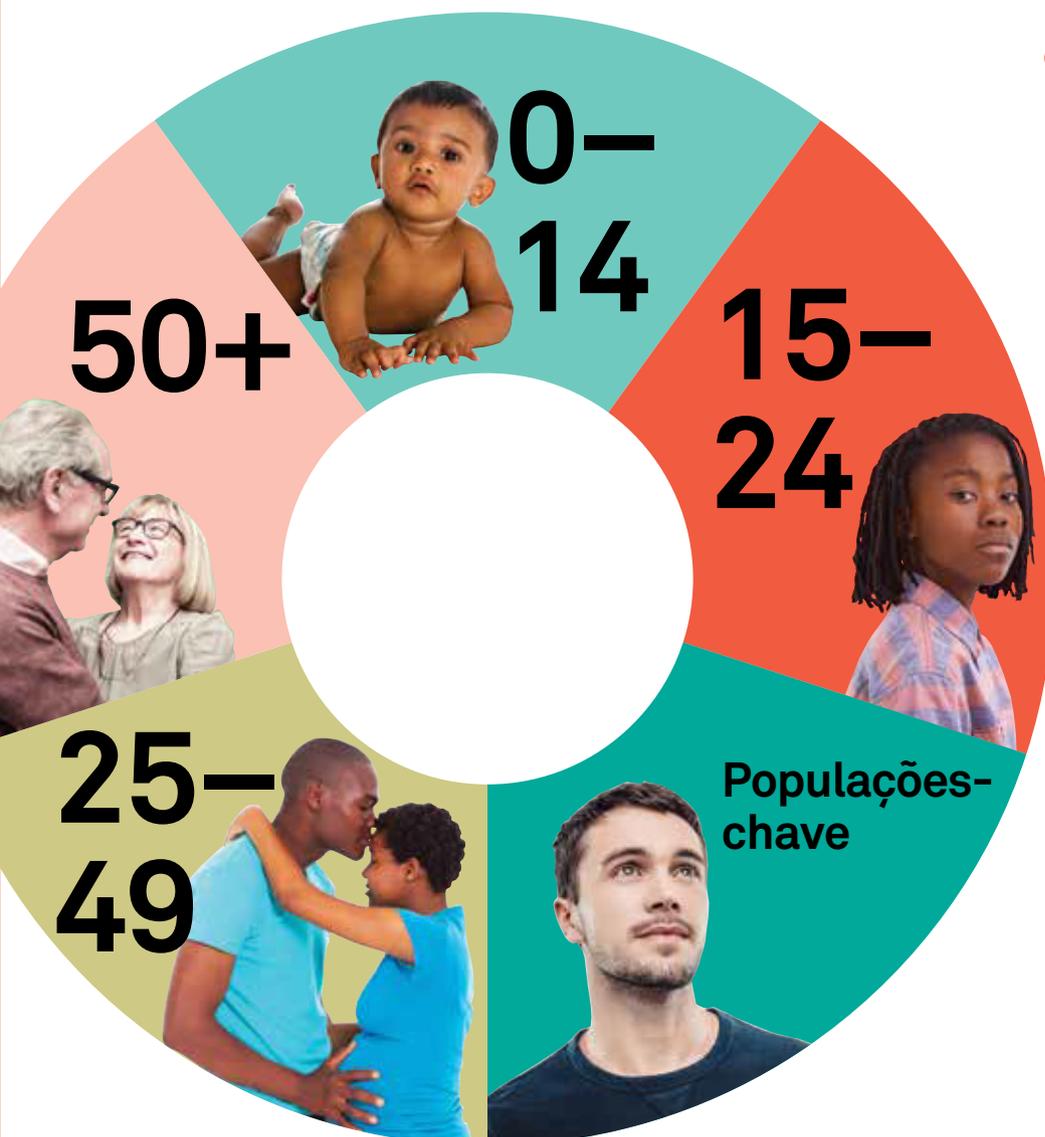


Entre na via rápida

A abordagem do ciclo
de vida para o HIV

Soluções para todos
em todas as fases da vida



prefácio

O escopo de opções de prevenção e tratamento do HIV nunca foi tão amplo como nos dias de hoje. O mundo agora tem conhecimento científico e experiência para alcançar as pessoas vivendo com HIV por meio de opções adaptadas a suas vidas, nas comunidades em que vivem.

Esta abordagem do HIV de acordo com o ciclo de vida garante que encontremos as melhores soluções para as pessoas ao longo da suas vidas.

E isso começa dando às crianças um nascimento saudável e uma vida livre de HIV. O progresso feito na redução da transmissão do HIV de mãe para filho é uma das notáveis histórias de sucesso na saúde global. Os medicamentos antirretrovirais evitaram 1,6 milhão de novas infecções pelo HIV entre crianças desde 2000. Mesmo assim, são necessários esforços intensos para praticamente eliminar a transmissão de mãe para filho.

A adolescência é um período turbulento, e um momento particularmente perigoso para as mulheres jovens que vivem na África subsaariana. À medida que passam para a idade adulta, o risco de infecção por HIV aumenta drasticamente. Quando mulheres e meninas estão empoderadas, elas têm meios de se proteger contra a infecção pelo HIV e de ter acesso aos serviços para o vírus.

Com a abordagem do ciclo de vida, ninguém deve ser deixado para trás. Populações-chave, como profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, prisioneiros e migrantes, precisam ter acesso ao tratamento e à prevenção ao HIV que melhor atenda suas necessidades.

Nesse relatório, o UNAIDS está anunciando que 18,2 milhões de pessoas agora têm acesso ao tratamento do HIV. A Via Rápida (Fast-Track) está funcionando. O aumento da cobertura do tratamento está reduzindo as mortes relacionadas à AIDS entre adultos e crianças. Mas a abordagem do ciclo de vida tem de incluir mais do que apenas tratamento. A tuberculose (TB) continua a ser uma das causas mais comuns de doença e morte entre pessoas vivendo com HIV de todas as idades, causando cerca de um terço das mortes relacionadas à AIDS em 2015. Estas mortes poderiam e deveriam ter sido evitadas.

Tuberculose, câncer cervical, hepatite C e outras causas importantes de doença e morte entre pessoas vivendo com HIV nem sempre são detectada nos serviços de HIV. É vital que colaboremos estreitamente com outros programas de saúde para prevenir mortes desnecessárias.

O impacto de uma melhor cobertura de tratamento significa que um número crescente de pessoas estará vivendo com o HIV até a velhice, considerando também o aumento nas novas infecções por HIV entre os idosos. As consequências da terapia antirretroviral de longo prazo, combinadas com as doenças do envelhecimento, serão um novo território para muitos programas de HIV.

A resistência aos medicamentos é uma grande ameaça para a resposta à AIDS, não apenas para os medicamentos antirretrovirais, mas também para os antibióticos e medicamentos antituberculosos que as pessoas vivendo com HIV frequentemente precisam para permanecerem saudáveis. Mais pessoas do que nunca precisam de medicamentos de segunda e terceira linhas para HIV e TB. O fardo humano da resistência aos medicamentos já é inaceitável; em breve, os custos financeiros serão insustentáveis. Precisamos nos certificar de que os medicamentos que temos hoje sejam utilizados da melhor forma e de que iremos acelerar e expandir a busca por novos tratamentos, diagnósticos, vacinas e uma cura para o HIV.

À medida que avançarmos na ciência e na inovação, iremos precisar de novas formas de pensamento para superar os obstáculos que ainda restam. O clichê é verdadeiro - o que nos trouxe aqui, não nos levará até lá. Enfrentamos desigualdades persistentes, a ameaça de menos recursos e uma crescente conspiração da complacência.

Vindo da África, tenho orgulho de ver que os países de baixa e média renda sejam responsáveis por mais da metade dos recursos disponíveis para o HIV. Juntamente com uma reposição bem-sucedida do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose, Malária e o resiliente e bipartidário Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Combate à AIDS, nosso empenho por responsabilidade compartilhada e solidariedade global está funcionando.

No entanto, os recursos continuarão escassos e a necessidade de mostrar um retorno sobre o investimento será mais forte do que nunca. E sem a redução do número global de novas infecções pelo HIV entre adultos nos últimos cinco anos, e com o aumento do número de novas infecções em algumas regiões do mundo, precisamos nos dar conta que, se houver um ressurgimento de novas infecções pelo HIV neste momento, a epidemia se tornará incontrolável.

Neste Dia Mundial contra a AIDS, apelo aos líderes mundiais, parceiros, ativistas, comunidades e pessoas vivendo com HIV para que entrem na Via Rápida (Fast-Track) para acabar com esta epidemia.

A AIDS não acabou, mas pode acabar.

Michel Sidibé

Diretor Executivo do UNAIDS

introdução

O ciclo de vida também pode ser usado para compreender a dinâmica complexa da epidemia de HIV e a resposta ao vírus.

O ciclo de vida humano é uma jornada individual de transformação. Durante infância, adolescência, idade adulta e idade avançada, somos confrontados com diferentes conjuntos de riscos e oportunidades. À medida que envelhecemos, nossos papéis mudam dentro de nossas famílias e comunidades.

A dinâmica do ciclo de vida tem sido adotada pelo mundo dos negócios para orientar o desenvolvimento e a melhoria de produtos e serviços, e para explicar o crescimento e o declínio das empresas. O ciclo de vida também pode ser usado para compreender a dinâmica complexa da epidemia de HIV e a resposta ao vírus. Inovações na coleta de dados revelam como os riscos de infecção, os desafios de acesso a serviços e as soluções para esses desafios mudam em diferentes estágios da vida.

Os riscos de infecção enfrentados pelo feto de uma mãe vivendo com HIV são minimizados quando diagnósticos e medicamentos antirretrovirais prontamente disponíveis são usados em tempo hábil. As mães grávidas precisam de cuidados pré-natais de boa qualidade que ofereçam o teste do HIV como parte da rotina. As gestantes que vivem com o HIV necessitam de terapia antirretroviral imediata e apoio para aderir ao tratamento durante a gravidez, a amamentação e para o resto de suas vidas. Os recém-nascidos e suas mães necessitam de cuidados pós-natais que incluem testes virológicos precoces para os bebês e tratamento pediátrico para aqueles poucos que adquirem o HIV.

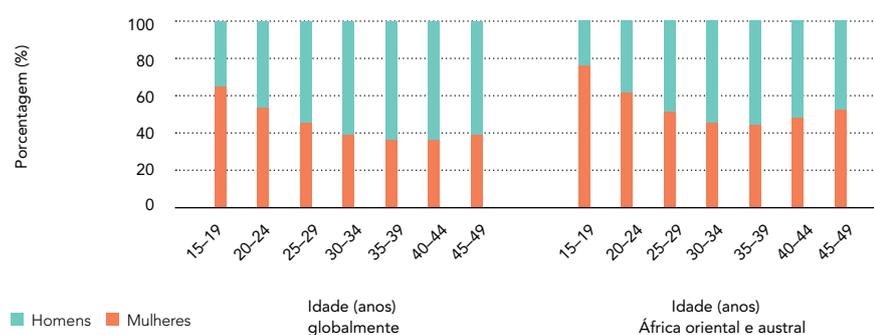
À medida que crianças passam pela adolescência, surgem novos desafios. Os riscos de HIV entre os jovens são maiores quando essa transição etária ocorre em ambientes desafiadores, com acesso insuficiente a alimentos, educação e moradia, e com altas taxas de violência. Percepção de baixo risco de infecção, uso insuficiente do preservativo e baixas taxas de testagem de HIV persistem entre os jovens. A transição da infância para a idade adulta também é um período perigoso para adolescentes vivendo com HIV. A adesão ao tratamento é baixa e a falha do tratamento é elevada entre os adolescentes soropositivos. O aumento de três vezes no número de crianças vivendo com HIV e entrando na adolescência nos últimos 10 anos tem ampliado este desafio dentro dos programas de tratamento de dezenas de países.

