

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente
Transmissíveis

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO CLÍNICO DO HIV
2021

Brasília-DF

2021

Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2021

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI)

SRTVN Quadra 701, lote D, Edifício PO700 – 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Disque Saúde – 136

e-mail: aids@aids.gov.br

site: www.aids.gov.br

Coordenação-Geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Gerson Fernando Mendes Pereira

Organização:

Ana Roberta Pati Pascom

Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho

Lais Martins de Aquino

Nazle Mendonça Collaço Véras

Colaboração:

Fernanda Borges Magalhães

Isabela Ornelas Pereira

Maíra Taques dos Santos Christ

Mikael Araújo Guimarães Lemos

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cascata de cuidado contínuo do HIV. Brasil, 2020.....	15
Figura 2. Cascata de cuidado contínuo do HIV, por ano. Brasil, 2012-2020.....	16
Figura 3. Cascata de cuidado contínuo do HIV, por sexo. Brasil, 2020	17
Figura 4. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2012-2020.....	18
Figura 5. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por faixa etária. Brasil, 2020.....	19
Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por raça/cor. Brasil, 2020.....	20
Figura 7. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2020.....	21
Figura 8. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Norte. Brasil, 2020.....	22
Figura 9. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Nordeste. Brasil, 2020.....	23
Figura 10. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Sudeste. Brasil, 2020.....	23
Figura 11. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Sul. Brasil, 2020.....	24
Figura 12. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Centro- Oeste. Brasil, 2020	24
Figura 13. CD4 mediano e proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 inferior a 100 e 200 células/mm ³ realizado no serviço público de saúde, por ano. Brasil, 2009-2021	25
Figura 14. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm ³ segundo sexo, por ano. Brasil, 2009-2021	26
Figura 15. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm ³ segundo faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021	27
Figura 16. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm ³ segundo raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021	28
Figura 17. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm ³ segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021.....	29
Figura 18. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm ³ , por UF. Brasil, 2021.....	29
Figura 19. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm ³ , por capital. Brasil, 2021	30
Figura 20. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado. Brasil, 2009-2021	31
Figura 21. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por sexo, por ano. Brasil, 2009-2021	32

Figura 22. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021	33
Figura 23. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021.....	34
Figura 24. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021.....	35
Figura 25. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, por UF. Brasil, 2021....	36
Figura 26. Proporção de PVHIV elegíveis de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, por capital. Brasil, 2021.....	37
Figura 27. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV segundo o valor do CD4 realizado no máximo seis meses antes, por ano de início. Brasil, 2009-2021	38
Figura 28. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo sexo, por ano de início. Brasil, 2009-2021	39
Figura 29. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo faixa etária, por ano de início. Brasil, 2009-2021.....	39
Figura 30. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo raça/cor, por ano de início. Brasil, 2009-2021	40
Figura 31. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano de início. Brasil, 2009-2021.....	41
Figura 32. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 , por UF. Brasil, 2021	42
Figura 33. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 , por UF. Brasil, 2021	42
Figura 34. Tempo mediano (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por ano de início. Brasil, 2009-2021.....	43
Figura 35. Tempo mediano (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por sexo. Brasil, 2009-2021	44
Figura 36. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por faixa etária. Brasil, 2009-2021	45
Figura 37. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por raça/cor. Brasil, 2009-2021	45
Figura 38. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2021	46
Figura 39. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por UF. Brasil, 2009 e 2021	47
Figura 40. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por UF. Brasil, 2009 e 2021	47
Figura 41. Número de PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral no ano, por ano de início. Brasil, 2009-2021	48
Figura 42. Número de PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo sexo, por ano de início. Brasil, 2009-2021.....	49

Figura 43. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo faixa etária, por ano de início. Brasil, 2009-2021	50
Figura 44. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo raça/cor, por ano de início. Brasil, 2009-2021.....	50
Figura 45. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano de início. Brasil, 2009-2021	51
Figura 46. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram tratamento segundo esquema dispensado, por ano. Brasil, 2009-2021	54
Figura 47. Número de PVHIV em TARV, por ano. Brasil, 1999-2021	55
Figura 48. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo sexo, por ano. Brasil, 2009-2021	55
Figura 49. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021.....	56
Figura 50. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021.....	57
Figura 51. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021	57
Figura 52. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que estavam em TARV, segundo esquema utilizado, por ano. Brasil, 2009-2021.....	60
Figura 53. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento. Brasil, 2009-2020.....	61
Figura 54. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, desagregado por sexo. Brasil, 2009-2020	62
Figura 55. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por raça/cor. Brasil, 2009-2020.....	62
Figura 56. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por faixa etária. Brasil, 2009-2020.....	63
Figura 57. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2020	64
Figura 58. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação em 2019, em relação à TARV e à perda de seguimento, por UF. Brasil, 2020.....	65
Figura 59. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, segundo o ano da primeira dispensação. Brasil, 2009-2019	65
Figura 60. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por sexo. Brasil, 2009-2019	66
Figura 61. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por raça/cor. Brasil, 2009-2019	67
Figura 62. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por faixa etária. Brasil, 2009-2019.....	68
Figura 63. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2019	69

