

90-90-90

Uma meta ambiciosa de
tratamento para contribuir
para o fim da epidemia de
AIDS

Pôr fim à epidemia de AIDS é mais do que uma obrigação histórica para com as 39 milhões de pessoas que morreram da doença. Também representa uma oportunidade significativa para estabelecer os alicerces de um mundo mais saudável, mais justo e mais equitativo para as gerações futuras. Pôr fim à epidemia de AIDS inspirará esforços mais abrangentes na área da saúde global e do desenvolvimento internacional, demonstrando o que pode ser alcançado por meio da solidariedade global, ações baseadas em evidências e parcerias multissetoriais.

Embora muitas estratégias ainda sejam necessárias para acabar com a epidemia de AIDS, uma coisa é certa: *será impossível pôr fim à epidemia sem disponibilizar o tratamento do HIV para todos que precisam.*

À medida que o mundo estuda os rumos a tomar após o prazo de 2015 estabelecido para as metas e os compromissos da Declaração Política de 2011 sobre HIV e AIDS, faz-se necessária uma meta definitiva para impulsionar o progresso em direção ao capítulo final da epidemia de AIDS, promover a responsabilização e unir os diversos atores em um esforço compartilhado. Enquanto as metas anteriores para a AIDS buscavam obter progresso gradativo na resposta, o objetivo para a era pós-2015 é nada menos que o fim da epidemia de AIDS até 2030.

Em dezembro de 2013, a Junta de Coordenação de Programa (PCB) pediu ao UNAIDS como um todo apoiar esforços liderados pelos países e pelas regiões para estabelecer novas metas para intensificar o tratamento do HIV depois de 2015. Em resposta, foram realizadas consultas sobre novas metas com os atores interessados em todas as regiões do mundo. No âmbito global, os atores interessados se reuniram em uma variedade de consultas temáticas com enfoque em sociedade civil, medicina laboratorial, tratamento do HIV pediátrico, adolescentes e outras questões-chave.

Está se formando um movimento forte de construção de uma nova narrativa sobre o tratamento do HIV e uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.

A META PARA O TRATAMENTO



diagnosticados



em tratamento



com supressão viral

Quando esta meta tríplice for alcançada, pelo menos 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo todo terão supressão viral – um número dois a três vezes maior que as atuais estimativas aproximadas de supressão viral. Modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas até 2020 permitirá que o mundo ponha fim à epidemia de AIDS até 2030, o que por sua vez gerará grandes benefícios para a saúde e para a economia.

A única maneira de se alcançar essa meta ambiciosa é por meio de estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão. As estratégias coercivas não somente violam os direitos humanos fundamentais, como também prejudicam as expectativas quanto ao fim da epidemia da AIDS. Como a experiência no mundo inteiro tem demonstrado repetida e conclusivamente, as estratégias coercivas afastam as pessoas dos serviços que precisam.

O tratamento do HIV é uma ferramenta crítica para acabar com a epidemia de AIDS, mas não é a única. Conjuntamente com ações para maximizar os efeitos preventivos do tratamento do HIV, fazem-se necessários esforços urgentes para intensificar outras estratégias essenciais de prevenção, incluindo a eliminação da transmissão vertical, programas de disponibilização de preservativos, profilaxia antirretroviral pré-exposição, circuncisão masculina médica voluntária em países prioritários, serviços de redução de danos para pessoas que injetam drogas,

bem como programas de prevenção dirigidos a outras populações-chave. Para implementar uma resposta abrangente para acabar com a epidemia, serão necessários esforços concertados para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social.

Acabar com a epidemia de AIDS exigirá acesso ininterrupto ao tratamento a vida toda para dezenas de milhões de pessoas, sistemas de saúde e sistemas comunitários fortes e flexíveis, a proteção e a promoção dos direitos humanos, bem como mecanismos autossustentáveis de financiamento capazes de manter programas de tratamento durante toda a vida das pessoas vivendo com HIV. À medida que surgirem novas tecnologias – incluindo o diagnóstico mais simples com custo mais acessível; antirretrovirais mais simples e mais toleráveis; e por último, antirretrovirais com maior duração e menor custo que não precisam ser tomados diariamente –, a vontade política, o preparo dos sistemas e a adoção e implementação oportunas de diretrizes normativas globais serão necessários para garantir a disponibilidade dessas novas ferramentas em escala adequada. Assim como a profilaxia para a pneumonia provocada por *Pneumocystis carinii* serviu nos anos iniciais da epidemia de AIDS como uma ponte de salvação para a era do tratamento antirretroviral para milhões de pessoas vivendo com HIV, agora o mundo precisa maximizar a efetividade das ferramentas já existentes para prolongar vidas até chegar à era em que uma cura ou formas muito mais simples de tratamento estejam disponíveis.

TRATAMENTO DO HIV: ESSENCIAL PARA ACABAR COM A EPIDEMIA DE AIDS E TORNAR RARA A TRANSMISSÃO DO HIV

O tratamento do HIV é uma ferramenta ímpar na resposta à AIDS, prevenindo a doença e a morte, evitando novas infecções e economizando recursos financeiros. Visto que as expectativas quanto ao fim da epidemia de AIDS dependem

em grande medida da capacidade do mundo de proporcionar o tratamento do HIV a todos que precisam, dentro de uma abordagem baseada em direitos humanos, ter metas definitivas para o acesso ao tratamento universal é essencial.

Fig. 1

O TRATAMENTO DO HIV PODE NORMALIZAR A SOBREVIDA



Impacto previsto do tratamento do HIV sobre a sobrevida de uma pessoa com 20 anos de idade vivendo com HIV em um contexto de renda alta (períodos diferentes)

Fonte: Samji H et al., PLoS ONE, 2013.

O tratamento previne doenças relacionadas ao HIV

Em 2013, ao recomendar um aumento no valor de referência da contagem das células CD4 para o início do tratamento do HIV de 350 para 500 células/mm³, a OMS citou evidências crescentes dos benefícios clínicos do início mais precoce do tratamento.¹ Depois do lançamento das diretrizes, análise adicional dos resultados do Estudo HPTN 052 mostrou que os participantes do braço do tratamento precoce (contagem CD4 de 250 a 500) maiores medianas de contagens de CD4 durante dois anos de seguimento; 27% menos chance de sofrer um evento clínico grave, 36% menos chance de sofrer um evento clínico definidor de AIDS e 51% menos chance de ser diagnosticado com tuberculose.²

O tratamento do HIV evita HIV mortes relacionadas à AIDS

Enquanto alguém que foi infectado com HIV na era pré-tratamento tinha uma expectativa de sobrevida de apenas 12,5 anos³, uma pessoa jovem morando em um país industrializado que se infecta hoje pode ter uma expectativa de vida quase normal (mais cinquenta anos de vida) se aderir sem interrupção ao tratamento do HIV a vida toda (Fig. 1).⁴ Evidências cada vez maiores indicam que resultados comparáveis podem ser alcançados em contextos com recursos limitados.²

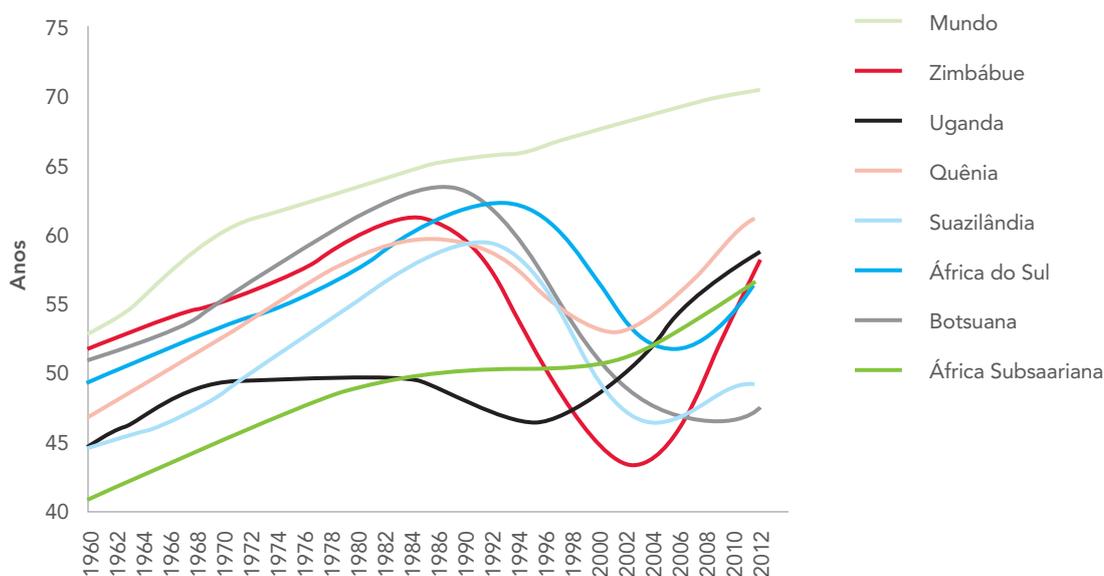
Houve uma queda dramática nas mortes relacionadas à AIDS nos países de renda baixa e média após a introdução em larga escala do tratamento do HIV. À medida que se ampliou

acesso ao tratamento no decorrer da última década nos países com alta prevalência do HIV, foram revertidos os efeitos devastadores da epidemia sobre a saúde, com um aumento acentuado na expectativa de vida nos países,

onde tratamento do HIV foi intensificado em escala apropriada (Fig. 2). O fato de que a expectativa de vida ainda não voltou aos níveis pré-1990 destaca a necessidade da ampliação contínua dos serviços de tratamento do HIV.

Fig. 2

TENDÊNCIAS DE EXPECTATIVA DE VIDA DURANTE A EPIDEMIA DE AIDS



Fonte: Dados do Banco Mundial sobre expectativa de vida. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. Acessado em 15 de setembro de 2014.

O tratamento do HIV previne novas infecções por HIV

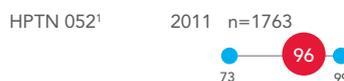
Entre as intervenções preventivas avaliadas até o momento em ensaios aleatorizados e controlados, o tratamento do HIV tem demonstrado de longe o efeito mais significativo sobre a incidência do HIV (Fig. 3).⁵ Os achados intermediários do estudo PARTNER indicam que entre 767 casais sorodiscordantes, nenhum

caso de transmissão de HIV ocorreu quando a pessoa vivendo com HIV teve supressão viral – depois de estimadas 40 mil relações sexuais.⁶ Enquanto ferramenta de prevenção, o tratamento do HIV deve ser visto com um componente crítico de uma combinação de estratégias baseadas em evidências (conhecida como ‘prevenção combinada’).

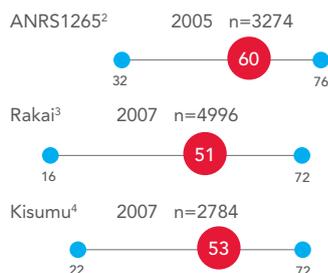
Fig. 3

EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BIOMÉDICAS DISPONÍVEIS CONFORME ENSAIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS. MODIFICADO COM AUTORIZAÇÃO DE MARRAZZO ET AL, JAMA, NO PRELO, 2014.*

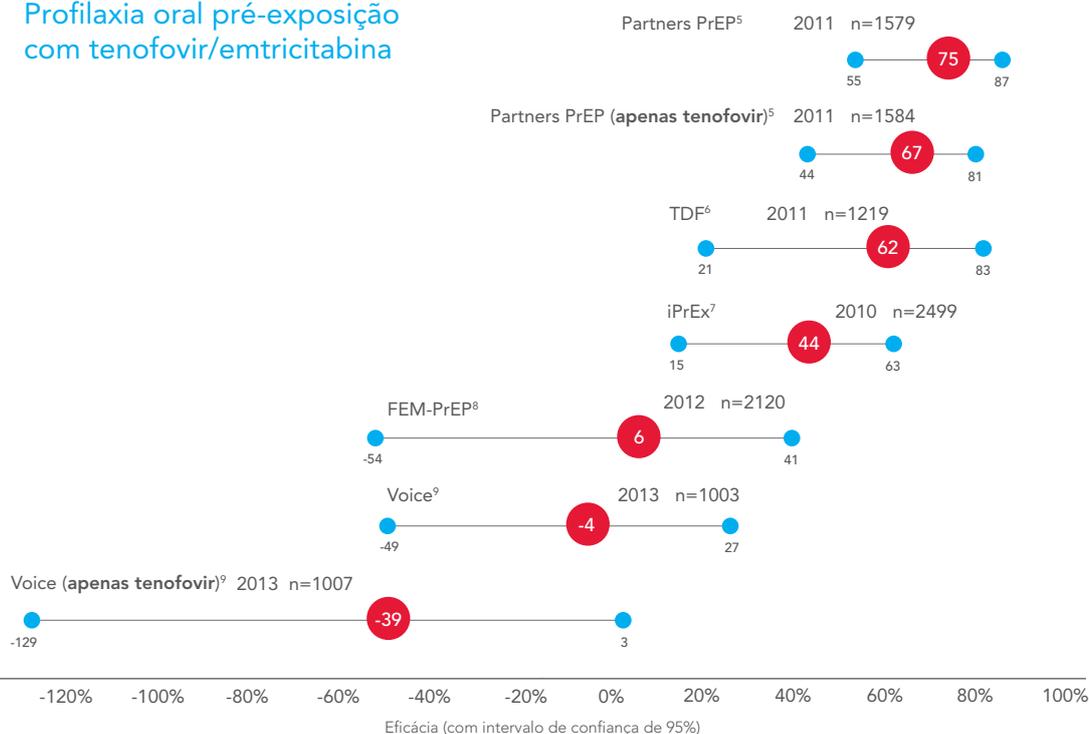
Terapia antirretroviral imediata para o parceiro HIV positivo



Circuncisão masculina médica



Profilaxia oral pré-exposição com tenofovir/emtricitabina



Fontes: 1. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 2011;365:493–505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243. 2. Avert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2(11):e298. DOI:10.1371/journal.pmed.0020298. 3. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, 369(9562): 657–666, 24 February 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60313-4. 4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean J, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369(9562):643–656, 2007 Feb 24. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60312-2. 5. Baeten JM, D. Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012;367:399–410. DOI:10.1056/NEJMoa1108524. 6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, et al. Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012;367:423–34. DOI:10.1056/NEJMoa1110711. 7. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010;363:2587–99. DOI:10.1056/NEJMoa1011205. 8. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women (FEM-PrEP). *N Engl J Med* 2012;367:411–22. DOI:10.1056/NEJMoa1202614. 9. J. Marrazzo, G Ramjee, G Nair, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV in women: daily oral tenofovir, oral tenofovir/emtricitabine or vaginal tenofovir gel in the VOICE study (MTN 003). 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta, GA, March 3-6, 2013. Abstract 26LB.

Os benefícios que o tratamento do HIV traz para a prevenção são aparentes na população. Em KwaZulu-Natal, África do Sul, observou-se que com cada 1% de aumento de cobertura no tratamento, houve uma redução de 1,1% na incidência do HIV.⁷ Esses achados são similares aos relatados na província canadense de Colúmbia Britânica, onde cada aumento de 1% no número de pessoas com supressão viral foi associado a uma redução de 1,2% na incidência estimada do HIV.⁸ Embora seja provável que os efeitos do tratamento do HIV sobre a prevenção não continuem sempre seguindo uma tendência linear, a evidência está clara que a intensificação do tratamento gera fortes benefícios para a população. Em resumo, o tratamento do HIV é um dos pilares da prevenção combinada do vírus.

