

Investigação de óbitos de PVHA no estado de São Paulo

Dados da Investigação no FORMSUS

Apresentação do REDCap e Pactuação da Continuidade do Processo

São Paulo, 20 de agosto de 2021

Simone Queiroz Rocha
Médica Infectologista
Gerência de Assistência Integral à Saúde
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids

Histórico

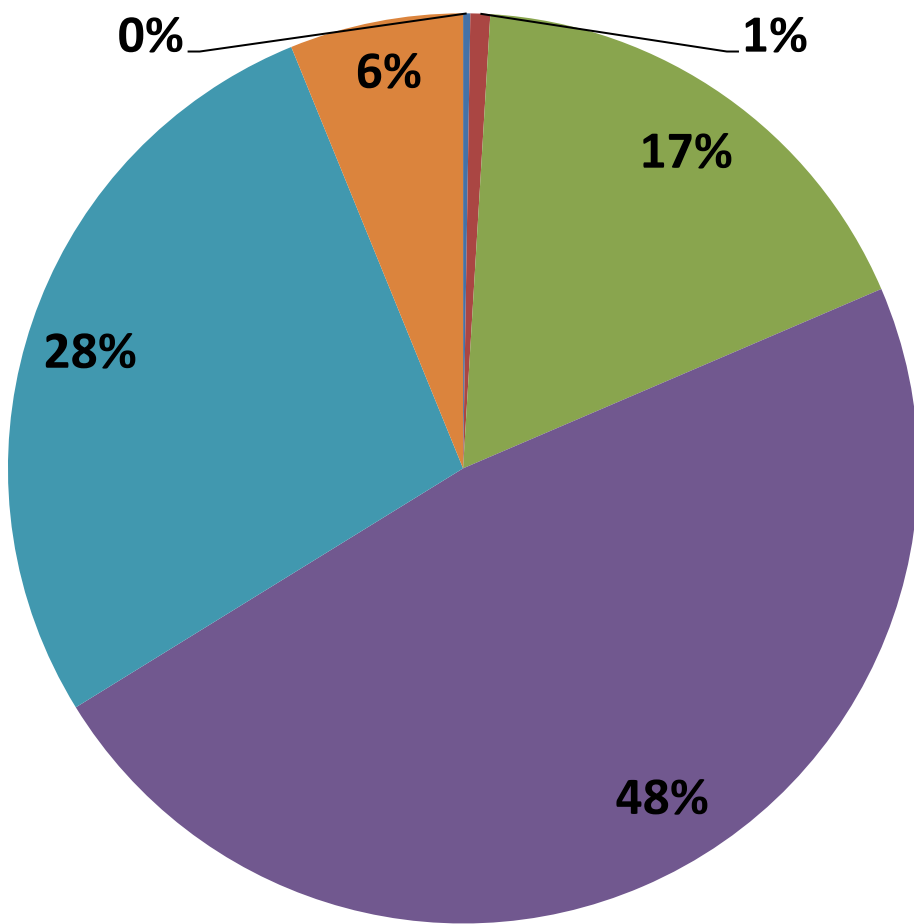
- Nov/2013: Oficina de Investigação de Óbitos
 - Proposição de comissões municipais de investigação de óbitos
 - Foco prioritário: municípios com TM acima da média do ESP (2011,2012,2013)
 - Objetivo: identificar as principais causas de óbito e vulnerabilidades programáticas nos municípios com mortalidade acima da taxa do Estado, para a proposição de medidas que possam impactar na ocorrência de mortes evitáveis por aids
 - GVE, coordenações municipais e SAE

Base de dados FORMSUS

(abril/14 – setembro/16)

Ano	Estado de São Paulo
2013	445
2014	460
2015	465
2016	215
IGN (ano interesse)	1
TOTAL para análise	1586
N. municípios (geral)	72
N. municípios (foco prioritário)	36 (117)

Gráfico 1. Distribuição, segundo faixa etária, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



66% com menos de 50 anos

- Até 12 anos
- 12 a 19 anos
- 20 a 34 anos
- 35 a 49 anos
- 50 a 64 anos
- 65 anos ou mais

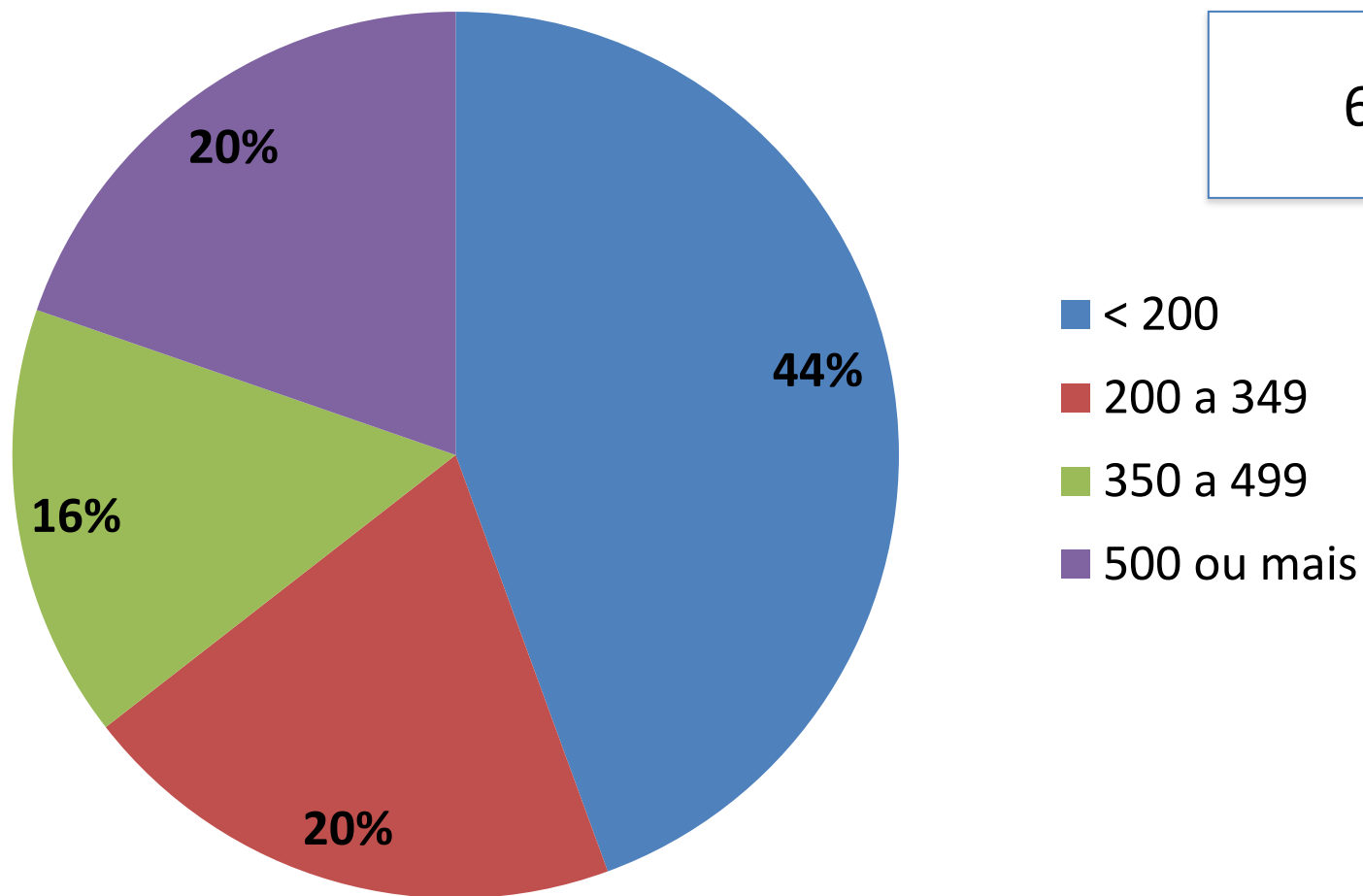
29 casos de infecção por TV

- 13 foram a óbito antes dos 20 anos de idade (5 diagnosticadas tardiamente)
- 5 óbitos até 1 ano pós diagnóstico; 18 viveram mais de 10 anos após o diagnóstico