Figura 64. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2019 e permaneceram retidas à TARV após 12 meses, por UF. Brasil, 2019	69
Figura 65. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2018 e permaneceram retidas à TARV após 24 meses, por UF. Brasil, 2018	70
Figura 66. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2015 e permaneceram retidas à TARV após 60 meses, por UF. Brasil, 2015	70
Figura 67. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo o ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021	71
Figura 68. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo o sexo, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2020	72
Figura 69. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo a faixa etária, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021.....	72
Figura 70. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo raça/cor, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021	73
Figura 71. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021	74
Figura 72. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses segundo valor da carga viral, por UF. Brasil, 2020	74
Figura 73. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses segundo valor da carga viral, por capital. Brasil, 2021.....	75
Figura 74. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021.....	76
Figura 75. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo sexo, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021.....	76
Figura 76. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo faixa etária, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021.....	77
Figura 77. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo raça/cor, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021.....	78
Figura 78. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021	78
Figura 79. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos com CV <50 cópias/mL sustentada, por UF. Brasil, 2009 e 2021.....	79
Figura 80. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos com CV <50 cópias/mL sustentada, por capital. Brasil, 2009 e 2021	80
Figura 81. Perfil de resistência aos inibidores da protease e transcriptase reversa, em PVHIV com 12 anos ou mais, em uso de TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021.....	82

Figura 82. Perfil de resistência multiclasse (inibidores da protease, da transcriptase reversa análogos e não análogos de nucleosídeos e da integrase), em PVHIV com 12 anos ou mais, em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2015-2021.....	82
Figura 83. Perfil de resistência aos inibidores da protease (IP), em PVHIV com 12 anos ou mais em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021.....	83
Figura 84. Perfil de resistência aos inibidores da transcriptase reversa (A) análogos (ITRN) e (B) não análogos (ITRNN) de nucleosídeos, em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021	84
Figura 85. Perfil de resistência aos inibidores da integrase (INI), em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021	85
Figura 86. Distribuição dos subtipos do HIV-1, segundo região geográfica. Brasil, 2021	87
Figura 87. Número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 e CV antes do início da TARV no serviço público de saúde, segundo a UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021.....	88
Figura 88. Número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 antes do início da TARV no serviço público de saúde e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021	89
Figura 89. Número de PVHIV que realizaram a primeira CV antes do início da TARV no serviço público de saúde e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021.....	90
Figura 90. Cobertura de pelo menos um exame de carga viral entre as PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação (em %) e proporção de PVHIV com pelo menos seis meses de TARV que apresentaram a última carga viral indetectável (CV <50células/mm ³), acumulado por mês. Brasil, 2019 a 2021	90
Figura 91. Número de PVHIV que iniciaram TARV, número de PVHIV com pelo menos uma dispensação e número total de dispensações no ano, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021.....	91
Figura 92. Número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, por mês da dispensação. Brasil, 2019 a 2021	92
Figura 93. Número e médias móveis do número de PVHIV que iniciaram TARV no ano, por mês da dispensação. Brasil, 2019 a 2021.....	93
Figura 94. Número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021	93
Figura 95. Número de PVHIV que iniciaram TARV no ano e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021	94
Figura 96. Distribuição das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, segundo a cobertura da dispensação, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021	95
Figura 97. Proporção de PVHIV cuja última dispensação de antirretrovirais teve cobertura de 60 ou 90 dias, segundo a UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021.....	95

Figura 98. Distribuição das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, segundo o número de dias de atraso para a retirada dos antirretrovirais, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021..... 96

Figura 99. Proporção de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV no ano, e que voltaram para retirar seus antirretrovirais com mais de 30 dias de atraso, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021..... 97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de PVHIV que iniciaram tratamento por ano, segundo UF. Brasil, 2009-2021..... 52

Tabela 2. Número de PVHIV que iniciaram tratamento por ano, segundo capital. Brasil, 2009-2021 53

