

ANÁLISE DA CASCATA DO RS DE 2015

**Deise da Silva Lentz
Jaqueline Oliveira Soares
Nemora Tregnago Barcellos
Rebel Zambrano Machado**

INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas elaboradas para o enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil são destacadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pioneiras em várias estratégias, entre elas o protagonismo dos movimentos sociais, o tratamento gratuito para os soropositivos e, a quebra de patentes de medicamentos para Aids, entre outros.

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 (RS, 2015, pág:12). De janeiro de 1982 a junho de 2014, foram notificados nos Sistemas de Informações 76.304 casos de Aids no estado, segundo Boletim Epidemiológico do RS, 2015, sendo a maioria dos casos na região metropolitana, que concentra 70% da epidemia. Porto Alegre é a capital com a maior taxa em 2014, mais que o dobro da taxa do estado e, quase cinco vezes maior do que a taxa do Brasil – de 94,2 casos para cada 100 mil habitantes.

No Brasil, foram notificadas 92.210 gestantes soropositivas em um período entre 2000 a junho de 2015 e, no RS para o mesmo período 16.704 casos. A taxa de detecção de gestantes com HIV apresenta um aumento significativo de 0,6 casos para cada 1000 nascidos vivos no ano 2000, a qual passou para 2,6 em 2014. O RS apresenta a maior taxa entre os estados brasileiros variando de 1,0 e 8,8/1.000 nascidos vivos. A capital de Porto Alegre, destaca-se por ter a maior taxa de detecção em gestantes do país em 2014, com 19,6 casos para cada mil nascidos

vivos, sendo 7,5 vezes maior do que a taxa nacional e, o dobro da taxa do seu estado (BRASIL, 2015).

A estimativa existente aponta para uma prevalência de soropositividade para o HIV de 0,8% na região sul e, de 0,4% no Brasil, resultado do Estudo Sentinela Parturiente de 2008 (BRASIL,2015). Não existem dados específicos sobre a prevalência na população do RS, entretanto, dados relativos à soropositividade do HIV em gestantes mostram, que no RS tem uma taxa de 8,8 casos para cada mil nascidos vivos, segundo Brasil, 2015.

Durante o período de 2003 a 2014 foram registrados no Sistema de Mortalidade (SIM) 141.182 óbitos por Aids, sendo 16.788 no estado do RS. O estado do RS apresenta o maior coeficiente de mortalidade de 2014: 10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes, aproximadamente o dobro do coeficiente observado para no Brasil. O estado vem apresentando uma tendência de queda no coeficiente ao longo dos últimos dez anos, com redução de 11,9 em 2003 para 10,6 em 2014. A capital de Porto Alegre, apresenta o maior coeficiente de mortalidade (28,3), sendo quase cinco vezes maior que o nacional, entretanto com uma tendência de queda nos últimos dez anos.

A partir de 2004, Sistemas de Informação complementares de vigilância começaram a ser utilizados pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Em 2012, na reunião organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foram acordados, algumas informações estratégicas em HIV/Aids, incluindo a vigilância baseada em casos de HIV em uma perspectiva longitudinal e, um marco conceitual para o monitoramento programático do cuidado contínuo em cascata, a partir do diagnóstico da infecção pelo HIV até a supressão da carga viral.

A "Cascata" do cuidado contínuo das Pessoas, que vivem com HIV/Aids (PVHA) serve para elucidar o contexto epidemiológico e, caracterizar o cuidado dos indivíduos com HIV/AIDS em um período específico. Esta ferramenta também tem o intuito de auxiliar nas discussões dos processos de trabalho dos serviços de saúde dos municípios (Nosyk et al, 2014).

É possível identificar com a cascata de PVHA, a estimativa de pessoas diagnosticadas, vinculadas, retidas, em Tratamento antirretrovirais (TARV), e com

carga viral indetectável. Em uma situação ideal essas seis colunas devem estar alinhadas.

A cascata é a representação que permite identificar lacunas neste contínuo cuidado e, que podem comprometer a resposta esperada. A análise desta cascata pode contribuir para nortear os esforços necessários a fim de otimizar os efeitos das intervenções e implementar ações para conter o avanço da epidemia.