Faixa etária	
Até 12 anos	4
12 a 19 anos	11
20 a 34 anos	277
35 a 49 anos	750
50 a 64 anos	435
65 anos ou mais	97
Ignorado	12
	1586

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

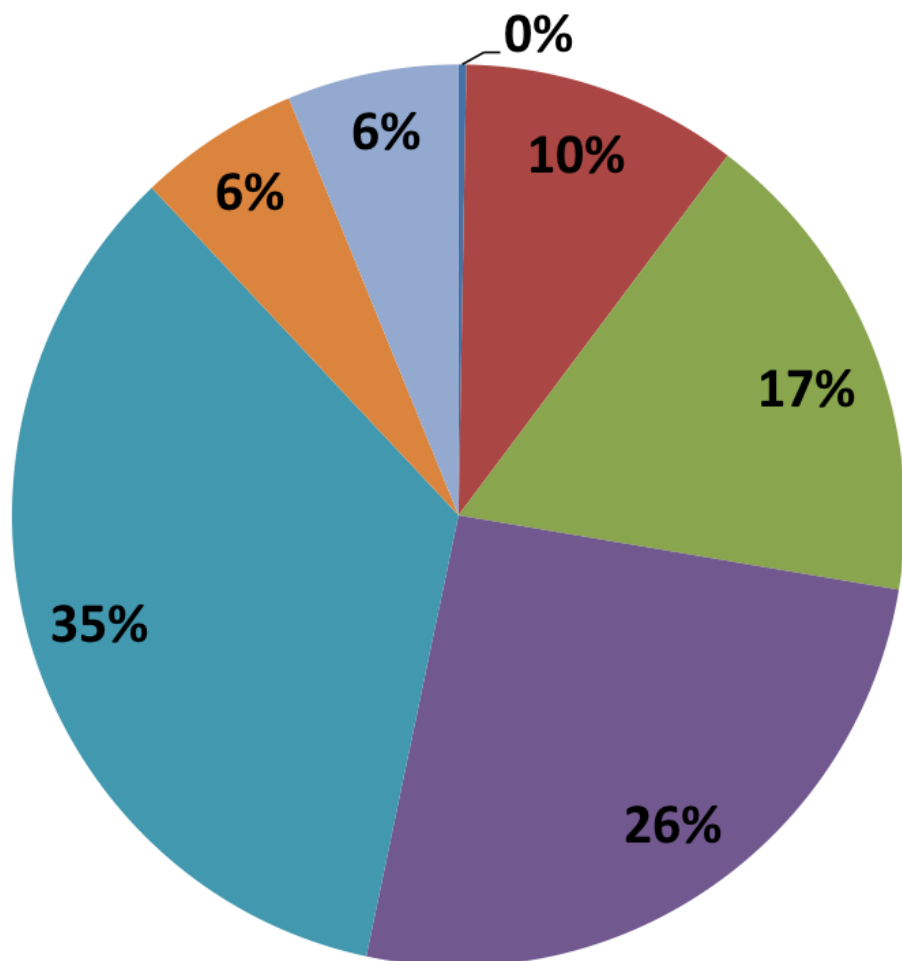
Gráfico 2. Distribuição, segundo primeiro CD4, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Primeiro CD4	
< 200	494
200 a 349	223
350 a 499	176
500 ou mais	219
Ignorado	474
	1586

Gráfico 3. Distribuição, segundo local do diagnóstico, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



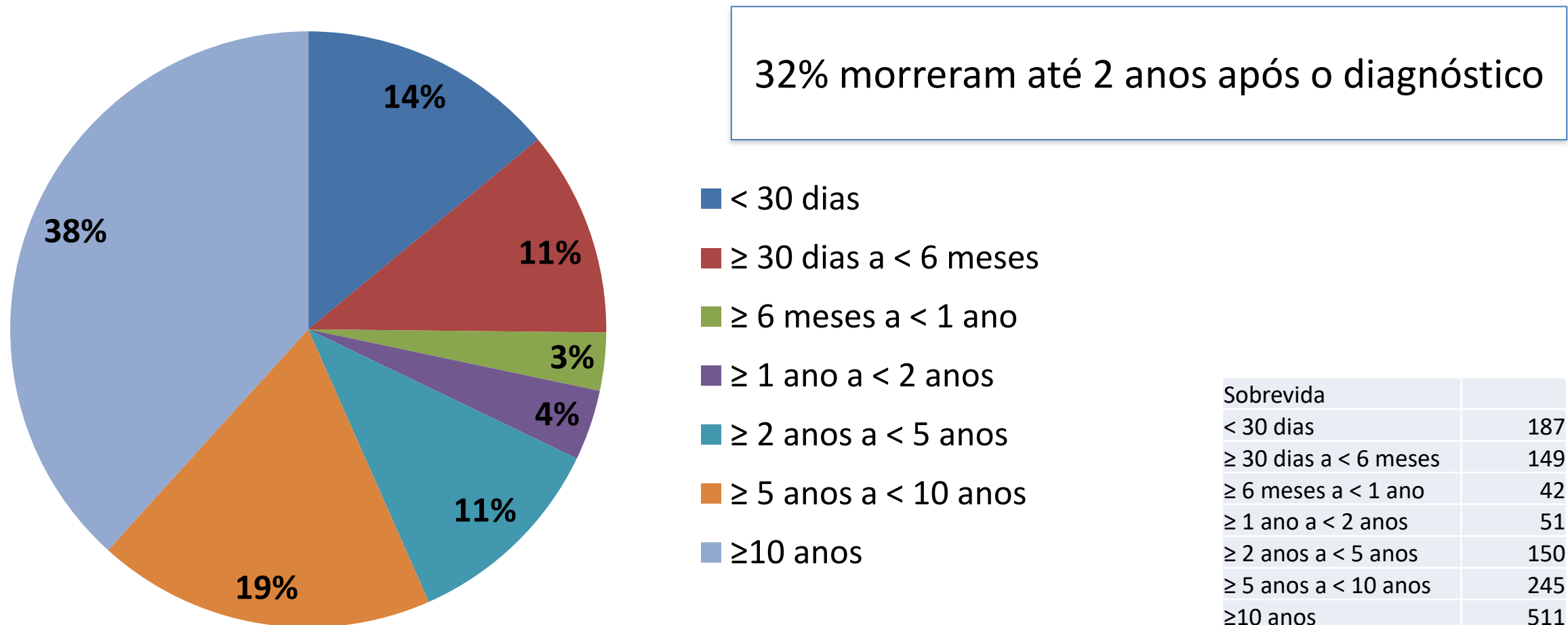
Mínimo de 35% diagnosticados já doentes

- Campanha
- CTA
- UBS/AMA
- SAE
- Hospital/PS (SUS)
- Convênio/Privado
- Outro

Local do diagnóstico	
Campanha	4
CTA	142
UBS/AMA	246
SAE	364
Hospital/PS (SUS)	491
Convênio/Privado	83
Outro	88
Ignorado	168
	1586

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Gráfico 4. Distribuição, segundo tempo entre o diagnóstico e o óbito, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP

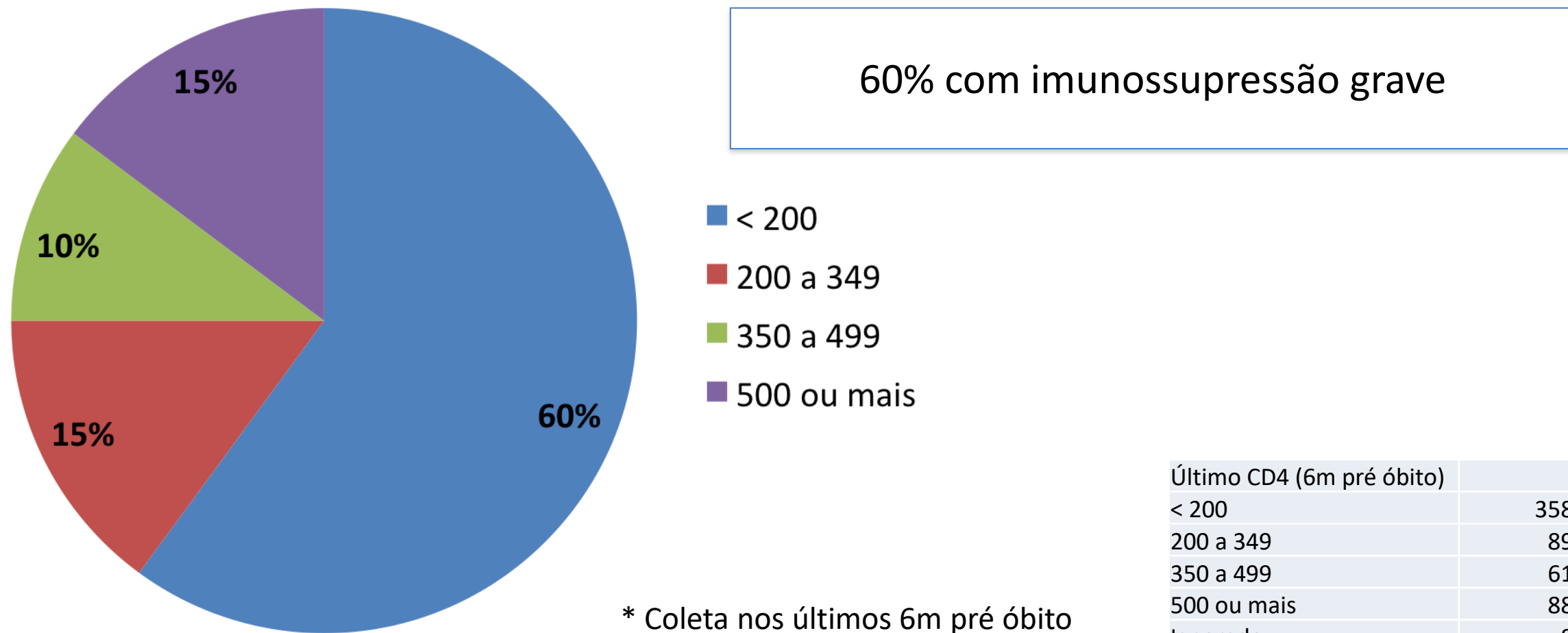


- < 30 dias
- ≥ 30 dias a < 6 meses
- ≥ 6 meses a < 1 ano
- ≥ 1 ano a < 2 anos
- ≥ 2 anos a < 5 anos
- ≥ 5 anos a < 10 anos
- ≥10 anos

Sobrevida	
< 30 dias	187
≥ 30 dias a < 6 meses	149
≥ 6 meses a < 1 ano	42
≥ 1 ano a < 2 anos	51
≥ 2 anos a < 5 anos	150
≥ 5 anos a < 10 anos	245
≥10 anos	511
Ignorado	251
	1586

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

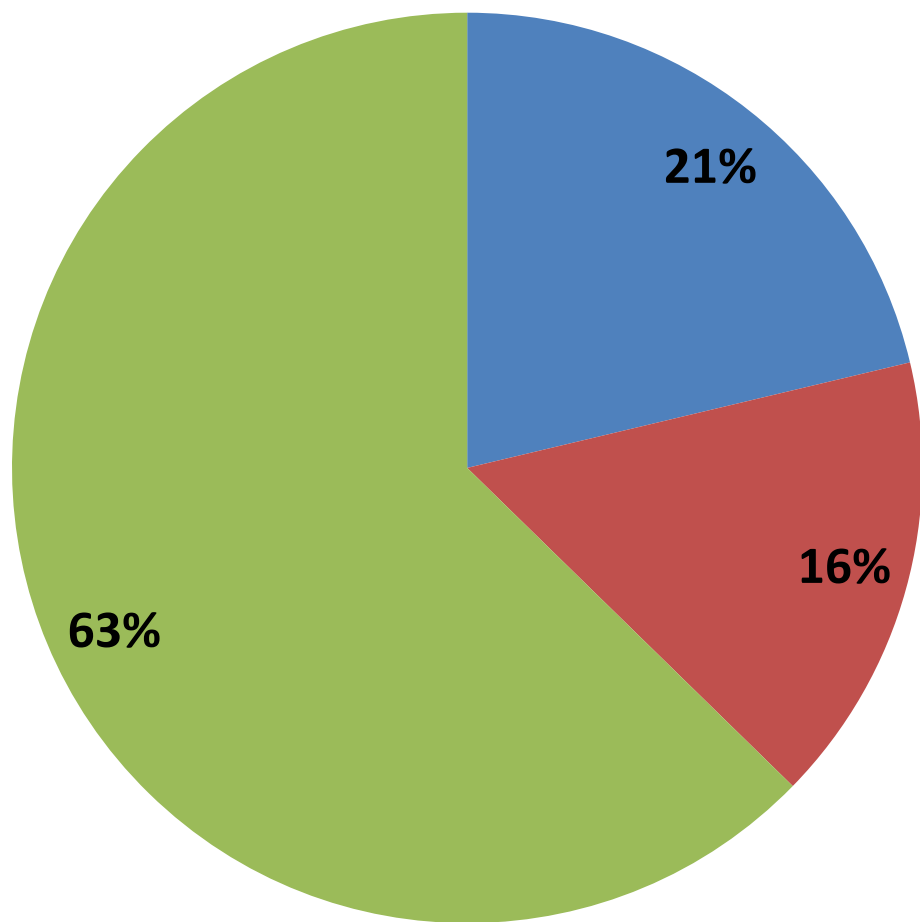
Gráfico 5. Distribuição, segundo o último CD4, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



* Coleta nos últimos 6m pré óbito

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Gráfico 6. Distribuição, segundo a última carga viral, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