Tabela 3. Número de PVHIV em TARV, segundo UF. Brasil, 2009-2021 58

Tabela 4. Número de PVHIV em TARV, segundo capital. Brasil, 2009-2021..... 59

Tabela 5. Perfil de resistência aos inibidores da protease e transcriptase reversa, em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo sexo, região, local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo), subtipo do HIV e número de antirretrovirais exposto. Brasil, 2021..... 86

SUMÁRIO

Apresentação	10
Sumário executivo.....	11
Introdução.....	13
1 CASCATAS DE CUIDADO CONTÍNUO	15
1.1 Cascatas completas	15
1.2 Metas 90-90-90	17
1.3 Cascatas de cuidado contínuo para PVHIV vinculadas estratificadas	18
2 MONITORAMENTO CLÍNICO DO HIV EM PVHIV COM DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS.....	25
2.1 Apresentação tardia aos serviços de saúde	25
2.2 Cobertura de PVHIV em TARV e pessoas sem tratamento na rede pública	30
2.3 CD4 ao início da TARV	37
2.4 Tempo entre o primeiro CD4 e o início da TARV.....	43
2.5 Início da TARV.....	48
2.6 Esquemas de tratamento ao início da TARV	53
2.7 PVHIV em TARV	54
2.8 Esquemas de tratamento das PVHIV em TARV.....	59
2.9 Retenção, adesão e perda de seguimento de TARV	60
2.10 Supressão viral.....	71
2.11 Supressão viral sustentada.....	75
3 PERFIL DE RESISTÊNCIA DO HIV AOS ANTIRRETRÓVIRAIS EM PVHIV DE 12 ANOS E MAIS EM TARV.....	81
4 MONITORAMENTO CLÍNICO DO HIV ANTES E DURANTE A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DECORRENTE DA COVID-19 NO BRASIL.....	88
4.1 Quantitativo de exames de CD4 e carga viral	88
4.2 PVHIV em início de TARV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais.....	91
4.3 Cobertura de dispensação de antirretrovirais	94
4.4 Atrasos nas dispensações de antirretrovirais.....	96
Referências	98
Apêndices	100
Apêndice A – Notas metodológicas	100
Apêndice B – Matriz de indicadores do monitoramento clínico das PVHIV	104

APRESENTAÇÃO

O monitoramento clínico é um importante instrumento para guiar a tomada de decisão e o planejamento das ações de saúde voltadas para o controle do HIV/aids. Nesse sentido, desde 2016, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), do Ministério da Saúde, vem divulgando periodicamente o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.

Nesta edição do relatório, são apresentadas informações sobre as etapas do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento e à supressão viral, tanto em referência ao Brasil como um todo, quanto por sexo designado ao nascer, faixa etária, raça/cor, escolaridade e Unidades da Federação (UF). Mostram-se, também, as tendências dos indicadores monitorados de 2009 a setembro de 2021. Além disso, os principais indicadores apresentados consideram todas as PVHIV com dois anos de idade ou mais, agrupadas, na estratificação por faixa etária, em crianças de dois a 11 anos e adolescentes de 12 a 17 anos.

Este relatório traz, ainda, os dados de resistência adquirida do HIV aos antirretrovirais (ARV) em PVHIV com 12 anos ou mais e alguns indicadores de monitoramento clínico antes e durante a emergência de saúde pública decorrente da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) no Brasil, com o objetivo de demonstrar os efeitos da pandemia nos serviços de saúde relacionados ao cuidado de todas as PVHIV.

Adicionalmente, estão disponíveis dois painéis na internet com os principais indicadores aqui analisados. O primeiro se refere às PVHIV com idade igual ou superior a dois anos, para todos os municípios com mais de cinquenta mil habitantes, estratificados por sexo, em <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>, atualizado semestralmente. O segundo inclui informações sobre os principais indicadores de monitoramento das PVHIV durante a pandemia de covid-19, e pode ser encontrado em <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>.

Desse modo, espera-se fornecer, em tempo oportuno, informações acerca das principais lacunas e desafios a serem enfrentados para que possamos garantir às pessoas que vivem com HIV um cuidado cada vez melhor, reduzindo a morbimortalidade e a incidência de novos casos desse agravio.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Desde sua criação, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) vem trabalhando para reduzir a transmissão dos agravos sob sua responsabilidade e promover a qualidade de vida das pessoas que vivem e/ou convivem com eles. O DCCI estrutura suas intervenções e suas políticas a partir da inovação e da evidência científica, sempre priorizando o diálogo com todos os atores institucionais e com a sociedade civil.

Especificamente em relação ao HIV, para cada grande eixo de atuação, o DCCI elabora indicadores que permitem acompanhar o curso de suas diversas ações, por meio do monitoramento clínico e da análise de outras informações estratégicas.