Durante a adolescência, o risco de infecção por HIV é consideravelmente mais elevado entre as meninas, especialmente em contextos de alta prevalência, como a África oriental e austral. As medidas de proteção social e a manutenção de adolescentes na escola reduzem os riscos de infecção pelo HIV. As escolas também são o veículo mais conveniente para a educação sexual abrangente, que forneça aos adolescentes e jovens o conhecimento e as habilidades necessárias para fazer escolhas conscientes, saudáveis e respeitadas sobre seus relacionamentos e sua sexualidade. Os efeitos dessas medidas sobre o HIV estão estreitamente ligados ao empoderamento das adolescentes e das jovens mulheres, que vem com a educação e com a independência econômica.

À medida que a vida avança para a idade adulta, a proporção de homens infectados pelo HIV globalmente cresce de forma constante, passando de 35% entre as pessoas com idades entre 15-19 anos para 63% entre os de 40-44 anos¹. Mesmo na África oriental e meridional, onde as populações-chave masculinas representam predominantemente uma proporção muito menor de novas infecções do que a média global, em 2015, 54% das novas infecções por HIV entre as pessoas de 30-34 anos eram em homens.

¹ Todos os dados no texto do relatório sem referências de rodapé são das estimativas de 2016 do UNAIDS ou do Relatório de Progresso na Resposta Global à AIDS (GARPR). Estimativas nacionais e dados de programa submetidos pelos países para o UNAIDS estão disponíveis no site AIDInfo (aidsinfo.unaids.org).

Proporção de novas infecções por HIV por sexo, globalmente e África oriental e austral, 2015



Fonte: Estimativas do UNAIDS 2016

Esforços para reduzir novas infecções pelo HIV entre adultos estagnaram, ameaçando o progresso futuro rumo ao fim da epidemia de AIDS.

Novos dados filogenéticos da África do Sul revelam um ciclo vicioso de infecção pelo HIV - entre pessoas mais velhas e mais jovens -, que pode estar em andamento em muitos contextos de alta prevalência: as mulheres jovens estão adquirindo o HIV de homens adultos - e à medida que essas jovens crescem, tendem a transmitir HIV para homens adultos, e o ciclo se repete. Dados de outros estudos sugerem que as desigualdades de gênero e as masculinidades nocivas sustentam este ciclo. O menor acesso à educação, os níveis mais baixos de independência econômica e a violência dos parceiros íntimos minam a capacidade das mulheres jovens de negociar relações sexuais mais seguras e de manter o controle sobre seus corpos. Os homens, por sua vez, tendem a ser ignorados pelas políticas de saúde e estratégias de HIV, buscam serviços com pouca frequência e tendem a ser diagnosticados com HIV e a iniciar o tratamento muito tardiamente, muitas vezes com consequências mortais.

Importância da abordagem do ciclo de vida para iniciar a prevenção do HIV

As percepções e perspectivas despertadas pela abordagem do ciclo de vida devem ser utilizadas como forma de alavancar a resposta a um dos maiores desafios enfrentados pela resposta global à AIDS: o progresso estagnado na prevenção de HIV entre os adultos. As novas infecções entre jovens de 15 a 24 anos diminuíram apenas 6% entre 2010 e 2015 e a taxa de novas infecções por HIV entre homens e mulheres de 25 a 49 anos de idade encontra-se essencialmente estável. Enquanto isso, novas infecções parecem estar aumentando entre as pessoas que usam drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens.

O UNAIDS alertou, em julho de 2016, que esta lacuna na prevenção é uma ameaça ao progresso futuro rumo ao fim da epidemia de AIDS. O relatório sobre as Lacunas da Prevenção² mostra como alguns países conseguiram o declínio de 50% ou mais em novas infecções pelo HIV entre adultos nos últimos 10 anos, enquanto tantos outros não tiveram progressos mensuráveis ou experimentaram aumentos preocupantes em novas infecções por HIV.

² <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>

Medidas para fechar essa lacuna estão disponíveis de imediato. Uma combinação de conscientização sobre o risco de infecção pelo HIV, capacitação econômica e profilaxia oral pré-exposição (PrEP) é um método potencialmente poderoso de prevenção ao HIV para jovens que vivem em circunstâncias econômicas e sociais extremamente desafiadoras. Medidas de proteção social, como transferências de renda e educação gratuita, têm comprovadamente reduzido de forma drástica entre as meninas de 12 a 18 anos o sexo norteado por questões econômicas. A notificação assistida por parceiros e os kits de autoteste têm resultado em aumento no acesso à testagem de HIV entre os homens. Cidades e países que implementaram programas verdadeiramente abrangentes de HIV, adaptados às necessidades das populações-chave, reduziram com sucesso novas infecções por HIV entre profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens. Essas abordagens de alto impacto, fundamentadas em evidências, devem ser aplicadas de forma consistente ao longo do ciclo de vida, usando uma abordagem de localidade-população que priorize as áreas geográficas e as populações mais necessitadas.

Sobre os alicerces de uma fundação global forte

Esforços redobrados para fechar a lacuna de prevenção podem ser consolidados com base em uma coalizão global sem precedentes e com base em compromisso financeiro. Parcerias estratégicas globais já colocaram a eliminação da transmissão de HIV de mãe para filho no horizonte. Vinte e um países na África trabalharam com o UNAIDS e com o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR) para reduzir em 51% as novas infecções entre crianças de 0-14 anos até 2010. Mais esforços voltados para crianças, adolescentes e mulheres jovens estão sendo guiados por um novo marco: Comece Livre, Permaneça Livre, Livre da AIDS (do nome em inglês Start Free, Stay Free, AIDS Free). Os governos e a sociedade civil também estão trabalhando com o sistema das Nações Unidas na Força-Tarefa de Alto Nível sobre Mulheres, Meninas, Igualdade de Gênero e HIV na África oriental e austral para estimular maior conhecimento sobre os riscos desproporcionais de HIV enfrentados pelas adolescentes e mulheres jovens. As metas 90-90-90³ lançadas pelo UNAIDS na Conferência Internacional de AIDS de 2014, incentivaram esforços globais para testagem e tratamento do HIV e aprimoraram o foco na supressão viral necessária para cumprir o efeito preventivo total do tratamento.

Agora 18,2 milhões [16,1 milhões-19,0 milhões] de pessoas vivendo com HIV têm acesso à terapia antirretroviral. A ampliação consistente do tratamento fez as mortes relacionadas à AIDS caírem 45%, passando de um pico de 2 milhões [1,7 milhão-2,3 milhões] em 2005 para 1,1 milhão [940.000-1,3 milhão] em 2015. Mais e mais adultos vivendo com o HIV têm mais de 50 anos. Doenças relacionadas à idade, como as cardiovasculares, são mais comuns entre as pessoas soropositivas e a resistência aos medicamentos antirretrovirais representa uma ameaça significativa às pessoas que vivem com HIV há muitos anos. O aumento de casos de tuberculose resistente aos medicamentos ameaça frear as reduções constantes de mortes entre pessoas vivendo com HIV causadas pela tuberculose. As mulheres HIV positivas continuam em risco elevado de desenvolver câncer cervical devido à cobertura insuficiente de programas de imunização contra o vírus do papiloma humano (HPV) em países de baixa e média renda e estima-se que 10 milhões de pessoas que usam drogas injetáveis tenham infecção por hepatite C.

O acesso à terapia antirretroviral é ofertado a 18,2 milhões [16,1 milhões - 18,8 milhões] de pessoas vivendo com HIV e o número de mortes relacionadas à AIDS caiu 45% desde 2005.

³ Até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas (testadas); destas, 90% estejam em tratamento; e deste grupo, 90% tenha carga viral indetectável.

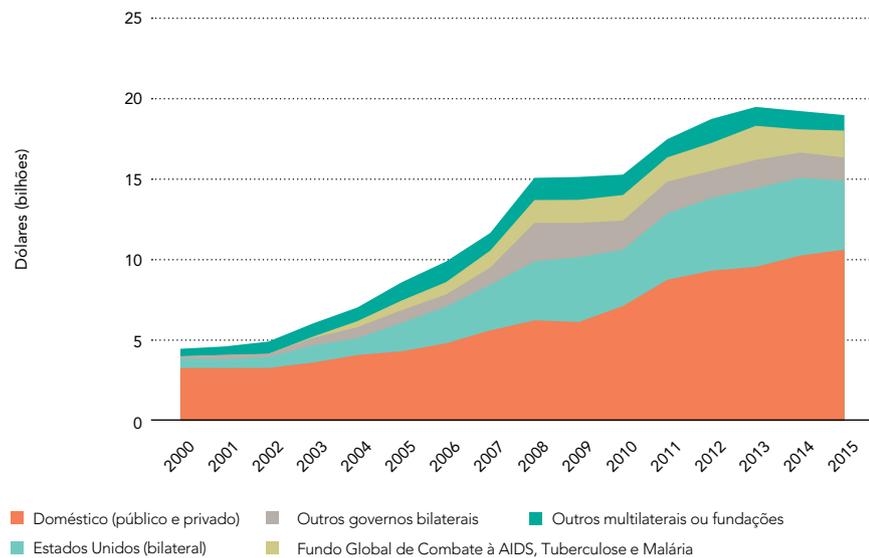
Atingir o objetivo para 2020 de menos de 500.000 mortes por ano relacionadas à AIDS vai exigir que a epidemia seja retirada do isolamento por meio de sistemas centrados nas pessoas para cobertura universal da saúde, incluindo o tratamento da tuberculose, câncer de colo de útero e hepatites B e C.

Países de baixa e média renda investindo no fim da AIDS

Há dez anos, a aceleração da resposta à AIDS dependia em grande medida de doadores bilaterais e multilaterais. Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2011, o UNAIDS clamou por responsabilidade partilhada, apropriação mais ampla e maior responsabilização para satisfazer as necessidades de investimento na resposta de uma forma sustentável⁴. Países de baixa e média renda têm respondido a este desafio. Nos últimos cinco anos, o investimento nacional na resposta à AIDS desses países aumentou 46%, atingindo 10,8 bilhões de dólares em 2015. O investimento anual total nesses países atingiu 19 bilhões de dólares, incluindo as contribuições do PEPFAR, do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e de outros doadores bilaterais e multilaterais.

Países de baixa e média renda atenderam ao pedido do UNAIDS por responsabilidade partilhada. Nos últimos cinco anos, o investimento nacional na resposta à AIDS desses países aumentou 46%, atingindo 10,8 bilhões de dólares em 2015.