79% sem supressão viral

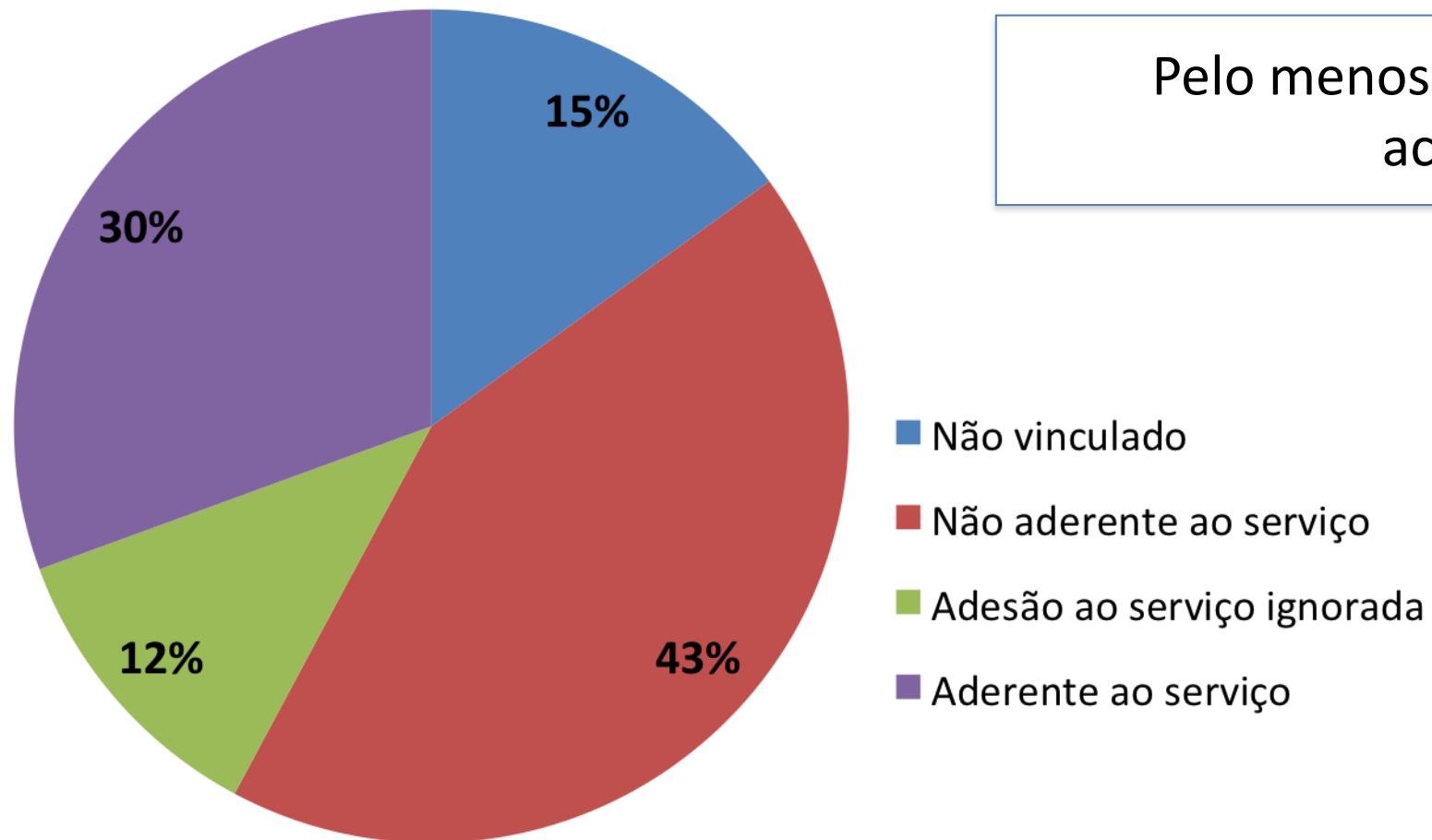
- < 50 cópias/mL
- ≥ 50 a < 1000 cp/mL
- ≥ 1000 cp/mL

* Coleta nos últimos 6m pré óbito

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Última CV (6m pré óbito)	
< 50 cópias/mL	130
≥ 50 a < 1000 cp/mL	98
≥ 1000 cp/mL	383
Ignorada	27
	638

Gráfico 7. Distribuição, segundo engajamento no cuidado, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



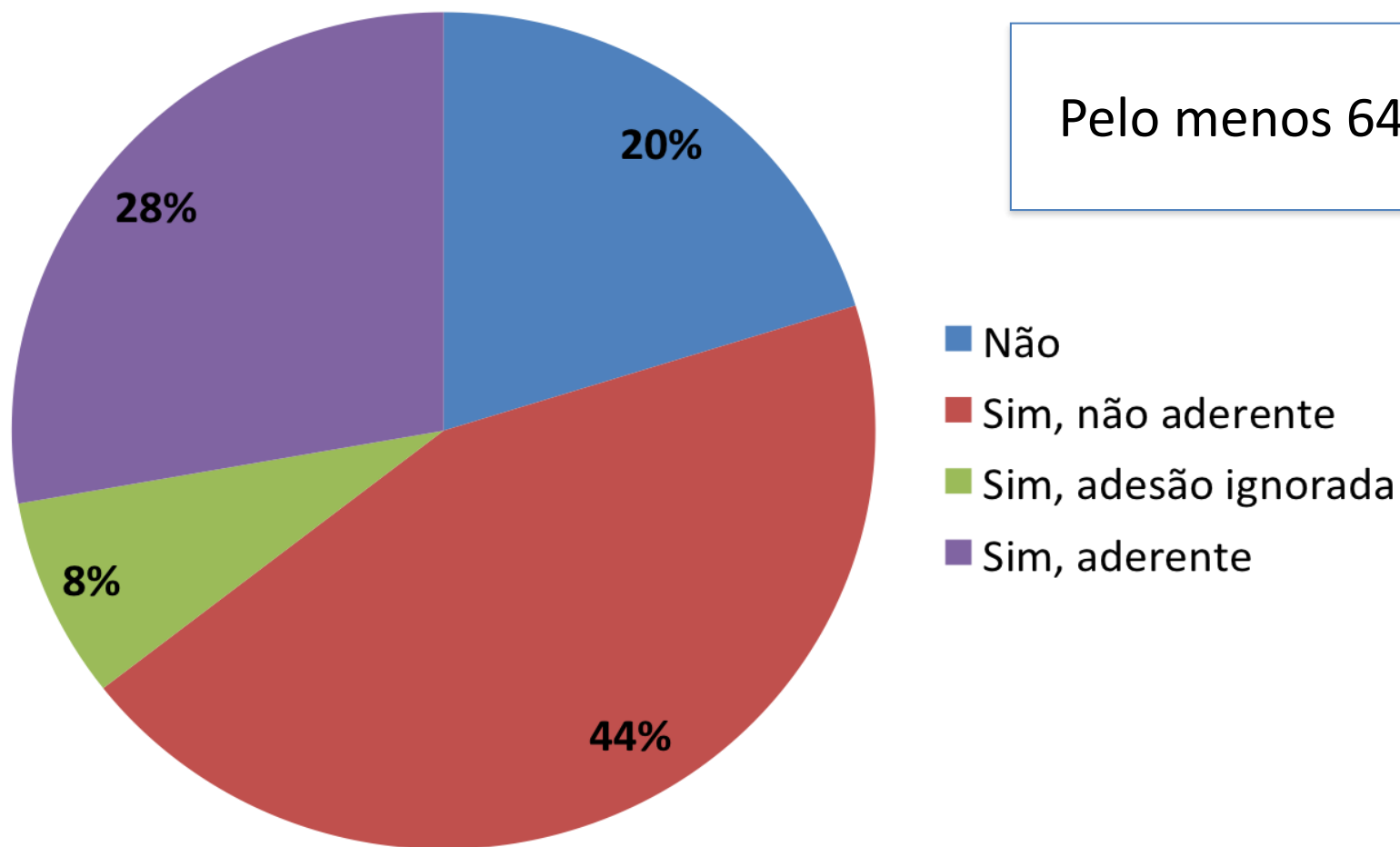
Pelo menos 58% não devidamente acompanhados

- Não vinculado
- Não aderente ao serviço
- Adesão ao serviço ignorada
- Aderente ao serviço

Engajamento	
Não vinculado	238
Não aderente ao serviço	679
Adesão ao serviço ignorada	184
Aderente ao serviço	485
	1586

Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Gráfico 8. Distribuição, segundo o uso de TARV, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP

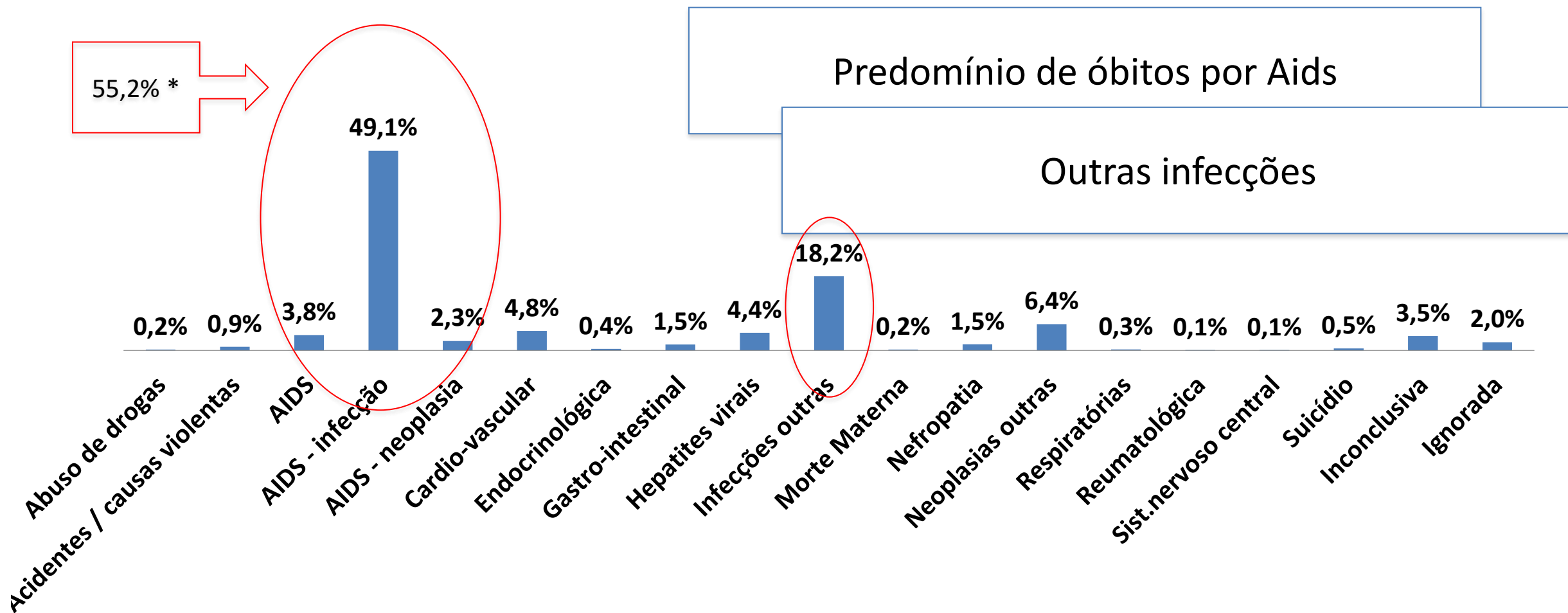


Pelo menos 64% sem os benefícios da TARV

- Não
- Sim, não aderente
- Sim, adesão ignorada
- Sim, aderente

Uso de TARV e adesão	
Não	291
Sim, não aderente	639
Sim, adesão ignorada	112
Sim, aderente	401
Ignorado	143
	1586

Gráfico 9. Distribuição, segundo a reclassificação da causa do óbito, dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Quadros de distribuição das causas de óbito (em números absolutos) dos 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP

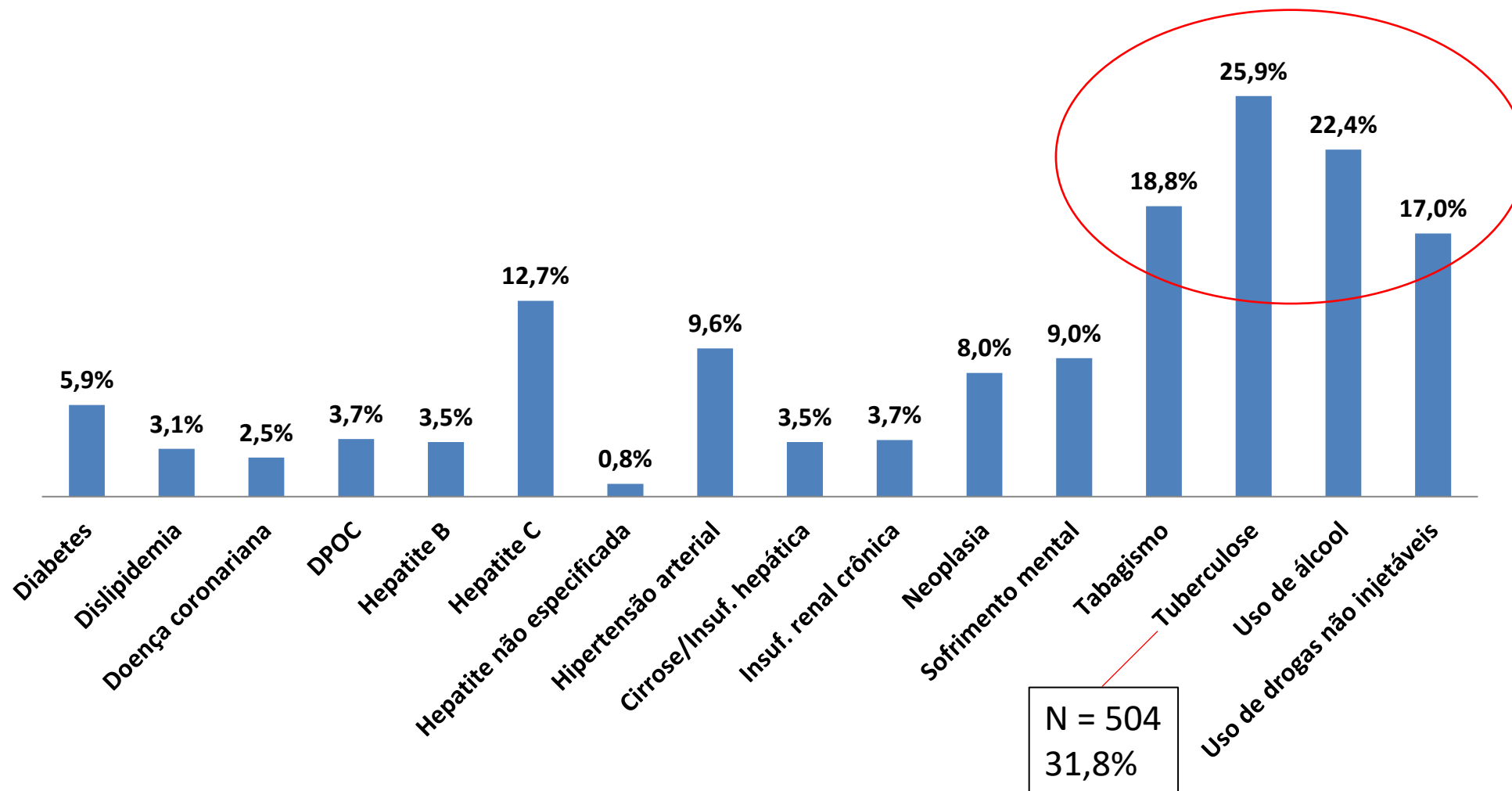
Causa do óbito		Causa do óbito *	
Abuso de drogas	3	Abuso de drogas	3
Acidentes / causas violentas	14	Acidentes / causas violentas	14
AIDS	60	AIDS	60
AIDS - infecção	628	AIDS - infecção	778
AIDS - neoplasia	37	AIDS - neoplasia	37
Cardio-vascular	76	Cardio-vascular	76
Endocrinológica	6	Endocrinológica	6
Gastro-intestinal	23	Gastro-intestinal	23
Hepatites virais	69	Hepatites virais	69
Infecções outras	439	Infecções outras	289
Morte Materna	3	Morte Materna	3
Nefropatia	24	Nefropatia	24
Neoplasias outras	102	Neoplasias outras	102
Respiratórias	4	Respiratórias	4
Reumatológica	1	Reumatológica	1
Sist.nervoso central	1	Sist.nervoso central	1
Suicídio	8	Suicídio	8
Inconclusiva	56	Inconclusiva	56
Ignorada	32	Ignorada	32
	1586		1586

Tuberculose / micobacteriose listada em alguma linha de 208 (13,2%) declarações de óbito.