Metodologia do estudo

Para a construção da cascata de PVHA, foram necessárias a análise e cruzamento de quatro bancos de dados, são eles: Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Notificação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Após a extração e o cruzamento destes dados através do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), foram construídas 6 colunas de exposição.

A primeira coluna mostra uma estimativa de pessoas vivendo com HIV/Aids no estado do RS. Para chegar ao cálculo desta estimativa foi utilizado o Estudo Sentinela Parturiente realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, que revelou uma prevalência de Aids de 0,8% para região Sul do país. A prevalência apresentada foi estimada para uma população total de 11.247.972 habitantes do RS, segundo IBGE, 2015.

A segunda coluna traz a leitura do número de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids. Para o cálculo desta foi necessário o cruzamento dos bancos de dados SINAN, SISCEL, SIM e SICLOM. O período para análise representa uma série histórica desde o início da epidemia 1980 até o ano 2015, fazendo a exclusão de casos de óbitos registrados no SIM.

A terceira coluna é o número de PVHA vinculados a algum serviço de saúde, o que significa que esses usuários realizaram ao menos um exame de carga viral ou um exame de contagem de células CD4, dados extraídos do SISCEL, ou que retiraram ao menos uma medicação antirretroviral no último ano.

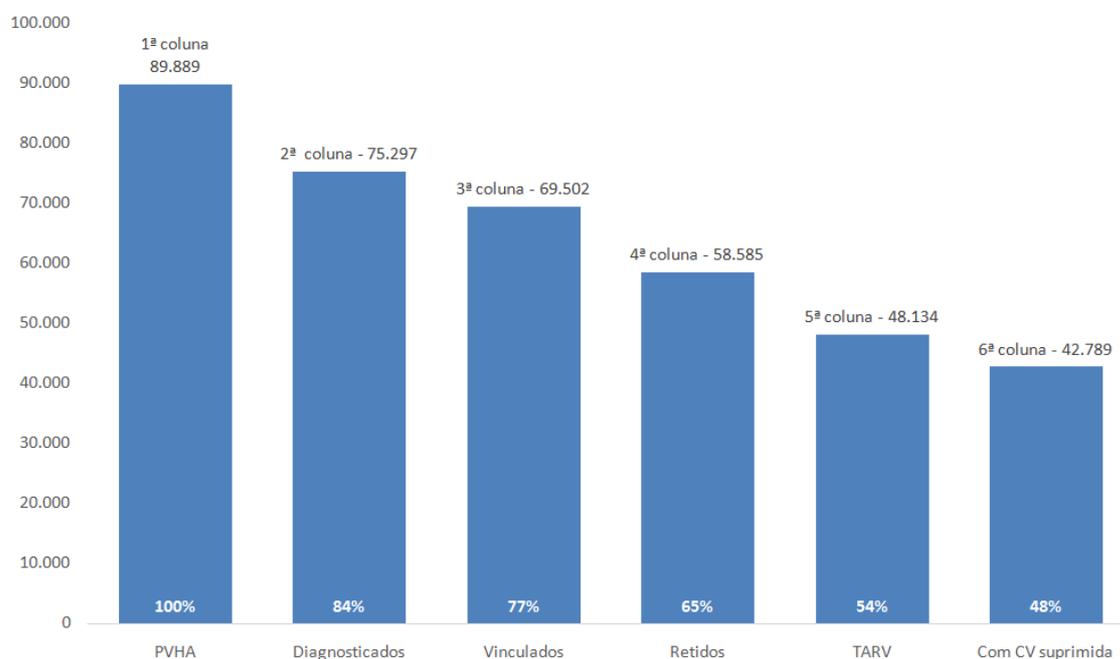
A quarta coluna apresenta o número de usuários retidos no serviço. Esses usuários realizaram ao menos dois exames de carga viral, ou dois exames de contagem de células CD4, dados extraídos do SISCEL, ou que retiraram nos últimos cem dias uma medicação antirretroviral no último ano.

A quinta coluna registra o número de PVHA que estão em terapia antirretroviral (TARV) que retiraram nos últimos cem dias uma medicação antirretroviral no último ano, dado extraído do SICLOM.

A sexta e última coluna resulta de pessoas, que retiraram nos últimos cem dias a medicação antirretroviral e, que estão com a carga viral indetectável (inferior a 50 cópias /ml de sangue) no último exame de carga viral no ano investigado.