O tratamento do HIV economiza dinheiro

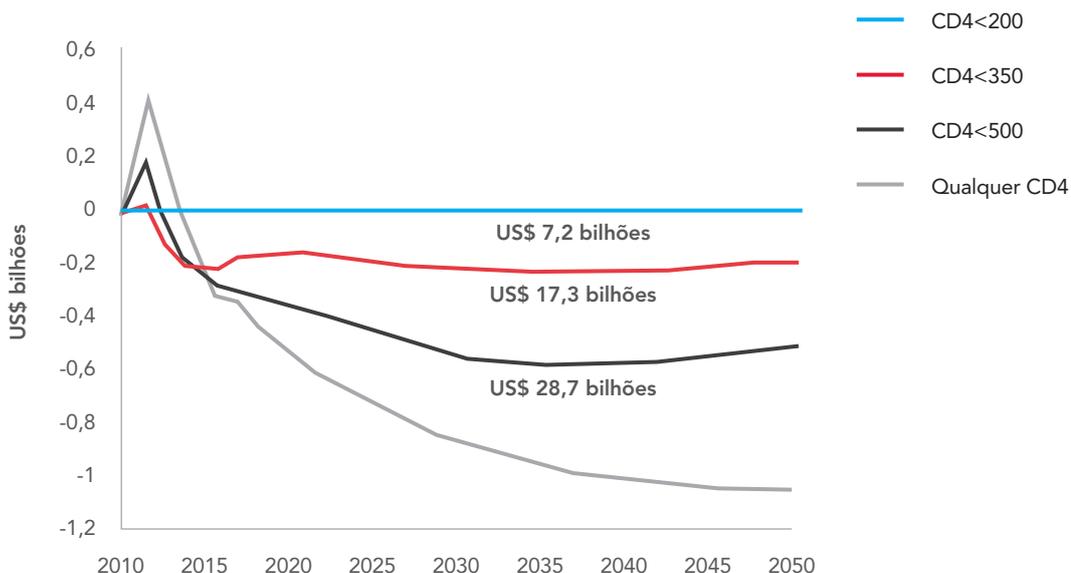
O início precoce do tratamento traz ainda mais benefícios para a saúde e para a economia. Na África do Sul, por exemplo, modelos matemáticos estimaram que todos os cenários de intensificação do tratamento baseados em valores de referência mais altos de células CD4 para o início do tratamento geram benefícios simultâneos para a saúde e para a economia, mas que os benefícios

mais significativos ocorrem quando o tratamento está disponível para todas as pessoas vivendo com HIV, independente da contagem de CD4 (Fig. 4). Prevê-se que a intensificação rápida do tratamento do HIV para abranger todas as pessoas vivendo com o vírus evitaria 3,3 milhões de novas infecções por HIV na África do Sul até 2050 e economizaria US\$30 bilhões.⁹

Segundo outro exercício de modelagem matemática, os investimentos na ampliação do tratamento do HIV geram retornos mais de duas vezes maiores quando se levam em conta os custos evitados de atenção médica e de assistência a órfãos, e o aumento da produtividade da mão de obra.¹⁰ Também não será necessário esperar décadas para ver os benefícios econômicos do investimento oportuno na intensificação rápida do tratamento. Em alguns países, as economias oriundas da intensificação do tratamento do HIV seriam percebidas imediatamente.¹¹ A real redução de custos surgiria mais tarde em países com alta prevalência de HIV. No entanto, mesmo na África do Sul, onde moram mais pessoas com HIV do que em qualquer outro país, há estimativas que indicam que o país chegaria ao ponto de equilíbrio dentro de uma década após ter disponibilizado o tratamento para todas as pessoas, independente da contagem de CD4.^{12,13}

Fig. 4

AMPLIAR O ACESSO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL É UM INVESTIMENTO INTELIGENTE: O CASO DA ÁFRICA DO SUL



Fonte: Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. PLoS ONE, 2012, 7:e30216.

O tratamento do HIV e a era pós-2015: As escolhas disponíveis para o mundo

À medida que se aproxima o prazo para o alcance das metas estabelecidas para 2015 e à medida que o mundo estuda marcos de

referência para orientar e impulsionar o progresso após 2015, há várias formas possíveis de avançar com a intensificação do tratamento (Fig. 5):

Fig. 5

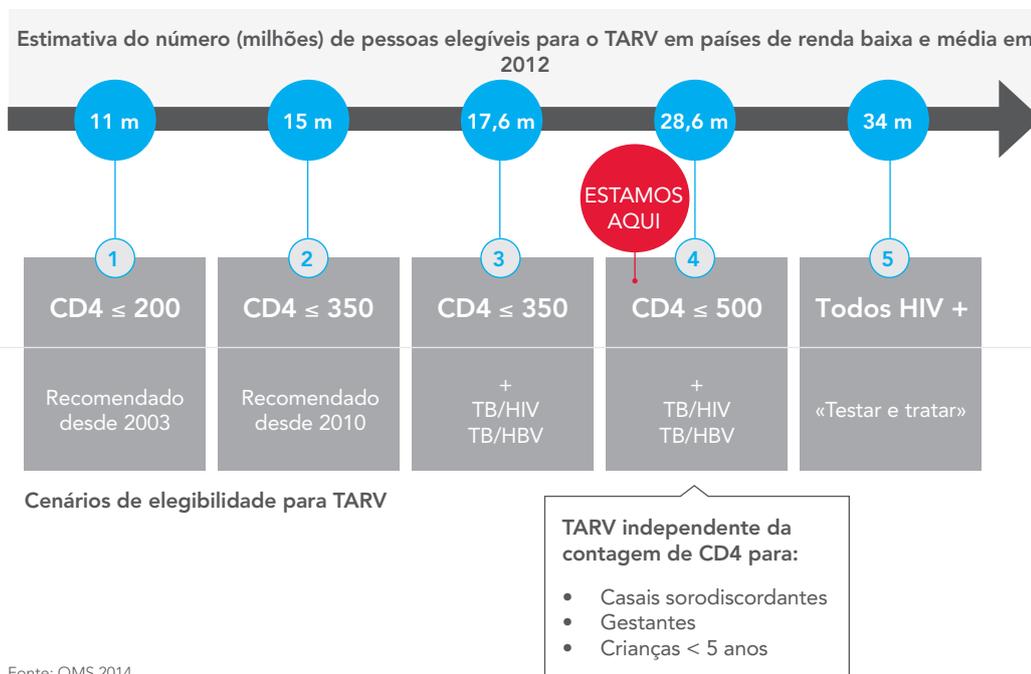
AS ESCOLHAS



- **Deixar como está:** Uma opção seria de repousar sobre os louros conquistados, continuando efetivamente com os níveis de cobertura do tratamento alcançados até agora, sem investir na ampliação adicional do acesso ao tratamento. Manter a situação como está estaria associado à persistência do desabastecimento de medicamentos e também da cobertura extremamente baixa em vários países com alta carga do HIV, como a Nigéria, a Federação Russa e a República Democrática do Congo. Essa abordagem levaria ao crescimento progressivo do ônus global da AIDS, diminuindo ou anulando totalmente as conquistas alcançadas até agora.
- **Continuar no ritmo atual de intensificação:** Por meio do investimento contínuo em programas de tratamento, a cobertura do tratamento continuaria a aumentar constantemente nesse cenário. Com o passar do tempo, contudo, a continuação das atuais estratégias de intensificação provavelmente traria em resultados cada vez mais diminutos, visto que esforços que exigem mais mão de obra serão necessários para alcançar as populações de mais difícil acesso com serviços de testagem e tratamento. No caso das crianças e das populações-chave, bem como das dezenas de países onde a cobertura do tratamento do HIV permanece baixa, o acesso universal não seria alcançado até 2030 nesse cenário.
- **Intensificar de acordo com as diretrizes da OMS de 2013:** A implementação rápida das diretrizes de 2013, inclusive com adolescentes e populações-chave, representaria o fortalecimento significativo dos esforços globais na área do tratamento, visto que estimados 85% de todas as pessoas vivendo com HIV agora são elegíveis para o tratamento conforme as recomendações atuais da OMS. Contudo, isto deixaria milhões de pessoas vivendo com HIV com contagem de CD4 acima de 500, incluindo muitos integrantes das populações-chave, inelegíveis para tratamento imediato.
- **Intensificar rapidamente o tratamento do HIV para todas as pessoas vivendo com o vírus, independente da contagem de CD4:** Esse cenário pede para os países utilizarem o número total de pessoas vivendo com HIV como o denominador para a cobertura do tratamento. Levando em conta a tendência clara de iniciar mais cedo o tratamento do HIV, incluindo o fato de que as diretrizes nacionais em mais de doze países especificamente requerem ou permitem iniciar a terapia antirretroviral independente da contagem de CD4, esse cenário supõe que em algum momento as diretrizes internacionais vão passar a recomendar uma abordagem baseada em direitos humanos de testagem e oferta de tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV (Fig. 6).

Fig. 6

CENÁRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: VISÃO DA OMS



Fonte: OMS 2014

Relatório sobre a situação da intensificação do tratamento do HIV

Agora o mundo está caminhando na direção certa para alcançar o objetivo de disponibilizar o tratamento do HIV para pelo menos 15 milhões de pessoas até 2015. Em dezembro de 2013, quase 12,9 milhões de pessoas recebiam terapia antirretroviral no mundo inteiro. Esta é uma conquista extraordinária – que deve inspirar a comunidade global no planejamento para a era pós-2015. A capacidade dos países de superar desafios enormes para a intensificação do tratamento agora permite que a comunidade global possa avistar o que antigamente era quase inimaginável – o fim da epidemia de AIDS.

Contudo, embora os avanços feitos pelos países até agora sejam históricos, ainda está por vir a maior parte do trabalho envolvido em levar o tratamento do HIV a todos aqueles que precisam. Em dezembro de 2013, apenas 37% das pessoas vivendo com HIV recebiam

tratamento, deixando mais de 22 milhões de pessoas vivendo com HIV sem tratamento. É provável que aqueles que já recebem tratamento para o HIV em muitos países sejam os mais fáceis de serem alcançados, o que sugere que o caminho rumo ao acesso universal para todas as populações enfrentará grandes desafios.

Por trás do progresso global com a intensificação do tratamento existe uma variação considerável no acesso ao tratamento capaz de salvar vidas. Há lacunas substanciais de cobertura entre regiões; no continente africano, por exemplo, a cobertura do tratamento em 2013 variou entre 41% na África Oriental e na África Austral e 19% na África Setentrional (Fig. 8). Além da África, houve pouco ou nenhum progresso regional desde 2005 na redução das mortes relacionadas à AIDS no Oriente Médio, no Leste Europeu e em alguns países asiáticos devido à cobertura persistentemente inadequada de tratamento.

Fig. 7

TOTAL DA COBERTURA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL POR REGIÃO EM 2013

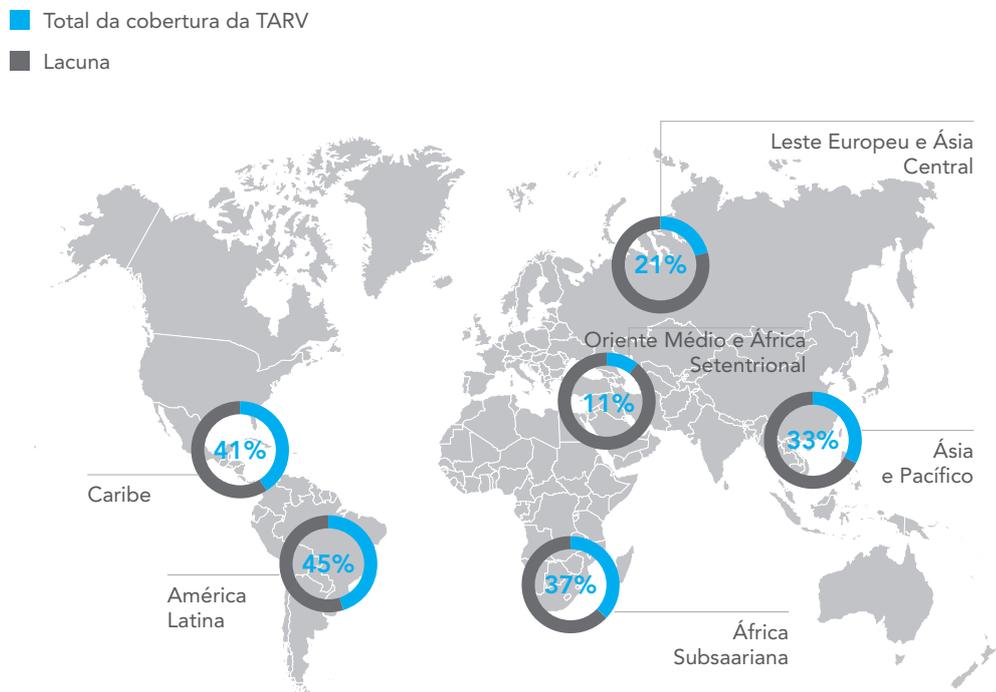
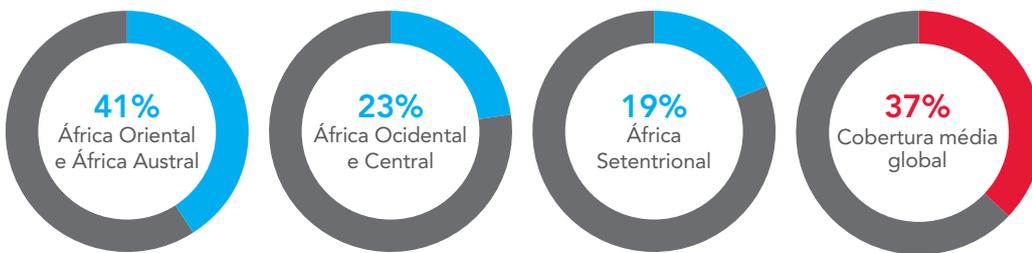


Fig. 8

COBERTURA DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL VARIA DENTRO DA ÁFRICA



Fonte: Estimativas do UNAIDS, 2013.

Em 2013, enquanto 37% dos adultos vivendo com HIV no mundo inteiro recebiam terapia antirretroviral, apenas 24% das crianças vivendo com HIV obtiveram tratamento. Visto que as crianças com HIV têm 50% de chance de morrer antes de completar dois anos de idade na ausência do tratamento¹⁴, a considerável falta

de utilização das ferramentas de diagnóstico e tratamento que temos à nossa disposição representa uma falha profunda e inadmissível na resposta à AIDS. Estima-se que 190 mil crianças morreram de causas relacionadas à AIDS em 2013.

90-90-90: UMA NOVA NARRATIVA PARA O TRATAMENTO DO HIV QUE ABRE O CAMINHO PARA O FIM DA EPIDEMIA DE AIDS

Desde o endosso pela Reunião de Alto Nível Sobre HIV/AIDS em 2011 da atual meta de se atingir 15 milhões de pessoas em tratamento até 2015, o surgimento de fortes evidências quanto aos benefícios preventivos e terapêuticos do tratamento precoce transformou o entendimento acerca das melhores estratégias de tratamento. O acúmulo de experiências com programas (sobretudo a evidência da perda de pacientes ao longo da cascata do tratamento) também reformulou as perspectivas quanto ao tratamento do HIV, enfatizando o papel crítico da qualidade dos serviços para maximizar o potencial da terapia antirretroviral em relação à saúde e para reforçar a importância fundamental de uma abordagem baseada em direitos humanos. Essas evidências vindas tanto de ensaios clínicos como da experiência substancial nos países endossou os apelos feitos, já em 2006, pelos principais especialistas para alavancar os benefícios preventivos do tratamento do HIV.¹⁵

Está cada vez mais evidente que o mundo precisa de uma nova narrativa baseada em evidências para o tratamento do HIV que capte efetivamente o aumento extraordinário dos conhecimentos relativos ao tratamento. A nova meta de tratamento 90-90-90 reflete mudanças essenciais de paradigmas nas formas de realizar a intensificação do tratamento:

- Em vez de ter foco em um único número (ou seja, naqueles que recebem tratamento para o HIV), a nova meta reconhece a necessidade de ter foco *na qualidade e nos desfechos* da terapia antirretroviral à medida que os serviços de tratamento forem ampliados. Essas novas metas dizem respeito ao progresso com a retenção à atenção à saúde ao longo da cascata do HIV, medindo até que

ponto os programas estão alcançando o objetivo primordial da supressão viral.

