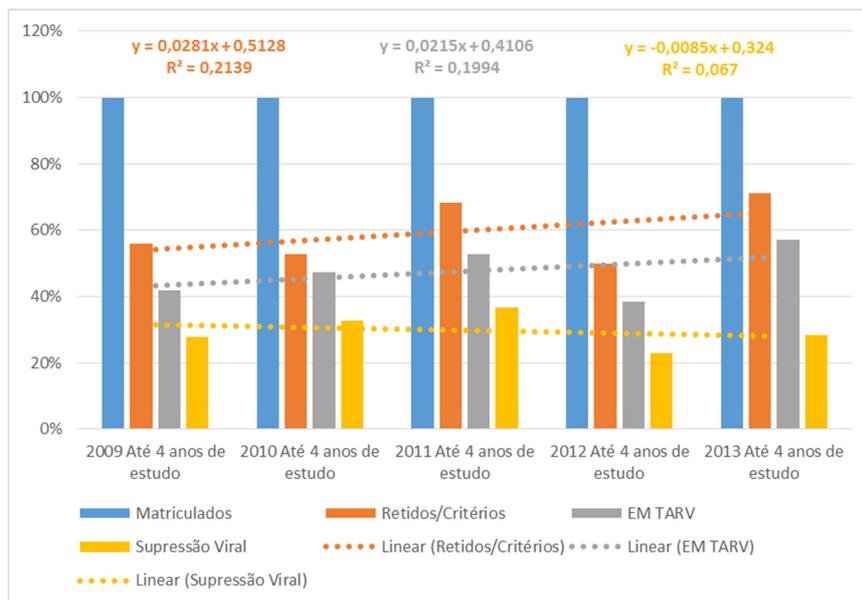
Gráfico 14. Tendência faixa etária, 50 anos ou mais, de matriculado, retido/critério, em TARV e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 15, a coluna retido/critério apresentou diminuição em 2010 e 2013 e aumento em 2011 e 2013, apresentando um $R^2 = 0,21$ de fraca associação, assim como a linha de tendência da coluna em TARV com $R^2 = 0,19$,

representando associação bem fraca, mas com aumento de 2009 a 2011, diminuição em 2012 e aumento acentuado em 2013. Em relação a linha de tendência da coluna de supressão viral, esta apresentou uma formulação negativa com $R^2 = 0,06$ bem fraca, com diminuição em 2012 e aumento em 2013, mas menor que 2011.

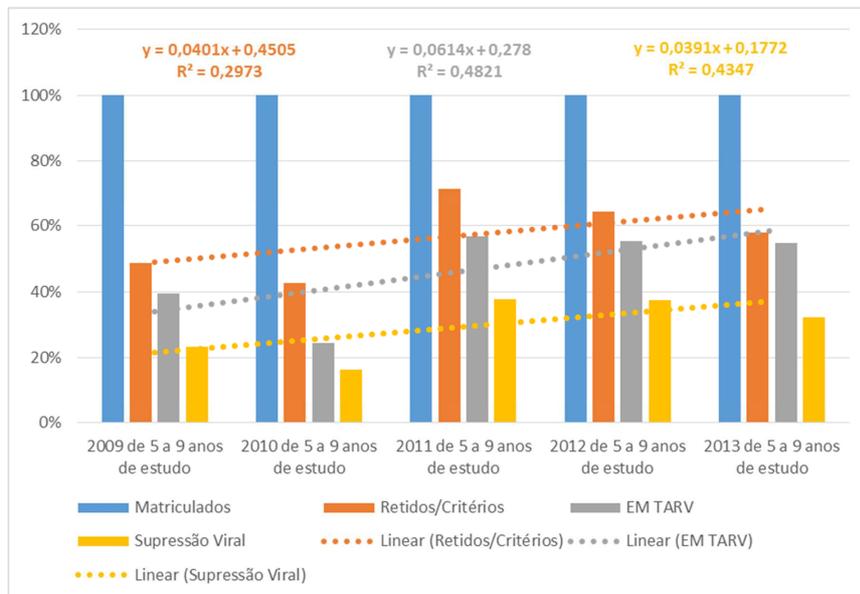
Gráfico 15. Tendência de escolaridade, até 4 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 16, as três colunas apresentaram seguimento uniformes, diminuição em 2010 em relação a 2009, aumento em 2011 em relação a 2009 e 2010 e estabilidade em 2012, e em 2013 com diminuição entre retido/critério e em

TARV, enquanto que a coluna de supressão viral apresenta uma diminuição mais acentuada em relação as outras colunas. Na linha de tendência temos de fraco $R^2 = 0,29$ nos retido/critério e moderado com $R^2 = 0,48$ em tarv e $R^2 = 0,43$ na supressão viral.

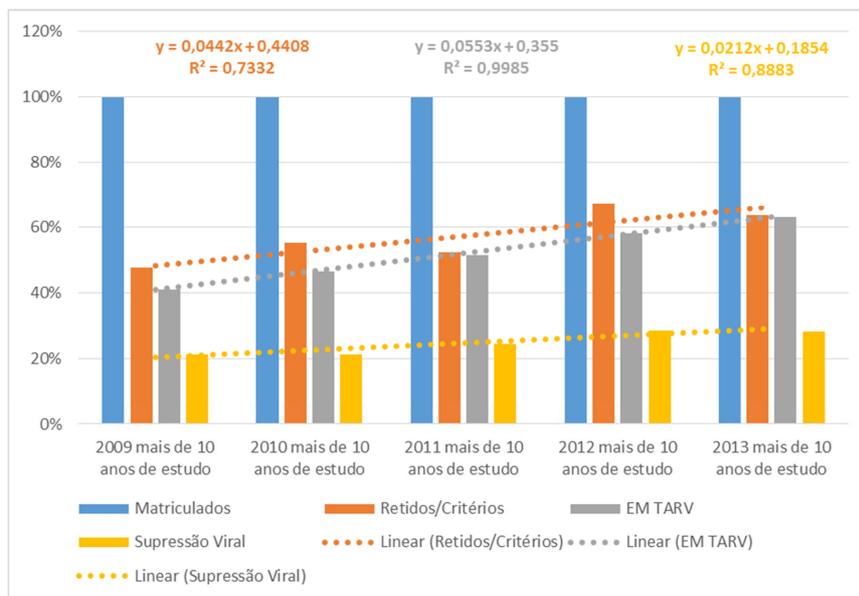
Gráfico 16. Tendência de escolaridade, de 5 a 9 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 17 a coluna de retido/critério mostra um aumento em 2010 em relação a 2009, uma diminuição em 2011 e um aumento em 2012 com uma