3. Resultados da Cascata PVHA

Figura 1 - Cascata do Cuidado Continuo do estado do Rio Grande do Sul, 2015



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Casos registrados no SISCEL, SINAN, SIM e SICLOM até 31/12/2015

O que se evidencia na Figura 1 é uma cascata de PVHA em forma de 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, pois espera-se, que os degraus da segunda à sexta coluna estejam igualmente de acordo com a primeira coluna de PVHA, o que representaria 100% das PVHA descobrindo seu estado sorológico, realizando o acompanhamento no serviço, fazendo uso da TARV e com carga viral suprimida.

O gráfico da cascata de PVHA apresenta uma estimativa de 89.889 pessoas infectadas pelo HIV. O número total de indivíduos diagnosticados para o vírus HIV foi de 75.297, representando 84% das PVHA .

A terceira coluna apresenta 69.502 PVHA e, vinculadas aos serviços de saúde, representando 77% da população diagnosticada.

Na quarta coluna observa-se que 65% (58.585) de PVHA estão retidas nos serviços no período analisado.

Ainda em relação à Figura 1, em torno de 54% (48.134) dos indivíduos estão em TARV. Os usuários com carga viral indetectável consistem em 48% (42.789) de todas as pessoas com HIV.

A primeira coluna mostra-se frágil, pois o dado utilizado para sua construção refere a estimativa de prevalência para região sul do país. Melhores estimativas seriam possíveis se agregadas a informações obtidas em estudos de prevalência na população geral do Estado. As colunas intermediárias (diagnosticados, vinculados e retidos) relacionam-se com a rede de saúde, o processo de atenção às PVHA.

Em relação a coluna representada pelos retidos em TARV (5ª coluna), podemos inferir que o impacto das modificações incorporadas às diretrizes de tratamento das PVHA com a estratégia de diagnosticar e tratar, independente do CD4, reduz doenças associadas à aids e a mortalidade, diminui a carga viral circulante e, também considera-se, que o tratamento de primeira linha tem um menor custo financeiro quando comparado aos esquemas de segunda e terceira linha.

A última coluna, assim como as intermediárias, refletem a efetividade do sistema de saúde, e de sua equipe na capacidade e competência em vincular, reter e promover a adesão aos serviços e à terapia antirretroviral, o que remete a grandes esforços para garantir a retenção das pessoas, que estão em tratamento de antirretroviral calcado na adesão e no monitoramento da carga viral.