- Diferente de metas anteriores, que tiveram enfoque exclusivo nos benefícios diretos em termos de morbidade e mortalidade trazidos pela ampliação do tratamento, a nova meta engloba os benefícios *terapêuticos e também preventivos* do tratamento do HIV. Conforme refletido pela nova meta, serão necessários esforços para explicar para indivíduos, comunidades, tomadores de decisões e a sociedade em geral que a terapia antirretroviral não só mantém as pessoas vivas como também previne a transmissão adicional do vírus.
- A nova meta prioriza a *equidade*. O mundo somente acabará com a epidemia da AIDS se *todas* as comunidades afetadas pelo HIV tiverem acesso pleno e imparcial ao tratamento e a outros serviços de prevenção. Em especial, a ambiciosa meta 90-90-90 exige progresso dramático com o aumento do tratamento de crianças, adolescentes e populações-chave, utilizando estratégias baseadas em direitos humanos.
- A nova meta enfatiza *celeridade* na intensificação e no início precoce do tratamento do HIV de uma forma que esteja em consonância com os direitos humanos. Quanto mais cedo ocorrer a intensificação, mais a resposta poderá começar a superar a própria epidemia, além de aprimorar as economias de custos no longo prazo. Para poder alcançar o objetivo de acabar com a epidemia de AIDS até 2030, será necessário acelerar a intensificação até 2020.

POR QUE UMA NOVA META PARA O TRATAMENTO É NECESSÁRIA

Há necessidade urgente de uma nova meta para o tratamento para acelerar o progresso rumo ao fim da epidemia de AIDS na era pós-2015.

- *As metas impulsionam o progresso.* Muitas pessoas duvidaram quando em 2003 os países abraçaram a «iniciativa 3 até 5» (3 milhões de pessoas em tratamento até 2005) e novamente em 2011 quando o mundo assumiu o compromisso de proporcionar o tratamento do HIV para 15 milhões de pessoas até 2015. No entanto, a existência dessas metas focalizou a determinação global e impulsionou a ampliação sem precedentes do acesso ao tratamento. Apesar desses sucessos importantes, mais de 60% de todas as pessoas vivendo com HIV não estavam em tratamento em dezembro de 2013, enfatizando a necessidade de esforços intensificados para que haja tratamento do HIV para todos que precisam. Estabelecer uma nova meta é essencial para renovar a determinação global em aumentar o acesso ao tratamento.
- Uma nova meta para 2020 é necessária para guiar as ações após 2015. Embora o fim da epidemia ainda esteja longe, não existe uma meta para a ampliação do tratamento após dezembro de 2015. Acabar com a epidemia vai exigir novos nortes para guiar e acelerar o progresso na era pós-2015.
- *As metas promovem a responsabilização.* Uma meta claramente articulada permite que os diversos atores possam identificar seus respectivos papéis e responsabilidades a fim de acelerar o progresso e avaliar criticamente lacunas para poder acelerar a resposta rumo ao marco consensuado. Por exemplo, relatórios de progresso elaborados com frequência em relação à «iniciativa 3 até 5»,

impulsionaram os atores interessados a enfrentar barreiras que estavam prejudicando a ampliação necessária para atingir a meta para 2005, como sistemas inadequados de aquisições e suprimentos, insuficiência de recursos humanos, bem como o alto custo dos medicamentos antirretrovirais. Uma nova meta, baseada em novos conhecimentos e em evidências científicas obtidas na implementação de iniciativas, ajudarão a impulsionar o progresso na superação de desafios que ainda persistem, incluindo a perda de pacientes ao longo das várias etapas do cuidado ao HIV e a inadmissível deficiência no acesso à atenção ainda vivenciada por crianças, populações-chave e outros grupos.

- *Uma meta nova e ousada salienta que é possível pôr fim à epidemia da AIDS.* Anteriormente, as metas para o tratamento, ainda que refletissem as diretrizes mais recentes para o tratamento, eram entendidas como passos intermediários na ampliação do acesso ao tratamento do HIV em contextos de recursos limitados. Hoje, com um entendimento muito melhor de todo o potencial das ferramentas disponíveis, é preciso especificar ações para poder atingir a meta definitiva da resposta à AIDS – acabar com a epidemia de AIDS, salvando vidas e transformando a transmissão do HIV em um evento raro. Enfrentar esse desafio com ousadia demonstra para o mundo que o fim da epidemia de AIDS é possível e também um desfecho que servirá não somente como um capítulo final apropriado para a longa luta contra a AIDS mas também como inspiração para os campos mais amplos da saúde global e do desenvolvimento internacional.

TORNANDO 90-90-90 UMA REALIDADE PARA TODAS AS POPULAÇÕES

A meta 90-90-90 é ambiciosa – em qualquer contexto e para qualquer população. No entanto, para alguns desses, serão necessárias ações especialmente focadas para superar

impedimentos à intensificação do tratamento. Isto é o caso sobretudo de populações que atualmente estão sendo deixadas para trás na resposta à AIDS.

Populações-chave

Em 2014, o *Gap report* (relatório sobre lacunas) do UNAIDS destacou as formas como muitas populações estão sendo deixadas para trás. Sujeitas a riscos e vulnerabilidades desproporcionais, as populações-chave merecem uma resposta prioritizada baseada em direitos humanos. Contudo, devido à persistência do estigma, da discriminação e da exclusão social, integrantes das populações-chave não têm acesso equitativo à atenção à saúde e vivenciam desfechos em saúde inferiores aos preconizados. As metas 90-90-90 não poderão ser alcançadas se não forem superados os muitos fatores que desarticulam as respostas efetivas para as populações-chave.

No mundo inteiro, a carga da epidemia sobre as populações-chave é tipicamente várias vezes maior do que entre a população de adultos em geral. Em 74 países que apresentaram dados pertinentes sobre a prevalência do HIV para o UNAIDS em 2014, as pessoas que injetam drogas tinham 28 vezes mais chance de estar vivendo com HIV que a população adulta em geral.¹⁶ Mundialmente, os homens que fazem sexo com homens têm 19 vezes mais chance de estar vivendo com HIV que os homens adultos em geral¹⁷, enquanto a prevalência do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo é 13,5 vezes maior do que na população de mulheres como um todo.¹⁸ Globalmente, a prevalência do HIV entre mulheres transgênero é 49 vezes maior do que entre todos os adultos em idade fértil.¹⁹

Embora as populações-chave estejam sob maior risco de serem infectadas pelo HIV, muitas vezes são as que têm menos possibilidade de acessar os serviços de saúde. Por exemplo, em muitos países o acesso à testagem e ao tratamento do HIV é significativamente menor no caso das pessoas que injetam drogas do que para outras pessoas que vivem com HIV.²⁰ Um levantamento global mostrou que apenas 14% dos homens que fazem sexo com homens em países de baixa renda relataram ter acesso adequado a serviços de tratamento para o HIV.²¹

O estigma e a discriminação, no contexto social mais amplo e especialmente em serviços de atenção à saúde, são uma barreira para muitos integrantes das populações-chave saberem seu estado sorológico relativo ao HIV ou acessarem serviços de prevenção e tratamento que podem

salvar suas vidas. Pesquisas feitas utilizando o Índice do Estigma das Pessoas Vivendo com HIV indicam que é comum as pessoas que integram as populações-chave estarem sujeitas à reprovação, rejeição e serviços abaixo da qualidade preconizada na atenção à saúde. É comum as pessoas transgênero se depararem com atitudes hostis e desdenhosas, bem como julgamentos de valores, quanto tentam acessar serviços de saúde.²² Em Bancoc, 25% das pessoas que usam drogas relataram ter evitado buscar serviços de atenção à saúde por medo do tratamento compulsório.²³ De forma parecida, a pesquisa acima citada com homens que fazem sexo com homens mostrou que ter que enfrentar atitudes homofóbicas foi o fator que mais contribuiu para a diminuição da utilização dos serviços de saúde por essa população.²¹

A exclusão das populações-chave muitas vezes é institucionalizada por meio de leis e políticas nacionais. O trabalho sexual e o uso de drogas são rotineiramente criminalizados na maior parte do mundo, e a detenção compulsória é uma prática comum em muitos países; 78 países criminalizam atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo; e é constante a luta das pessoas transgênero pelo reconhecimento legal de sua identidade de gênero ou pela proteção contra a violência e a discriminação trabalhista.¹⁶

Os efeitos prejudiciais dessas políticas discriminatórias são evidentes. Em países com epidemias graves impulsionadas principalmente pelo uso de drogas injetáveis, a proibição da terapia de substituição de opiáceos muitas vezes inviabiliza a capacidade de responder efetivamente ao HIV. Da mesma forma, a aprovação de leis contra homossexuais pode desengatilhar em grande escala violações e violência contra gays e outros homens que fazem sexo com homens, criando um contexto fundamentalmente incompatível com o empoderamento comunitário, a utilização consistente dos serviços e o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre os indivíduos e os prestadores de serviços de atenção à saúde.

A associação entre leis punitivas e maus desfechos de saúde nas populações-chave é muito evidente na Ásia e no Pacífico. Na região como um todo, 37 países criminalizam algum aspecto do trabalho sexual; 11 têm centros de detenção compulsória para pessoas que usam drogas; 16 preveem a pena de morte

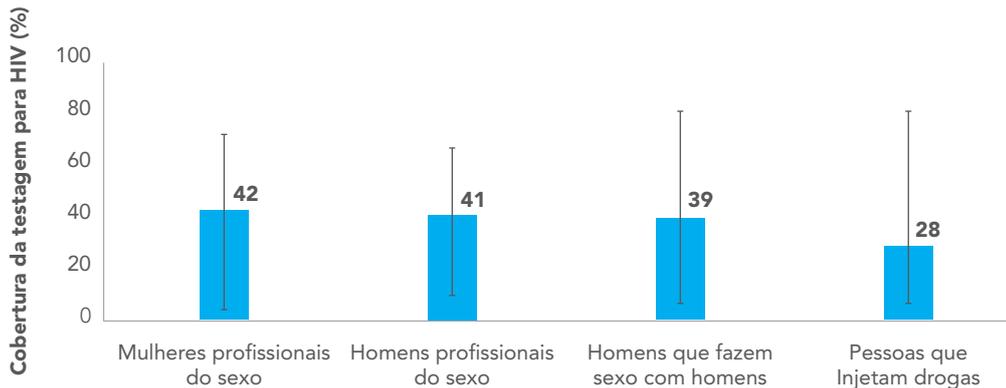
para delitos relacionados a drogas; e 19 criminalizam relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo. Em uma região com epidemias concentradas em populações-chave, essas medidas punitivas coincidem com desfechos

marcadamente inadequados nos grupos mais afetados. Menos da metade das pessoas vivendo com HIV entre as populações-chave na região sabem que têm o vírus (Fig. 9).

Fig. 9

ÁSIA PACÍFICO: MENOS DA METADE DAS POPULAÇÕES-CHAVE SABEM QUE TÊM O VÍRUS

Cobertura da testagem para HIV entre populações-chave, mediana regional, 2007–2012



Fonte: Relatórios de progresso dos países apresentados ao UNAIDS, 2007-2012.

Revogar leis e políticas que impedem as iniciativas de testagem e tratamento entre populações-chave é essencial para o alcance da meta 90-90-90. Uma análise recente feita por uma equipe de especialistas em saúde estabeleceu que a descriminalização do trabalho sexual reduziria entre 33% e 46% o número de novas infecções por HIV em trabalhadores/as do sexo na próxima década.²⁴

Em muitas partes do mundo, não será possível atingir a meta 90-90-90 entre as populações-chave apenas por meio de serviços voltados para a população em geral. Abordagens e estratégias dirigidas, desenvolvidas em colaboração com as próprias populações-chave, serão necessárias para alcançar as metas de tratamento para as populações mais afetadas pela epidemia. Também serão necessários investimentos em infraestrutura comunitária.

Adolescentes

Embora o número anual de mortes relacionadas à AIDS tenha caído mundialmente em 35% entre 2005 e 2013, as mortes entre adolescentes (de 10 a 19 anos de idade) vivendo com HIV aumentaram em 50% entre 2005 e 2012. Na era

da terapia antirretroviral entre adolescentes, a AIDS continua sendo a segunda principal causa de morte mundialmente e a principal causa de morte na África Subsaariana.²⁵

Conforme apontado por uma consulta global realizada pelo UNAIDS sobre o desafio do tratamento dos adolescentes, aqueles vivendo com HIV enfrentam diversos obstáculos ao acesso ao tratamento e a desfechos favoráveis de saúde. Os desafios incluem o estigma, a discriminação e leis e políticas problemáticas, incluindo leis sobre consentimento dos pais que restringem a capacidade dos jovens de acessar sozinho serviços de testagem para HIV e outros serviços de saúde. Assim como os adultos e as crianças mais novas, os adolescentes muitas vezes têm dificuldades com a vinculação e retenção aos serviços de saúde, com desafios ainda maiores na transição dos serviços de saúde pediátricos para os serviços para adultos. Muitas vezes os jovens não têm acesso à educação sobre sexualidade e têm informações limitadas quanto à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Muitos adolescentes vivendo com HIV têm dificuldade em revelar seu estado sorológico relativo ao HIV, em parte porque com frequência têm que lidar sozinho com as complexidades de ser um jovem vivendo com HIV.

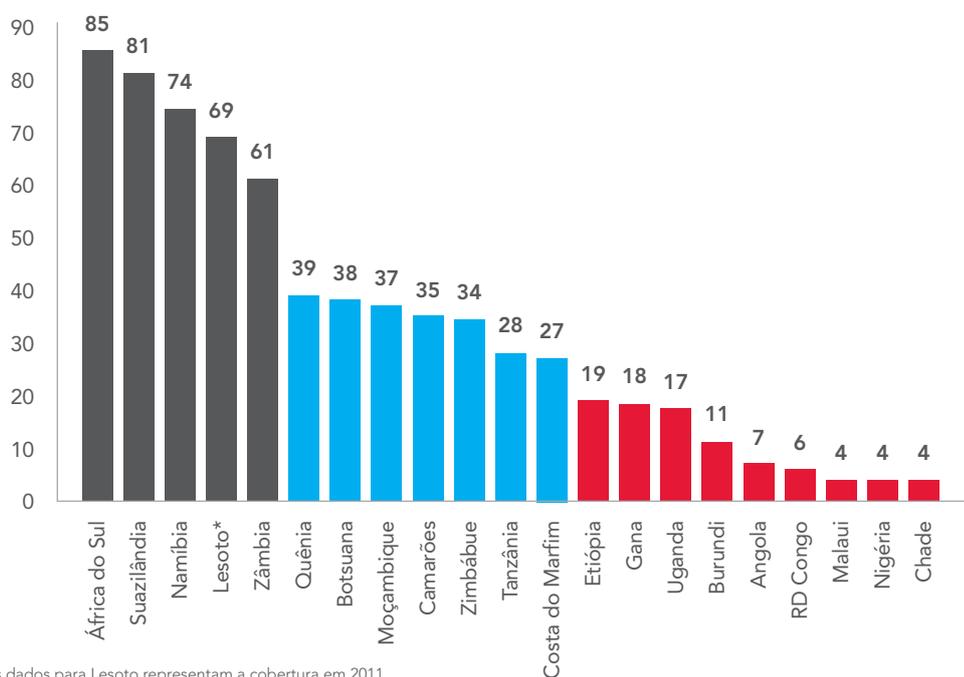
A consulta global sobre o acesso dos adolescentes ao tratamento gerou um número grande de recomendações de ações em relação às novas metas para o tratamento. As recomendações incluem a coleta e disseminação de dados aprimorados desagregados por idade, bem como o desenvolvimento de estratégias robustas de vigilância para monitorar tendências e desfechos entre crianças e adolescentes. Ficou acordado que um novo movimento se faz necessário para responder às necessidades dos jovens relativas ao tratamento do HIV, incluindo esforços para mobilizar jovens como lideranças na área do tratamento do HIV. A consulta também recomendou medidas específicas para ampliar a testagem para HIV entre os jovens, expandir as opções de tratamento para os adolescentes, adaptar os serviços de saúde para atender às necessidades dos adolescentes, mobilizar apoio social e empoderar os jovens.