* Infecções bacterianas entre pessoas com CD4 inferior a 200 células/mm³ foram reclassificadas enquanto AIDS - infecção

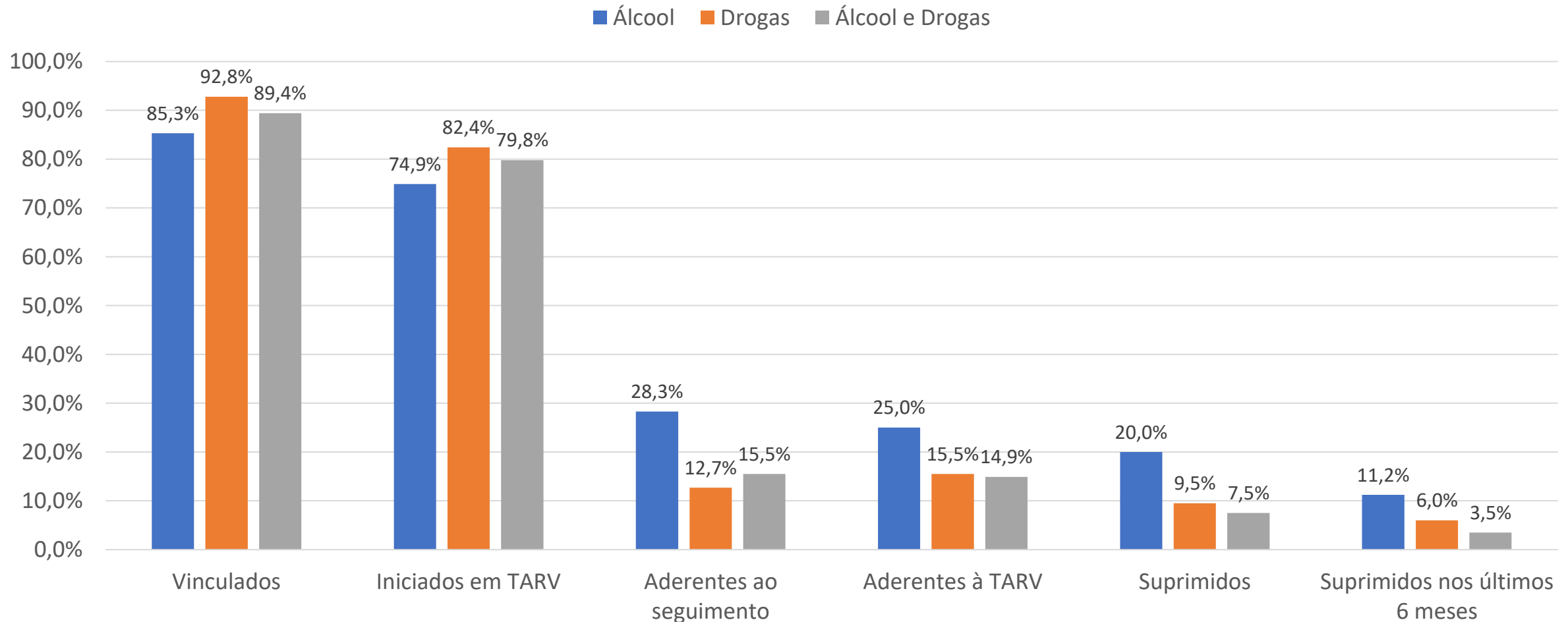
Outra infecções foram relacionadas a 27,7% do total de óbitos

Gráfico 10. Outras condições encontradas no último ano entre os 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



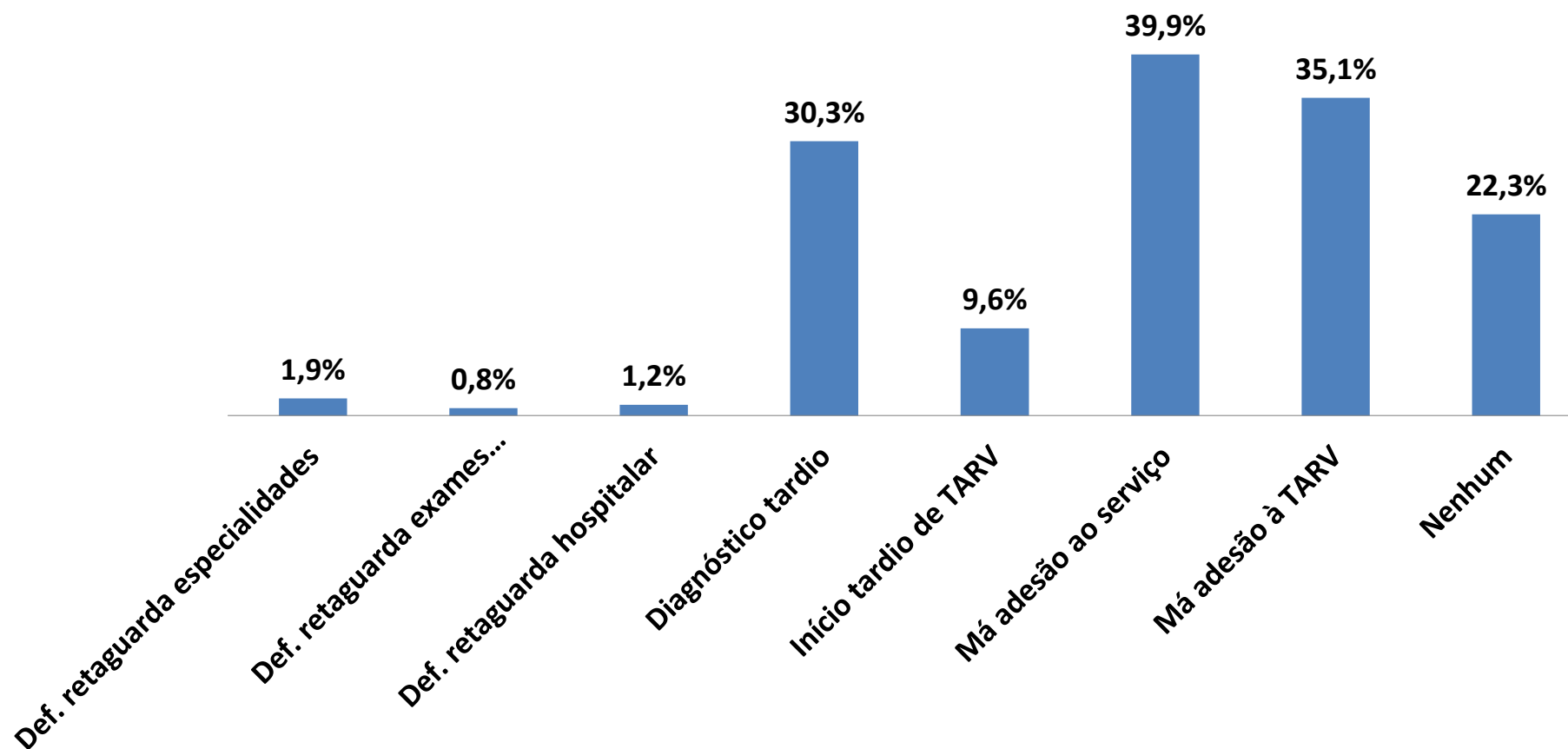
Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo (GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Gráfico 11. Uso de substâncias vs engajamento no serviço, uso de TARV e supressão viral entre 461 óbitos (29,2%) investigados de PVHA que faziam uso de álcool e/ou drogas, ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP



Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo
(GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