Investimentos na resposta à AIDS em países de baixa e média renda, por fonte de investimento, 2000-2015

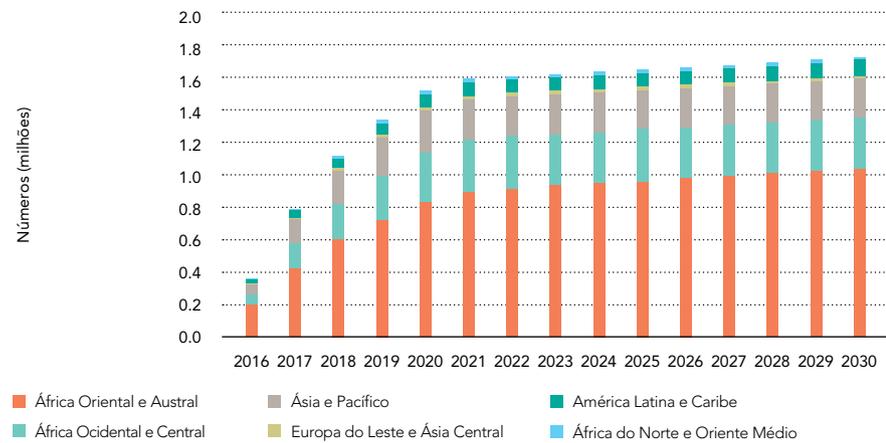


Fonte: Estimativas do UNAIDS, junho de 2016 - UNAIDS-Fundação Kaiser Family. Financiamento da resposta à AIDS em países de baixa e média renda até 2015 -OCDE CRS último acesso em junho de 2016

⁴ Panel 1: shared responsibility—a new global compact for HIV. Nova York: Assembleia Geral das Nações Unidas, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets-sets/documents/document/2011/06/20110601_HLM_Panel1.pdf).

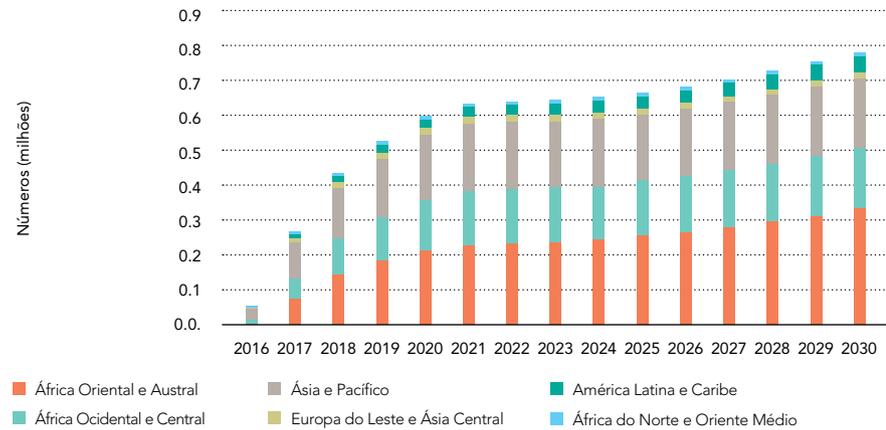
Entretanto, existe uma importante lacuna de investimento. Atingir os objetivos de Aceleração da Resposta acordados pela Assembleia Geral das Nações Unidas exigirá um montante adicional de 7 bilhões de dólares anualmente até 2020. Alcançar e manter este nível de investimento até 2030 e concentrar estes recursos na prestação dos serviços de HIV mais eficazes às populações em maior necessidade ao longo do ciclo de vida terá como resultado milhões de vidas adicionais salvas e dezenas de milhões de infecções adicionais contra o HIV evitadas.⁵

Infecções adicionais por HIV evitadas através da Aceleração da Resposta, em comparação com os níveis de cobertura de 2015, 2016-2030



Fonte: Lamontagne E, Over M, Stover J et al. The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030. 2016, in press.

Mortes adicionais relacionadas à AIDS evitadas através da Aceleração da Resposta à AIDS, em comparação aos níveis de cobertura de 2015, 2016-2030



Fonte: Lamontagne E, Over M, Stover J et al. The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030. 2016, in press.

⁵ Comparados com os níveis de cobertura de 2015.

Validação dos dados do UNAIDS sobre tratamento

Estimativas do UNAIDS/OMS sobre o número de pessoas que estavam acessando a terapia antirretroviral no final de junho de 2016 basearam-se em novos dados de tratamento apresentados por 124 países e estimativas para 50 países utilizando dados previamente comunicados ao UNAIDS/OMS ou outros dados publicados. Juntos, estes 174 países respondem por 98% da população mundial. As atividades de validação para o número de pessoas em terapia antirretroviral incluíram comparações com um número de fontes de dados independentes, incluindo OMS, PEPFAR, Fundo Global, dados de rastreamento de pacientes e de aquisição de medicamentos em países selecionados, dados de transação de produtores de genéricos indianos, avaliações de qualidade de dados de países selecionados e pesquisas nacionais baseadas na população que incluíram a medição de medicamentos antirretrovirais nas amostras de sangue dos participantes da pesquisa.

A análise dos dados de exportação dos fabricantes genéricos sugeriu que foram adquiridos medicamentos antirretrovirais para tratar de 13,7 milhões a 15,7 milhões de pessoas em 2015, em comparação com os 13,9 milhões de pessoas reportadas em terapia antirretroviral acessível nos países de baixa e média renda. A triangulação adicional para países com alto fardo de epidemia validou o número de pessoas em tratamento para a maioria dos países onde fontes de dados alternativos estavam disponíveis. Em alguns países, a qualidade dos dados disponíveis nos estabelecimentos de saúde e relatados ao sistema nacional de informação sanitária, embora esteja melhorando ao longo do tempo, era motivo de preocupação. Devido à incerteza na qualidade dos dados em alguns países, o número estimado de pessoas em tratamento antirretroviral apresentado neste relatório é acompanhado por intervalos que representam esta insegurança. O UNAIDS, a OMS e outros parceiros continuam a apoiar os países na melhoria da precisão do número de pessoas reportadas em tratamento.

Uma descrição detalhada dos métodos do UNAIDS para estimar os números de terapia antirretroviral referentes a meados de 2016 está incluída em anexo neste relatório.

AIDS em números

A AIDS AINDA NÃO ACABOU, MAS PODE ACABAR

**ACABAR COM A EPIDEMIA
DE AIDS ATÉ 2030
COMO PARTE DOS
OBJETIVOS DE
DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL**

Metas de Aceleração da Resposta



Até 2020

Menos de

500 000

Novas infecções

Menos de

500 000

Mortes relacionadas à AIDS

ZERO

Discriminação

Até 2030

Menos de

200 000

Novas infecções

Menos de

200 000

Mortes relacionadas à AIDS

ZERO

Discriminação

AIDS ainda não acabou, mas pode acabar

Desde 2000, grandes progressos foram feitos e milhões de vidas foram salvas. Mas ainda há marcos importantes a serem alcançados, barreiras a serem rompidas e fronteiras a serem cruzadas. O mundo concordou em cumprir um conjunto de metas globais até 2020, como parte da estratégia do UNAIDS de Aceleração da Resposta, para acabar com a epidemia da AIDS como uma ameaça à saúde pública.



Pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral

<1 **18,2** **30**
milhão milhões milhões

2000

Junho
2016

Meta
2020

Novas infecções por HIV

3,2 **2,1** **<0,5**
milhões milhões milhão

2000

2015

Meta
2020

Novas infecções por HIV entre crianças

490 000 **150 000** **<50 000**



2000

2015

Meta
2020

Mortes relacionadas à AIDS

1,5 **1,1** **<0,5**
milhão milhão milhão

2000

2015

Meta
2020

AIDS ainda não acabou, mas pode acabar



Mortes por AIDS relacionadas à tuberculose

500 000 390 000 120 000



2000

2014

Meta
2020

Total de circuncisões masculinas médicas voluntárias (14 países prioritários na África)

570 000

11,4
milhões

36,4
milhões



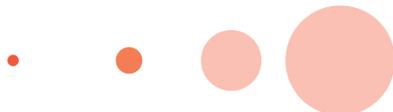
2010

2015

Meta
2020

Preservativos adquiridos

0,5 bilhão 2,7 bilhões 7 bilhões 20 bilhões



2000,
África
Subsaariana

2015,
África
Subsaariana

2020,
África
Subsaariana

2020
Meta
global

Número de comprimidos para tratar o HIV

8 comprimidos por dia (média) 1 comprimido por dia 1 injeção (comprimido) por três meses

8 comprimidos por dia (média)

1 comprimido por dia

1 injeção (comprimido) por três meses

2000

2015

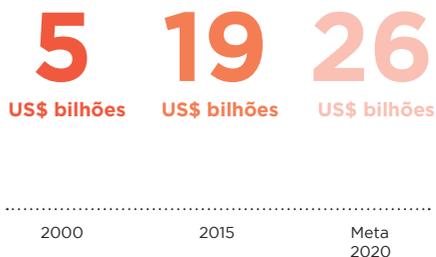
Meta
2020



Custo de medicamentos antirretrovirais por pessoa, por ano



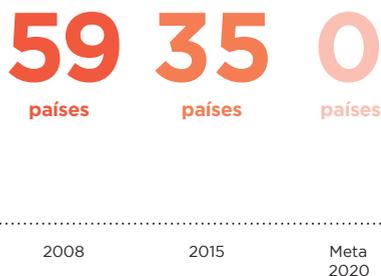
Investimentos para a resposta à AIDS



Países que criminalizam relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo



Restrições de viagem relacionadas ao HIV



Julho 2016

Slides de epidemiologia básica

Resumo global da epidemia de AIDS | 2015

Número de pessoas vivendo com HIV

Total	36,7 milhões	[34,0 milhões - 39,8 milhões]
Adultos	34,9 milhões	[32,4 milhões - 37,9 milhões]
Mulheres	17,8 milhões	[16,4 milhões - 19,4 milhões]
Crianças (<15 anos)	1,8 milhão	[1,5 milhão - 2,0 milhões]

Novas pessoas infectadas com HIV em 2015

Total	2,1 milhões	[1,8 milhão - 2,4 milhões]
Adultos	1,9 milhão	[1,7 milhão - 2,2 milhões]
Crianças (<15 anos)	150 000	[110 000 – 190 000]

Mortes relacionadas à AIDS em 2015

Total	1,1 milhão	[940 000 - 1,3 milhão]
Adultos	1,0 milhão	[840 000 - 1,2 milhão]
Crianças (<15 anos)	110 000	[84 000 – 130 000]

Estimativas globais para adultos e crianças | 2015

Pessoas vivendo com HIV	36,7 milhões [34,0 milhões - 39,8 milhões]
Novas infecções por HIV em 2015	2,1 milhões [1,8 milhão - 2,4 milhões]
Mortes relacionadas à AIDS em 2015	1,1 milhão [940 000 - 1,3 milhão]

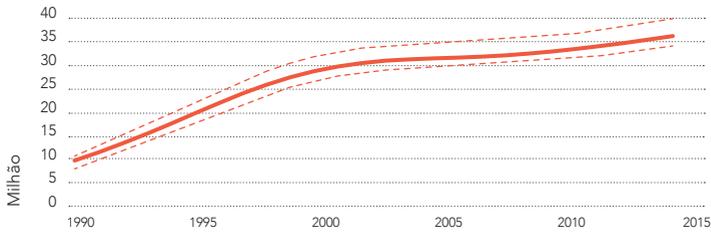
Cerca de 5.700 novas infecções por HIV (adultos e crianças) por dia | 2015