Crianças

Em junho de 2014, o UNAIDS, a OMS, a Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) e o UNICEF realizaram uma consulta global para discutir metas operacionais para o tratamento de crianças na era pós-2015. Embora tenha havido avanços históricos na prevenção da infecção de crianças pelo HIV, a crise do tratamento entre crianças não vai desaparecer, visto que as crianças recém-infectadas (240 mil apenas em 2013) levam 15 anos até a transição à vida adulta – isto quando sobrevivem. Sem o tratamento do HIV, metade das crianças vivendo com HIV morrerão antes de completar dois anos de idade.²⁶ Mesmo mantendo o progresso com a prevenção da transmissão vertical, a OMS e o UNICEF preveem que 1,9 milhões de crianças precisarão de tratamento para o HIV em 2020.

Fig. 10

ACESSO AO DIAGNÓSTICO POR DETECÇÃO DIRETA DO HIV (DIAGNÓSTICO EM BEBÊS), 2012



*Os dados para Lesoto representam a cobertura em 2011

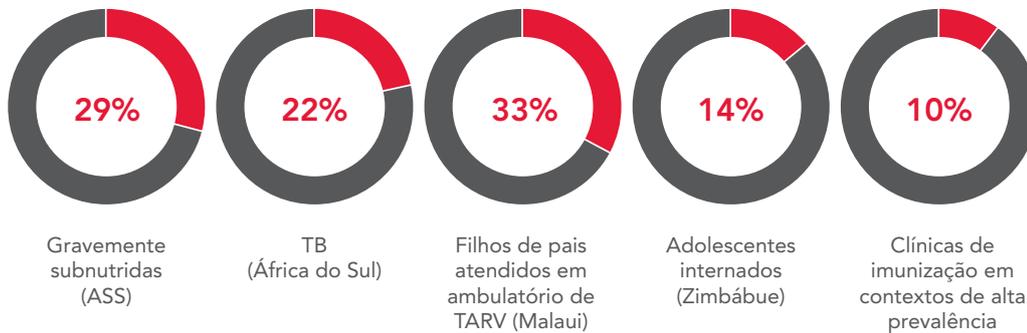
Fonte: Relatórios GARPR 2013 do UNAIDS e modelagem de estimativas de HIV e AIDS do UNAIDS para 2012 (Spectrum).

O diagnóstico precoce é essencial visto que o maior nível de mortalidade ocorre aos 2 ou 3 meses de vida em recém-nascidos infectados com HIV. Contudo, apenas 40% dos filhos de mães vivendo com HIV receberam testagem para o diagnóstico infantil precoce em 21 países

prioritários em 2012 (Fig. 10). Em cinco países prioritários (Angola, Chade, República Democrática do Congo, Malawi e Nigéria), menos de um em cada 10 bebês expostos ao HIV recebeu serviços de diagnóstico infantil precoce.

Fig. 11

ENCONTRANDO AS CRIANÇAS: OPORTUNIDADES EM POTENCIAL PARA A OFERTA DA TESTAGEM PARA HIV



Fontes: Fergusson et al., 2008; Hesselting et al. 2009; Ferrand et al. 2010; Cohen et al. 2010.

No caso de filhos de mães vivendo com HIV que não estão efetivamente vinculadas a serviços de diagnóstico por meio de sistemas voltados para a prevenção da transmissão vertical, a testagem para HIV não é ofertada rotineiramente em programas pediátricos. Isto representa a perda de uma oportunidade importante, visto que muitas vezes há prevalência muito alta entre crianças cujas necessidades são atendidas por outros serviços (Fig. 11). Por exemplo, 29% das crianças subnutridas na África Subsaariana vivem com HIV, o que faz dos serviços de nutrição um local ideal para identificação de casos e vinculação com a atenção à saúde.²⁷ De modo parecido, 22% das crianças com TB na África do Sul vivem com HIV²⁸, destacando a necessidade de alavancar sistemas para promover a testagem para HIV em crianças.

Para aquelas crianças que recebem o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV, estão disponíveis opções limitadas de tratamento. A maioria dos medicamentos antirretrovirais aprovados para uso por adultos não são aprovados para uso por crianças.²⁹ Os poucos medicamentos disponíveis para uso em crianças muito novas tendem a ser desagradáveis para tomar e requerem esquemas que são mais complicados que os esquemas para adultos. Existe a necessidade urgente de ter combinações em dose fixa específicas para uso pediátrico que descomplicam a tomada dos medicamentos e ajudam a melhorar a adesão ao tratamento. No caso de crianças cadastradas em serviços de tratamento de HIV, há perda considerável no seguimento, o que destaca a necessidade de intervenções que possibilitem a retenção nos serviços de saúde.³⁰

A OMS está encabeçando os esforços globais para otimizar o tratamento do HIV em crianças. Em colaboração com organizações parceiras, a OMS tem identificado prioridades-chave de pesquisa e desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento de combinações em dose fixa apropriadas para crianças, bem como o desenvolvimento priorizado de combinações em dose fixa que incluam novos medicamentos antirretrovirais especialmente promissoras, como o dolutegravir ou o TAF.³¹ Para apoiar a otimização do tratamento, a OMS recomenda medidas adicionais, incluindo a previsão da demanda e o compartilhamento de patentes para tornar mais acessível o preço dos medicamentos pediátricos.

Reconhecendo a necessidade urgente de dar atenção substancialmente maior às necessidades das crianças relativas ao tratamento do HIV, os atores interessados presentes na consulta global endossaram com carinho a estratégia 90-90-90 para crianças, incluindo a confirmação da atual meta de garantir a testagem e o tratamento oportunos de 100% dos recém-nascidos expostos ao HIV. Instou-se que houvesse esforços significativos para alavancar e atingir a meta de 90-90-90 para crianças, bem como construir a partir de iniciativas já existentes na área de HIV e crianças, incluindo o *Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas*, a Força-Tarefa Interagencial para o Plano Global, e a iniciativa *Double Dividend* envolvendo a EGPAF, o UNICEF e a OMS.

90-90-90 É POSSÍVEL: A FUNDAMENTAÇÃO DAS NOVAS METAS ALCANÇÁVEIS

Um painel assessor do UNAIDS composto por especialistas mundiais em tratamento deu origem à concepção da meta 90-90-90. Os especialistas basearam as metas nas realizações documentadas de programas regionais e nacionais em diversas regiões do mundo.

No âmbito nacional, um número cada vez maior de países está no rumo certo para a atingir

a meta 90-90-90, já tendo alcançado, atingido ou ultrapassado um ou mais elementos da meta. Agora o necessário é unir as lições aprendidas em cada etapa da cascata do tratamento e transferir as melhores práticas existentes nos países com bom desempenho para aqueles que ainda não chegaram lá.

ALCANÇANDO A META 1:

90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus (90% diagnosticados)

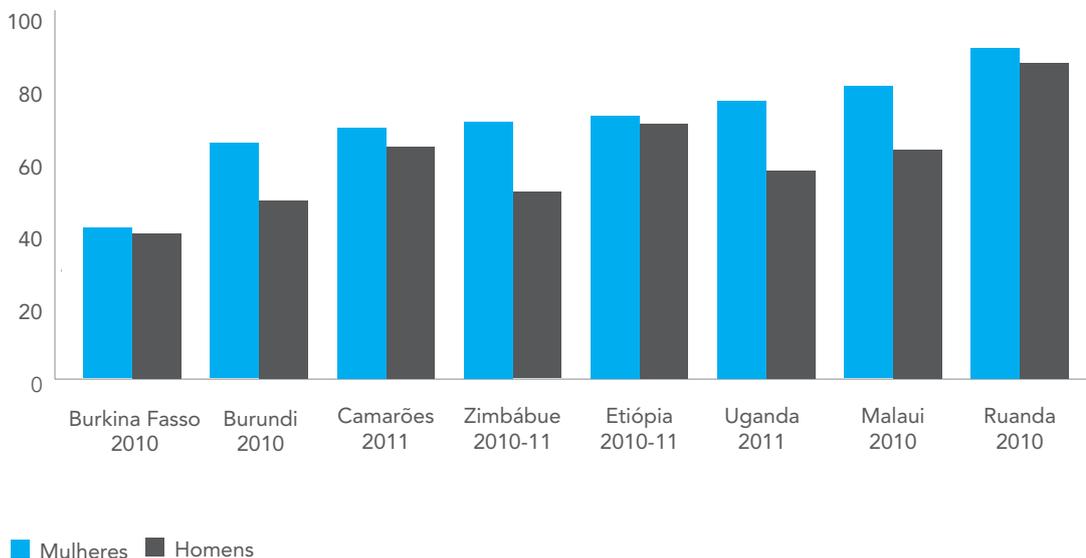
Vários países africanos estão próximos de ter 90% ou mais das pessoas vivendo com HIV com pelo menos um teste de HIV realizado (Fig. 12). Embora esses dados representem uma melhoria substancial em relação a anos anteriores, estima-se que somente em torno de 45% das pessoas vivendo com HIV na África Subsaariana saibam que têm o vírus. A lacuna entre a situação atual e a meta de 90% destaca a necessidade da realização mais frequente da testagem e o direcionamento mais focado e estratégico dos serviços de testagem de forma contínua para garantir 90% de conhecimento do estado sorológico quanto ao HIV, inclusive entre adolescentes, populações-chave e outros grupos que atualmente estão sendo deixados para trás.

O aumento significativo na proporção de pessoas vivendo com HIV que sabem que têm o vírus vai exigir avançar para além de uma metodologia passiva de testagem, a qual depende dos indivíduos reconhecerem o próprio risco

e buscarem por iniciativa própria saber seu estado sorológico, muitas vezes sem educação ou apoio adequados. Iniciativas mais proativas de testagem, baseadas em direitos humanos, incluindo a promoção da testagem dirigida aos principais focos geográficos e populacionais, investimentos em estratégias para aumentar a demanda por serviços de testagem, bem como a utilização de uma gama mais ampla de estratégias de testagem e aconselhamento em HIV, incluindo o autoteste, o aconselhamento e a testagem iniciados pelo prestador e estratégias baseadas em comunidades. Estudos no Quênia e em Uganda sugerem que a inclusão da testagem para HIV em campanhas de saúde voltadas para múltiplas doenças já aumentou os níveis da cobertura de testagem para 86% e 72%, respectivamente, em determinadas populações; para que campanhas como essas surtam efeito, são essenciais amplas consultas com a comunidade, boa logística e marketing eficaz.³²

Fig. 12

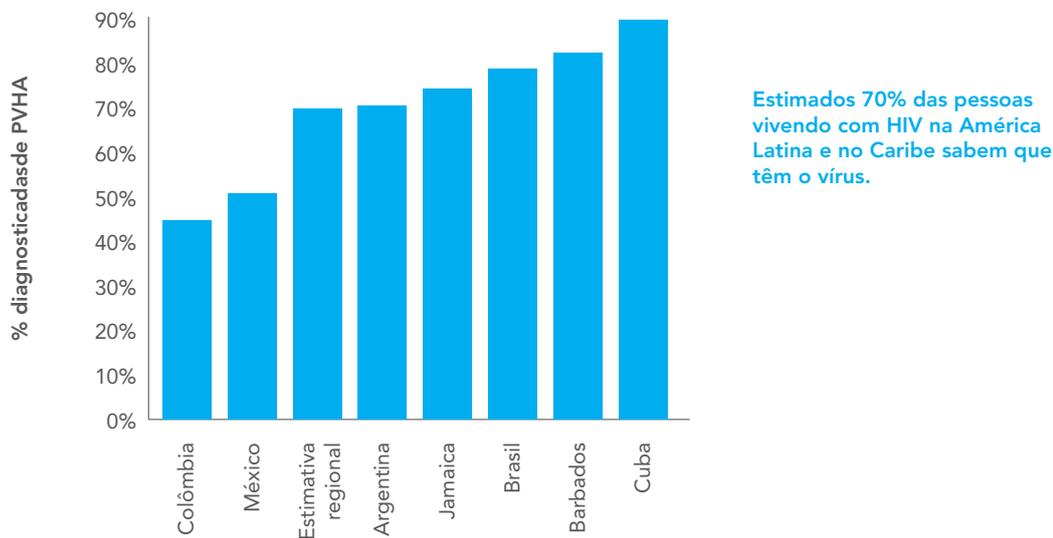
PROPORÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV TESTADAS PELO MENOS UMA VEZ



Fonte: Staveteig et al., 2013. Demographic Patterns of HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa. DHS Comparative Reports No. 30. ICF International.

Fig. 13

PROPORÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE SABEM QUE TÊM O VÍRUS, AMÉRICA LATINA E CARIBE



Fonte: Dados dos Ministérios de Saúde 2012-2013. O numerador foi obtido de dados de vigilância baseados em casos de HIV e é o número de pessoas diagnosticadas com HIV que ainda estão vivas. O denominador é o número estimado de pessoas vivendo com HIV. O valor utilizado para a cobertura regional é a média ponderada desses 7 países.

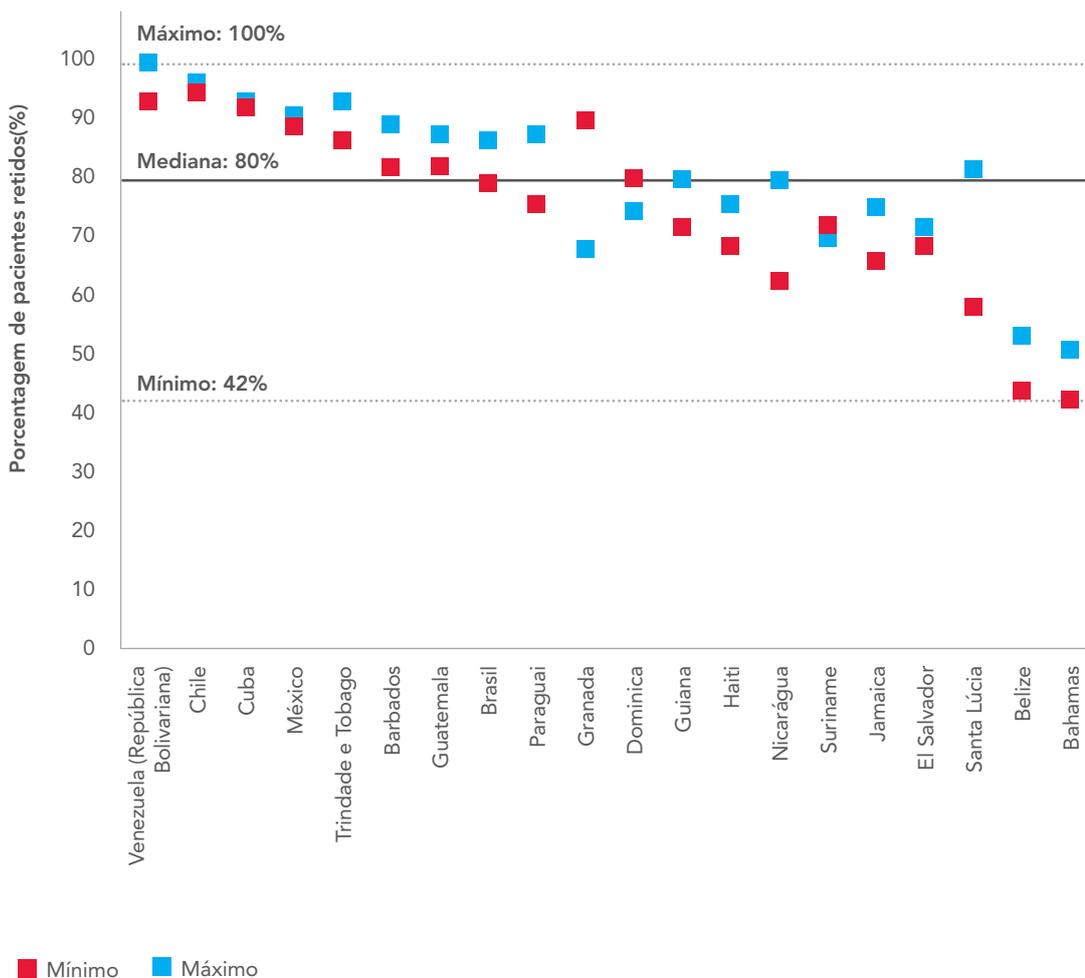
Fora da África Subsaariana, muitos países parecem já estar no caminho certo para atingir 90% de conhecimento do estado sorológico relativo ao HIV até 2020. Em Barbados, mais de 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sabem que têm o vírus, e pelo menos 80% das pessoas vivendo com HIV no Brasil sabem que são infectadas.³³ Na região da América Latina e do Caribe como um todo, estima-se que 70% de todas as pessoas vivendo com HIV já tenham sido diagnosticadas (Fig. 13). Na região, onde moram 1,75 milhões de pessoas vivendo com HIV, as trajetórias atuais sugerem que é totalmente factível garantir que 90% de todas as

pessoas vivendo com o vírus terão sido diagnosticadas até 2020 de forma consoante com os princípios dos direitos humanos.