O monitoramento clínico engloba uma série de indicadores que retratam a trajetória das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV) nos serviços de saúde, incluindo aqueles pertencentes à estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o diagnóstico até a supressão viral. A interpretação de cada um desses indicadores reflete os esforços de um conjunto de ações realizadas por diversos atores, em diferentes níveis de gestão, para a redução da transmissão do HIV e a melhoria da qualidade de vida das PVHIV.

Quando analisados os indicadores correspondentes à segunda barra da cascata de cuidado contínuo, que diz respeito ao diagnóstico do HIV e que constitui o primeiro desafio das metas 90-90-90 de redução da epidemia estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaiids), observa-se, a partir de 2015, uma manutenção da porcentagem de PVHIV que se apresentam tardivamente aos serviços de saúde, embora se verifique um aumento no número e na proporção de pessoas diagnosticadas. No entanto, registra-se diminuição no valor do CD4 mediano no momento do diagnóstico a partir de 2017 e, em especial, em 2019.

Refletindo as mudanças nas recomendações terapêuticas e os esforços empreendidos nacionalmente, nota-se que, desde 2014, há uma grande proporção de pessoas iniciando a terapia antirretroviral (TARV) com CD4 elevado, com destaque para aquelas com contagem superior a 500 células/mm³, as quais correspondem a mais de um terço do total de PVHIV que iniciaram tratamento em até setembro de 2021. Além disso, verifica-se um aumento importante na proporção de PVHIV que começaram TARV em menos de um mês após a realização do CD4 – vale destacar que, desde 2018, mais da metade das pessoas que iniciaram o tratamento o fizeram nesse intervalo de tempo. Porém, ainda que percebidos os avanços, o tratamento representou o maior desafio para o alcance da meta de 90% de PVHIV diagnosticadas sendo tratadas até 2020. Em 2020, cerca de 81% das PVHIV diagnosticadas estavam em TARV no país.

As análises com respeito aos indicadores de adesão, retenção e perda de seguimento de tratamento mostram que é necessário investir não apenas em ações que facilitem o acesso das PVHIV à TARV, mas também em intervenções específicas de adesão ao tratamento, especialmente para a população indígena e para os adolescentes. Esses subgrupos populacionais, juntamente com as crianças de dois a 11 anos, foram os que apresentaram o pior desempenho na análise da supressão viral pontual e sustentada.

A barra final da cascata, que diz respeito à supressão viral de PVHIV em TARV – a última das metas 90-90-90 –, figura desde 2016 como objetivo atingido pelo Brasil, quando considerado o critério internacional de 1.000 cópias/mL no exame de carga viral (CV). Neste documento, também se apresentam indicadores para o nível de 50 cópias/mL, que é o mais desejável e que representa o corte utilizado nas decisões clínicas no país. Com a inclusão de cada vez mais PVHIV em TARV, resta o desafio não apenas de manter o sucesso observado na meta 90%, mas também de atingir os 73% preconizados para a supressão viral entre todas as PVHIV, e não somente entre aquelas em tratamento.

Ainda, em resposta aos aprimoramentos contínuos nas recomendações terapêuticas e no empenho para promover a adesão ao tratamento, observa-se, entre 2009 e 2020, uma tendência de declínio na resistência a todas as classes analisadas, em especial aos inibidores da protease (IP) e da integrase (INI) e, a partir de 2015, aos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN). Entretanto, até setembro de 2021, percebe-se um aumento da resistência, com os maiores níveis de resistência adquirida registrados para os ITRN (59%), seguidos dos inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos – ITRNN (57%), INI (23%) e IP (12%). A maior resistência registrada para os inibidores da transcriptase reversa pode estar relacionada à menor barreira genética e ao amplo uso dos medicamentos da classe, uma vez que estes compõem o esquema inicial preferencial. Dessa forma, o monitoramento da resistência do HIV é ferramenta fundamental para auxiliar nas recomendações da TARV, tornando seu uso mais racionalizado e assertivo e aumentando a probabilidade de sucesso terapêutico.

Desde março de 2020, os serviços de saúde relacionados ao cuidado das PVHIV enfrentaram desafios impostos pela pandemia da doença causada pelo novo coronavírus, a covid-19. Apesar das várias medidas tomadas para garantir a assistência adequada às PVHIV, entre 2019 e 2020, houve uma diminuição de 23% e 22% no número de PVHIV que realizaram os primeiros exames de CD4 e CV, respectivamente, antes do início da TARV no serviço público de saúde. Posteriormente, entre 2020 e 2021, houve um aumento de 11% e 15% no volume de exames de CD4 e CV, respectivamente. Na comparação entre 2019 e 2020, constata-se uma redução de 20% no número de PVHIV que iniciaram TARV – o que pode estar relacionado a uma diminuição dos diagnósticos devido à pandemia de covid-19. Em 2021, essa taxa mostra uma discreta recuperação em relação ao ano anterior (8%), mantendo-se, porém, abaixo do registrado em 2019.