pequena diminuição em 2013, na linha de tendência tem forte associação com $R^2 = 0,73$. Já a coluna de em TARV apresenta uma linha de tendência com associação muito forte com um $R^2 = 0,99$, e com aumento crescente em todos os anos de 2009 a 2013. Na coluna de supressão viral observamos um aumento em quase todos os anos, com exceção de 2010 que apresenta diminuição. Já a linha de tendência mostra uma forte associação com um $R^2 = 0,88$.

Gráfico 17. Tendência de escolaridade, acima de 10 anos de estudo, de matriculado, em TARV, e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013

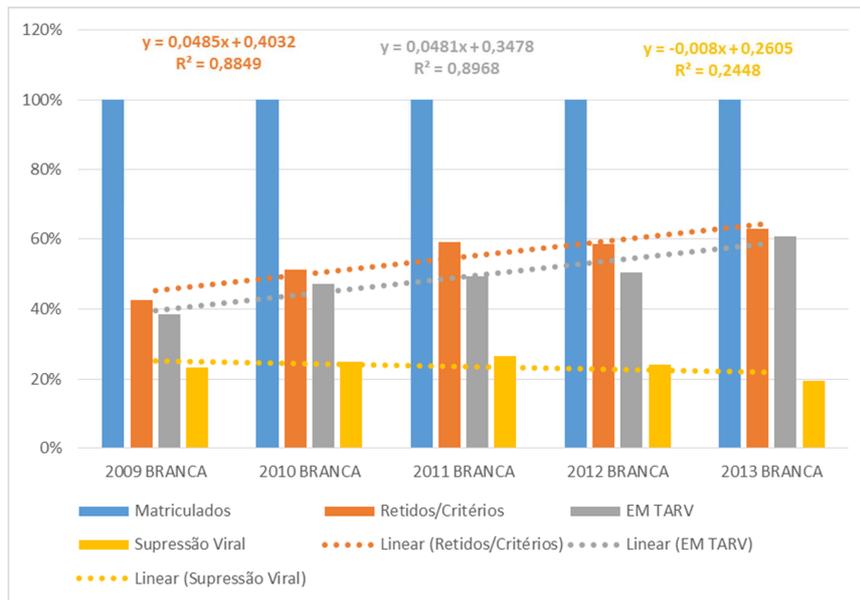


No subgrupo escolaridade com até quatro anos de estudo os anos de 2009, 2012 e 2013 apresentaram uma supressão viral abaixo de 30%, representando um atrito acima de 70%. Também apresentou atrito em 2010 e 2011 nas duas primeiras colunas (retido/critério e em tarv) com 57% e 42% respectivamente entre os que

possuem de 5 a 9 anos de estudo, e 55% de atrito em relação a supressão viral em 2013 entre os pacientes com mais de 10 anos de estudo. Ao analisar o atrito entre as colunas, a faixa com mais de 10 anos de estudo é a que apresenta maior diminuição na supressão viral sequencialmente.

No gráfico 18 a coluna retido/critério mostra um aumento crescente em todos os anos entre pessoas com cor da pele branca, com um $R^2 = 0,88$ de forte associação, que também é o resultado do $R^2 = 0,89$ da coluna de em tarv que apresenta um crescimento de 2009 a 2011 e uma estabilização em 2012, voltando a apresentar aumento em 2013. Agora em relação a coluna de supressão viral temos uma linha de tendência negativa com uma estabilização de 2009 a 2012, mas com diminuição em 2013 e uma fraca associação com $R^2 = 0,24$.

Gráfico 18. Tendência de raça/cor, branca, de matriculado, em TARV, e em supressão viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013

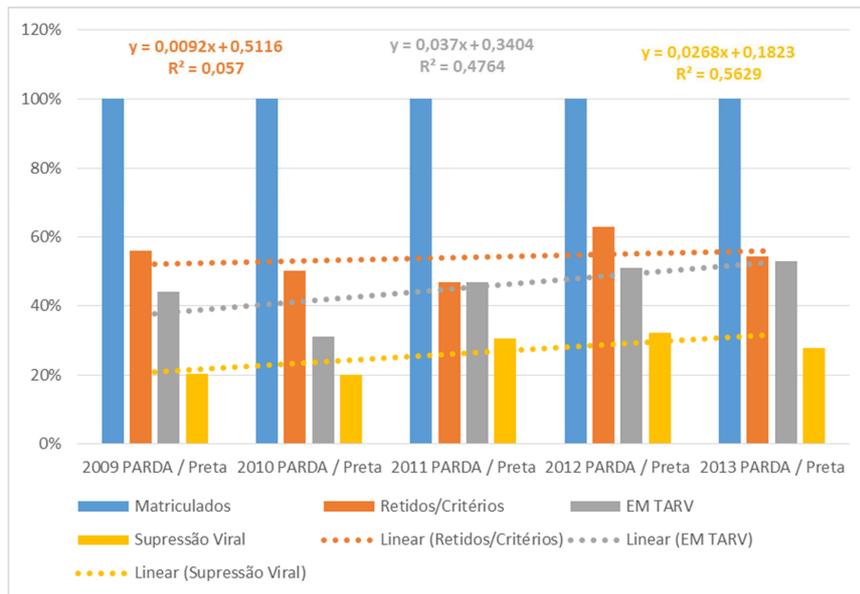


No gráfico 19 a coluna retido/critério mostrou uma diminuição de 2009 a 2011 com aumento em 2012 e novamente com diminuição em 2013, mostrando

uma linha de tendência quase que estabilizada com um $R^2 = 0,05$ com associação bem fraca. A coluna de em TARV mostrou uma queda em 2010, aumento em 2011 e estabilização em 2012 e 2013, com linha de tendência positiva e $R^2 = 0,47$ de moderada associação.