- Cerca de 66% estão na África subsaariana
- Cerca de 400 estão entre crianças com menos de 15 anos de idade
- Cerca de 5.300 estão entre adultos com 15 anos ou mais, dos quais:
 - quase 47% estão entre mulheres
 - cerca de 35% estão entre jovens (15-24)
 - cerca de 20% estão entre mulheres jovens (15-24)

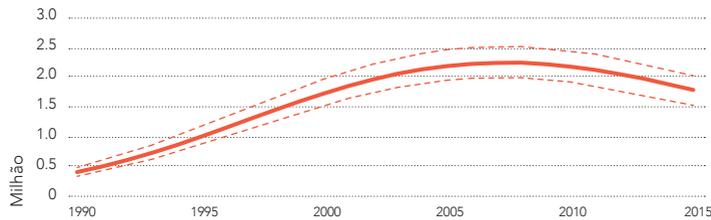
Estimativas globais para crianças (<15 anos) | 2015

Crianças vivendo com HIV	1,8 milhão [1,5 milhão-2,0 milhões]
Novas infecções por HIV em 2015	150 000 [110 000–190 000]
Mortes relacionadas com à AIDS em 2015	110 000 [84 000–130 000]

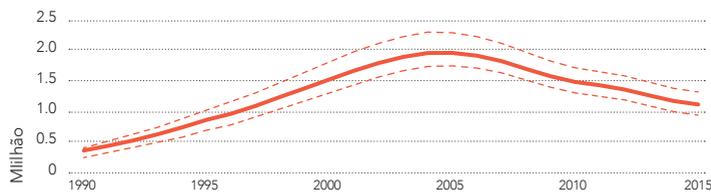
Dados sobre as tendências globais do HIV em 2015



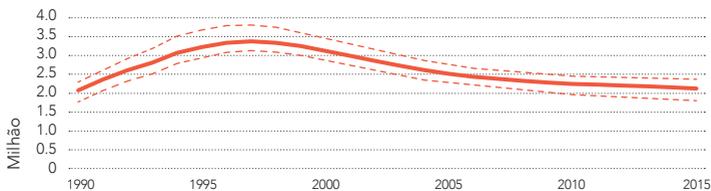
Número de pessoas vivendo com HIV - globalmente



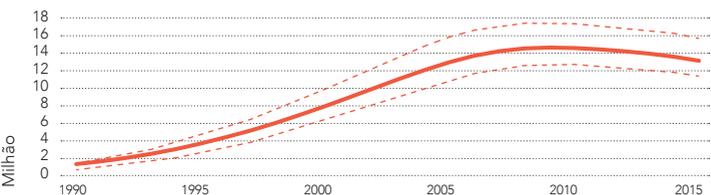
Número de crianças vivendo com HIV - globalmente



Número de mortes relacionadas à AIDS - globalmente



Número de novas infecções pelo HIV - globalmente



Número de órfãos devido ao HIV - globalmente

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015/([*] 2016)
Pessoas vivendo com HIV	28,9 milhões [26,5 milhões– 31,7 milhões]	31,8 milhões [29,4 milhões– 34,5 milhões]	33,3 milhões [30,8 milhões– 36,1 milhões]	33,9 milhões [31,4 milhões– 36,7 milhões]	34,5 milhões [31,9 milhões– 37,4 milhões]	35,2 milhões [32,6 milhões– 38,1 milhões]	35,9 milhões [33,3 milhões– 38,9 milhões]	36,7 milhões [34,0 milhões– 39,8 milhões]
Novas infecções por HIV (total)	3,2 milhões [2,9 milhões– 3,5 milhões]	2,5 milhões [2,3 milhões– 2,8 milhões]	2,2 milhões [2,0 milhões– 2,5 milhões]	2,2 milhões [1,9 milhão– 2,5 milhões]	2,2 milhões [1,9 milhão– 2,4 milhões]	2,1 milhões [1,9 milhão– 2,4 milhões]	2,1 milhões [1,9 milhão– 2,4 milhões]	2,1 milhões [1,8 milhão– 2,4 milhões]
Novas infecções pelo HIV (pessoas com mais de 15 anos)	2,7 milhões [2,5 milhões– 3,0 milhões]	2,1 milhões [1,9 milhão– 2,3 milhões]	1,9 milhão [1,7 milhão– 2,1 milhões]	1,9 milhão [1,7 milhão– 2,2 milhões]				
Novas infecções pelo HIV (pessoas com idade entre 0 e 14 anos)	490 000 [430 000– 560 000]	450 000 [390 000– 510 000]	290 000 [250 000– 350 000]	270 000 [220 000– 330 000]	230 000 [190 000– 290 000]	200 000 [160 000– 250 000]	160 000 [130 000– 220 000]	150 000 [110 000– 190 000]
Mortes relacionadas à AIDS	1,5 milhão [1,3 milhão– 1,8 milhão]	2,0 milhões [1,7 milhão– 2,3 milhões]	1,5 milhão [1,3 milhão– 1,7 milhão]	1,4 milhão [1,2 milhão– 1,7 milhão]	1,4 milhão [1,2 milhão– 1,6 milhão]	1,3 milhão [1,1 milhão– 1,5 milhão]	1,2 milhão [990 000– 1,4 milhão]	1,1 milhão [940 000– 1,3 milhão]
Pessoas com acesso ao tratamento	770 000 [680 000– 800 000]	2,2 milhões [1,9 milhão– 2,2 milhões]	7,5 milhões [6,6 milhões– 7,8 milhões]	9,1 milhões [8,0 milhões– 9,5 milhões]	11 milhões [9,6 milhões– 11,4 milhões]	13 milhões [11,4 milhões– 13,5 milhões]	15 milhões [13,2 milhões– 15,6 milhões]	18,2 milhões [16,1 milhões– 19,0 milhões] (*Junho 2016) 17 milhões [15,0 milhões– 17,7 milhões] (fim 2015)
Total de recursos disponíveis para a resposta ao HIV (países de baixa e média renda)	4,8 bilhões	9,4 bilhões	15,9 bilhões	18,3 bilhões	19,5 bilhões	19,6 bilhões	19,2 bilhões	19 bilhões

Região	Pessoas vivendo com HIV (total)	Novas infecções pelo HIV			Mortes relacionadas à AIDS (total)	Total de pessoas com acesso ao tratamento antirretroviral
		total	Com mais de 15 anos	Entre 0 e 14 anos		
África Oriental e Austral	19,0 milhões [17,7 milhões–20,5 milhões]	960 000 [830 000–1,1 milhão]	910 000 [790 000–1,1 milhão]	56 000 [40 000–76 000]	470 000 [390 000–560 000]	10 milhões
América Latina e Caribe	2,0 milhões [1,7 milhão–2,3 milhões]	100 000 [86 000–120 000]	100 000 [84 000–120 000]	2100 [1600–2900]	50 000 [41 000–59 000]	1,1 milhão
África Ocidental e Central	6,5 milhões [5,3 milhões–7,8 milhões]	410 000 [310 000–530 000]	350 000 [270 000–450 000]	66 000 [47 000–87 000]	330 000 [250 000–430 000]	1,8 milhão
Ásia e Pacífico	5,1 milhões [4,4 milhões–5,9 milhões]	300 000 [240 000–380 000]	280 000 [220 000–350 000]	19 000 [16 000–21 000]	180 000 [150 000–220 000]	2,1 milhões
Europa do Leste e Ásia Central	1,5 milhão [1,4 milhão–1,7 milhão]	190 000 [170 000–200 000]	190 000 [170 000–200 000]	...*	47 000 [39 000–55 000]	320 000
Oriente Médio e Norte da África	230 000 [160 000–330 000]	21 000 [12 000–37 000]	19 000 [11 000–34 000]	2100 [1400–3200]	12 000 [8700–16 000]	38 000
Europa Central e Ocidental e América do Norte	2,4 milhões [2,2 milhões–2,7 milhões]	91 000 [89 000–97 000]	91 000 [88 000–96 000]	...*	22 000 [20 000–24 000]	1,4 milhão

* As estimativas não estavam disponíveis no momento da publicação.

Terapia antirretroviral em âmbito regional em 2015

	Porcentagem de adultos (com mais de 15 anos) vivendo com HIV e com acesso à terapia antirretroviral	Porcentagem de crianças (entre 0 e 14 anos) vivendo com HIV e com acesso à terapia antirretroviral	Porcentagem de mulheres grávidas com acesso aos medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho
África Oriental e Austral	53% [50–57%]	63% [56–71%]	90% [82–95%]
América Latina e Caribe	55% [47–64%]	64% [54–76%]	88% [77–95%]
África Ocidental e Central	29% [24–35%]	20% [16–25%]	48% [40–58%]
Ásia e Pacífico	41% [35–47%]	41% [30–37%]	39% [34–44%]
Europa do Leste e Ásia Central	21% [19–22%]	...*	...*
Oriente Médio e Norte da África	16% [12–24%]	20% [16–25%]	12% [9–18%]
Europa Ocidental e Central e América do Norte	59% [56–68%]	>95% [92–>95%]	92% [87–>95%]
GLOBAL	46% [43–50%]	49% [42–55%]	77% [69–86%]

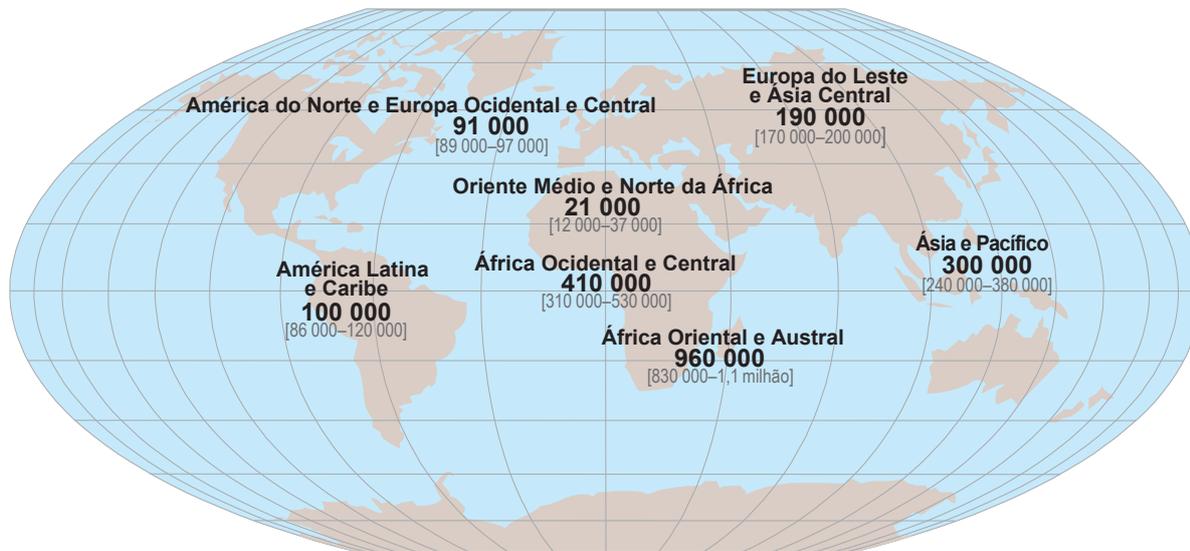
* As estimativas não estavam disponíveis no momento da publicação.