Apesar da redução no número total de dispensações de TARV na comparação entre 2019 e 2020, houve um aumento de 58% no número de dispensações com cobertura de ARV suficiente para 60 ou 90 dias, nesse mesmo período. Isso implicou um menor número de visitas às unidades dispensadoras de TARV para garantir o tratamento, com a consequente diminuição do número de dispensações realizadas no período. Em 2021, os números foram semelhantes aos observados em 2020, mantendo-se o padrão de cobertura mais longa das dispensações. Todavia, em 2020 e 2021, houve um aumento de 29% na proporção de PVHIV que se atrasaram mais de um mês para retirar a dispensação da TARV em relação a 2019, o que também pode constituir um efeito indesejável da pandemia.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), vem se esforçando para aprimorar suas ações programáticas, buscando a aceleração e a qualificação da resposta brasileira ao HIV/aids, com vistas ao alcance das metas estabelecidas no planejamento estratégico do Departamento. As metas nacionais propostas estão também em consonância com as metas 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaids) e com o consenso global para a eliminação da epidemia de aids em 2030 (UNAIDS, 2014; 2016).

O Brasil foi um dos primeiros países da América Latina e Caribe a adotar formalmente as metas 90-90-90, incluindo o seu acompanhamento no sistema de monitoramento clínico do HIV já estabelecido no país. O acompanhamento dos indicadores referentes às metas 90-90-90, feito pelo DCCI desde sua concepção, foi realizado, entre outros instrumentos, por meio do monitoramento das perdas entre cada uma das etapas da cascata de cuidado contínuo, chamadas de *leakages* (termo em inglês para “vazamento”) (KILMARX; MUTASA-APOLLO, 2013; PASCOM *et al.*, 2018).

Os indicadores relacionados a cada um dos *leakages* são monitorados periodicamente pelo DCCI – a exemplo da proporção de PVHIV que se apresentaram tardivamente ao sistema de saúde, da retenção no cuidado e tratamento, da adesão à TARV e da supressão viral de PVHIV em TARV, incluindo a supressão sustentada. Além disso, sabe-se que, a cada *leakage*, podem estar associados distintos fatores, relativos aos sistemas de saúde e às características individuais (comportamentais ou biológicas), bem como ao estigma e à discriminação (KATZ *et al.*, 2013). Por isso, é necessária a estratificação dos indicadores por variáveis-chave – como sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e Unidade da Federação (UF) de residência –, o que permite a identificação de barreiras relacionadas às características sociodemográficas a que o indivíduo está sujeito e o direcionamento das ações de maneira focalizada.

Apesar dos inquestionáveis benefícios trazidos pelo advento da terapia antirretroviral, a infecção pelo HIV ainda não tem cura. Dessa forma, a seleção racional das drogas é essencial para maximizar a eficácia do tratamento e minimizar os efeitos colaterais, bem como prevenir o desenvolvimento de resistência cruzada (aquele selecionada por um antirretroviral que resulta em resistência a outro ainda não utilizado), preservando futuras opções de terapia e aumentando a duração da supressão viral (ANSTETT *et al.*, 2017; ASAHCOP *et al.*, 2012).

A resistência do HIV aos ARV ocorre quando uma ou mais mutações afetam a habilidade de uma droga específica, ou a combinação delas, de inibir a replicação viral. Além disso, eventos de recombinação mediados pela transcriptase reversa e a baixa penetração dos antirretrovirais em alguns tecidos podem influenciar na seleção de linhagens resistentes do HIV (ASAHCOP *et al.*, 2012; BOUCHER *et al.*, 2018). A resistência adquirida ocorre quando a pressão seletiva da droga permite que linhagens resistentes emergam e se estabeleçam, reduzindo a susceptibilidade do vírus à TARV (HAMERS *et al.*, 2018; WHO, 2019).

O exame de genotipagem está indicado a todas as PVHIV em uso regular de TARV por pelo menos seis meses e que apresentam falha virológica – CV detectável – confirmada em dois exames consecutivos de CV, com intervalo de quatro semanas entre eles, e cujo último resultado

foi igual ou superior a 500 cópias/mL. Para a investigação da resistência adquirida, é importante que a genotipagem seja solicitada na vigência da TARV, pois algumas mutações podem desaparecer rapidamente na ausência da medicação e, dessa forma, a resistência não é detectada pelo exame (BRASIL, 2018).