Na Ásia há evidências igualmente alentadoras de que algumas áreas estão chegando próximas à meta de 90%; no Vietnã em 2012, por exemplo, estimou-se que 79% de todas as pessoas vivendo com HIV sabiam que eram soropositivas.³⁴ Nos Estados Unidos, onde por muito tempo níveis inadequados de conhecimento do estado sorológico relativo ao HIV têm sido um desafio para a resposta nacional à AIDS, estima-se que agora 86% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus.³⁵

Fig. 14

RETENÇÃO EM TRATAMENTO APÓS 12 E 24 MESES, AMÉRICA LATINA E CARIBE, 2013



Fonte: Relatórios GARPR 2013 do UNAIDS e Relatórios dos países sobre acesso universal 2014 da OMS.

ALCANÇANDO A META 2:

90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral sem interrupção (90% em tratamento para o HIV)

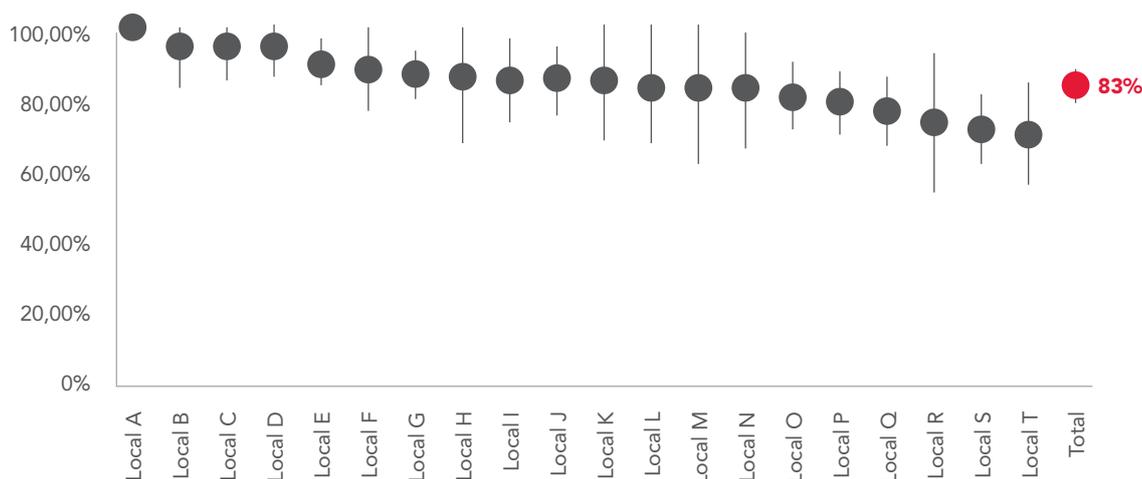
Altos níveis de cobertura de tratamento têm sido alcançados regional e nacionalmente em múltiplos contextos, fazendo com que estejam no caminho certo para atingir o terceiro componente da meta 90-90-90, contanto que o progresso continue. Em países tão diversos quanto Botsuana e Colômbia, mais de 70% das pessoas diagnosticadas com infecção por HIV recebem terapia antirretroviral atualmente. No Brasil, mais de 60% das pessoas com diagnóstico de infecção por HIV recebiam terapia antirretroviral em 2013.³⁶

Ações estratégicas serão necessárias para atingir e sustentar a cobertura elevada de tratamento. Os países precisarão alinhar as diretrizes nacionais para tratamento com evidências que documentam os benefícios claros de seu início precoce e garantir a utilização de

esquemas preferidos e otimizados. Recomendar a terapia antirretroviral a todas as pessoas com infecção por HIV diagnosticada, sem necessidade de fazer o exame de CD4 antes, tem o potencial de melhorar a adesão ao tratamento porque reduz perdas no seguimento dos pacientes. Para poder atingir e manter altos níveis de cobertura de tratamento, os países precisarão garantir o tratamento e a atenção gratuitos para o HIV, incluindo testes diagnósticos e outros itens relacionados ao tratamento. Os países também precisarão resolver questões de implementação que muitas vezes têm atrapalhado a intensificação do tratamento, incluindo o frequente desabastecimento de medicamentos, barreiras à aquisição de antirretrovirais e insumos de diagnóstico a preços acessíveis, bem como a disponibilidade inadequada de esquemas de segunda e terceira linha.

Fig. 15

PROPORÇÃO (IC 95%) DE PACIENTES COM CARGA VIRAL INDETECTÁVEL EM UMA AMOSTRA NACIONALMENTE REPRESENTATIVA DE ADULTOS INFECTADOS COM HIV EM TARV EM RUANDA

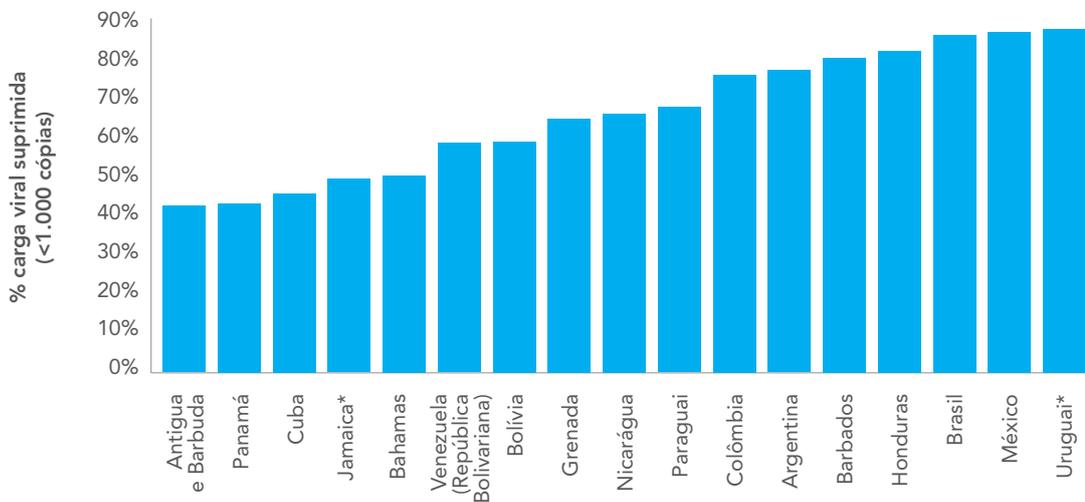


Fonte: Basinga P et al. (2013) PLoS

Fig. 16

PROPORÇÃO DE PESSOAS EM TARV COM SUPRESSÃO VIRAL, AMÉRICA LATINA E CARIBE, 2013

Dados de 17 países representando 400 mil pacientes da região em 2013



Fonte: OMS, Relatórios dos países sobre acesso universal 2014 (dados não publicados).
 * Os dados do Uruguai representam apenas 35% dos pacientes em TARV, os dados de Jamaica são de 2012.

ALCANÇANDO A META 3:

90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral (90% com supressão)

Vários países e programas também conseguiram alcançar altos níveis de supressão viral, demonstrando a factibilidade de uma meta de 90% de supressão viral entre todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral até 2020. Nacionalmente em Ruanda, por exemplo, 83% das pessoas que recebiam terapia antirretroviral tinham supressão viral após 18 meses de terapia em 2008-2009 (Fig. 15).³⁷

A experiência mostra que altos níveis de supressão viral podem ser alcançados não somente em países e províncias de forma isolada, e sim em regiões inteiras. Segundo dados de 17 países da América Latina e do Caribe, a taxa mediana da supressão viral entre pessoas recebendo tratamento para o HIV é de 66%, com mais de 80% dos indivíduos que recebem terapia antirretroviral tendo alcançado a supressão viral em pelo menos cinco países (Barbados, Brasil, Honduras, México e Uruguai) (Fig. 16).

Essas taxas impressionantes de supressão viral são alentadoras. Contudo, não levam em conta a mortalidade relacionada à AIDS ou a perda no seguimento, destacando assim a necessidade essencial de esforços intensificados para garantir a retenção a longo prazo nos serviços de saúde das

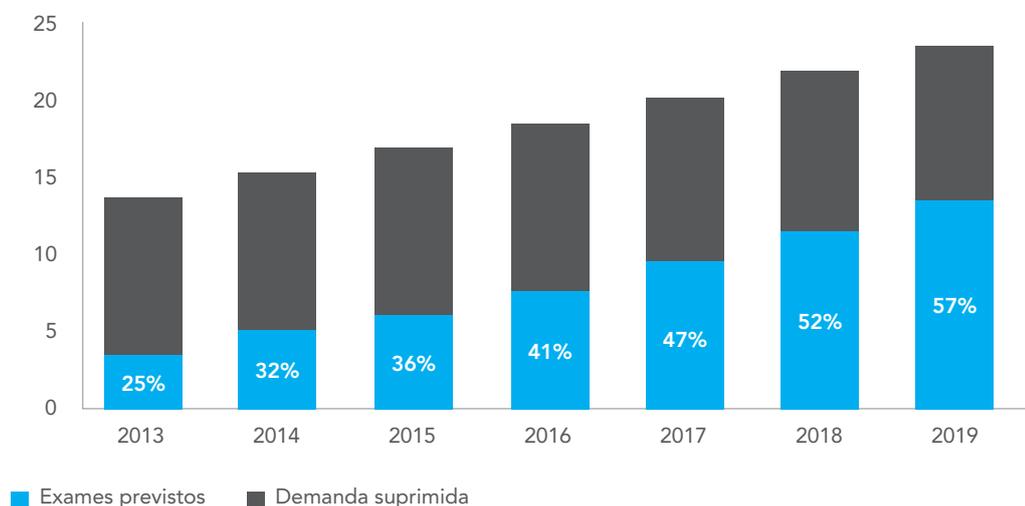
pessoas que começam o tratamento do HIV. Em consonância com a abordagem usada na cascata do cuidado para o HIV, a terceira meta requer a adesão sem interrupção ao tratamento do HIV e o monitoramento contínuo da carga viral para averiguar o sucesso do tratamento e para poder intervir para apoiar a adesão ao tratamento e realizar a busca das pessoas que deixaram de utilizar os serviços de saúde. Embora a retenção nos serviços de saúde permaneça sendo um desafio importante, há países que já demonstraram a factibilidade de se atingir altas taxas de retenção. Na América Latina e no Caribe como um todo, por exemplo, o valor mediano da retenção após 24 meses foi de 83% em 2013 (Fig. 14).

A operacionalização do terceiro componente da nova meta para o tratamento exigirá esforços concertados para melhorar o acesso a tecnologias de verificação da carga viral. Para poder alcançar a meta 90-90-90 e assim abrir o caminho para o fim da epidemia da AIDS, toda pessoa que iniciar o tratamento para o HIV terá que ter acesso ao exame de carga viral. O monitoramento da carga viral é essencial para a otimização do tratamento para o HIV, e toda pessoa vivendo com HIV tem o direito de saber qual é sua carga viral.

Fig. 17

A AMPLIAÇÃO PREVISTA PARA OS EXAMES DE CARGA VIRAL NÃO ATENDERÁ À DEMANDA

Este cenário supõe taxas previstas de ampliação dos exames de carga viral baseadas em taxas observadas de adoção destes exames



Fonte: HIV Viral Load Forecast: Low and Middle-Income Countries. Clinton Health Access Initiative, 2014.

Obs.: Esta previsão faz a projeção do acesso ao exame de carga viral, comparando os volumes de exames previstos com a necessidade total em 21 países com alta carga da epidemia. Para estimar a cobertura, foi realizada uma análise de baixo para cima (bottom-up) da capacidade existente de realização do exame, país por país. Suposições quanto à ampliação foram geradas utilizando as diretrizes dos países e seus planos para a implementação de exames de carga viral. As taxas de crescimento estão vinculadas a volumes históricos de ampliação do diagnóstico infantil precoce e do exame de carga viral nos países. A demanda suprimida é definida pelo número total previsto de pacientes com monitoramento da TARV em um país e pelas diretrizes do país.

Além de otimizar os desfechos do tratamento, o exame de carga viral também pode ajudar a baixar os custos do tratamento. Quando o exame de carga viral não está disponível, os médicos não têm como identificar oportunamente a falha terapêutica e intervir para apoiar pacientes que estão tendo dificuldade com a adesão aos esquemas receitados. Como resultado, indivíduos cujos esquemas de primeira linha e com menor custo talvez pudessem ter se mantidos se tivessem tido apoio efetivo com a adesão ao tratamento, podem acabar adotando prematuramente esquemas mais caros de segunda e terceira linha.

Infelizmente, projeções feitas pela Clinton Health Access Initiative indicam que o atual ritmo da ampliação do diagnóstico da carga viral dificilmente permitirá atender à demanda futura (Fig. 17). Estão surgindo tecnologias para a realização do exame de carga viral com equipamentos portáteis que poderão ajudar a acelerar o acesso a ferramentas de diagnóstico e

melhorar os desfechos em toda a cascata do cuidado do HIV. É provável que, para garantir o acesso universal ao exame de carga viral em todos os contextos, tanto urbanos quanto rurais, seja necessária uma combinação de laboratórios centralizados e equipamentos portáteis.

Em junho de 2014, o UNAIDS, a OMS, a Sociedade Africana de Medicina Laboratorial e os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) realizaram em conjunto uma consulta global sobre o papel da medicina laboratorial no alcance da meta 90-90-90. Mais de 130 especialistas do mundo inteiro endossaram um chamado do CDC para viabilizar uma Iniciativa Global de Acesso aos Diagnósticos para poder construir uma capacidade laboratorial robusta e sustentável que será necessária para atingir as metas globais de tratamento. A nova iniciativa foi lançada na Conferência Internacional de AIDS em Melbourne em julho de 2014.

O IMPACTO PREVISTO COM O ALCANCE DA META 90-90-90

Para poder estimar o impacto em 2030 de uma resposta ampliada, o UNAIDS encarregou uma equipe de especialistas em modelagem matemática de desfechos em saúde mundialmente reconhecidos para fazer a projeção das consequências tanto para a saúde como econômicas da adoção de metas novas e ambiciosas. A equipe de modelagem se baseou em literatura científica publicada em revistas indexadas sobre a efetividade de intervenções, levando em conta especificamente os efeitos de intervenções documentados em 56 estudos publicados. Reconhecendo a importância de uma resposta abrangente, o trabalho de modelagem incluiu não somente a meta ambiciosa 90-90-90 para o tratamento, como também outras metas igualmente visionárias para a prevenção do HIV. Em relação à cascata do tratamento, o modelo tomou como pressuposto o alcance da meta 90-90-90 até 2020, com os níveis chegando a 95% até 2030 tanto da cobertura do tratamento antirretroviral como da supressão viral das pessoas em tratamento.