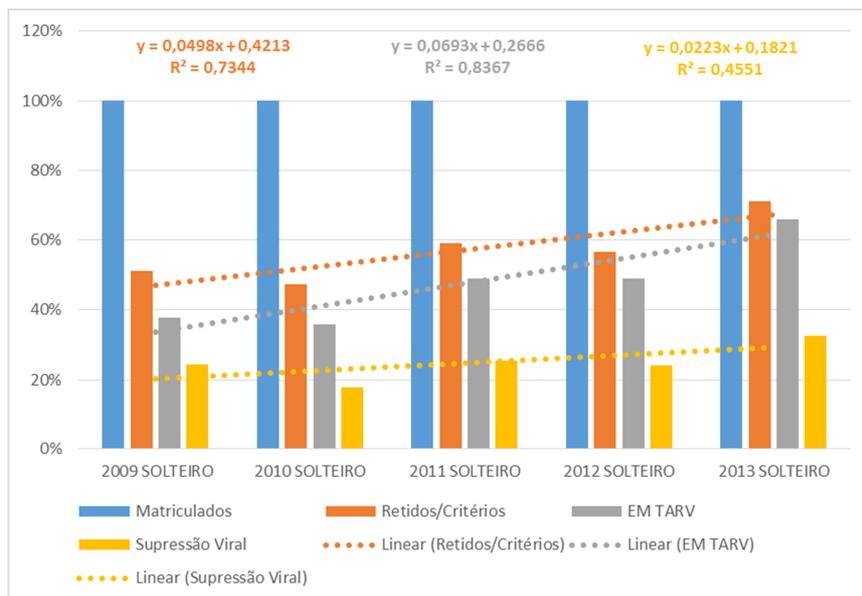
O atrito do subgrupo Raça/Cor na coluna retidos é mais acentuado nos brancos em 2009 com 58% de diminuição. Na coluna em TARV o pior desempenho é no ano de 2010 entre os de raça/cor parda/preta com 38% e na coluna supressão viral em 2013 ocorre a maior diminuição entre os brancos com 68%.

Gráfico 19. Tendência de raça/cor, parda/preta, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



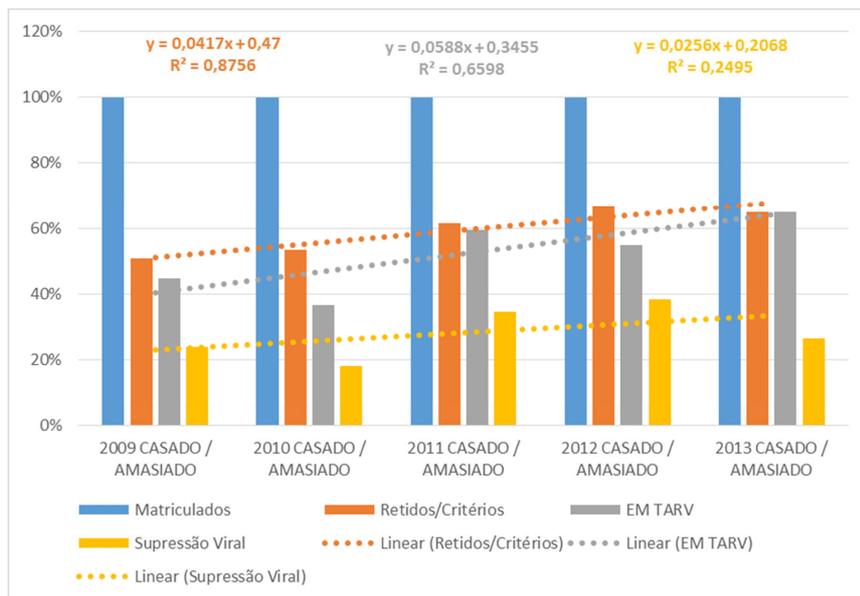
No gráfico 20, na coluna de retido/critério observamos uma variação no contínuo com diminuição de 2009 para 2010, aumento em 2011, diminuição em 2012 e novamente um aumento em 2013, com um $R^2 = 0,73$ de forte associação. Na coluna em TARV a linha de tendência também apresentou um $R^2 = 0,83$ de forte associação, e mostrou uma variação com diminuição em 2010 e 2012 em relação ao ano anterior e aumento em 2013 em relação a 2012. A coluna de supressão viral apresenta o mesmo comportamento de variação da coluna anterior, mostrando uma moderada associação na sua linha de tendência com $R^2 = 0,56$.

Gráfico 20. Tendência de estado marital, solteiro, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 21, observamos na coluna de retido/critério uma estabilidade nos dois primeiros anos, 2009 e 2010 e um aumento e estabilidade entre os anos de 2011 a 2013, com um $R^2 = 0,87$ de forte associação. Na coluna em TARV, temos uma variação entre os anos e com diminuição em 2010 e 2012 em relação ao ano anterior e aumento em 2013, com um $R^2 = 0,87$ de forte associação. Já na coluna de supressão viral observamos diminuição em 2010 e 2013 em relação ao ano anterior, com aumento em 2011 e 2012 e com um $R^2 = 0,65$ de moderada associação, enquanto que a coluna de supressão viral apresentou uma fraca associação com um $R^2 = 0,24$ e uma variação entre o contínuo com diminuição em 2010 e 2013 em relação ao ano anterior.