Em 2020, a pandemia de covid-19 impactou diretamente os serviços de saúde no mundo inteiro. No Brasil, esse panorama não foi diferente e incluiu os serviços no SUS relacionados ao cuidado das PVHIV, que em grande parte são constituídos por serviços de referência para doenças infeciosas em geral.

Visando garantir a assistência adequada às PVHIV, o acesso ao tratamento e, ao mesmo tempo, a redução da circulação de PVHIV nesses serviços, o Ministério da Saúde tomou uma série de medidas desde o início da pandemia, tais como a orientação da rede quanto à mudança no fluxo assistencial, com possibilidade de teleconsultas (BRASIL, 2020c); a ampliação do intervalo para seguimento clínico e laboratorial de pacientes estáveis (BRASIL, 2020b); e a ampliação da dispensação de ARV de 30 para 60 ou até 90 dias (BRASIL, 2020a).

Assim, neste relatório apresenta-se, no primeiro capítulo, a cascata de cuidado contínuo do HIV de 2020, estratificada por sexo designado ao nascer, bem como a cascata de cuidado para as PVHIV já vinculadas ao serviço por faixa etária, raça/cor e UF de residência. No segundo capítulo, são mostrados os indicadores de monitoramento clínico do DCCI em PVHIV com dois anos de idade ou mais, todos estratificados por sexo designado ao nascer, faixa etária, raça/cor, grau de escolaridade, UF de residência e, pela primeira vez, por capital, em série histórica de 13 anos (2009 a 2021). O terceiro capítulo aborda os dados de resistência adquirida do HIV aos antirretrovirais em indivíduos maiores de 12 anos, estratificados por sexo designado ao nascer, faixa etária, raça/cor, grau de escolaridade, região geográfica de residência, local de residência (capital ou interior) e subtipo do HIV, em série histórica de 13 anos (2009 a 2021), além da distribuição geográfica dos subtipos do HIV no Brasil. Por fim, o quarto capítulo aborda indicadores de monitoramento clínico antes e durante a emergência de saúde pública decorrente da covid-19 no Brasil, segundo a UF de residência, com o objetivo de demonstrar os efeitos da pandemia nos serviços de saúde relacionados ao cuidado das PVHIV.

1 CASCATAS DE CUIDADO CONTÍNUO

1.1 Cascatas completas

As cascatas de cuidado têm sido, nos últimos anos, instrumentos fundamentais para nortear as tomadas de decisão em saúde e o desenho de políticas sanitárias baseadas em informações qualificadas. Da mesma maneira, por meio delas, pode-se analisar o avanço e os resultados dos esforços empreendidos para o alcance das metas 90-90-90 propostas para 2020 em nível mundial, das quais o Brasil é signatário: 90% das PVHIV do país diagnosticadas; 90% das PVHIV diagnosticadas em TARV; e 90% das pessoas em TARV com CV suprimida.

Estima-se que, ao final de 2020, havia aproximadamente 936 mil PVHIV no país, das quais 820 mil (88%) estavam diagnosticadas; 82% (766 mil) haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde; e 691 mil (74%) estavam retidas nos serviços (Figura 1). Observa-se cobertura antirretroviral de 71% (666 mil) e supressão viral (CV inferior a 50 cópias/mL) de 63% (594 mil) entre todos os indivíduos infectados pelo HIV.