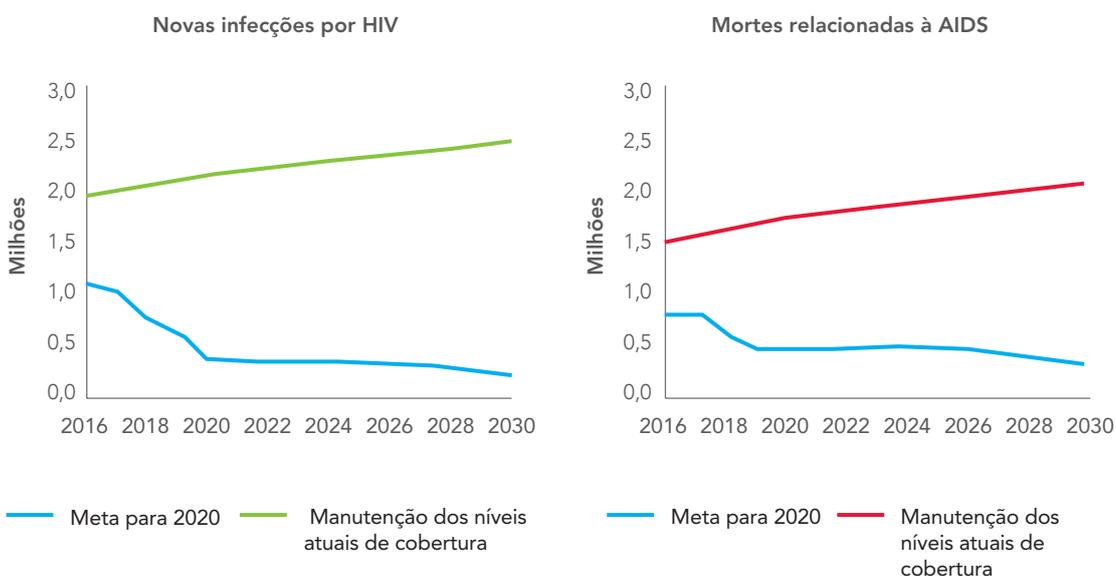
As metas de prevenção do modelo variaram de acordo com a intervenção, mas são ambiciosas em todos os casos. Também houve o pressuposto de que a adesão e os desfechos dos programas sejam

aprimorados pelo aumento da mobilização comunitária e por outros fatores viabilizadores críticos.

O modelo mostrou que se forem alcançadas essas metas ambiciosas, incluindo a ampliação rápida do tratamento até 2020, a epidemia de AIDS deixaria de ser uma das principais ameaças à saúde global até 2030 (Fig. 18). O alcance da meta 90-90-90, quando complementada pela intensificação de outras ferramentas de prevenção, reduziria o número de novas infecções pelo HIV em quase 90% até 2030. O número de mortes relacionadas à AIDS diminuiria em 80% até 2030 com o alcance de todas essas novas metas para a era pós-2015 com base nas tecnologias de diagnóstico e tratamento disponíveis, com a expectativa de que o provável surgimento e adoção de inovações médicas adicionais (como ferramentas aprimoradas de diagnóstico e antirretrovirais com ação mais prolongada) garanta uma redução de pelo menos 90% nas mortes relacionadas à AIDS até 2030. No que diz respeito tanto à incidência do HIV quanto às mortes relacionadas à AIDS, a rápida intensificação prevista resultaria nas maiores reduções entre agora e 2020, com a continuação das reduções na década seguinte à medida que o progresso da epidemia for sendo gradualmente freado.

Fig. 18

IMPACTO DA META 90-90-90 SOBRE INFECÇÕES POR HIV E MORTES RELACIONADAS À AIDS, 2016-2030



Fonte: The Gap Report, UNAIDS, 2014.

RUMO A 90-90-90: PRINCIPAIS DESAFIOS A SUPERAR

Os países em que o progresso rumo à meta 90-90-90 tem sido mais marcado encontraram formas de superar os desafios que dificultam a intensificação do tratamento do HIV e prejudicam os desfechos do tratamento. Replicar esses sucessos globalmente vai exigir a aplicação de melhores práticas e lições aprendidas em contextos com bom desempenho, assim como estratégias customizadas para responder aos desafios inerentes aos diversos contextos e populações.

Avançando em contextos com baixa cobertura de serviços

Não obstante o progresso histórico que tem sido alcançado na ampliação do acesso ao tratamento em países de renda baixa e média na última década, a cobertura do tratamento permanece extremamente baixa em alguns países. Em 19 países, a cobertura do tratamento do HIV foi inferior a 20% em 2013, incluindo oito países com cobertura abaixo de 10%.

Lacunas enormes na cobertura do tratamento persistem em vários países onde o ônus do HIV é grande. Na Nigéria, onde vivem 3,2 milhões de pessoas com HIV, a cobertura do tratamento de adultos foi apenas 21% em 2013. No Chade, na República Democrática do Congo, e do Sudão do Sul – onde há 210 mil, 440 mil e 150 mil pessoas vivendo com HIV – a cobertura do tratamento de adultos foi 24%, 20% e 5%, respectivamente.

Embora as experiências tidas até o momento indiquem que a meta 90-90-90 pode ser alcançada em muitos países, serão necessários esforços intensivos e altamente focados para desbloquear o progresso nos países em que atualmente poucas pessoas têm acesso ao tratamento do HIV. Em resposta a um chamado da organização Médicos Sem Fronteiras por «planos de recuperação» customizados e norteados por metas para países onde o progresso está perdendo terreno, o UNAIDS se comprometeu a liderar os esforços para auxiliar os parceiros nacionais no desenvolvimento de planos para a aceleração do tratamento nos 15 países que juntos

são responsáveis por 75% das novas infecções por HIV, assim como outros países onde a carga do HIV é grande. Os planos incluirão metas anuais de progresso para a intensificação do tratamento e da supressão viral; ações focadas para enfrentar desafios políticos, logísticos e financeiros para a implementação; bem como a clarificação de papéis e responsabilidades entre os principais atores.

Desafios na sociedade

O estigma e a discriminação continuam a prejudicar a efetividade das respostas. Por exemplo, em um estudo de crianças infectadas pelo HIV que deixaram de frequentar a atenção em saúde no Malawi, 30% dos entrevistados citaram o medo da reprovação de familiares ou comunidades como o motivo pelo qual as crianças não estavam tendo mais seguimento nos serviços de saúde.³⁸

Leis punitivas refletem e reforçam atitudes estigmatizantes e discriminatórias acerca das pessoas vivendo com HIV e populações-chave. Em 2014, 61 países tinham legislação criminalizando a exposição ao HIV, sua transmissão ou a não revelação da condição de soropositivo. Além disso, pessoas vivendo com HIV foram processadas em outros 49 países.¹⁶ Leis punitivas voltadas para as populações-chave dificultam o monitoramento da epidemia entre as mesmas, o que por sua vez perpetua a negligência para com suas necessidades, visto que faltam as informações estratégicas que poderiam persuadir aqueles com poder de tomar decisões a priorizar serviços de testagem e tratamento para as populações-chave. Para poder atingir a meta 90-90-90, os sistemas punitivos devem ser revogados e substituídos por respostas nacionais que reconheçam as pessoas vivendo com HIV e integrantes de populações-chave como parceiras essenciais no desenvolvimento e na implementação de programas e políticas baseados em direitos.

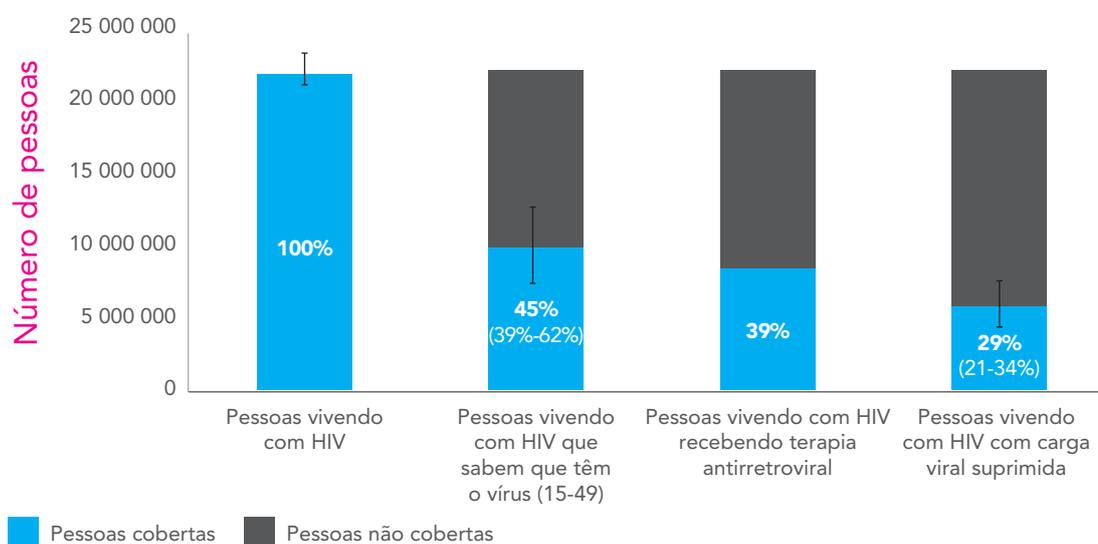
Na sociedade como um todo - no caso de países com alta prevalência do HIV - ou em populações específicas - no caso de epidemias concentradas - muitas vezes estar ciente do estado sorológico

ainda não foi estabelecido como uma norma social fundamental. Ao trabalhar para alavancar todas as estratégias disponíveis – campanhas de testagem para o HIV voltadas para comunidades, a implementação plena do aconselhamento e testagem iniciados pelo provedor, marketing social, autoteste, entre outras – esforços específicos

são necessários para educar as comunidades sobre a importância fundamental de testar para o HIV. Em relação à testagem para o HIV, assim como todos os demais elementos da meta 90-90-90, uma abordagem baseada em direitos e que rejeite a coerção e a estigmatização é essencial para o sucesso.

Fig. 19

CASCATA DO TRATAMENTO DO HIV EM ADULTOS NA ÁFRICA SUBSAARIANA COM 15 ANOS DE IDADE OU MAIS, 2013



Fontes:

Estimativas do UNAIDS, 2013.

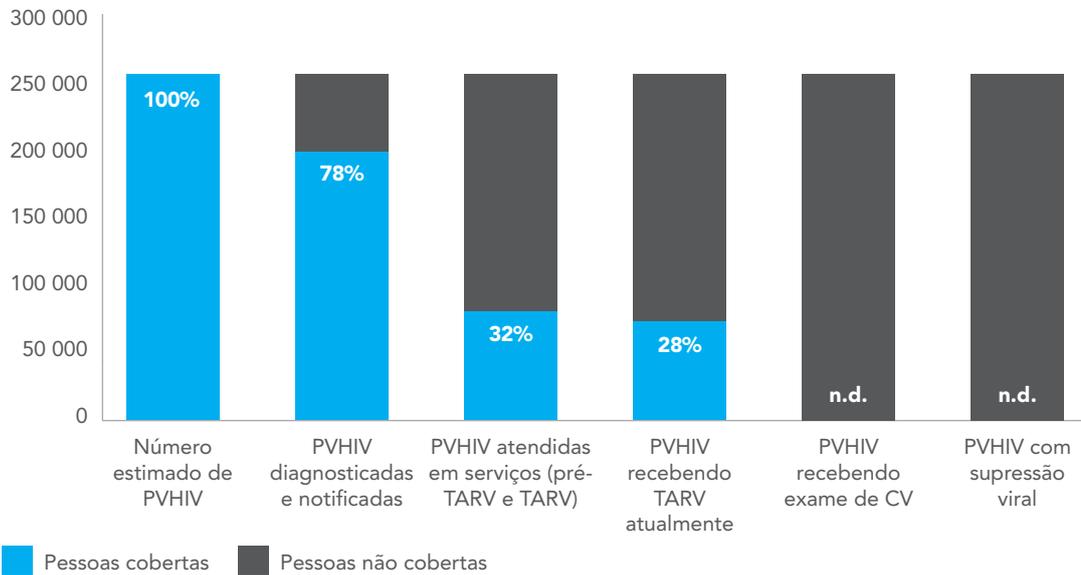
Estudos Demográficos e de Saúde, 2007-2012, e Shisana, O, Rehle, T, Simbayi LC, Zuma, K, Jooste, S, Zungu N, Labadarios, D, Onoya, D et al. (2014) South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Cape Town, HSRC Press. 45% é o ponto intermediário entre os limites inferiores e superiores. O limite inferior (33%) é a porcentagem de pessoas vivendo com HIV que muito provavelmente sabem seu estado sorológico (tiveram resultado positivo no estudo e relatam ter recebido os resultados de um teste de HIV nos últimos doze meses). O limite superior (57%) é calculado como a porcentagem de entrevistados com teste positivo no estudo que relatam ter feito o teste de HIV em algum momento na vida (o resultado do teste realizado no estudo não é revelado aos entrevistados). Aquelas pessoas que relatam nunca ter testado não sabem seu estado sorológico e compõem os demais 43%. Barth RE, van der Loeff MR, et al. (2010). Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Infect Disease* 10(3):155-166; e Kenya AIDS Indicator Survey 2012: National AIDS and STI Control Programme, Ministry of Health, Kenya. September 2013. Kenya AIDS Indicator Survey 2012: Preliminary Report. Nairobi, Kenya., dando ponderação de 50% ao trabalho realizado por Barth e ponderação de 50% ao trabalho de KAIS 2012. Foram aplicadas os limites proporcionais de Barth et al.

Em reconhecimento à necessidade crítica de focar tanto a qualidade quanto a utilização dos serviços, um número cada vez maior de países e autoridades subnacionais está desenvolvendo suas próprias estimativas para os desfechos dos vários elementos da cascata do tratamento. Em todos os contextos em que foram feitas estimativas para a cascata, tem sido documentada uma lacuna substancial entre

o número de pessoas vivendo com HIV e a proporção dessa população com supressão viral. As lacunas são ainda maiores no caso de determinadas populações, como crianças, adolescentes e populações-chave. Em Uganda, apenas 12% dos estimados 110 mil adolescentes vivendo com HIV obtiveram terapia antirretroviral em 2013.³⁹

Fig. 20

CASCATA DO TRATAMENTO NO VIETNÃ, 2012



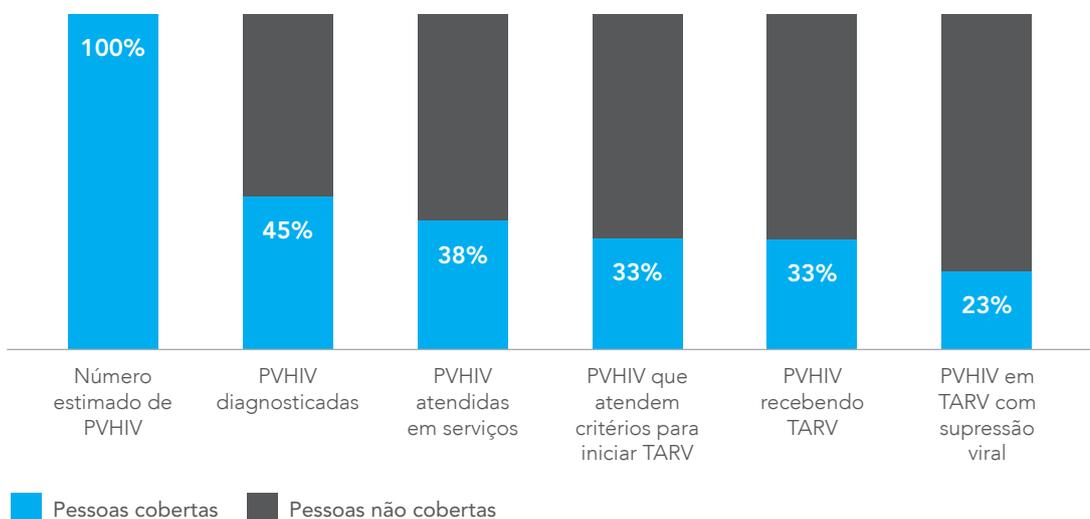
Fonte: Estimativas do Departamento de Controle do HIV/AIDS, Ministério da Saúde, Vietnã.