Estimativas de adultos e crianças vivendo com HIV | 2015



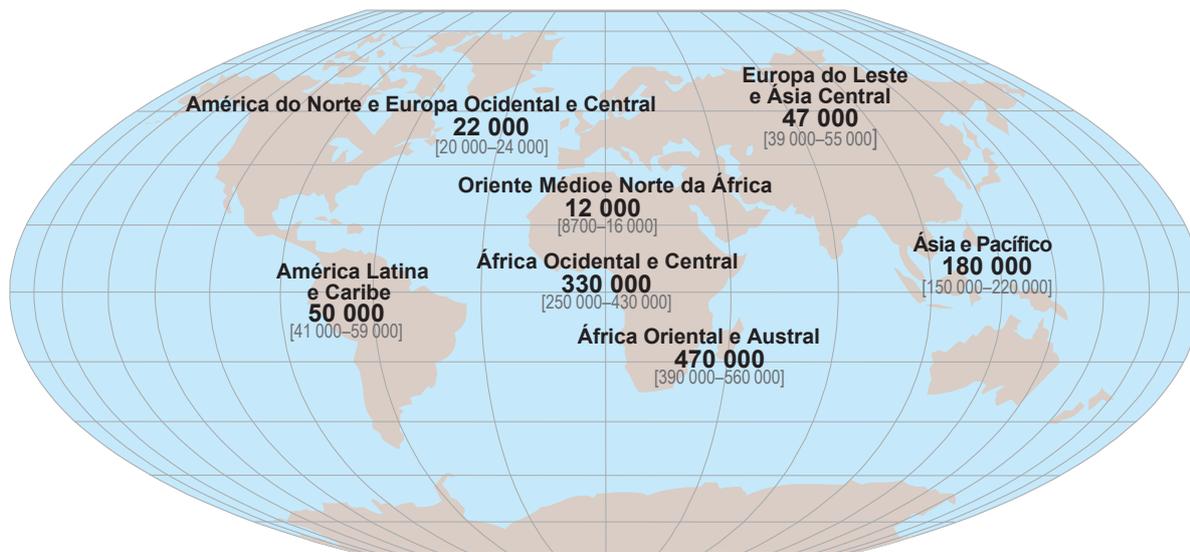
Total: 36,7 milhões [34,0 milhões - 39,8 milhões]

Número estimado de adultos e crianças infectados pelo HIV recentemente | 2015



Total: 2,1 milhões [1,8 milhão - 2,4 milhões]

Estimativa de mortes relacionadas à AIDS em adultos e crianças | 2015



Total: 1,1 milhão [940 000–1,3 milhão]

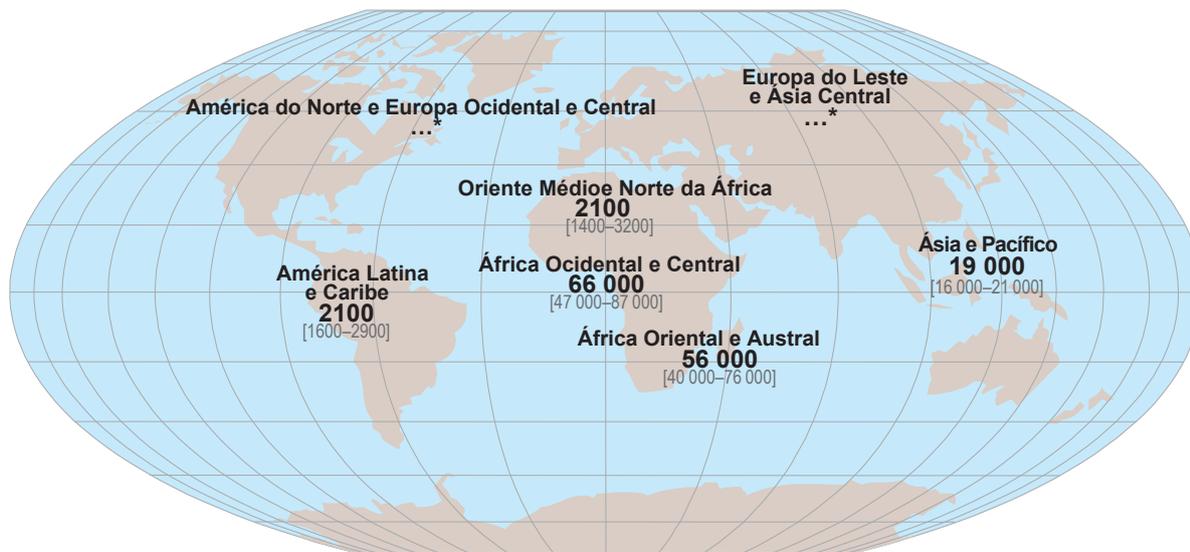
Estimativas sobre crianças (<15 anos) que vivem com o HIV | 2015



Total: 1,8 milhão [1,5 milhão - 2,0 milhões]

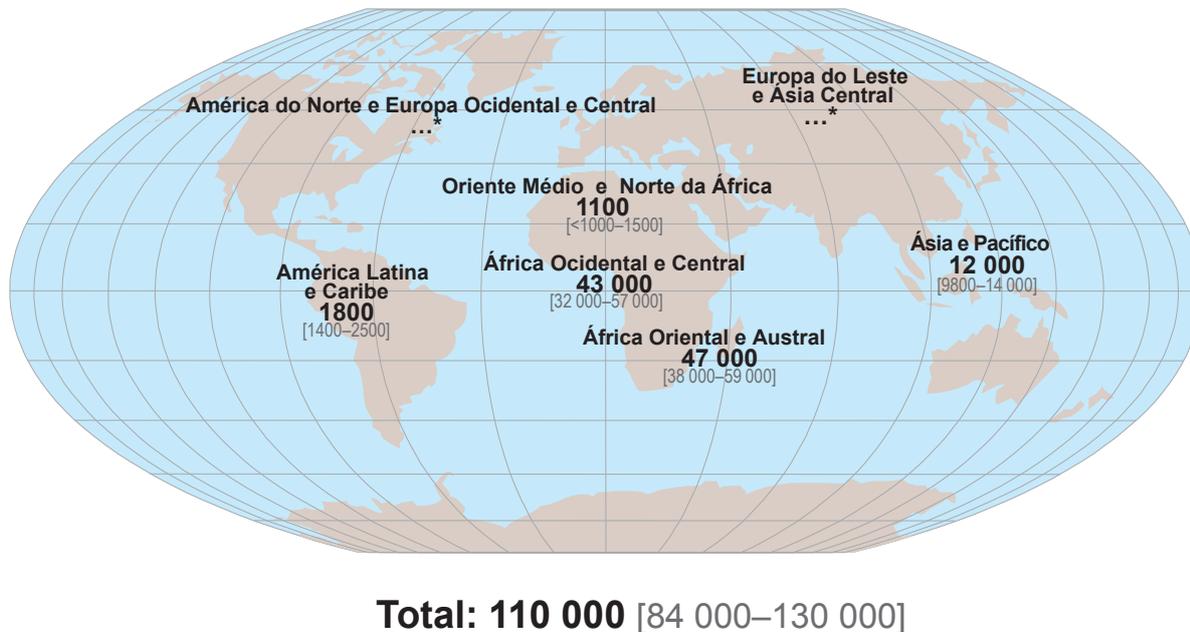
* As estimativas não estavam disponíveis no momento da publicação.

Número estimado de crianças (<15 anos) infectadas recentemente pelo HIV | 2015



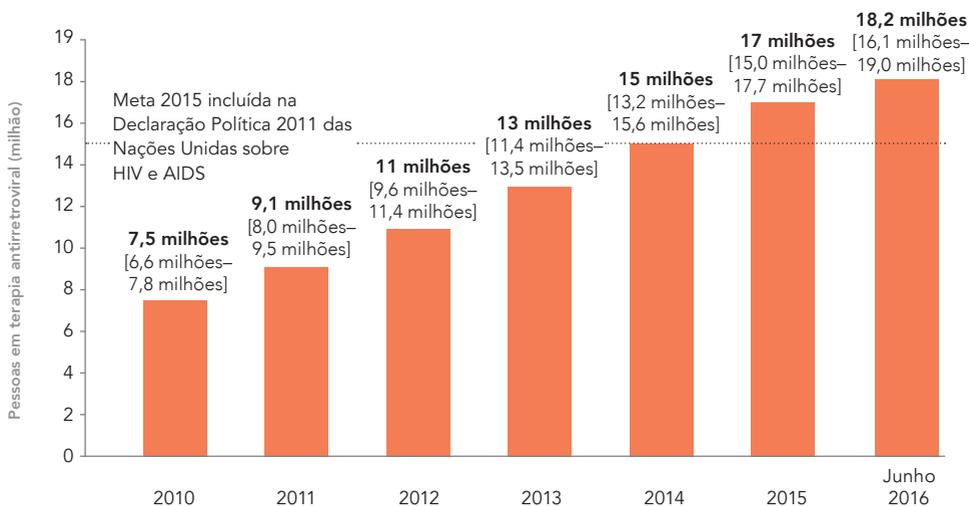
Total: 150 000 [110 000–190 000]

Mortes estimadas de crianças (<15 anos) causadas pela AIDS | 2015



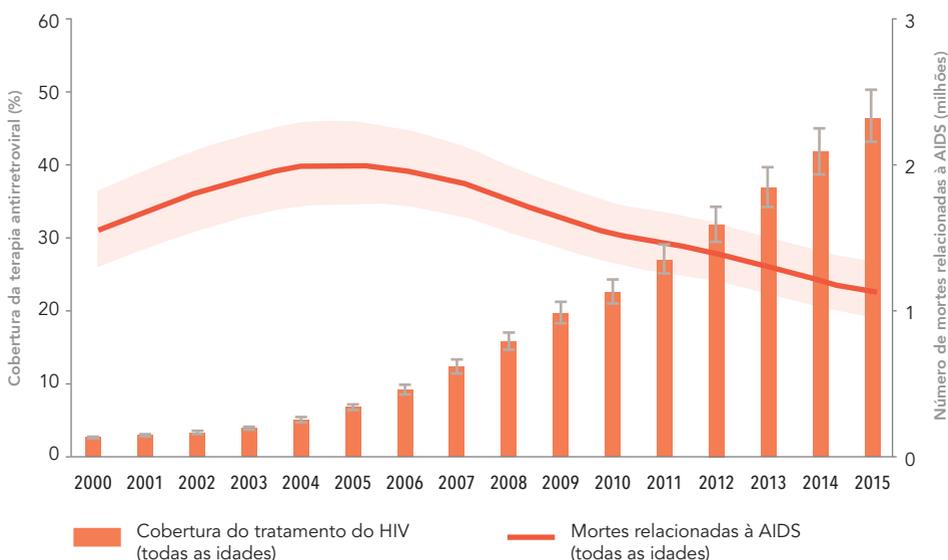
* As estimativas não estavam disponíveis no momento da publicação.