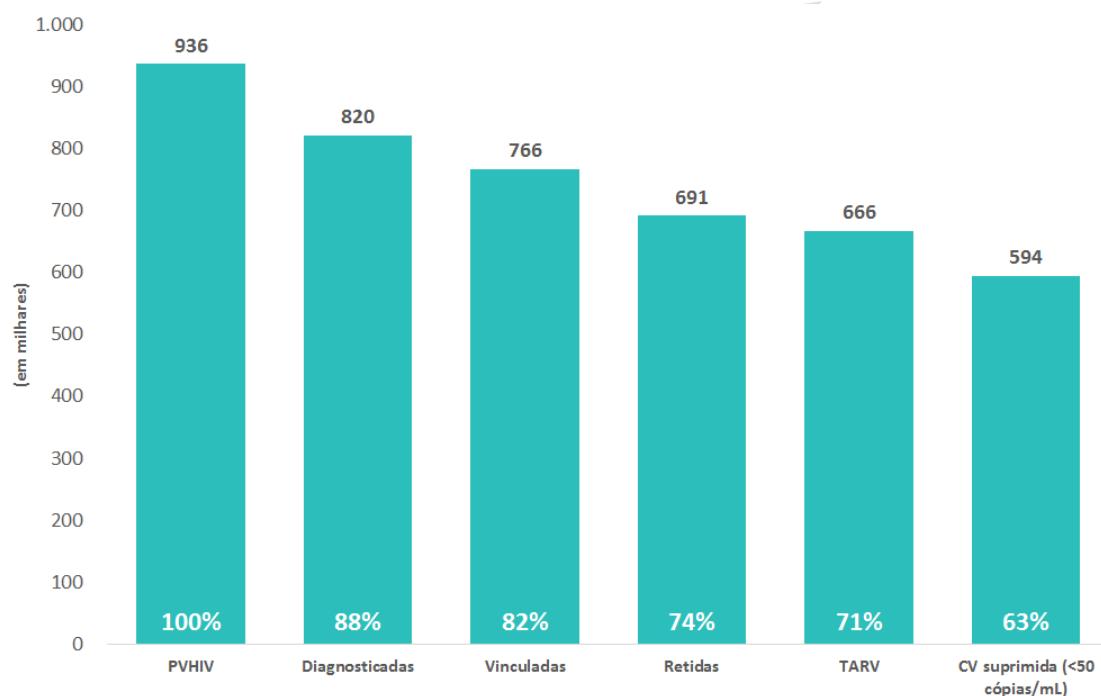


Figura 1. Cascata de cuidado contínuo do HIV*. Brasil, 2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHIV.

No que se refere às tendências entre 2012 e 2020, em todas as barras da cascata, houve melhora dos indicadores analisados, com exceção do ano de 2020 (Figura 2). Ainda que tenham sido observadas ligeiras diminuições na proporção de PVHIV diagnosticadas, houve sucessivos acréscimos, que resultaram em um aumento de 27% no referido período (de 69% para 88% entre 2012 e 2020, respectivamente), e na de PVHIV vinculadas que estavam em TARV, totalizando 24% de aumento (de 66% para 82% no mesmo período). Destaca-se, ainda, um incremento de 62% na proporção de PVHIV em TARV, de 44% para 71%, e de 80% na proporção daquelas com supressão viral (CV <50 cópias/mL), de 35% para 63%.

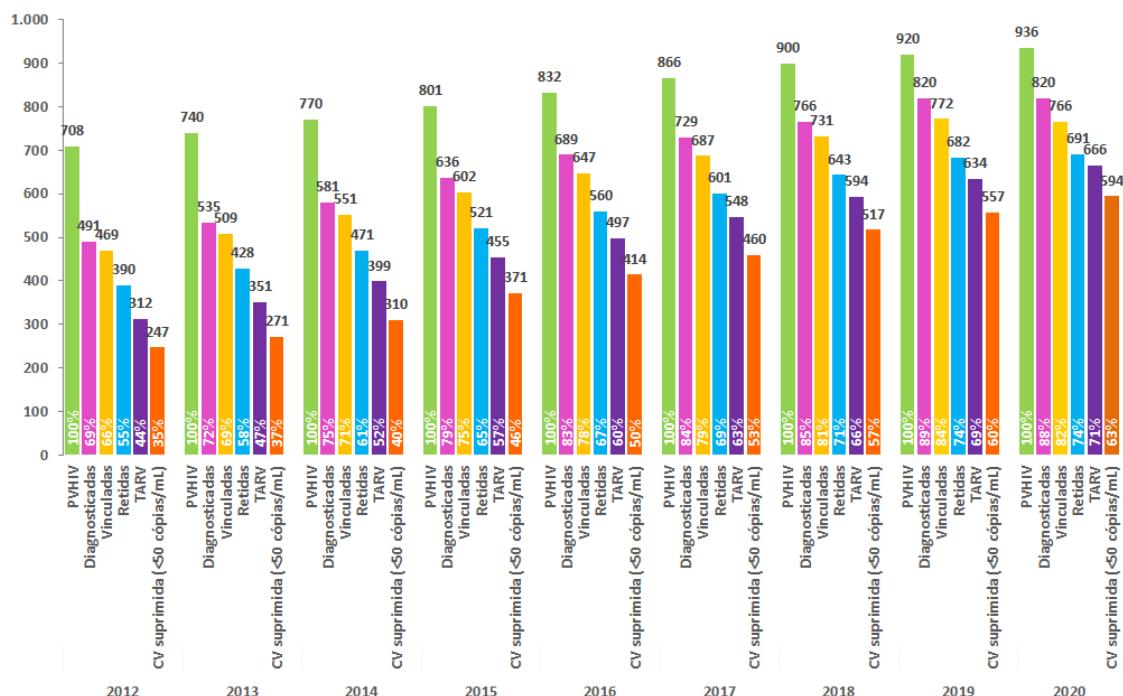


Figura 2. Cascata de cuidado contínuo do HIV*, por ano. Brasil, 2012-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHIV.