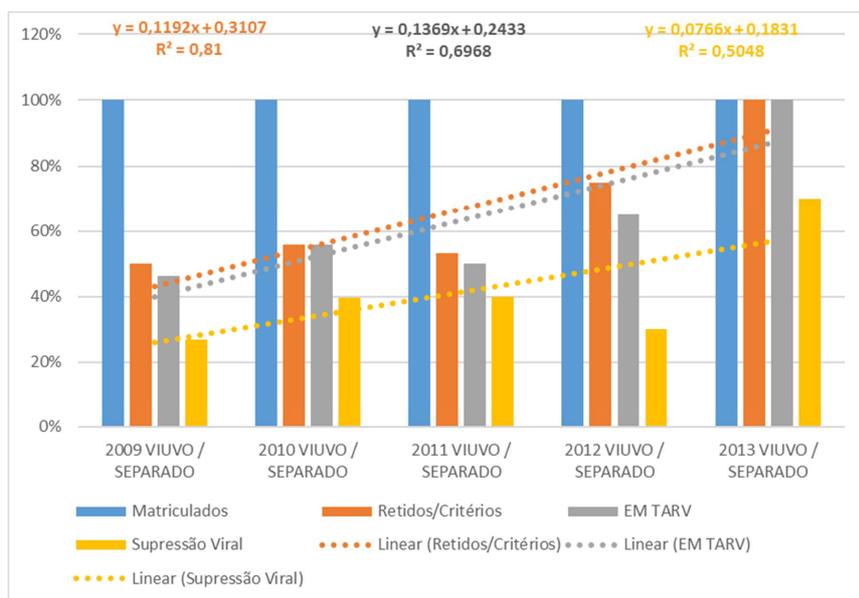
Gráfico 21. Tendência de estado marital, casado/amasiado, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



No gráfico 22 apresentou um crescente entre o contínuo com exceção de 2011 que mostrou diminuição e obtemos um $R^2 = 0,81$ de forte associação. Já a coluna em TARV, observamos o mesmo padrão de contínuo com diminuição em 2011 e com um $R^2 = 0,65$ de moderada associação, da mesma forma que a coluna de supressão viral com um $R^2 = 0,50$, com um aumento em 2010 e diminuição sequencial em 2011 e 2012 a aumento em 2013.

No subgrupo Estado Marital na coluna retido/critério o maior atrito é nos solteiros em 2010 com 53% de diminuição. Nas duas colunas seguintes, em TARV e supressão viral o maior atrito ocorre entre casado/amasiado no ano de 2010 com 32% e 2013 com 59% respectivamente.

Gráfico 22 Tendência de estado marital, viúvo/separado, de matriculado, em TARV, e em Supressão Viral segundo diferentes anos do estudo – Santos – SP – 2009 a 2013



7 DISCUSSÃO

A Terapia Antirretroviral, atualmente denominada de Terapia Antirretroviral combinada (TARc); tem uma longa trajetória, que culmina em última análise no uso de 3 drogas de alta potência combinadas, chamadas inicialmente de HAART. Os primeiros dados mostrando a eficácia desta combinação e sua aprovação pela agência regulatória americana FDA, em dezembro de 1995, e o grande trunfo desta combinação é que, pela primeira vez, chegamos na indetectabilidade do vírus no plasma e, desta forma, melhorar a imunidade observada pela elevação dos valores de células CD4. Estes eventos associados se refletiram para o paciente em uma melhora da qualidade de vida, na diminuição das infecções oportunistas e por fim, uma melhora na sobrevida.

Apesar destes avanços surpreendentes, as formulações eram complexas, as indicações ao tratamento eram limitadoras a pacientes mais imunossuprimidos, entretanto os avanços continuaram.

Poderíamos resumir que estes avanços passam por três grandes acontecimentos e ideias:

- 1) Aperfeiçoamento da TARV, com aumento da potência destes medicamentos; diminuição do número de comprimidos ingeridos e diminuição dos efeitos adversos.
- 2) Estudo seminal de Quinn e posteriormente o HPTN 052 (COHEN, 2011), mostrando que a indetectabilidade de Carga Viral Sanguínea se associa ao menor risco de transmissão do HIV
- 3) Finalmente os estudos INSIGHT START, TEMPRANO, que mostram de forma inequívoca que os pacientes HIV positivos independentemente de sua situação imunológica (CD4) se beneficiam com o início imediato da Terapia Antirretroviral combinada.

A consequência final destes três eventos de certa forma independentes, trouxeram a luz (Fauci, 2015) a ideia que já dispomos das ferramentas para evitar novas infecções até 2030 e, desta forma, decretar o fim da epidemia do HIV.

Diante desses fatos, resumidos, surgiu a ideia da cascata de cuidado contínuo do paciente HIV, que em última análise pode nos dar informações em

tempo real das falhas que estão ocorrendo em um país, um estado, um município ou em um serviço, para que alcancemos a meta preconizada pela UNAIDS dos 90 – 90 – 90.

Este trabalho se insere exatamente neste contexto, onde adotamos para o estudo e de maneira proposital, exatamente um período inicial em 2009 onde ocorre a disponibilização de medicamentos mais potentes e mais fáceis de tomar (menos comprimidos e menor efeito adversos) até 2013, ano que procede o início da ATRc (terapia antirretroviral combinada) com uma droga muito mais simplificada de tomar (3 em 1 – Único comprimido ao deitar-se) e a terapia de forma universal para todos os pacientes independente do seu status imunológico. A ideia é que pudéssemos detectar fatores que de alguma forma poderão ser limitantes em se alcançar as metas da UNAIDS, em um serviço que foi vanguarda para o Programa Brasileiro de DST/Aids.

Este estudo foi um pouco mais ambicioso que a maioria das publicações em relação a cascata de cuidado contínuo, pois apresentamos não uma única cascata de cuidado contínuo e sim a evolução prospectiva de continuidade nos cinco anos de um serviço de referência para tentar entender o comportamento dos parâmetros ao longo do tempo, avaliando a evolução das barras e estratificando por subgrupos, metodologia pouco aplicada nos estudos internacionais. Observamos que apesar de estarmos alcançando os principais parâmetros da cascata, matriculados, retidos e em TARV, o principal que é a supressão viral, está longe da sua realização efetiva. É necessário ressaltar que utilizamos como parâmetro para supressão viral a carga viral menor que 50 cópias por ml de sangue, e a grande maioria da literatura internacional utiliza valores que variam de 100 a 1.000 cópias.