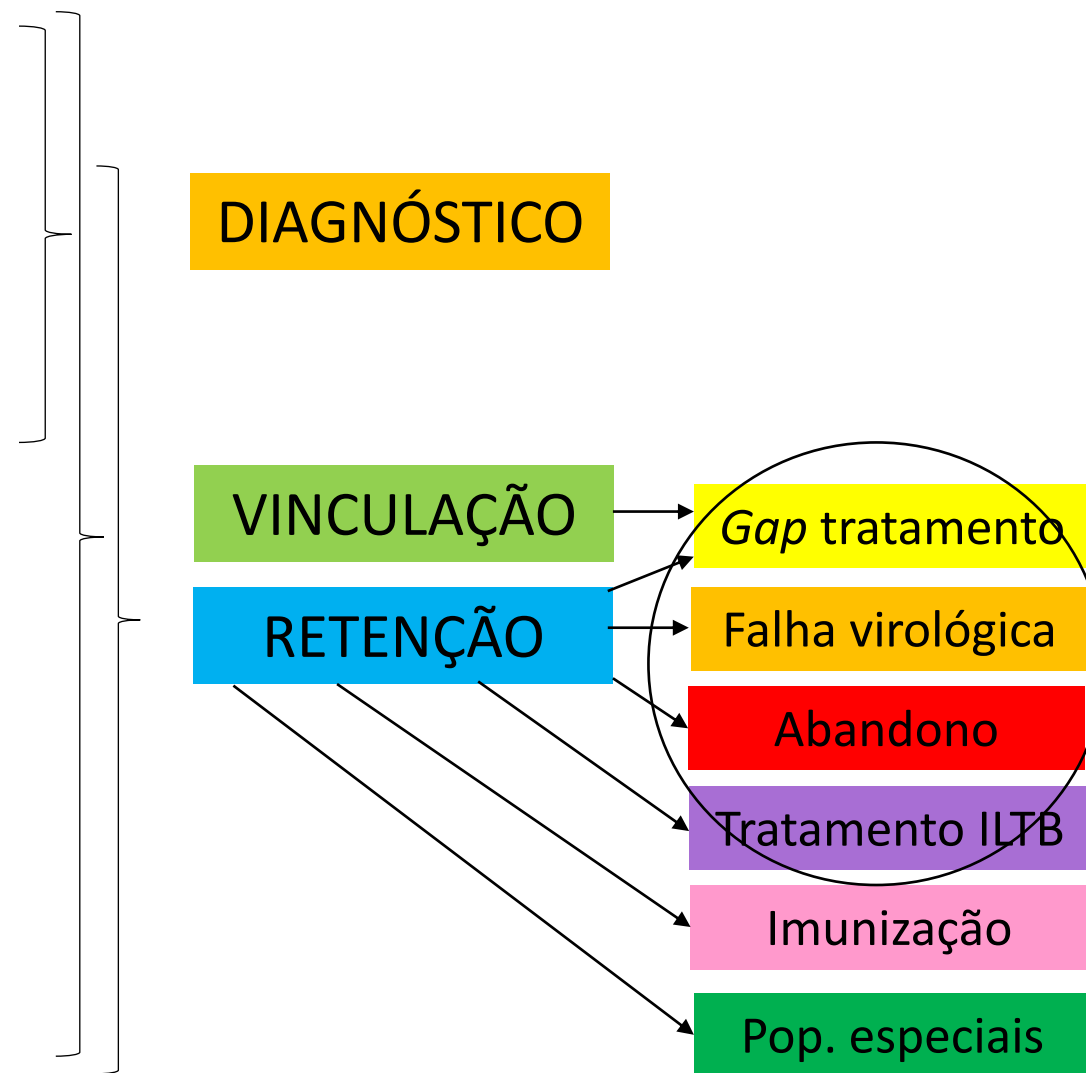
Gráfico 12. Fatores contribuintes para os 1.586 óbitos investigados de PVHA e ocorridos entre 2013 a 2016 no ESP, segundo a opinião do investigador



Fonte: Análise da mortalidade por Aids no Estado de São Paulo
(GT estadual período de análise: abril/2014 a setembro/2016)

Conclusões da análise preliminar

- 64% diagnosticados* tardiamente (CD4 < 350)
- Mínimo de 35% já doentes no diagnóstico
- 32% permaneceram vivos por até 2 anos após o diagnóstico
- Maioria (60%) gravemente imunossuprimidos (CD4 < 200)
- Maioria não vinculados (15%) ou não aderentes ao seguimento (43%)
- Maioria não iniciou (20%) ou era não aderente à TARV (44%)
- 79% não suprimidos
- 55,2% causa básica AIDS
- Em quase 1/3 dos casos a tuberculose pode ter contribuído para o óbito (porém citado na DO em apenas 13,2%)
- Infecções bacterianas em 27,7%
- Uso de álcool e/ou drogas atrapalhando a adesão ao seguimento e à TARV



Conclusões da análise preliminar

- A análise preliminar de 1.586 óbitos registrados entre 2013 e 2016 revelou a necessidade de investimentos na utilização do SIMC
 - *Gap* de tratamento (10.529*)
 - Falha virológica (7.995*)
 - Abandono (26.377*)
 - Indicação de tratamento de ILTB por critério CD4 (11.142*)
- FORMSUS
 - Ativo até Fev/2021
 - 4.215 digitações (há duplicidade)
 - Óbitos ocorrido em 86 municípios

2021: Revisão do processo

- Reformulação da base de dados – REDCap
 - [Investigação do óbito](#)
 - Mais amigável, mais controlado, mais responsivo e prático
 - Disponível para todos
- Municípios prioritários
 - Taxa de mortalidade por Aids > média ESP em todos os anos, de 2015 a 2019
 - 100 municípios com mais de 100.000 hab. relacionados pelo MS entre os que apresentaram > taxas de mortalidade por Aids no Brasil no ano de 2019

Municípios que digitaram a investigação de mais de 10 óbitos no período (total: 47)

Município	n	Município	n	Município	n
São Paulo	1547	Itapira	57	Jaú	31
São José do Rio Preto	405	São Vicente	53	Lençóis Paulista	29
Bauru	207	Taboão da Serra	51	Praia Grande	24
Ribeirão Preto	181	Birigui	48	Itapevi	23
Araçatuba	159	Bebedouro	42	Guaratinguetá	22
Votuporanga	148	São João da Boa Vista	42	Guarujá	22
São Carlos	147	Tatuí	42	Cubatão	20
Taubaté	121	Itararé	41	Mogi Guaçu	20
Campos do Jordão	87	Barueri	40	Ourinhos	19
Barretos	82	Capivari	40	Paraguaçu Paulista	17
Itanhaém	77	Itapeva	35	Pindamonhangaba	16
Catanduva	68	Aparecida	32	Rio Claro	14
Cruzeiro	68	Tremembé	32	Moji Mirim	12

Municípios com TM > ESP, de 2015 a 2019

Boletim epidemiológico Aids ESP

MUNICÍPIO	2015		2016		2017		2018 (*)		2019 (*)	
	TM	n	TM	n	TM	n	TM	n	TM	n
média ESP	5,98	2573	5,78	2508	4,72	2062	4,91	2159	4,60	2049
Araçatuba	11,80	22	6,41	12	6,38	12	5,29	10	4,70	9
Barretos	13,00	15	17,26	20	13,74	16	13,68	16	8,50	10
Barueri	8,30	21	10,58	27	6,21	16	5,39	14	5,00	13
Bauru	9,00	32	9,25	33	9,48	34	7,77	28	6,10	22
Bebedouro	13,40	10	9,38	7	8,06	6	10,76	8	8,10	6
Caçapava	7,90	7	18,00	16	10,06	9	5,55	5	6,60	6
Franca	7,80	26	7,20	24	4,77	16	6,22	21	4,70	16
Franco da Rocha	8,40	12	6,24	9	4,79	7	5,40	8	5,30	8
Guarujá	14,80	45	10,79	33	9,08	28	9,96	31	7,60	24
Itu	9,20	15	9,77	16	6,66	11	8,40	14	7,10	12
Limeira	7,30	21	5,89	17	6,88	20	5,47	16	5,80	17
Praia Grande	9,60	28	9,80	29	7,97	24	7,84	24	6,70	21
Santos	9,70	41	10,36	44	8,46	36	7,03	30	7,50	32
São José do Rio Preto	11,90	51	7,61	33	8,46	37	8,62	38	7,00	31
São Paulo	6,10	705	5,95	693	4,84	566	5,53	650	5,20	616
São Vicente	9,30	32	10,64	37	7,42	26	7,09	25	9,60	34
Sorocaba	9,30	58	6,19	39	6,59	42	7,76	50	6,40	42
Taquaritinga	14,80	8	9,21	5	7,36	4	11,03	6	7,30	4
Taubaté	7,10	21	9,45	28	8,36	25	5,63	17	5,30	16

Fonte: Fundação Seade.

Nota: (*) Dados preliminares.