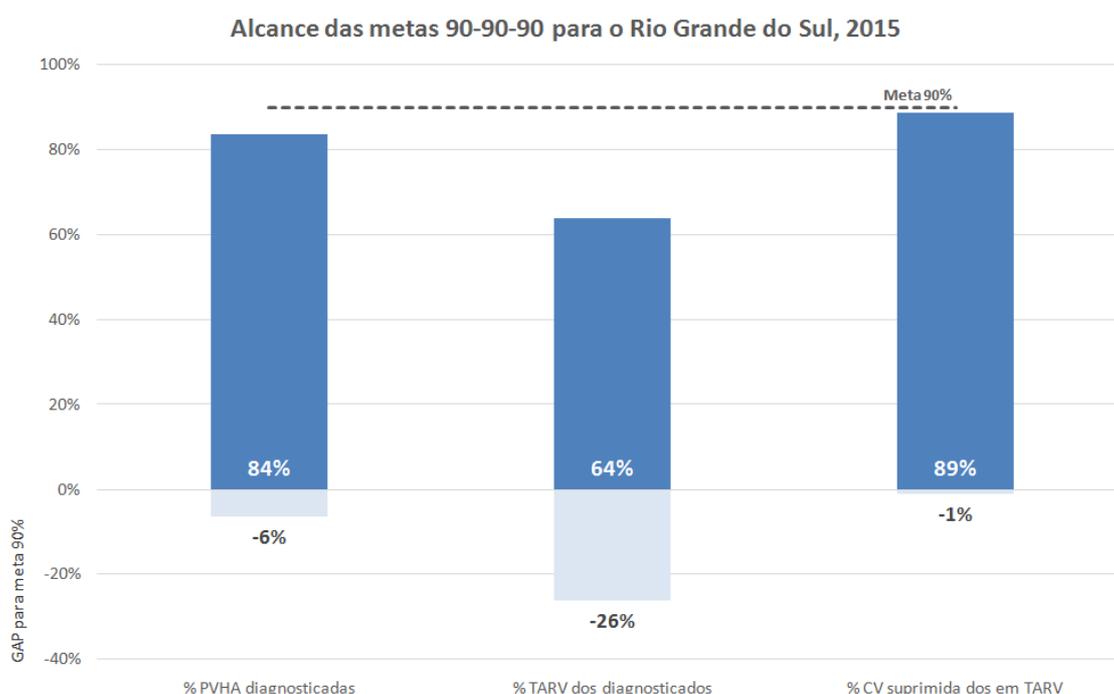
4. Declaração de Paris

Em 10 de dezembro de 2015, o estado do RS 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,

Uruguiana 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 Unaid, o que almeja o Estado e os municípios acelerem a resposta à epidemia de aids, e tenham 90% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; destas, 90% estejam em tratamento antirretroviral e destas, 90% tenham carga viral indetectável até 2020, e eliminem os níveis epidêmicos da Aids até 2030, chegando a 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; destas, 95% estejam em tratamento antirretroviral e destas, 95% tenham carga viral indetectável.

Em julho de 2016, o Ministério da Saúde, enviou a este Estado do RS, uma previsão para o alcance das metas pactuadas, conforme segue figura abaixo.

Figura 2 - Alcance das metas 90-90-90 para o RS, 2015



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Casos registrados no SISCEL, SINAN, SIM e SICLOM até 31/12/2015

As três colunas apresentadas acima, estão diretamente ligadas a primeira coluna da cascata (figura1), que está calculada com a estimativa de 0,8% para a região sul do país, segundo Estudo Sentinela Parturiente realizada em 2008 pelo MS.

Dado o apresentado na figura 2, o estado do RS atingiu até o presente momento 84% das PVHA diagnosticadas, tendo um gap de 6% para o atingimento

da primeira meta. A segunda coluna mostra 64% das pessoas diagnosticadas em TARV, sendo o maior gap de 26% e por fim a última coluna apresenta um gap de 1%.

Entretanto, se tivermos presente o apresentado anteriormente, em relação à prevalência de HIV entre gestantes (cerca de 3,4 da nacional e quase duas vezes a da região sul) e, a falta de informações epidemiológicas consistentes, subentendendo que esta coluna está subdimensionada para o RS. Isso posto, podemos também pressupor, que as outras colunas, que compõem as metas do 90-90-90 estejam superestimadas.

O número de diagnósticos é obtido a partir dos notificados no SINAN, do número absoluto de PVHA em TARV (SICLOM), e com CV suprimida (SISCEL) transformados em porcentagem do total de PVHA estimado pela primeira coluna.

Por outro lado, se os valores forem comparados aqueles calculados para 2013 (Boletim do RS, 2015), e que não foram considerados as observações explícitas no parágrafo anterior, pode-se dizer que o gap (lacuna) no primeiro degrau foi reduzido em 0,2%, que do segundo para o quinto degrau o gap foi reduzido em 12,6% e deste para o sexto degrau, em 18,7%.

5. Estratégias para o enfrentamento da Aids no estado do RS

A partir da análise da cascata de PVHA evidenciamos a necessidade de incrementar esforços em algumas áreas.

É indispensável o desenvolvimento de projetos, e pesquisas que ofereçam dados de prevalência do HIV entre os gaúchos (aprimorar 1ª coluna). O aprimoramento deste dado nos permitirá uma visão mais realista do que estamos oferecendo em termos de estrutura e processo de atenção às PVHA (diagnósticos, vínculos, retenção) e dos resultados obtidos (pessoas em TARV e com CV suprimida).

Os dados levantados nas demais colunas, mostram a necessidade de melhorias nos serviços de saúde, devendo ser estabelecidas estratégias focadas no indivíduo (gestão da clínica).

Para seguir avançando no diagnóstico precoce da infecção, é fundamental a ampliação da oferta e do acesso aos testes rápidos de HIV na rede de serviços.

Atualmente o Estado do RS tem uma cobertura de 90% dos municípios com testagem rápida na Atenção Básica, segundo relatório anual de gestão, SES/RS 2015.