Número de pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral, globalmente, 2010-2016



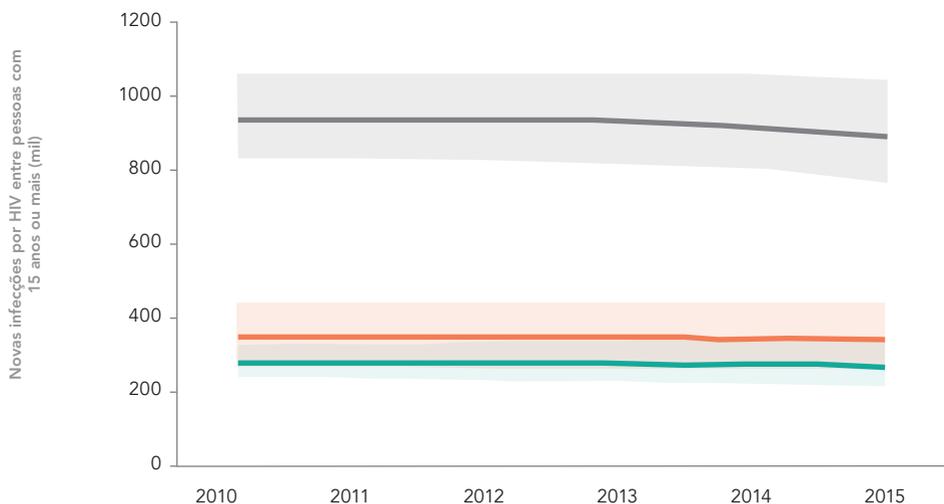
Fonte: Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016; Estimativas UNAIDS 2016.

Cobertura do tratamento antirretroviral e o número mortes relacionadas à AIDS, globalmente, 2000 - 2015

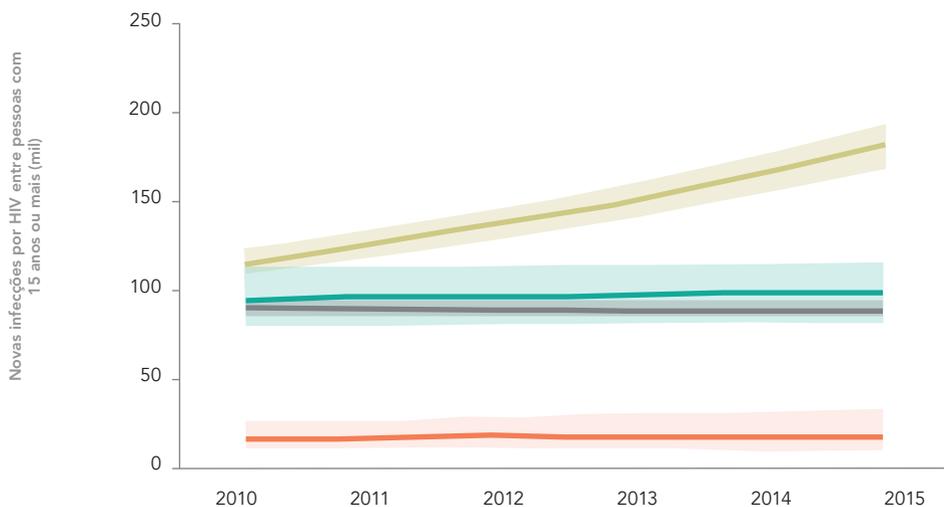


Fonte: GARPR 2016; Estimativas UNAIDS 2016.

Novas infecções por HIV entre pessoas com 15 anos ou mais, por região, 2010-2015



— África Oriental e Austral
 — África Ocidental e Central
 — Ásia e Pacífico

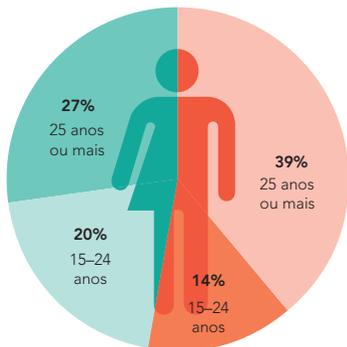


— Europa do Leste e Ásia Central
 — América Latina e Caribe
 — Europa Ocidental e Central e América do Norte
 — Oriente Médio e Norte da África

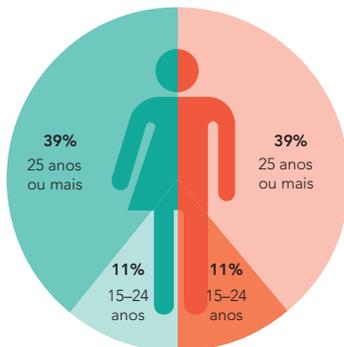
Fonte: Estimativas UNAIDS 2016.

Distribuição de novas infecções por HIV e população por idade e sexo, globalmente e na África subsaariana, 2015

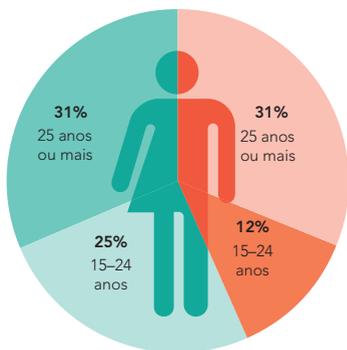
NOVAS INFECÇÕES POR HIV ENTRE ADULTOS, POR IDADE E SEXO, GLOBALMENTE, 2015



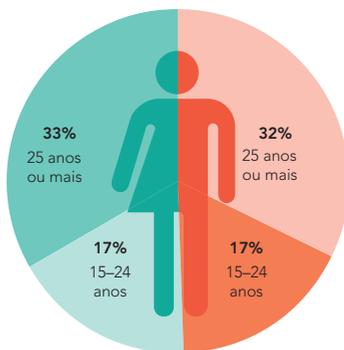
POPULAÇÃO ADULTA, POR IDADE E SEXO, GLOBALMENTE, 2015



NOVAS INFECÇÕES POR HIV ENTRE ADULTOS, POR IDADE E SEXO, NA ÁFRICA SUBSAARIANA, 2015

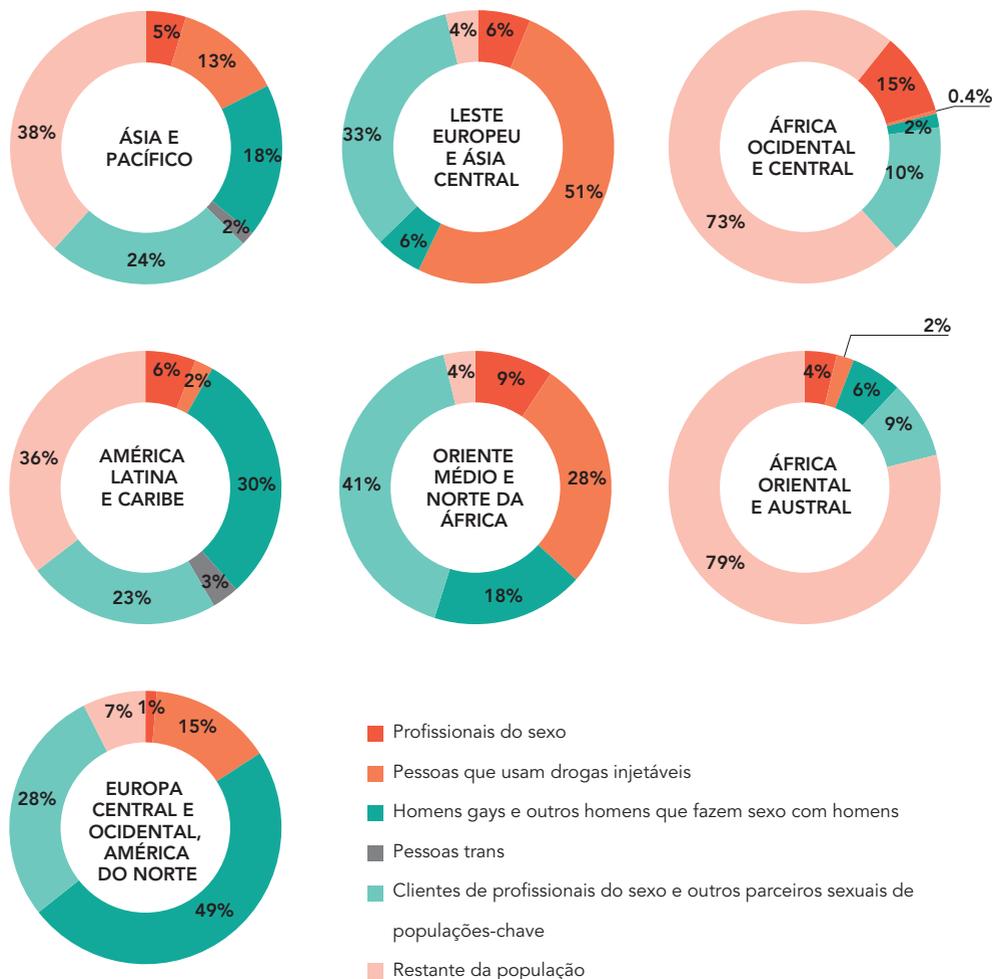


POPULAÇÃO ADULTA, POR IDADE E SEXO, NA ÁFRICA SUBSAARIANA, 2015



Fonte: Estimativas UNAIDS 2016

DISTRIBUIÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES POR HIV ENTRE OS GRUPOS POPULACIONAIS, POR REGIÃO, 2014



Fonte: Análise especial do UNAIDS, 2016.

Nota metodológica: O número estimado de novas infecções pelo HIV por população-chave foi compilado a partir de arquivos Spectrum por país, enviados em 2015 para o UNAIDS (dados de 2014), estudos de modos de transmissão disponíveis e fontes adicionais de dados extraídos dos relatórios GARPR. Quando faltam dados, medianas regionais foram calculadas a partir dos dados disponíveis e aplicadas para as populações dos países.

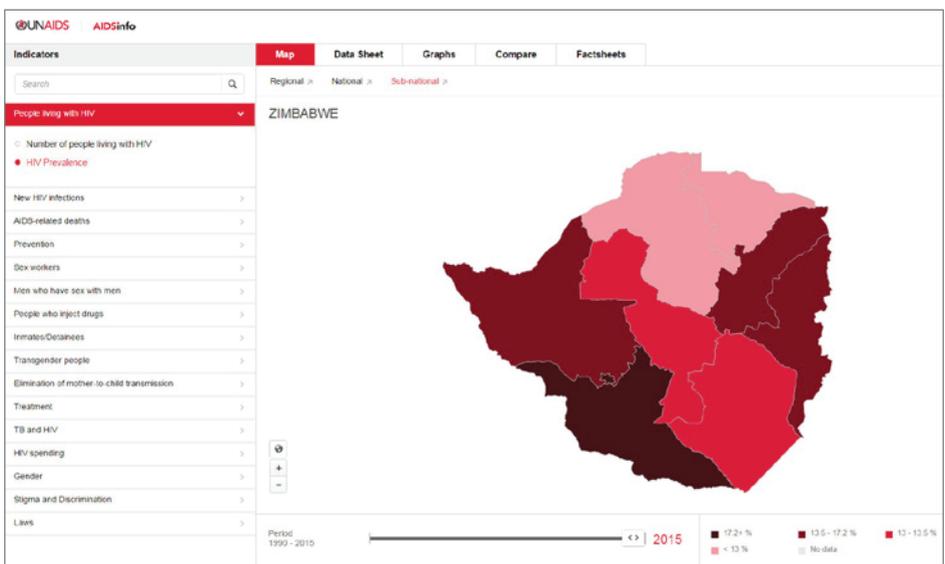
Para mais informações: aidsinfo.unaids.org

Os dados fornecidos neste documento são apenas uma amostra dos dados disponibilizados pelo UNAIDS.