Ranking municípios ESP entre os 100 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes com maior taxa de mortalidade

MUNICÍPIO	2015	2016	2017	2018	2019	Ranking nac. (MS)	Ranking SP (MS)
Catanduva	-	9,51	6,03	5,15	8,60	53º	2º
Guaratinguetá	8,70	9,48	8,58	-	6,80	97º	9º
Guarujá	14,80	10,79	9,08	9,96	7,60	74º	6º
Itatiba	-	-	-	6,97	7,70	67º	5º
Mairiporã	-	-	5,35	-	7,20	57º	3º
São Carlos	6,40	-	8,02	-	8,70	65º	4º
São José do Rio Preto	11,90	7,61	8,46	8,62	7,00	75º	7º
São Vicente	9,30	10,64	7,42	7,09	9,60	51º	1º
Tatuí	11,40	9,56	10,32	-	6,70	96º	8º

Conforme ofício nº 91/2021/SVS/MS

Municípios prioritários para a investigação

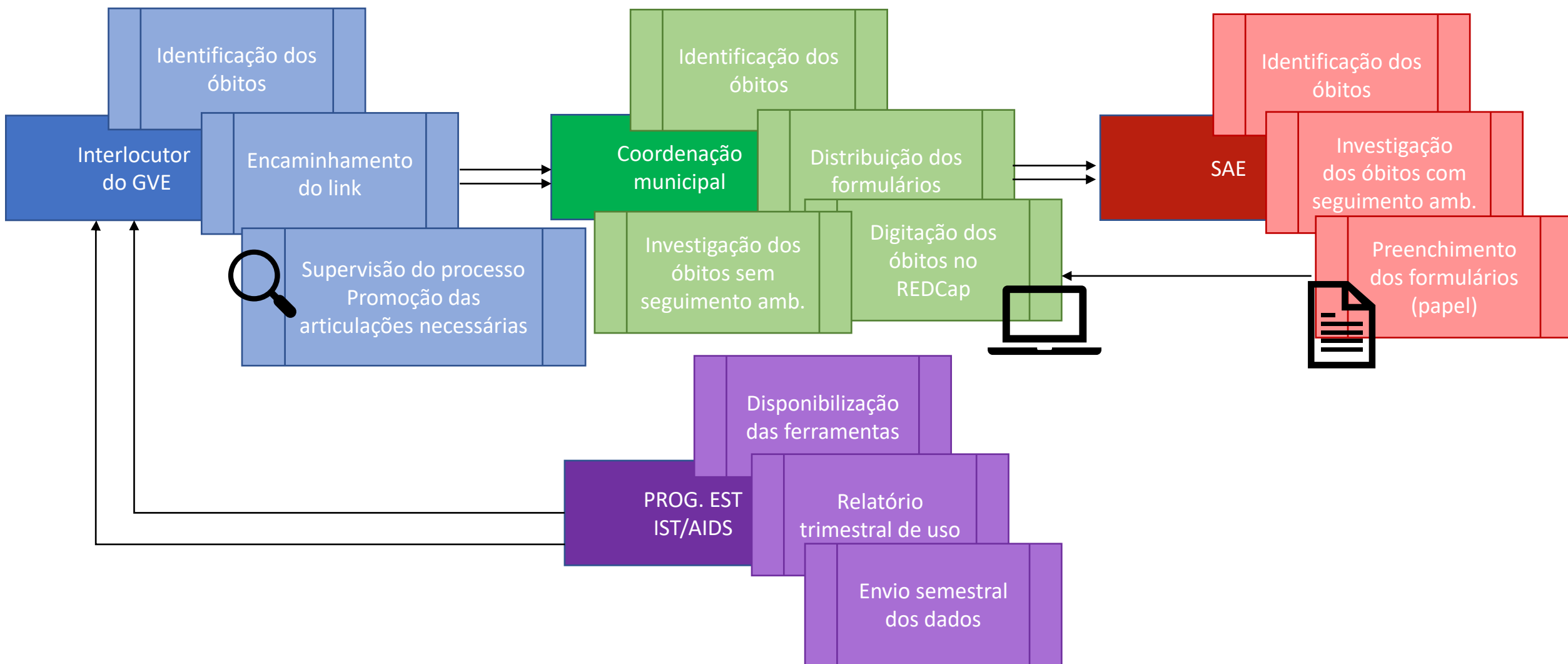
1. Araçatuba (159)
2. Barretos (82)
3. Barueri (40)
4. Bauru (207)
5. Bebedouro (42)
6. Caçapava
7. Catanduva (68)
8. Franca
9. Franco da Rocha
10. Guaratinguetá (22)
11. Guarujá (22)
12. Itatiba
13. Itu
14. Limeira
15. Mairiporã
16. Praia Grande (24)
17. Santos
18. São Carlos (147)
19. São José do Rio Preto (405)
20. São Paulo (1547)
21. São Vicente (53)
22. Sorocaba
23. Taquaritinga
24. Tatuí (42)
25. Taubaté (121)

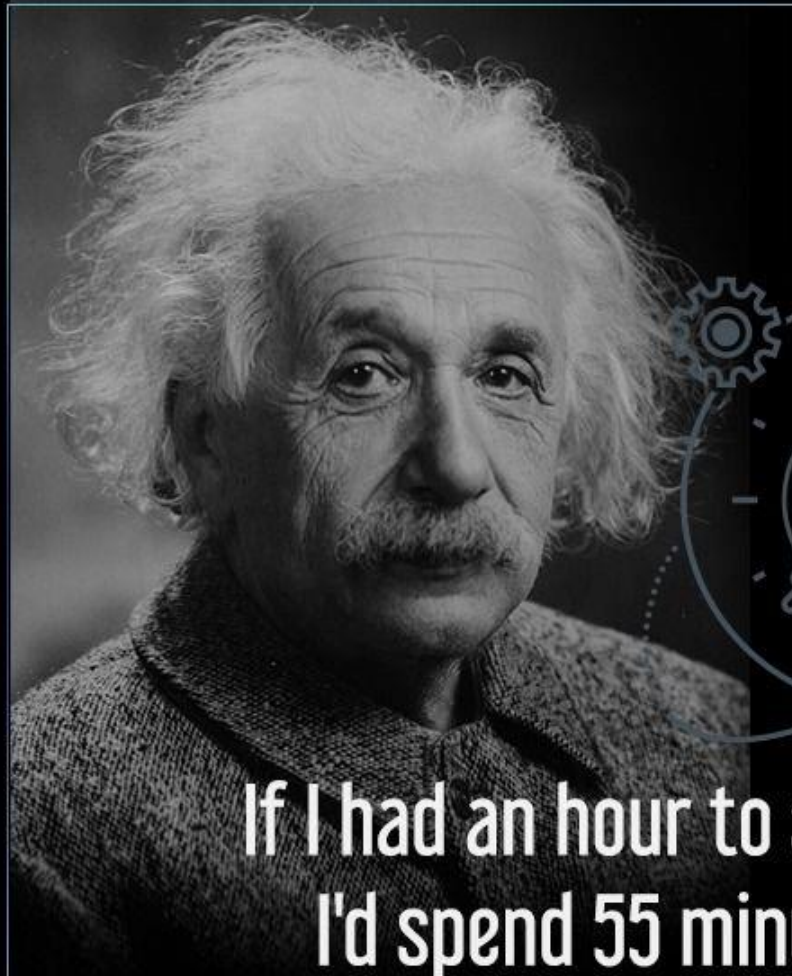
Município de de residência em conjunto com o de ocorrência do óbito

2021: Revisão do processo

- Prioridades para a investigação
 - Os 25 municípios apresentados, mas TODOS os demais devem investigar seus óbitos, com foco na evitabilidade de novos óbitos
 - Na existência de muitos óbitos para a investigação, realizar a seguinte priorização: Óbitos em crianças >
 - Óbitos causa básica Aids >
 - Óbitos no ano diagnóstico >
 - Demais situações

Sugestão de processo de trabalho





**If I had an hour to solve a problem
I'd spend 55 minutes thinking
about the problem and 5 minutes
thinking about solutions**

Albert Einstein

Obrigada!

squeiroz@crt.saude.sp.gov.br