Na África Subsaariana, por exemplo, a estimativa do UNAIDS é de que apenas 29% das pessoas vivendo com HIV tenham supressão viral (Fig. 19). Esta proporção de pessoas com supressão viral é comparável com resultados divulgados por países como a Colômbia (23%) e os EUA (24%), mas é superior ao nível alcançado na Jamaica,

onde a estimativa é de que apenas 13% das pessoas vivendo com HIV tenham supressão viral. No entanto, há evidências que indicam que níveis mais altos de supressão viral já estão sendo alcançados em alguns países, com 39% das pessoas vivendo com HIV em Barbados com supressão viral em 2013.

Fig. 21

DESFECHOS DA CASCATA DO TRATAMENTO DO HIV, COLÔMBIA, 2013



Fonte: Governo da Colômbia, Ministério da Saúde e Proteção Social, 2014.

Em todos os países em que a cascata do tratamento foi desenvolvida, mostrou-se que a minoria das pessoas vivendo com HIV tem supressão viral. No entanto, os fatores que afetam negativamente os desfechos do tratamento variam entre os países. Por exemplo, enquanto a maioria das pessoas vivendo com HIV no Vietnã sabe seu estado sorológico, elas parecem enfrentar barreiras consideráveis ao acesso aos serviços de saúde após ter recebido o diagnóstico do HIV (Fig. 20). Em contraste, há evidências que indicam que a Colômbia alcançou altos níveis de acesso e retenção no tratamento do HIV para aquelas pessoas que chegam ao sistema de atenção à saúde, mas que a maioria das pessoas vivendo com HIV permanece sem diagnóstico (Fig. 21). *Insights* oriundos de experiências em contextos diversos agora precisam ser reunidos em uma única solução, na qual estratégias bem sucedidas de promoção de testagem sejam combinadas com lições aprendidas quanto à facilitação do acesso precoce e contínuo aos serviços de saúde.

Reconhecendo que a qualidade precisa ser garantida conjuntamente com a ampliação do tratamento, para que a supressão viral seja maximizada, o Malawi implementou um sistema de relatórios nacionais trimestrais que se baseiam em visitas e avaliações trimestrais realizadas em todas os serviços clínicos que fornecem tratamento do HIV. As visitas e avaliações são realizadas por profissionais de saúde do âmbito nacional e local, com o auxílio de parceiros do setor privado em contextos sem profissionais de saúde suficientemente qualificados para tal. Em 2013, por exemplo, as visitas de avaliação a 668 clínicas públicas e privadas envolveram 1.799 horas de trabalho. A cada visita, o desempenho da clínica é avaliada, e um Certificado de Excelência é conferido àquelas que demonstram desfechos excelentes.⁴⁰

Desafios para a prestação de serviços

Em todos os contextos, os planejadores e executores de programas, em colaboração com parceiros comunitários, precisarão identificar as pessoas que precisam de tratamento mas permanecem sem vínculo aos serviços, para depois desenvolver estratégias adequadas à realidade local e que alavanquem recursos comunitários disponíveis para vincular as pessoas à atenção em saúde.

A persistência da centralização de serviços de tratamento do HIV em muitos contextos reduz

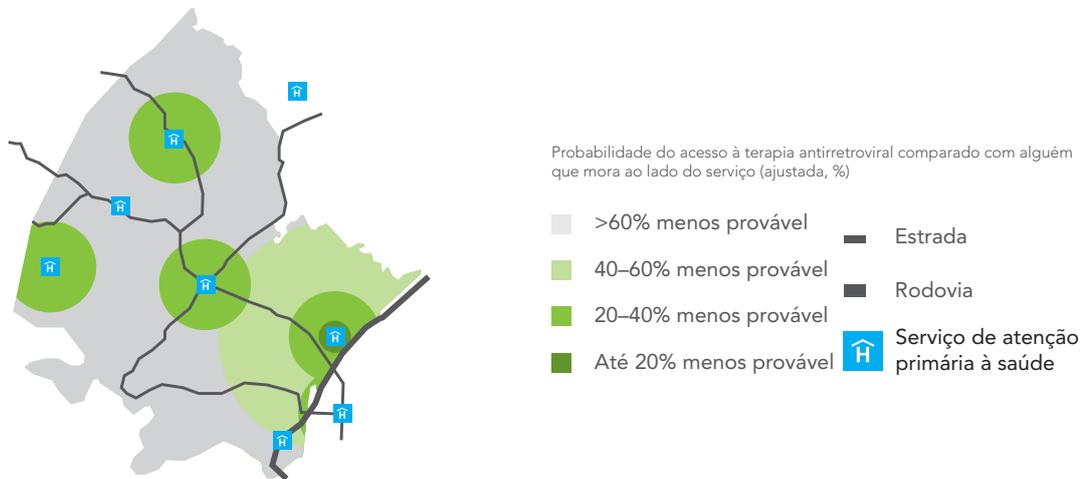
o sucesso dos programas de tratamento. Em KwaZulu-Natal, África do Sul, os níveis de utilização do tratamento diminuem proporcionalmente à distância que o indivíduo precisa viajar para chegar aos serviços de saúde (Fig. 22), destacando a necessidade fundamental de aproximar os serviços àqueles que precisam. Para facilitar mais a descentralização, os serviços de saúde que oferecem tratamento precisam urgentemente realizar da melhor forma possível a redistribuição de tarefas, incluindo usar recursos comunitários devidamente recompensados, para poder ampliar o alcance da terapia antirretroviral.¹ Investir no fortalecimento de sistemas comunitários será essencial para transformar em realidade a promessa da prestação de serviços de saúde descentralizados e baseados na comunidade.

Estratégias de prestação de serviços adaptadas às necessidades e circunstâncias de cada população e contexto também ajudarão a incentivar a ampliação do tratamento e a retenção nos serviços. No caso de homens adultos, que têm menos probabilidade que as mulheres de obter tratamento para o HIV na África Subsaariana, pode ser necessário ter horários flexíveis de atendimento nos serviços inclusive à noite e aos fins de semana, programas no local de trabalho, parcerias com o setor privado e serviços voltados especificamente para homens. Em Uganda, a adoção de um modelo de prestação de serviços centrada na família foi associada a um aumento acentuado da adesão ao tratamento ao HIV em crianças (Fig. 23).⁴¹ Abordagens adaptadas conforme as necessidades também são essenciais para atender às necessidades das populações-chave, pessoas que moram em áreas remotas, migrantes, pessoas privadas de liberdade e outros cujas necessidades não são atendidas efetivamente pelos serviços voltados para a população em geral.

A OMS tem convocado diversos atores em esforços que visam otimizar os esquemas de tratamento do HIV e também as estratégias de prestação de serviços, incluindo a disponibilização do diagnóstico no local de atendimento quando apropriado. As medidas de ação incluem a implementação imediata das diretrizes da OMS de 2013 que tratam de esquemas simplificados de tratamento, oferta de serviços de tratamento baseada na comunidade, e da ampliação das ferramentas de diagnóstico portáteis em contextos apropriados à medida que se tornarem disponíveis.¹

Fig. 22

PROBABILIDADE DO ACESSO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, RELATIVO À DISTÂNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE, KWAZULU NATAL, ÁFRICA DO SUL

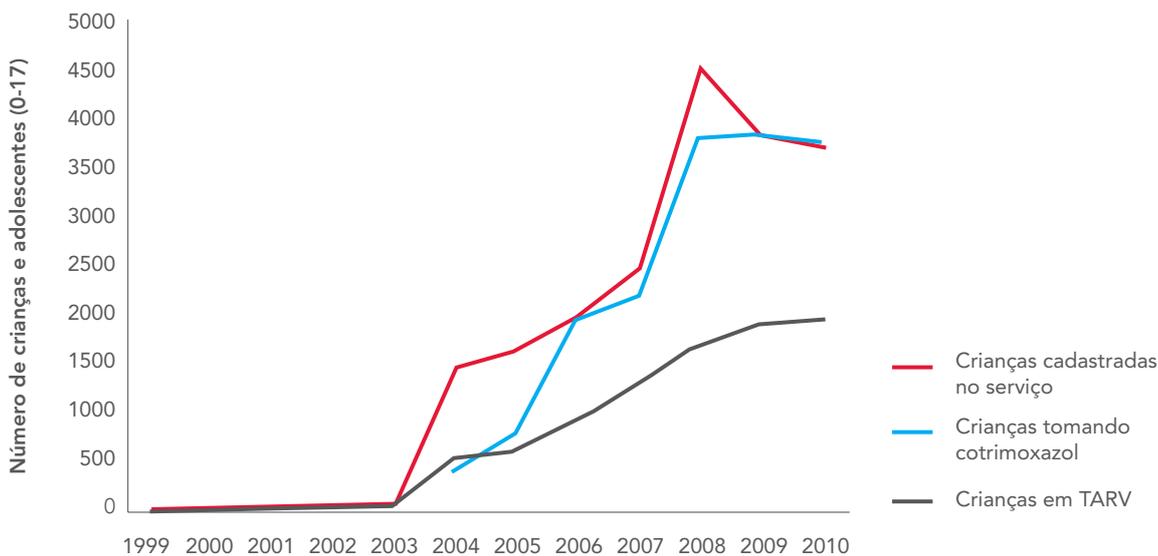


Probabilidade relativa de adultos HIV positivos (15 a 49 anos) acessarem a terapia antirretroviral em função da distância do serviço mais próximo de atenção primária à saúde.

Fonte: Location, Location: Connecting people faster to HIV services, UNAIDS; Geneva, 2013.

Fig. 23

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PEDIÁTRICOS DE HIV APÓS INTRODUÇÃO DE MODELO CENTRADO NA FAMÍLIA, UGANDA



Fonte: Luyirika et al., PLoS ONE, 2013.

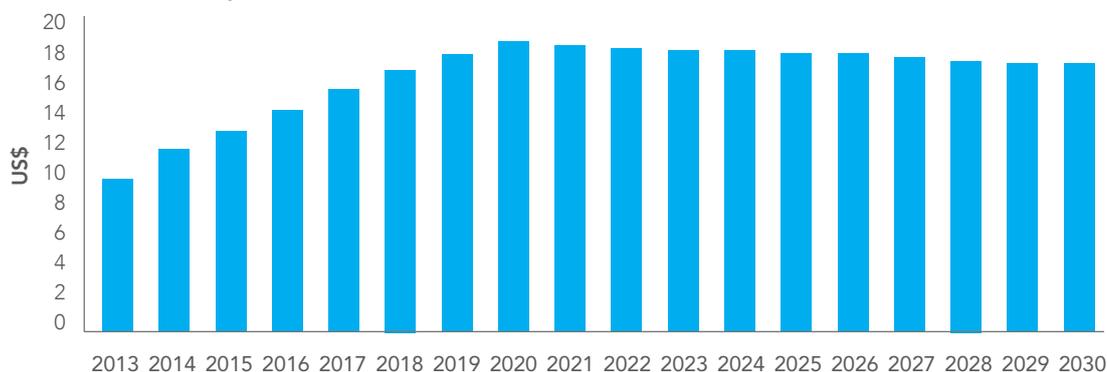
Custos da meta 90-90-90

Será necessário mais financiamento para pôr fim à epidemia da AIDS até 2030, embora os recursos necessários para a ampliação rápida da resposta rumo à meta 90-90-90 sejam factíveis. Para poder atingir a meta 90-90-90, será preciso um total de US\$ 14 bilhões até 2016 para o tratamento do HIV, incluindo o custo dos medicamentos, da

prestação dos serviços e da mobilização comunitária para garantir o acesso à testagem e a retenção no tratamento, bem como os custos pré-TARV. No período de 2016 a 2020, o financiamento precisará aumentar gradativamente a cada ano, chegando a US\$18 bilhões até 2020. A partir dos gastos máximos em 2020, prevê-se que os custos do tratamento vão diminuir gradativamente até 2030, quando o custo total do tratamento será US\$16,9 bilhões (Fig. 24).

Fig. 24

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A META DE TRATAMENTO 90-90-90, 2016 A 2030 (MEDICAMENTOS, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, TESTAGEM E ACONSELHAMENTO, MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E CUSTOS PRÉ-TARV)



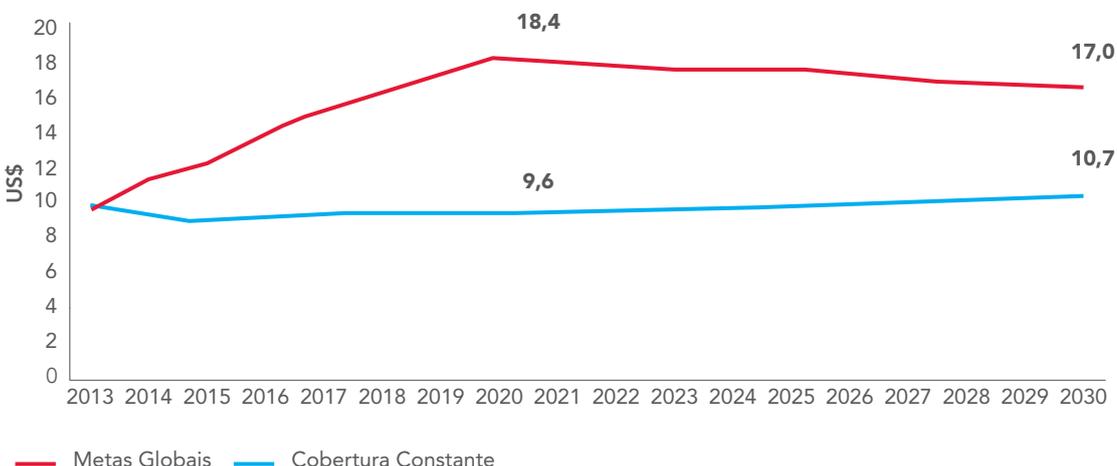
Fonte: Estimativas de Preços Globais, UNAIDS, setembro de 2014. Resultados não publicados.

As vantagens para a saúde e as vantagens financeiras da meta 90-90-90 se tornam ainda mais claras quando os desfechos são comparados com aqueles que aconteceriam se as atuais tendências de aceleração continuarem. Em 2030, o custo da meta 90-90-90 seria comparável (US\$ 17 bilhões) assim como a continuação da atual aceleração

(US\$ 10,7 bilhões) (Fig.25). Contudo, ao atingir a meta 90-90-90 até 2020, prevê-se que em torno de 350 mil pessoas vão morrer de causas relacionadas à AIDS em 2030, comparado com 2,1 milhões de óbitos no cenário da continuação da cobertura atual (Fig. 18).

Fig. 25

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA OS CUSTOS DE TRATAMENTO COM COBERTURA CONSTANTE A PARTIR DE 2013, E PARA A META 90-90-90



Fonte: Estimativas de Preços Globais, UNAIDS, setembro de 2014. Resultados não publicados.

Para poder mobilizar os recursos que são precisos para financiar e sustentar o esforço necessário para atingir a meta 90-90-90, princípios de solidariedade global

e responsabilidade compartilhada precisarão prevalecer. Além disso, esforços substanciais serão necessários para maximizar a eficiência dos programas.