Ao compararmos outros estudos de cascata de cuidados contínuos do mesmo período (figura 7) com os resultados obtidos no SAE - adulto, constatamos que na coluna de retidos/critério para em TARV estamos bem próximo de alguns países da Europa de alta renda como Dinamarca e Holanda e com indicadores melhores que do Canadá, Austrália e os Estados Unidos da América, com 55% e 47% na média do período, mas aquém do esperado para a supressão viral, como ocorre praticamente em todo o mundo (HILL et al., 2014)

Comparando os dados obtidos no SAE - adulto em relação aos dados da UNAIDS verificamos que possuímos indicadores em situação melhor que a parte central e o norte da África e do Leste Europeu e a Ásia central; mas em situação pior em relação a outras quatro partes do mundo. Verificamos que a manutenção da supressão viral é não é uma solução simples, principalmente nos serviços públicos, independente da característica funcional do sistema de saúde de vários países (HILL, 2014), além disso, comparar resultados obtidos em ensaios clínicos e protocolos de pesquisa, que possuem uma estrutura quase que ideal de trabalho, com os serviços públicos, pode não ser uma verdade absoluta, causando distorções nos indicadores, devido as condições de trabalho e desenvolvimento do tratamento serem muitos distintos (GOLEGA, 2004. WILSON, 2012)

Ao analisarmos a Cascata de Cuidado Contínuo do SAE - adulto percebemos que existe atrito ou seja diminuição, entre a coluna de diagnosticados, em uso da Terapia Antirretroviral, e supressão viral, com quase 50% dos casos no ano de 2013 na supressão viral. Este número tende a melhorar nos anos seguintes devido a ampliação do acesso ao início da TARV e maior facilidade na dose e quantidade de comprimidos de antirretrovirais, aumentar a assistência médica e envolver mais os profissionais e pacientes neste objetivo (BRADLEY, 2016).

Os pacientes estudados, apresentam uma distribuição uniforme entre os anos de estudos, predominantemente masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos, solteiro, com mais de 10 anos de estudo e da raça/cor branca e como categoria de exposição a transmissão sexual.

Todos os subgrupos apresentam linha de tendência positiva no contínuo para as colunas de retido/critério e em TARV, e praticamente todos para a coluna de supressão viral, exceto entre a categoria de exposição homossexual, o subgrupo de escolaridade até quatro anos de estudo e o subgrupo raça/cor branca, estes três apresentam linha de tendência negativa para o período estudado.

Ao analisarmos os dados no que se refere às variáveis sócio demográficas ao longo dos anos do estudo, podemos observar certa estabilidade em relação ao sexo, onde permanece ao longo dos anos, a relação de 2 homens para cada mulher (2/1) em média acompanhando o padrão nacional de razão M/F de 1,7 segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a). Ao analisarmos a evolução anualmente, percebemos uma distribuição crescente em ambos os

sexos em relação ao uso de ARV, mas com oscilação em relação a supressão viral no sexo feminino e aumento no sexo masculino de 2011 a 2013. Semelhante ao encontrado no Canadá (Montaner, et al., 2014), onde o sexo feminino apresenta maior atrito em todo o contínuo da cascata em relação aos homens, mas diferente do relatado em KwaZulu-Natal (África do Sul), em 2014 e 2015 (GROBLER et al., 2017).

Diferentemente dos resultados de Montaner et al. (2014), no Canadá onde a maior faixa de atrito na categoria de exposição é entre o subgrupo UDI, no nosso caso, apresentamos uma baixa relação, devido ao estágio de infecção da epidemia ser predominantemente sexual. O subgrupo com maior atrito é o de homossexuais, apresentando inclusive linha de tendência negativa. Ainda em relação aos dados do Canadá, a faixa etária de maior atrito é de menos de 30 anos em todo contínuo da cascata, onde obtivemos o mesmo resultado, semelhante aos resultados de Beer et al., (2017), que apresenta a mesma diferença em relação aos adultos jovens com menos de 30 anos. Também em relação aos maiores de 50 anos, apresentamos os mesmos resultados que o Canadá, onde ocorre um menor atrito, sendo o subgrupo com melhor resultado para a supressão viral.

O que chama a atenção no subgrupo da faixa etária em relação aos dados nacionais do Boletim Epidemiológico do Brasil é a segunda faixa etária em número de casos, que no Brasil é de 40 a 49 anos e no SAE - adulto é a de 30 a 39 anos, com um percentual muito próximo da principal faixa etária.

Na categoria escolaridade o subgrupo de até 4 anos de estudo, apresenta uma linha de tendência negativa, necessitando um melhor entendimento e suporte para estas pessoas, mesmo seguindo o padrão nacional de 15% dos casos, mas inferior na faixa de 5 a 9 anos de estudo com 21% dos casos locais contra 39,2% do nacional e acima de 10 anos de estudo o nacional apresenta 45,7% e o SAE - adulto 57% dos casos, ou seja, um elevado grau de escolaridade. Em relação a supressão viral os graus de escolaridades mais baixos, com até 4 anos de estudos e de 5 a 9 anos de estudo apresentam índices iguais com 30% cada, enquanto que com mais de 10 anos de estudo ficaram com 25%. Em termos do atrito verificamos que o subgrupo de maior escolaridade, acima de 10 anos de estudo é o que apresenta a acentuada diminuição para a supressão viral no contínuo da cascata.

Não encontramos na literatura internacional artigos com este tipo de estratificação, para elaboração da cascata de cuidado contínuo, não nos possibilitando que se façam comparações, apesar de no campo da saúde coletiva a escolaridade ser amplamente discutida.

Na categoria raça/cor, diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos, onde os brancos, obtêm melhor resultado no tratamento que os negros (HALL, et al., 2013), os nossos dados apresentam um atrito maior entre os brancos, com linha de tendência negativa, a diminuição acentuada da supressão viral em relação aos pretos/pardos.

Não encontramos na literatura internacional artigos com a estratificação da categoria de estado marital, não sendo possível realizar comparações com nossos dados; que apresentam um pior desempenho na supressão viral entre os solteiros.

A Supressão Viral está diretamente ligada a qualidade do serviço oferecido aos pacientes HIV, por depender do uso correto da medicação, ou seja, a Adesão, que não é motivo deste estudo. A adesão ao tratamento antirretroviral, com acompanhamento da retirada da medicação, o uso correto e controle terapêutico, que devem ser estudados em outros trabalhos.