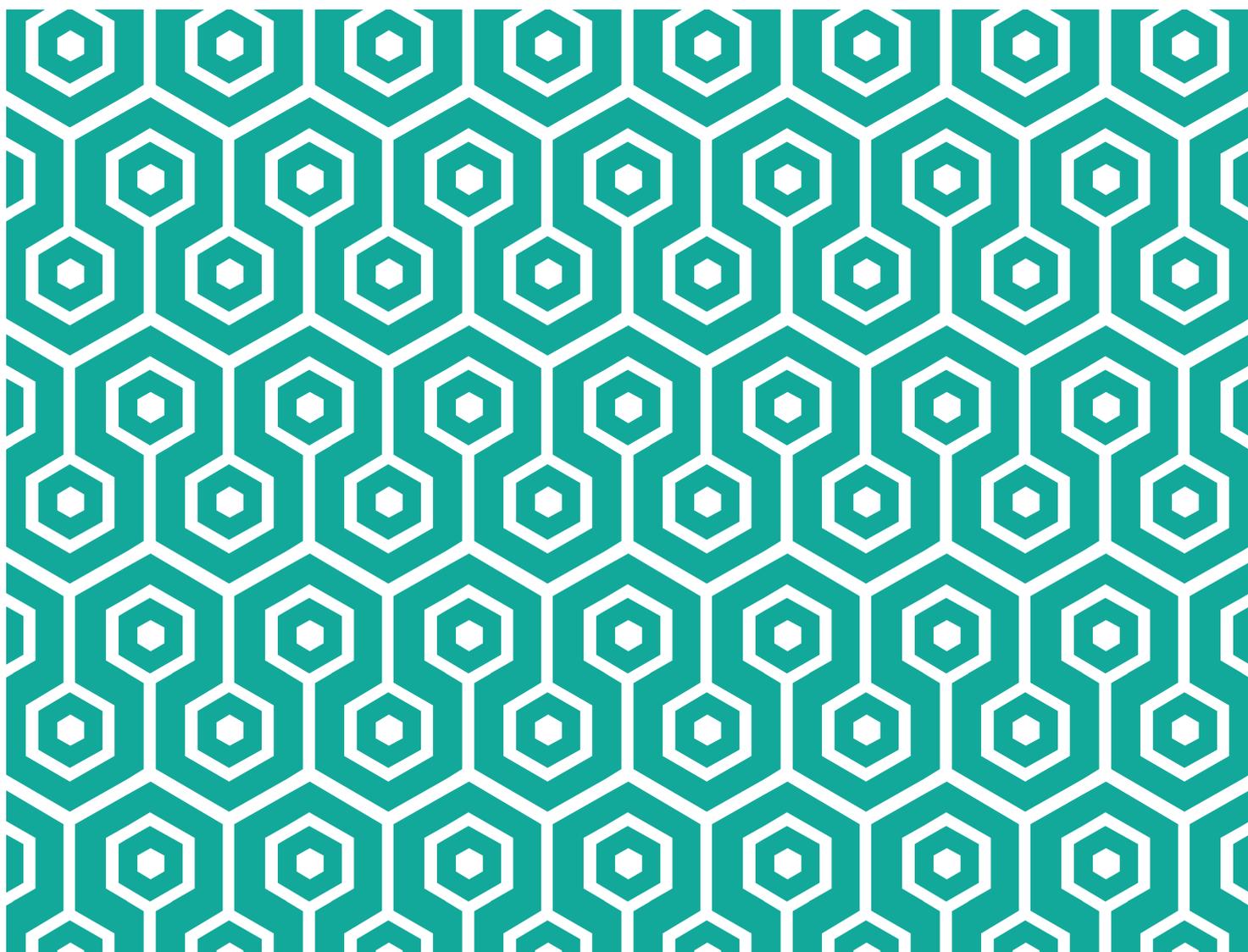
Dados adicionais estão disponíveis em aidsinfo.unaids.org, incluindo:

- Indicadores adicionais de Progresso da Resposta Global à AIDS sobre prevenção, transmissão de mãe para filho, metas 90-90-90, estigma e discriminação
- Um [Atlas da População-Chave](#) com mapas sobre populações-chave, incluindo os dados mais recentes disponíveis sobre essas populações com maior risco de infecção pelo HIV
- Estimativas de novas infecções por HIV, pessoas vivendo com HIV e mortes relacionadas à AIDS por diferentes [faixas etárias](#) - crianças (0-14 anos), adolescentes (10-19 anos), jovens (15-24 anos), adultos entre 15 e 49 anos), idosos (50 anos ou mais) - e [por sexo](#)
- Dados [subnacionais](#) para países específicos
- Dados em diferentes formatos: planilhas, mapas, gráficos
- Dados comparáveis ao longo de [vários anos](#), e entre países, que também podem ser extraídos em planilhas para análise posterior

(exemplo de captura de tela de aidsinfo.unaids.org)



Entendendo dados e estimativas do UNAIDS sobre HIV



Como o UNAIDS compila os dados e as estimativas sobre HIV utilizados em suas publicações?

Os dados que o UNAIDS publica rotineiramente são compilados por meio de dois processos. Um deles é pelos Relatórios de Monitoramento Global de AIDS (Global AIDS Monitoring – GAM) – conhecidos anteriormente como Relatórios de Progresso sobre a Resposta Global à AIDS (Global AIDS Response Progress Reports - GARPR) – nos quais são compilados dados sobre terapia antirretroviral, comportamentos, políticas e investimentos relacionados ao HIV, bem como outros indicadores que medem o progresso rumo ao alcance dos compromissos globais. O segundo processo diz respeito às estimativas modeladas para HIV, os quais produzem o número estimado de novas infecções, de pessoas vivendo com HIV e de óbitos relacionados à AIDS, entre outras variáveis. Para ambos os processos, os dados são produzidos pelos países e apresentados ao UNAIDS ao final do mês de março de cada ano.

Por que o UNAIDS produz estimativas sobre HIV em vez de números reais?

Estimativas modeladas se fazem necessárias porque não existe país onde seja possível contar o número exato de pessoas vivendo com HIV, pessoas recém-infectadas pelo HIV ou pessoas que morreram de causas relacionadas à AIDS. Para conseguir esse número real, seria necessário testar regularmente todas as pessoas para HIV e investigar todos os óbitos, o que é logisticamente impossível e eticamente desafiador. As estimativas modeladas e suas margens mínimas e máximas proporcionam uma maneira cientificamente apropriada para descrever as taxas e as tendências da epidemia de HIV.

O UNAIDS publica anualmente estimativas modeladas globais, regionais e nacionais para monitorar a epidemia do HIV.

Como se calculam as estimativas relativas ao HIV?

As equipes nos países utilizam programas de computador mantidos pelo UNAIDS para desenvolver as estimativas anualmente. As equipes dos países são compostas, sobretudo, por epidemiologistas, demógrafos, especialistas em monitoramento e avaliação e parceiros técnicos.

O programa de computador utilizado para produzir as estimativas é o Spectrum – desenvolvido pela Avenir Health (www.avenirhealth.org) – bem como o Pacote de Estimativas e Projeções (Estimates and Projections Package), desenvolvido pelo East-West Center (www.eastwestcenter.org). O Grupo de Referência do UNAIDS sobre Estimativas, Modelagem e Projeções fornece orientações técnicas sobre o desenvolvimento do componente do relativo ao HIV dentro do programa (www.epidem.org).

No caso de países onde a transmissão do HIV é alta e o HIV se disseminou entre a população geral, os dados epidemiológicos disponíveis tipicamente consistem na prevalência do HIV a partir dos resultados da vigilância entre gestantes atendidas em serviços de pré-natal, bem como estudos populacionais com representatividade nacional. Visto que a vigilância em serviços de pré-natal é realizada regularmente, esses dados podem ser utilizados para estimar tendências nacionais de prevalência, enquanto dados de estudos populacionais – que são realizados com menos frequência mas têm cobertura geográfica mais ampla e também incluem homens – são mais úteis para estimar as taxas nacionais de prevalência do HIV.

No caso de alguns poucos países da África Subsaariana que não realizaram estudos populacionais, as taxas de prevalência do HIV são ajustadas com base em comparações entre dados de vigilância dos serviços de pré-natal e dados de estudos populacionais de outros países da região. Em seguida, as curvas de prevalência do HIV e os números anuais das pessoas em terapia são utilizados para obter uma estimativa de tendência da incidência do HIV.

Em países com epidemias de HIV de baixa intensidade, onde a transmissão do vírus ocorre principalmente entre populações-chave sob maior risco de infecção (tais como pessoas que usam drogas injetáveis, profissionais do sexo ou gays e outros homens que fazem sexo com homens), é mais comum a utilização dos dados de estudos recorrentes sobre o HIV – geralmente focados nas populações-chave – para subsidiar as estimativas e tendências nacionais. Cada vez mais, as estimativas sobre o tamanho das populações-chave estão sendo derivadas empiricamente em cada país ou, quando não há estudos disponíveis, com base em dados regionais e consensos entre especialistas. Outras fontes de dados – incluindo estudos populacionais, vigilância entre gestantes e dados de notificações de casos de HIV – são utilizadas para estimar a prevalência do HIV na população geral de baixo risco. Em seguida, as curvas de prevalência do HIV e os números das pessoas em terapia antirretroviral são utilizados para obter as tendências nacionais de incidência do HIV.

No caso de muitos países da Europa Ocidental e Central, bem como da América do Norte e da América Latina e o Caribe, cujos dados de vigilância ou de estudos sobre HIV são insuficientes – mas que têm fortes sistemas de registro e notificação –, os casos notificados de HIV e dados relacionados a óbitos por AIDS são utilizados para estimar diretamente tendências e taxas de prevalência e incidência nacional do HIV. Esses métodos também permitem que os países levem em conta evidências de subnotificação ou atrasos na notificação dos dados sobre casos de HIV, bem como a classificação incorreta de óbitos por causas relacionadas à AIDS.

Os pressupostos utilizados nos modelos sobre os padrões da transmissão do HIV e da evolução da doença são utilizados para obter estimativas específicas por idade e sexo sobre o número de pessoas vivendo com HIV, o número de pessoas com infecção recente pelo HIV e o número de óbitos por causas relacionadas à AIDS, bem como outros indicadores importantes.

Esses pressupostos se baseiam em revisões sistemáticas da literatura e em análises de dados brutos de estudos feitos por especialistas científicos. Dados demográficos populacionais, incluindo estimativas de fecundidade, são derivados da mais recente revisão das Perspectivas de População Mundial da Divisão de População das Nações Unidas.