Fig. 26

FORMANDO PARCERIAS PARA GARANTIR O SUCESSO

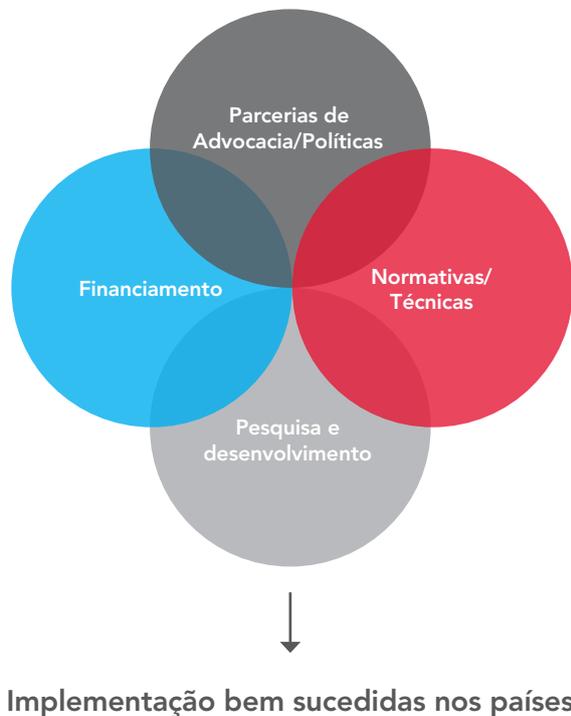
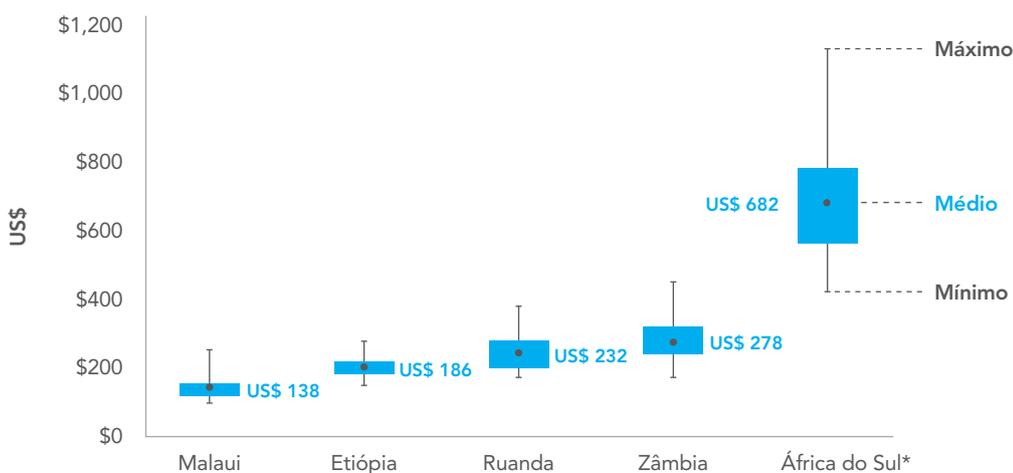


Fig. 27

CUSTOS DE SERVIÇOS VARIAM ENTRE PAÍSES



* República da África do Sul (RAS): os custos incluem preços atualizados dos antirretrovirais, que foram renegociados pelo governo da RAS no início de 2010 e são 53% inferiores aos observados no período em que os custos foram levantados.

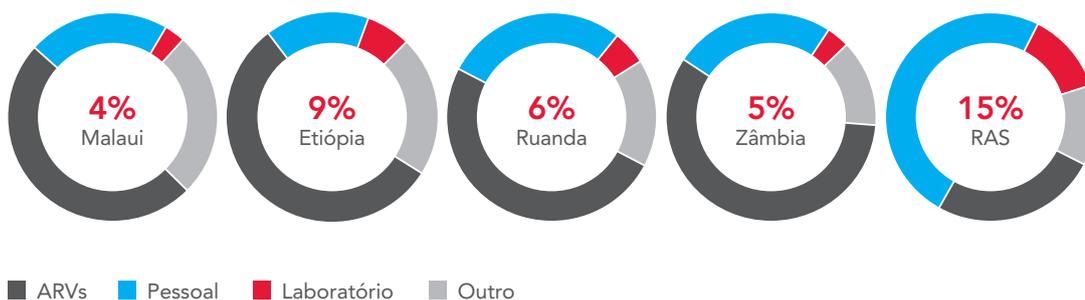
Fontes: apresentação da Clinton Health Access Initiative (CHAI) 2014, Dados dos relatórios dos países (Ministérios de Saúde).

As evidências sugerem que há margem considerável para ganhos de eficiência, visto que os custos relacionados ao tratamento nos serviços de saúde muitas vezes são substancialmente maiores em alguns contextos do que em outros (Fig. 27). Embora diversos

fatores possam influenciar os custos nos serviços de saúde, incluindo salários e outros custos mais altos nos países mais desenvolvidos, os dados disponíveis indicam que ineficiências também podem explicar parte da variação nos custos dos serviços.

Fig. 28

COMPONENTES DOS GASTOS COM O TRATAMENTO DO HIV: A PROPORÇÃO DO LABORATÓRIO VARIA CONFORME O PAÍS

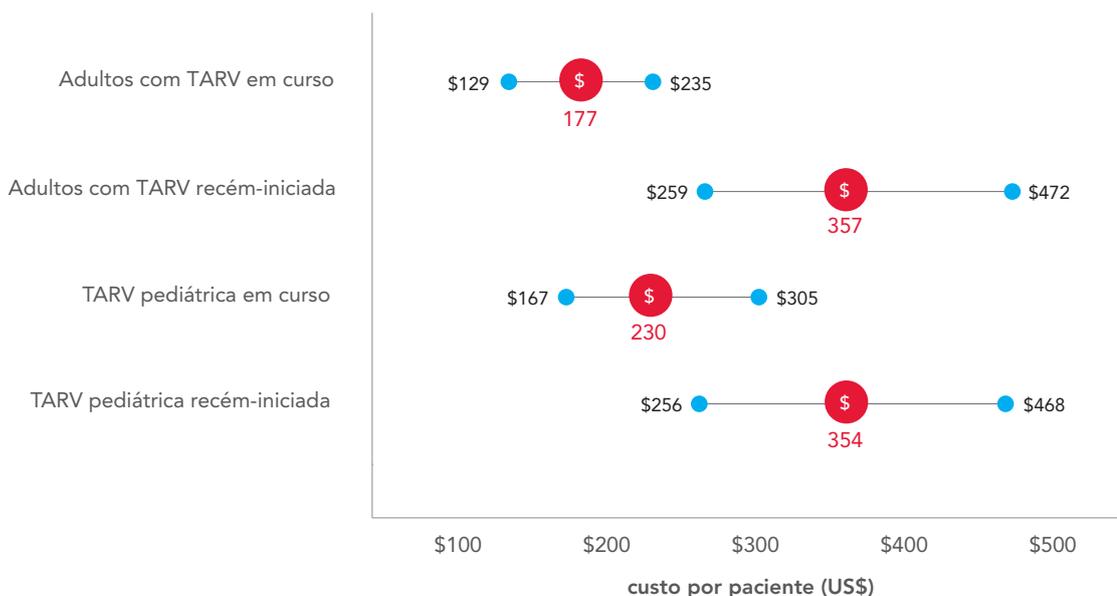


Entre os programas nacionais de tratamento, a proporção de gastos com o tratamento do HIV alocada a serviços laboratoriais também varia muito (Fig. 28). Da mesma forma, as

Medições Nacionais de Gastos com AIDS indicam que a proporção dos recursos dedicados à gestão de programas varia substancialmente entre os países.

Fig. 29

CUSTOS MÉDIOS ANUAIS DO TRATAMENTO DO HIV POR PACIENTE, POR TIPO DE PACIENTE



Fonte: UNAIDS, estimativas 2011.

Fonte: Nicolas A. Menzies, Andres A. Berruti, John M. Blandford, The Determinants of HIV Treatment Costs in Resource Limited Settings, PLoS ONE November 2012 Vol.7, Issue 11, e48726

Alavancar o compartilhamento de informações entre países do Hemisfério Sul (Sul-Sul), fazer aquisições conjuntas e ter apoio técnico focado deve ajudar a reduzir as despesas dos serviços mais dispendiosos. Os programas nacionais precisam exercer liderança para alocar recursos de modo a maximizar o financiamento de intervenções de alto valor e com grande impacto, como a testagem e o tratamento do HIV. O aprimoramento da coordenação entre agências doadoras e mecanismos nacionais de coordenação também ajudaria a garantir a utilização mais eficiente de recursos finitos.

Embora a ampliação envolva custos que têm que ser pagos já de início, os custos por paciente diminuem à medida que os indivíduos que estão iniciando a terapia antirretroviral se estabilizam e precisam de intervenções clínicas menos intensivas com o passar do tempo. Desconsiderando os custos da terapia antirretroviral, os custos da prestação dos serviços são mais de duas vezes maiores para pacientes iniciando o tratamento do HIV quando comparados aos custos para pacientes já com o tratamento estabelecido (Fig. 29).

PONDO FIM À EPIDEMIA DA AIDS

Alcançar a meta para 2015 de ter 15 milhões recebendo terapia antirretroviral – o que é um cenário cada vez mais provável – é apenas um primeiro, embora importante, passo rumo ao objetivo geral que é o fim da epidemia da AIDS. Na era pós-2015, está claro agora que esse objetivo é factível – mas apenas se o mundo utilizar estrategicamente a enorme quantidade de recursos humanos, técnicos e financeiros que tem à sua disposição.

Somente o trabalho em parceria permitirá que o mundo acabe com a epidemia de AIDS. O mundo terá que combinar vontade política, orientações normativas baseadas em evidências, geração contínua de evidências críticas quanto às ações a serem tomadas, bem como recursos financeiros suficientes para alcançar a meta 90-90-90 e para sustentar o tratamento do HIV de dezenas de milhões de pessoas durante a vida toda no mundo inteiro.

O UNAIDS tem o compromisso de trabalhar em parceria com toda a gama de atores essenciais – incluindo, mas não restrito a governos nacionais; a OMS, o Fundo Global, PEPFAR e outros doadores; a sociedade civil, incluindo pessoas vivendo com HIV e populações-chave; o setor privado; grupos profissionais médicos; entre outros – para transformar a meta 90-90-90 em realidade. Embora novas formas de pensar e novas

maneiras de atuar sejam necessárias para alcançar essas metas ambiciosas, as parcerias que fizeram com que a resposta à AIDS se tornasse histórica proporcionam um alicerce sólido para deslanchar um esforço mundial para pôr fim à epidemia da AIDS até 2030.

Em especial, o UNAIDS assume o compromisso de alavancar seu papel de mobilização para colaborar com as organizações no desenvolvimento de diretrizes para a implementação da meta 90-90-90. Estabelecer marcos referenciais anuais em relação ao conhecimento do estado sorológico quanto ao HIV, à utilização da terapia antirretroviral e à supressão viral – e ter sistemas robustos funcionando para monitorar os resultados de todas as etapas do tratamento – será crítico para impulsionar o progresso rumo às novas metas ambiciosas.

Agora existem as ferramentas e as estratégias para vencer definitivamente a epidemia da AIDS até o ano 2030. Contudo, para chegar lá é necessário realizar agora ações sem precedentes para intensificar o início precoce da terapia antirretroviral, visto que qualquer demora simplesmente permitirá que a epidemia continue avançando mais rapidamente que a resposta. Inspirada pelo progresso alcançado até agora e sem medo dos desafios por vir, toda a comunidade global deve se comprometer a não perder essa oportunidade histórica.

REFERÊNCIAS

1. WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection, 2013.
2. Grinsztejn B et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*, 2014, DOI:10.1016/S1473-3099(13)70692.3.
3. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. *Lancet*, 2000, 355:1131-1137.
4. Samji H et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*, 2013, 8: e81355.
5. Karim SAS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet*, 2011, 378:e23-e25.
6. Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Abstract 153LB, Boston, USA, 2014.
7. Tanser F et al. High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*, 2013, 339:966-971.
8. Montaner JSG et al., 2014. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the «HIV treatment as prevention» experience in a Canadian setting. *PLoS ONE*, 2014, 9:e87872.
9. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
10. Resch S et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low and middle income countries. *PLoS One*, 2011, 6:e25310.
11. Ventelou B et al. The macroeconomic consequences of renouncing to universal access to antiretroviral treatment for HIV in Africa: a micro-simulation model. *PLoS ONE*, 2012, 7:e34101.
12. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
13. Walensky RP et al., Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples, *New Eng J Med*, 2013, 369:1315-1325.
14. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236-43.
15. Montaner JSG et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*, 2006, 368:531-536.
16. UNAIDS, The gap report, Geneva: UNAIDS, 2014.
17. Baral S et al. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000-2006: A Systematic Review, *PLoS Med*, 2007, 4:e339.
18. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2012, doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
19. Baral SD et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Infect Dis*, 2013, 13:214-222.

22. Wolfe D et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and way forward. *Lancet*, 2010, 376:355-366.
23. Arreola A et al., Access to HIV prevention and treatment for men who have sex with men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR), Global Forum on MSM & HIV, 2012.
24. Gender Dynamix, amfAR, Transgender access to sexual health services in South Africa: findings from a key informant survey, 2012.
25. Kerr T et al., The impact of compulsory drug detention exposure on the avoidance of healthcare among injection drug users in Thailand, *Int J Drug Policy*, 2014, 25:171-174.
26. Shannon K et al., Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants, *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
27. WHO, Health for the world's adolescents, 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
28. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236–43.
29. Fergusson P, Tomkins A, HIV prevalence and mortality among children undergoing treatment for severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa: a systematic review, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008, doi:10.1016/j.trstmh.2008.10.029.
30. Hesseling AC et al., High incidence of tuberculosis among HIV-infected infants: Evidence from a South African population-based study highlights the need for improved tuberculosis control strategies, *Clin Infect Dis*, 2009, 48:108-114.
31. UNITAID, HIV/AIDS medicines market and technology landscape, 2014.
32. McNairy ML et al. Identifying Optimal Models of HIV Care and Treatment in Sub-Saharan Africa Consortium. Retention of HIV-infected children on antiretroviral treatment in HIV care and treatment programs in Kenya, Mozambique, Rwanda, and Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2013, 62:e70-e81.
33. WHO, March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Geneva: WHO, 2014.
34. Althorp K. Multi-disease prevention campaigns (part 2): case studies from Kenya and Uganda. 013. Available: <http://www.aidsmap.com/Multi-disease-prevention-campaigns-part-2/page/2811299/>.
35. Government of Brazil, Ministry of Health of Brazil- STI-AIDS-Viral Hepatitis, 2014.
36. Information provided by UNAIDS Regional Support Team for Asia and the Pacific, June 2014.
37. US Centers for Disease Control and Prevention, HIV Surveillance Supplemental Report, 2013.
38. Data from Ministries of Health of Brazil and Colombia, reported at a HIV treatment retargeting consultation, Buenos Aires, Argentina, April 2014.
39. Elul B et al. High levels of adherence and viral suppression in a nationally representative sample of HIV-infected adults on antiretroviral therapy at 6, 12 and 18 months in Rwanda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e53586.
40. Cohen D et al. HIV testing coverage family members of adult antiretroviral therapy patients in Malawi. *AIDS Care*, 2010, 22:1346-1349.
41. Uganda AIDS Control Programme, Ministry of Health, Laying the ground for scaling up ART for adolescents: Experience from Uganda, International Conference on AIDS and STIs in Africa, 2013.
42. Malawi Ministry of Health. Integrated HIV program report – January – March 2013.
43. Luyirika E et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e69548.

ANOTAÇÕES

UNAIDS
Programa Conjunto das Nações
Unidas sobre HIV/AIDS

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MULHERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Suíça

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org