Uma questão pouco avaliada é se o paciente que vai iniciar o tratamento, está motivado, orientado e tem entendimento da importância da utilização do antirretroviral. É fundamental que o serviço compreenda e estimule a vontade e a motivação do usuário.

Outro fator, pode ser a grande quantidade de pacientes, estimados em aproximadamente 40%, que apresentam resistência primária aos antirretrovirais, principalmente aos Inibidores de Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos, que são o Efavirens e Nevirapina, drogas de primeira escolha para início do tratamento em 70% das prescrições (CASEIRO, 2007; GAGLIANI, 2011).

De acordo com Scheffer e colaboradores, nos serviços que assistem pessoas com HIV e Aids, há uma situação paradoxal: é boa e homogênea a disponibilidade de antirretrovirais e exames específicos, cuja provisão é de responsabilidade do governo federal em relação aos insumos, ficando o município como contrapartida fornecendo a mão de obra e o espaço físico para desenvolvimento das atividades; porém é insuficiente e heterogênea a

disponibilidade de outros recursos essenciais, como a presença de médicos, cuja provisão depende da infraestrutura local do Sistema Único de Saúde, normalmente fragilizada, com deficiência de técnicos de todas as categorias profissionais da saúde, muitas vezes com profissionais sem treinamento e/ou sem perfil para atuar em sua plena necessidade (SCHEFFER, et al., 2016), fatos que podem estar contribuindo para o desfecho indesejado no serviço, do SAE – adulto de Santos.

É de suma importância que toda a equipe que trabalha com o paciente HIV/Aids, do SAE - adulto, conheça profundamente a doença e que todos falem a mesma linguagem em relação ao paciente, cobrando e motivando o uso correto da medicação, realização dos exames nos prazos estipulados, para monitoramento do cuidado e a frequência regular ao serviço. Neste quesito o médico tem papel fundamental, sempre manter uma conduta médica adequada e um bom vínculo com o paciente.

Insuficiência do gerenciamento técnico local dos serviços soma-se à deficiente integração entre os diversos níveis de atenção envolvidos no cuidado em HIV, desde a atenção primária até a ambulatorial especializada e a hospitalar (SCHEFFER, et al., 2016), dificultando e/ou retardando o início do tratamento. Outro fator importante é a localização do ambulatório e a sua estrutura física nem sempre adequada as necessidades de uma unidade de saúde. Outra questão limitante é a falta de preenchimento dos prontuários com os dados sócio demográficos, a evolução clínica e os resultados dos exames; além das condições precárias de armazenamento desses prontuários que ainda não estão informatizados, sendo feita todas as anotações em papel.

Nos determinantes estruturais os principais fatores relatados na literatura foram as distancias entre o local de moradia e o serviço, assim como o custo do transporte, além da relação com habitações com condições mais precárias em relação a outros pacientes (EBERHART, et al., 2013. GOVINDASAMY et al., 2012). Temos que compreender a dinâmica populacional da Região Metropolitana da Baixada Santista, onde está inserida a cidade de Santos, que é polo de desenvolvimento da região; conforme a população vai empobrecendo ou passando por necessidades financeiras, há um movimento migratório para as cidades vizinhas devido ao seu custo de moradia ser menor do que na cidade de Santos.

Mesmo o serviço fornecendo o vale transporte (municipal) os moradores dos outros municípios não conseguem a passagem gratuita para chegarem ao serviço, dificultando a frequência do paciente, que fica muito distante da unidade de saúde. A estimativa é de que 30% dos pacientes atendidos no SAE - adulto sejam de outros municípios. Portanto seria de grande valia facilitar a retirada de medicação e realização de exames, dos pacientes frequentes e aderentes a medicação e ao serviço, além de pensar em soluções metropolitanas para alguns programas de saúde.

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, adesão a um medicamento corresponde a adequada tomada na dose e frequência prescrita de forma integral, espera-se a tomada mínima de 80% das doses corretamente (BRASIL, 2013), onde por relatos de uma grande parcela de pacientes, sabemos que muitos deixam de utilizar a medicação nos finais de semana e em viagens; além dos relatos dos efeitos adversos.

O que podemos notar é que o serviço oferecido, no SAE – adulto de Santos, ainda deve melhorar muito em todos os seus aspectos; considerando as dificuldades locais do serviço, é preciso valorizar o resultado final deste trabalho, onde conseguimos ver uma melhora gradual dos indicadores ao longo do tempo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a vinculação ao serviço e acesso ao tratamento tenham aumentado no período, houve expressiva queda na supressão viral.

Existem limitações à forma como a nossa cascata de cuidado contínuo foi construída, decorrente da dificuldade de obtenção de informações das variáveis sócio demográficas e clínicas nos prontuários.

A estratificação da cascata de cuidado contínuo permitiu identificar subgrupos que são vulneráveis a atritos ao longo do contínuo: raça/cor branca, faixa etária menor de 30 anos, solteiros com categoria de exposição bissexual e homossexual; o que poderá auxiliar aos trabalhadores do serviço entender e atender as necessidades e dificuldades dessas pessoas.

Nas etapas do cuidado contínuo podemos observar que:
Ocorreu um aumento na Retenção dos cuidados no contínuo.
Há um aumento gradativo na disponibilização da terapia antirretroviral no contínuo.
A supressão viral apresenta queda no contínuo.

Após a análise dos dados obtidos neste estudo podemos afirmar; que apenas o aumento na retenção do paciente ao serviço e o aumento na disponibilização dos antirretrovirais, não garante o aumento proporcional da supressão viral.

9 REFERÊNCIAS

ADIMORA, A. A., AUERBACH, J. D. Structural Interventions for HIV Prevention in the United States. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 55(Suppl.2): S132-S135. 2010.

BEER, L.; MATTSON, C. L.; BRADLEY H.; SHOUSE, R. L.; Trends in ART prescription and viral suppression among HIV-positive young adults in care in the United States, 2009-2013. **JAIDS**, 25 April 2017.

BIRGER, R. B. et al., Modeling the Impact of Interventions Along the HIV Continuum of Care in Newark, New Jersey. **Clinical Infectious Diseases**, 58(2):274-84. 2014.

