

(72,7%). Os domínios que pontuaram menor qualidade de vida foram preocupação com sigilo sobre a infecção (25,0%), preocupação financeira (31,8%) e atividades sexuais (40,5%). Os fatores associados à melhor qualidade de vida na análise multivariada foram: última carga viral indetectável (OR 5,09), ter fonte de renda (OR 3,0), idade por ano de vida (OR 1,03), sexo masculino (OR 1,98) e vida sexual ativa (OR 1,89).

Conclusão: Conclui-se que prover TARV garantindo supressão viral e fonte de renda foram os principais fatores associados a QVRS adequada. As PVHA com idade mais avançada, do sexo masculino e com vida sexual ativa também apresentaram melhor qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102514>

EP-080

ANÁLISE DAS DESIGUALDADES NA CASCATA DO CUIDADO A PESSOAS VIVENDO COM HIV NO BRASIL CONFORME FAIXA ETÁRIA

Alexandre A.C.M. Ferreira, Rosana E.G.G. Pinho, Lais M. Aquino, Filipe B. Perini, Fernanda F. Fonseca, Alexsana S. Tressi, Gerson F.M. Pereira, Vivian I. Avelino-Silva, Ana Roberta P. Pascom

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O seguimento de crianças vivendo com HIV é desafiador. Os indicadores de tratamento estão, frequentemente, mais distantes das metas 90-90-90 estabelecidas pelo UNAIDS do que aqueles descritos para a população adulta.

Objetivo: O estudo descreve a cascata do cuidado de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em 2019 no Brasil, e a evolução histórica dos indicadores entre 2009-2019 por faixa etária. Também avaliamos o efeito independente da faixa etária sobre indicadores do cuidado a PVHIV.

Método: Os dados foram obtidos nos sistemas de informação relacionados ao HIV do Ministério da Saúde do Brasil. Os indicadores analisados na cascata foram: retenção no cuidado; uso de terapia antirretroviral (TARV); e supressão viral. O efeito da faixa etária foi avaliada em análises univariadas para os desfechos: início oportuno da TARV (com linfócitos T CD4+ ≥ 350 células/mm³ ou primeira dispensa de TARV em até 30 dias após a primeira coleta de CD4+) e detecção viral. Utilizou-se, também, modelo com ajustes múltiplos incluindo raça/cor, sexo e índice de vulnerabilidade social (IVS). Foi realizada análise temporal dos indicadores início oportuno de TARV e supressão viral conforme faixa etária.

Resultados: Foram incluídas 771.774 PVHIV no estudo. PVHIV mais jovens apresentaram os piores resultados em todos os indicadores da cascata. Grupos etários mais jovens (X a Y anos), aqueles residentes em municípios com maior IVS, negros e indígenas apresentaram menor chance de início precoce do tratamento; esses grupos apresentaram também maior chance de não alcançar supressão viral após seis meses de TARV. Embora as crianças vivendo com HIV apresentem

contagem de linfócitos T CD4+ mais altas ao diagnóstico, esse subgrupo populacional apresentou menor chance de início de tratamento nos primeiros 30 dias do diagnóstico. A análise temporal revelou que mesmo com os avanços nos cuidados das PVHIV, as crianças foram pouco beneficiadas em comparação aos adultos; nos 10 anos analisados, a supressão viral de PVHIV com mais de 50 anos aumentou de 81% para 91%; já naquelas com idade entre 2-4 anos, essa porcentagem elevou-se de 50% para 55%.

Conclusão: O estudo mostra que crianças e adolescentes vivendo com HIV enfrentam barreiras para alcançar as metas de cuidado propostas pela UNAIDS. A ampliação do acesso a novos medicamentos e a adoção de práticas padronizadas de cuidado são estratégias potenciais para modificar esse cenário.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102515>

EP-081

CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À LINHA DE CUIDADO DAS CRIANÇAS VIVENDO COM HIV NO BRASIL

Alexandre A.C.M. Ferreira, Andréa M.B. Beber, Lino N. Silveira, Aranaí S.D. Guarabyra, Ana Roberta P. Pascom, Rosana E.G.G. Pinho, Nazle M.C. Veras, Gerson F.M. Pereira, Angelica E.B. Miranda, Vivian I. Avelino-Silva

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Intervenções oportunas no cuidado da criança vivendo com HIV (CVHIV), incluindo o diagnóstico precoce e início da terapia antirretroviral (TARV), podem resultar em redução de complicações relacionadas à imunodeficiência e melhor crescimento e desenvolvimento das CVHIV.

Objetivo: Descrever as características da linha do cuidado das CVHIV no Brasil e analisar fatores demográficos e clínicos associados aos indicadores.

Método: Foram utilizados dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde do Brasil. Foram incluídas CVHIV com idade < 18 meses e com genotipagens válidas coletadas entre 2009 e 2020. As características da linha do cuidado das CVHIV no Brasil foram classificadas segundo o tempo para: início da investigação diagnóstica; início da TARV, e supressão viral. O início da investigação diagnóstica foi definido pela data da primeira carga viral do HIV. O início do tratamento foi definido pela data da primeira retirada de TARV. A supressão viral foi definida pela data da primeira carga viral <50 cópias/mL. Utilizou-se modelos de regressão de Poisson modificados com ajustes múltiplos para analisar associações entre: índice de vulnerabilidade social, raça, sexo, esquema terapêutico e presença de resistência à nevirapina (NVP) ou ao efavirenz (EFV), e os desfechos: início da investigação diagnóstica com ≥ 6 meses; início da TARV com ≥ 12 meses; tempo para indetectabilidade ≥ 12 meses após início da TARV.