As versões finais dos arquivos apresentados pelos países contendo os resultados modelados são revisadas pela Divisão de Informações Estratégicas e Monitoramento do UNAIDS para assegurar a robustez dos dados e a comparabilidade entre regiões e países e também ao longo do tempo.

Por que o UNAIDS inclui faixas de estimativas para o HIV?

O software calcula margens de incerteza para cada estimativa que definem a faixa na qual se encontra o valor real (se ele pudesse ser mensurado). Margens estreitas indicam que a estimativa é precisa, enquanto margens amplas indicam maior incerteza quanto à estimativa.

Nos países que utilizam dados de vigilância do HIV, a quantidade e a fonte das informações disponíveis determinam, em parte, a precisão das estimativas; os países com mais dados de vigilância do HIV têm margens menores que os países com menos dados de vigilância ou com amostras menores.

Os países em que foram realizados estudos populacionais nacionais geralmente têm faixas menores para as estimativas do que os países onde tais estudos não foram realizados. Nos países que utilizam os casos notificados de HIV e os dados de óbitos relacionados à AIDS, o número de anos abrangidos pelos dados e a magnitude dos casos notificados ou dos óbitos relacionados à AIDS observados contribuirão para determinar a precisão da estimativa.

O número de pressupostos necessários para chegar à estimativa também contribui para o tamanho das faixas de variação em torno das estimativas: em suma, quanto mais pressupostos, mais ampla a faixa de incerteza, visto que cada pressuposto introduz incertezas adicionais. Por exemplo, as faixas de variação em torno das estimativas de prevalência do HIV em adultos são menores do que aquelas em torno das estimativas de incidência do HIV entre crianças (as quais requerem dados adicionais sobre a probabilidade da ocorrência da transmissão vertical). Estes se baseiam na prevalência entre gestantes e na probabilidade da transmissão vertical.

O UNAIDS está confiante de que os números reais de pessoas vivendo com HIV, de pessoas recém-infectadas pelo HIV ou de óbitos por causas relacionadas à AIDS estejam dentro das faixas divulgadas. Com o decorrer do tempo, o número maior de dados dos países e a melhora de sua qualidade reduzem a incerteza.

As estimativas mais recentes podem ser comparadas com estimativas publicadas anteriormente?

As estimativas mais recentes não podem ser comparadas com estimativas de anos anteriores. As equipes nos países criam novos arquivos do Spectrum todos os anos. Os arquivos podem ser diferentes em anos diferentes por duas razões.

Primeiro, novos dados de vigilância e novos dados programáticos são incluídos no modelo; isto pode modificar as tendências de prevalência e de incidência do HIV com o passar do tempo, inclusive para os anos anteriores. Segundo, o modelo vem sendo aprimorado com base nos mais recentes conhecimentos científicos e entendimentos acerca da epidemia. Devido a esses aprimoramentos e devido à inclusão de novos dados para criar as estimativas anuais, os resultados dos anos anteriores não podem ser comparados com os resultados do ano atual. É por isso que uma nova série histórica completa de estimativas é criada todos os anos, permitindo uma descrição mais precisa das tendências ao longo do tempo.

Por que as estimativas do UNAIDS são diferentes daquelas publicadas no Lancet HIV em julho de 2016?

O Instituto de Métrica e Avaliação de Saúde (Institute of Health Metrics and Evaluation - IHME) divulgou um conjunto de estimativas sobre HIV para o ano de 2015 como parte do Estudo sobre a Carga Global de Doença (Global Burden of the Disease - GBD). As estimativas foram publicadas no jornal The Lancet HIV em julho de 2016. O estudo GBD utilizou dados sobre todas as causas de mortalidade nos países para subsidiar as estimativas relativas ao HIV. A equipe do estudo GBD também utilizou os arquivos do Spectrum do UNAIDS disponibilizados para utilização pública em 2015, os quais dependem dos dados de vigilância e dos dados sobre pessoas em terapia antirretroviral até dezembro de 2014. Portanto, as estimativas para 2015 publicadas pelo IHME são projeções.

As estimativas do UNAIDS se baseiam em arquivos contendo as estimativas desenvolvidas pelos países em 2016 e incluem os dados até dezembro de 2015. As estimativas do UNAIDS são o resultado de um processo colaborativo envolvendo a participação de autoridades nacionais, organizações parceiras e outras partes interessadas nos países. Assim, as estimativas do UNAIDS são, tipicamente, as estimativas governamentais oficiais.

Os países e as organizações parceiras podem ter certeza de que as estimativas do UNAIDS representam os dados mais precisos disponíveis para o monitoramento da epidemia de AIDS.

Como o UNAIDS determina o número de pessoas recebendo terapia antirretroviral?

Os sistemas utilizados para registrar as pessoas iniciando a terapia antirretroviral (TARV) variam de acordo com o país. Na maioria dos países, os serviços mantêm registros contendo o número de pessoas iniciando a terapia antirretroviral, aquelas que desistiram e aquelas que estão recebendo a TARV atualmente. Esses registros podem ser informatizados ou manuais. Seja como for, os resultados são compilados e enviados rotineiramente para os níveis estadual e nacional.

O UNAIDS solicita que os países apresentem esses dados por idade e por sexo no dia 31 de março de cada ano, por meio de uma ferramenta online para relatórios chamada GAM – anteriormente conhecida como GARPR. Especialistas do Ministério da Saúde ou do departamento ou agência nacional de coordenação de AIDS são responsáveis por apresentar os dados por meio da ferramenta GAM. A equipe no país lança os dados na ferramenta e, depois de ter a anuência das autoridades do país, os dados são apresentados oficialmente online por meio da ferramenta GAM, que avisa o UNAIDS que o país concluiu o processo de lançamento dos dados. A ferramenta possui vários dispositivos de verificação da qualidade para evitar erros no lançamento dos dados.

Em colaboração com a OMS, o UNICEF e outras organizações parceiras envolvidas, o UNAIDS faz a revisão dos dados apresentados online pelos países por meio da ferramenta GAM. Os dados são validados em um processo envolvendo três etapas. Primeiro, os dados são comparados com dados informados anteriormente a fim de verificar se há anomalias relativas a faixa etária, sexo ou área subnacional. Segundo, os dados sobre TARV apresentados por meio da ferramenta GAM são comparados com os resultados apresentados pelos países a outras fontes de informação, como os dados apresentados por meio dos sistemas de relatórios do governo dos EUA ou do Fundo Global. Por último, eventuais dúvidas são devolvidas ao país para esclarecimento e revisão, se necessário. Estes resultados são os mesmos dados que são lançados no Spectrum relativos a crianças (abaixo de 15 anos de idade) e por sexo em relação a adultos (15 anos de idade ou mais) para se chegar aos dados da cobertura da TARV.

Há desafios para a coleta de dados sobre a terapia antirretroviral?

Há alguns desafios para a coleta de dados sobre TARV. Em alguns casos, por exemplo, alguns serviços podem não ter conseguido cumprir o prazo para apresentação dos dados. Em outros casos, como os países da Europa Ocidental e da América do Norte, os dados sobre o número de pessoas em TARV são coletados com uma periodicidade que não é anual e, portanto, tipicamente esses países não conseguem apresentar os dados para o ano mais recente.

A qualidade dos dados apresentados sobre TARV e sobre programas disponibilizando TARV para prevenir a transmissão vertical do HIV depende dos sistemas de informações sobre saúde disponíveis no país. Em alguns países, tais sistemas são bem instrumentalizados e incluem a capacidade de evitar a dupla contagem de pessoas que mudaram de serviço (por exemplo, em países com sistemas que identificam pessoas que mudaram de um serviço para outro e sistemas que utilizam um código único para identificar cada indivíduo). Em outros países, os sistemas são menos robustos e não possuem a capacidade de excluir, com precisão, pessoas que mudaram de serviço, que não ficaram retidas no serviço ou que foram a óbito.

O UNAIDS e organizações parceiras estão trabalhando ativamente com os países para melhorar esses sistemas por meio do desenvolvimento de sistemas aprimorados de informações sobre saúde, bem como do aprimoramento da utilização dos dados produzidos por esses sistemas.

Como se mede a cobertura da terapia antirretroviral?

Desde 2013, o UNAIDS fornece o número e estimativas de proporção de adultos e crianças vivendo com HIV que estão em terapia antirretroviral (em vez de estimativas de proporção de adultos e crianças elegíveis para TARV segundo diretrizes nacionais ou internacionais e que estejam em TARV). Essa cobertura reflete as recomendações recentes da OMS de que todas as pessoas diagnosticadas como HIV positivas devam iniciar a terapia antirretroviral, independentemente de sua contagem de CD4.

O número de pessoas vivendo com HIV é calculado com base em modelos e é compilado por meio do processo de estimativas relativas ao HIV descrito acima.

Por que as estimativas para alguns países não constam no AIDSinfo ou em outras publicações do UNAIDS?

O UNAIDS tem por objetivo publicar dados e estimativas para todos os países. As estimativas só são criadas para países com populações de 250 mil habitantes ou mais. No caso de países com populações de 250 mil habitantes ou mais, o UNAIDS desenvolveu estimativas utilizando o Spectrum com base em informações já publicadas ou disponíveis de outra forma. Essas estimativas contribuíram para os totais regionais e globais, mas não foram incluídas nos relatórios ou disponibilizadas no site do UNAIDS.

Em países com epidemias de HIV de baixa intensidade, é difícil estimar o número de gestantes vivendo com HIV. Muitas mulheres vivendo com HIV nesses países são profissionais do sexo, pessoas que usam drogas ou parceiras sexuais de gays ou de outros homens que fazem sexo com homens, e que, portanto, têm a probabilidade de terem taxas de fecundidade diferentes da população geral.

O UNAIDS não apresenta estimativas sobre transmissão vertical ou estimativas relativas a crianças infectadas pelo HIV por meio da transmissão vertical em alguns países com epidemias concentradas, a não ser que haja dados adequados disponíveis para validar tais estimativas.

As tendências de incidência também não estão disponíveis para alguns países. Quando não há dados históricos suficientes para afirmar com segurança que houve uma redução na incidência, o UNAIDS não publica dados anteriores, para que usuários dos dados não façam inferências incorretas sobre as tendências. Especificamente, as tendências de incidência não são publicadas se há menos de quatro pontos de dados para a população-chave ou se não houve dados de vigilância nos últimos quatro anos.

Por último, em alguns poucos casos, o UNAIDS não publica as estimativas para um país quando se fazem necessários dados ou análises adicionais para poder produzir estimativas válidas. Informações adicionais sobre as estimativas do UNAIDS, bem como os arquivos do Spectrum para a maioria dos países, podem ser encontrados no site do UNAIDS (www.unaids.org).

Fontes adicionais de informações

Para uma descrição dos indicadores e do processo dos Relatórios de Progresso sobre a Resposta Global à AIDS (GARPR), visite:

https://aidsreportingtool.unaids.org/static/docs/GARPR_Guidelines_2016_EN.pdf

Para uma descrição resumida dos métodos e processos das estimativas sobre HIV, visite:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016_methods-for-deriving-UNAIDS-estimates_en.pdf

Para uma descrição técnica completa e publicações em jornais sobre as estimativas sobre HIV, visite:

www.epidem.org



UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org

JC2878