BRANDT, A. M. How AIDS invented global health. **New England Journal of Medicine**, 368:2149-2152). 2013.

Bradley H, Mattson C. L., Beer L, et al.,; Increased antiretroviral therapy prescription and HIV viral suppression among persons receiving clinical care for HIV infection. **AIDS**, P. 24 – 30. Aug 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**, Brasília 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS nº. 05 ano 01**. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, **Dados Epidemiológicos, cidades, 2016b**. Acesso em 02/07/2016.

_____. Ministério da Saúde, **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília, 2017.

CAMPOS, F. C. B. et al., **contra a maré à Beira Mar**. 2. ed. Santos: Hucitec, 1997.

CASEIRO, M. M.; **Prevalência e incidência de infecção pelo HIV-1 no período de 1995 a 2000 e Resistência Genotípica Primária aos Antirretrovirais no Centro de Testagem Anônima para HIV-1 do Município de Santos, SP. 2001**.112f. Tese (Doutorado em Medicina) Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. 2001.

CASEIRO, M. M. ; Sucupira, Maria Cecilia Araripe ; ALVES, Katia ; Tescarollo, G.; JANINI, L. M. R. ; SABINO, E. C. ; CASTELO FILHO, A. ; Page-Shafer, K.; DIAZ, R. S. . High Levels of Primary Antiretroviral Resistance Genotypic Mutations and B/F Recombinants in Santos, Brazil. **AIDS patient care and STDs**, v. 21, p. 116-128, 2007.

COHEN, M. S.; et al., Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy 2011. **New England Journal of Medicine.**, v. 365, p. 493-505, 2011.

EBERHART, M. G.; et al., Individual and Community Factors Associated with Geographic Clusters of Poor HIV Care Retention and Poor Viral Suppression. **JAIDS**. p. 42–51. November 1, 2013.

FAUCI A, MARSTON H., Ending the HIV–AIDS Pandemic — Follow the Science. **The New England Journal of Medicine**, v.373 n.23, dezembro, 2015.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad Saúde Pública**, 23 (supl.3): S333-44). 2007.

Gagliani, Luiz Henrique ; Alkmim Maia, Wagner T. ; Sá-Filho, Dercy ; Janini, Luiz Mario ; SUCUPIRA, Maria Cecilia ; Caseiro, Marcos Montani ; Diaz, Ricardo Sobhie. The Association Between Primary Antiretroviral Resistance and HAART Virologic Failure in a Developing Set. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 27, p. 251-256, 2011.

GARDNER, E.M.; et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 52: 793–800. 2011

GIORDANO, T. P. The HIV Treatment Cascade—A New Tool in HIV Prevention. **JAMA Internal Medicine** Published online February 23, 2015.

GISSLÉN, M.; et al., Sweden, the first country to achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. *HIV Medicine* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British **HIV Association**. **HIV Medicine**, 18, 305—307. 2017.

GOLEGÃ, A. A. C., **Estudo do perfil, social e terapêutico dos pacientes com carga viral indetectável por mais de 48 semanas, atendidos no centro de referência em Aids de santos, no período de outubro de 1997 a dezembro de 2001.** 2004. 86f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde no Centro Universitário Lusíada. 2004

GOLEGÃ, A. A. C.; et al., Characterization of Virologic Failure After an Initially Successful 48-Week Course of Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Outpatients Treated in Santos, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases and Contexto Publishing**. 2008.

GOVINDASAMY, D.; FORD, N.; KRANZERD, K.; Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review; **AIDS**, 26:2059–2067. 2012

GRANGEIRO, A.; et al., The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. **PLOS ONE**, www.plosone.org, Volume 9. 2 May 2014.

GRANGEIRO, A.; Da estabilização à reemergência: Os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. **Mito vs Realidade**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). **Julho, 2016**.

Grobler, A.; et al., Progress of UNAIDS 90-90-90 targets in a district in KwaZulu-Natal, South Africa, with high HIV burden, in the HIPSS study: a household-based complex multilevel community survey. **The Lancet**. 2017

HALL, H., et al., HIV transmission in the United States: considerations of viral load, risk behavior, and health disparities. **AIDS Behav**. P. 1632-6. Jun 2013.

HARTMUT, B., et al., High Mortality Among Human Immunodeficiency Virus (HIV), Infected Individuals Before Accessing or Linking to HIV Care: A Missing Outcome in the Cascade of Care. Published by **Oxford University Press on behalf of the Infectious Diseases Society of America**. 2014.

HILL A, RAYMOND A, POZNIAK A.; Large disparities in HIV treatment cascades between eight European and high-income countries _ analysis of break points. **Journal of the International AIDS Society**, 17(Suppl 3):19507. 2014.

HO, D. D. Time to hit HIV, early and hard. **New England Journal of Medicine**, 333:450-451, 1995.

HULL, M.; LANGE, J.; MONTANER, J. S. Treatment as Prevention – Where Next? **HIV/AIDS Rep**. nov. 2014.

INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. **New England Journal of Medicine**; 373: 795–807.2015.

LOURENÇO L., et al., High Levels of Heterogeneity in the HIV Cascade of Care across Different Population Subgroups in British Columbia, Canada. **PLoS ONE** 9(12): e115277. 2014

MACCARTHY, S et al., The HIV care cascade: models, measures and moving forward. **Journal of the International AIDS Society**. 2015

MEDLAND, N. A et al., The HIV care cascade: a systematic review of data sources, methodology and comparability. **Journal of the International AIDS Society**, 2015.

MELCHIOR, R. et al., Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. v. 40(1):143-51. **Rev Saúde Pública**, 2006.

MILLS, E. J.; et al., Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators.; 3(11): e 438). **PLoS Med**, 2006.

MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Top. Antivir. Med.**, [S.l.], v. 21, n. 3, p.110-4, jul.-ago. 2013.

MONTANER G., et al., High Levels of Heterogeneity in the HIV Cascade of Care across Different Population Subgroups in British Columbia, Canada. **PLOS ONE**, December 26, 2014

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; HELENA, E. T. S. et al., Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V. 18, n.2, p217 – 25, 2014.