Outra ferramenta que potencializará para o enfrentamento da Aids no estado do RS é a implantação, e implementação da Linha de Cuidado (LC) para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e outras DST é uma outra estratégia, que deve ser tratada como prioritária, considerando que ser um instrumento norteador para os municípios na organização das redes de atenção à saúde, apresentando diretrizes e recomendações gerais para subsidiar a definição das atribuições entre os níveis de atenção, com enfoque para o compartilhamento do cuidado entre Atenção Básica (AB) e Serviço Especializado (SAE).

Objetivando melhorar a qualidade da atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids e conseqüentemente aprimorar a qualificação do trabalho da gestão, o Ministério da Saúde vem trabalhando em um ferramenta chamada Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC), que permite o acompanhamento do gap de tratamento, ou seja, as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral. Esse sistema também permite identificar as PVHA que entraram em tratamento, foram a óbito, recusaram o tratamento, não foram localizadas, pessoas que não autorizaram a abordagem consentida, criança exposta, pacientes que tiveram transferência, abandonaram o tratamento e pessoas com diagnóstico com HIV (-). A qualificação dos serviços através da utilização desta ferramenta permitirá uma aproximação da meta 90% em TARV.

Até o momento, citamos sobre as ferramentas de tratamento as PVHA e sobre a qualificação da gestão, entretanto não podemos esquecer dos diferentes instrumentos de prevenção para a população que não vive com HIV/Aids ou para as pessoas que no momento mantem relação sexual com pessoas sorodiscordantes. Com o passar do tempo novas estratégias de prevenção foram surgindo ampliando o leque de opções para a prevenção do HIV, não limitando-se apenas ao preservativo. Neste cardápio para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso da Profilaxia Pós-exposição (PEP), que é o uso de uma medicação antirretroviral após

qualquer situação em que exista o risco de contato com o vírus HIV que deverá ser utilizada em até 72 horas, sendo o tratamento mais eficaz se iniciado nas duas primeiras horas após a exposição. Além da disposição desta medicação é de extrema importância o investimento em divulgação da estratégia, dos locais para atendimento da PEP e a ampliação da rede para atendimento.

A Profilaxia Pré-exposição (PrEP), é um medicamento indicado aos indivíduos com maiores riscos de infecção. No estado do RS, este medicamento está em fase de pesquisa para a uma população específica: homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais. Esta pesquisa tem previsão de término para maio de 2017, entretanto é necessário articulação junto ao MS para garantir a medicação para atender a população necessitada, além de aprovar o protocolo de PrEP. O estado do RS, deverá estar preparado para atender a demanda que surgirá a partir do posicionamento do MS. A análise da capacidade da rede de atendimento é fundamental a fim de que a população possa ter acesso e direito a essa profilaxia.

Com este leque de oportunidades acompanhado de preservativo feminino ou masculino e gel lubrificante compõe o que chamamos de prevenção combinada.

A diretriz do Ministério da Saúde de tratar não pode ser a única estratégia de acesso para população, outras ações conjuntas devem ser intensificadas como uma política de prevenção firmado em acabar com a transmissão vertical, pensar novas estratégias de divulgação e acesso aos preservativos e gel lubrificante, maior divulgação e disponibilização da profilaxia pré-exposição (PEP), programas voltados para população chave que inclui: profissionais do sexo, gays, homens, que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, usuários de drogas e moradores de rua, ressaltando a importância do trabalho vinculado a luta contra a discriminação, o estigma e ao preconceito.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST.* Ano II, n. 1, - até semana epidemiológica 26^a. (2013).

Brasília - 2015. Ano IV - nº 01 da 27^a à 53^a semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. ISSN 1517 1159. **B O L E T I M. EPIDEMIOLÓGICO. HIV AIDS.**

IBGE 2015; disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>. Acesso em 07/07/2016 às 10:32

NOSYK, B.; MONTANER, J. S. G.; COLLEY, G.; LIMA, V. D.; CHAN, K.; HEATH, K. **The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study.** *Lancet Infect. Dis.*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 40-9, jan. 2014

SAÚDE, **Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.** Boletim . **EPIDEMIOLÓGICO HIV AIDS e SÍFILIS.** Nº 01, DEZEMBRO 2015