Resultados: Incluímos 1191 CVHIV, com idade mediana de 5 meses (IIQ: 3-9), dos quais 57,5% eram do sexo feminino, 52,4% pretos/pardos/indígenas e 19,1% apresentaram resistência a NVP ou EFV. Apenas 51,7% (n = 479) coletaram a primeira carga viral antes dos 3 meses de idade, e a mediana de tempo para atingir supressão viral foi de 22 meses. A mediana da idade de início da TARV foi de 6 meses (IIQ: 4-11), o tempo de tratamento para chegar a supressão viral foi de 13 meses (IIQ: 7-22) e a idade na indetecção foi de 22 meses (IIQ: 15-32). CVHIV que residiam em municípios de IVS muito alto apresentaram maior risco de início da investigação diagnóstica após o sexto mês de vida (aRR 3,4; IC 95%1,6-7,4).

Conclusão: O estudo revela importantes inconformidades nos indicadores da linha de cuidado. Atrasos no início da investigação e no início da TARV refletem-se no maior tempo para alcançar carga viral indetectável entre CVHIV. Dentre os preditores avaliados, apenas a pior vulnerabilidade social apresentou associação estatisticamente significativa com o início tardio da investigação diagnóstica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102516>

EP-082

ADESÃO AOS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM MATERNIDADES BRASILEIRAS

Andréa M.B. Beber, Alexandre A.C.M. Ferreira, Lino N. Silveira, Aranaí S.D. Guarabyra, Ana Roberta P. Pascom, Isabela O. Pereira, Gerson F.M. Pereira, Vivian I. Avelino-Silva, Angelica E.B. Miranda

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A redução nas taxas de transmissão vertical do HIV (TVHIV) é resultado da implementação de medidas preventivas nos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo cuidados no pré-natal, profilaxias no parto e inibição da lactação. Identificar onde e quando ocorrem falhas é fundamental para adotar medidas reparadoras e evitar novos casos.

Objetivo: Descrever as características das maternidades e as medidas adotadas para a prevenção da TVHIV.

Método: O estudo utilizou questionário estruturado para coleta de dados, sendo enviado para 1975 instituições com registro de parto realizado pelo SUS, entre jan/2018-maio/2020 e com e-mail cadastrado. 7 perguntas foram consideradas como medidas essenciais para a prevenção de TVHIV: diagnóstico, profilaxia no momento do parto (mulher e criança), cuidados no parto e inibição de lactação. Essas foram agrupadas em um desfecho agregado e os serviços classificados conforme adequação a esse desfecho. Investigou-se associações entre a adequação dos serviços às medidas essenciais e o índice de vulnerabilidade social (IVS) dos municípios e o número de partos realizados por mês.

Resultados: Das 1975 unidades com cadastro, 801 (41%) responderam ao questionário. Destas, 58% (n = 461) realizam

menos de 100 partos mensais, 31% (n = 250) entre 100 e 300, e 11% (n = 88) mais de 300 partos no mês. A região sudeste foi a que apresentou maior número de instituições com 38% (n = 302). O valor mediano de IVS foi 0,286 (IIQ: 0,22-0,387). Aproximadamente 82% (IC-95%: 77-83) das instituições realizam os cuidados imediatos na sala do parto; 95% (IC-95%: 93-96) realizam testes para o diagnóstico do HIV na parturiente; 33% (n = 226) declaram adesão às sete medidas consideradas fundamentais. Observou-se associação estatisticamente significantes entre o IVS do município e a chance de inadequação às medidas; em relação às maternidades localizadas em municípios com baixo IVS, a chance de inadequação em municípios de médio, alto ou muito alto foi, em média, 2 a 3,5 vezes maior. Serviços que realizaram mais partos houve maior chance de adesão a todas as medidas analisadas.

Conclusão: Embora a maioria dos serviços realizem medidas de diagnóstico e prevenção ao HIV no parto, boa parte ainda apresenta inadequações na adoção das principais condutas de prevenção, com maior ocorrência em maternidades com menor número de partos e localizadas em municípios com pior IVS. Para eliminar a TVHIV é fundamental viabilizar a capilaridade das políticas de prevenção para os níveis de atenção.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102517>

ÁREA: INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IRAS

EP-083

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Adrielle Gislaine S. Nhoncanse, Bruna Fagundes, Aline Galdino, Jairo de Melo Peigo, Fernanda Ferraresi Pinto, Richard Rodrigues Nunes, Walter Schilis, Ivani Bizon, Renato de Lima Vieira, Maria Cláudia Stockler Almeida

AME - Dr. Geraldo Paulo Bourroul, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A melhoria na adesão à higienização das mãos (HM) é algo muito enfatizado por todos os serviços de saúde. Estratégias para estimular essa prática envolvem mudanças de comportamento por parte dos profissionais. A OMS lançou a estratégia multimodal para melhoria da HM nos serviços de saúde a qual consiste em abordagens mais assertivas para estimular as práticas de HM. Essa abordagem é constituída por cinco ferramentas-chave: mudança do sistema, treinamento e educação, avaliação e retorno da prática de HM, lembretes nos locais de trabalho e clima de segurança institucional.¹⁻³

Objetivo: Descrever a implementação do programa de HM em um ambulatório médico de especialidades (AME) utilizando as ferramentas-chave da estratégia multimodal.