NOSYK, B. et al., The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996–2011: a population-based retrospective cohort study. **Lancet Infect Dis.**; 14(1): 40–49. January, 2014.

Organização Pan Americana de Saúde. **HIV Continuum of Care, Monitoring Framework - “Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean – 2014”**. www.paho.org • April 2014. Acesso em 22/10/2016.

PIOT, P.; QUINN, T. C. Response to the AIDS Pandemic — A Global Health Model **New England Journal of Medicine**. 368;23. June, 2013.

POLEJACK, L. et al., Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/Aids: challenges and possibilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1201-1208, 2010.

Prefeitura Municipal de Santos. <http://www.santos.sp.gov.br>. acesso em 12/03/2017.

RHODES T., et al., The social structural production of HIV risk among injecting drug users. **Social Science & Medicine**, 61(5):1026-1044. 2005.

RIO GRANDE DO SUL, **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Dezembro 2015.

ROBERTSON, M, et al., Linkage and retention in care and the time to HIV viral suppression and viral rebound - New York City. 27(2):260-7. **IDS Care**. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, **GUIA BÁSICO DE PREVENÇÃO COMBINADA O Que É? Como Fazer? Onde Saber Mais?**. São Paulo, 2016.

SCHEFFER. M. et al., Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. **Mito vs Realidade**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). **Julho, 2016**.

SEFFNE F. PARKER, R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to Aids. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/en_1807-5762. 2016.

SEIDL, E. M. F.; et al., Persons living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antiretroviral treatment. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2305-2316, out, 2007.

SEGURADO, A. A. C. et al., **Prevenção biomédica da infecção por HIV/Aids. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: entre indivíduos e comunidades**. Livro II. Curitiba, Ed Juruá. P.309-349. 2012.

SKARBINSKI, J, et al., Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 2015.

TAYLOR, B. S. et al., **Conference Highlights—CROI 2013**: Conference Highlights—Antiretroviral Therapy Volume 21 Issue 2. April/May 2013.

TEIXEIRA P. R. et. al., **Tá difícil de Engolir? Experiência de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. NepAids; Programa Estadual DST/AIDS-SP, 2000.

TEMPRANO ANRS 12136 Study Group, Danel C, Moh R, et al. A trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa. **New England Journal of Medicine**; 373: 808–22. 4. 2015.

UNAIDS. www.unaids.org.br/tag/declaracao-de-paris, Dezembro 2014. Acesso em 20/01/2017.

UNAIDS. **Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016**; Estimativas UNAIDS, 2016.

World Health Organization. **Chegando a zero: estratégia 2011-2015** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA. 2010

World Health Organization. **Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. WHO, London, 2013.

World Health Organization. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection recommendations for a public health approach**, 2nd edn. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

World Health Organization. www.who.int/hiv/ acesso em 02/02/2017.

WILSON, D. P., HIV Treatment as Prevention: Natural Experiments Highlight Limits of Antiretroviral Treatment as HIV Prevention. **PLoS Med** 9 (7): 2012.

ANEXO 1

Santos 10 de novembro de 2015

Termo de Compromisso de Coleta de Dados de Prontuário

Declaro para os devidos fins, que os dados coletados para a pesquisa "Análise dos determinantes das etapas do cuidado contínuo do paciente HIV/Aids, atendido no Serviço de Atendimento Especializado em Aids, SAE no município de Santos – SP" terão assegurados a confidencialidade e a privacidade das informações e não utilização dos dados acessados para outros fins que não tenham sido especificados no projeto de pesquisa.

A pesquisa obteve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, da Prefeitura Municipal de Santos, em 23 de setembro de 2015 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos – Unisantos, em 28 de outubro de 2015, com o número de parecer 1.299.262.

Em caso de necessidade de contatar o pesquisador principal: Alcino Antonio Campos Golegã, utilizar o endereço rua Silva Jardim nº 94, Vila Nova, Santos – SP. Telefone comercial: 13 32298799 e celular 13 974031031. E-mail alcinogolega@santos.sp.gov.br


Alcino Antonio Campos Golegã
Pesquisador Responsável

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos determinantes das etapas do cuidado contínuo do paciente HIV/Aids, atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em Aids, SAE no município de Santos, SP.

Pesquisador: Alcino Antonio Campos Golegå

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49918515.8.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.360.180

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda, atendendo às recomendações do CEP em parecer anterior. O pesquisador reapresenta o projeto de pesquisa no qual pretende, a partir de prontuários analisar e estimar fatores que se associam ao óbito e à supressão da carga viral em pessoas que foram atendidas pelo SECRAIDS em Santos, SP.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar fatores associados ao óbito e à supressão viral em pacientes que iniciaram terapia antirretroviral atendidos em serviço público especializado em HIV/Aids, SECRAIDS, entre 2009 e 2013, no município de Santos, São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados todos os documentos.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 900
Bairro: Vila Matias CEP: 11.015-002
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3205-5555 Fax: (13)3228-1243 E-mail: comet@unisantos.br



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 1.300.190

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi avaliado por um relator e em reunião ocorrida em 08/12/2015 o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos considerou o presente projeto de pesquisa APROVADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_624378 ET.pdf	16/11/2015 17:44:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PlataformaBrasil_Out15_Projeto_PDF.pdf	10/11/2015 20:39:39	Aicino Antonio Campos Golegå	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCCD.pdf	10/11/2015 20:35:40	Aicino Antonio Campos Golegå	Aceito
Folha de Rosto	fohaderosto_PB.pdf	06/10/2015 19:06:51	Aicino Antonio Campos Golegå	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coform_Set15.jpg	03/10/2015 14:10:51	Aicino Antonio Campos Golegå	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 10 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3205-5555 Fax: (13)3228-1243 E-mail: comet@unisantos.br

ANEXO 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 23 de setembro de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que o pesquisador Alcino Antonio Campos Golegã realize a pesquisa "**Análise dos determinantes das etapas do cuidado contínuo do paciente HIV/Aids, atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em Aids, SAE no município de Santos-SP**", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Everton Mendes Rodrigues
Coordenador de Formação e Educação Continuada
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651