Na Figura 3, estão apresentadas as cascatas de cuidado contínuo do HIV estratificadas por sexo, para o ano de 2020. Nesse ano, aproximadamente 605 mil homens e 331 mil mulheres estavam infectados pelo HIV no Brasil. Quando calculadas as proporções em relação ao número de PVHIV, nota-se que, no que se refere ao diagnóstico, os homens apresentam resultado melhor que as mulheres. Além disso, quando se analisam os *leakages* entre cada barra e a seguinte, a partir do diagnóstico, as perdas são proporcionalmente maiores entre as mulheres. Assim, o acesso ao diagnóstico, a vinculação e retenção nos serviços, a retenção ao tratamento e a supressão viral são todos menores em relação aos homens.

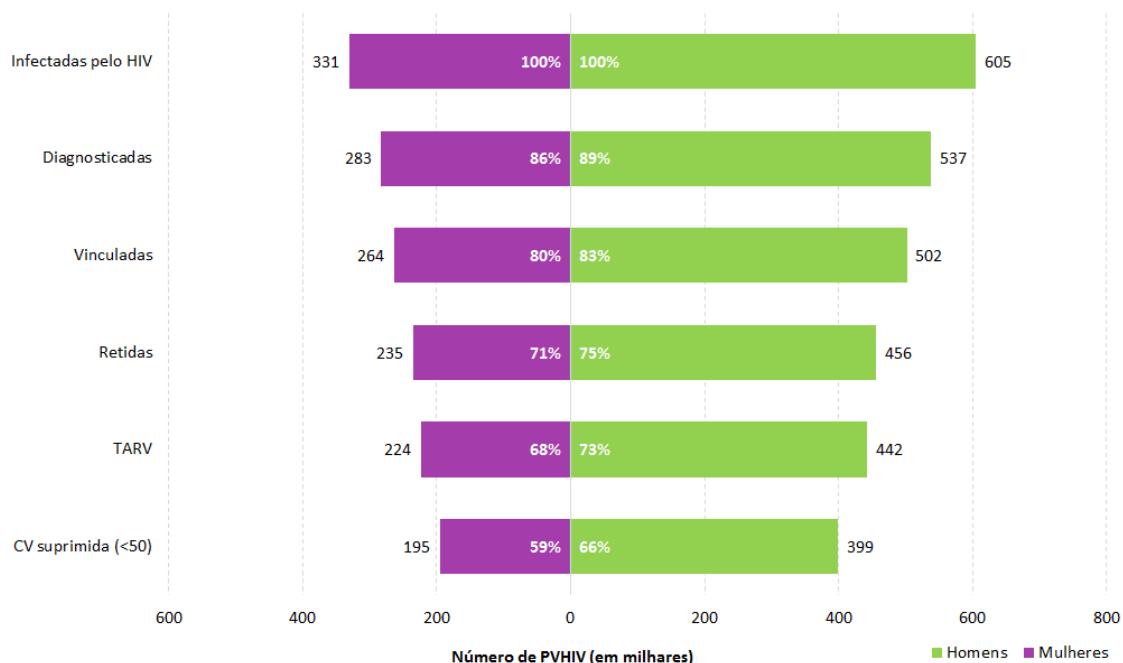


Figura 3. Cascata de cuidado contínuo do HIV*, por sexo. Brasil, 2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHIV.

1.2 Metas 90-90-90

Na Figura 4, apresenta-se a evolução das metas 90-90-90 de 2012 a 2020. O monitoramento dessas metas tem-se mostrado de grande importância para a identificação, em tempo oportuno, de problemas e de lacunas no acesso adequado ao cuidado, permitindo a implementação de ações para corrigir os rumos tomados. No período analisado, em geral, há um avanço importante em todas as metas. No entanto, observa-se uma ligeira queda na proporção de PVHIV diagnosticadas entre 2019 e 2020. A proporção de PVHIV diagnosticadas aumentou aproximadamente 27% entre 2012 e 2020, passando de 69% para 88%, respectivamente. Houve um aumento de 28% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em TARV (de 64% em 2012 para 81% em 2020). Das pessoas em TARV há pelo menos seis meses, em 2020, 95% atingiram supressão viral (CV <1.000 cópias/mL), proporção 11% acima da observada em 2012 (86%).

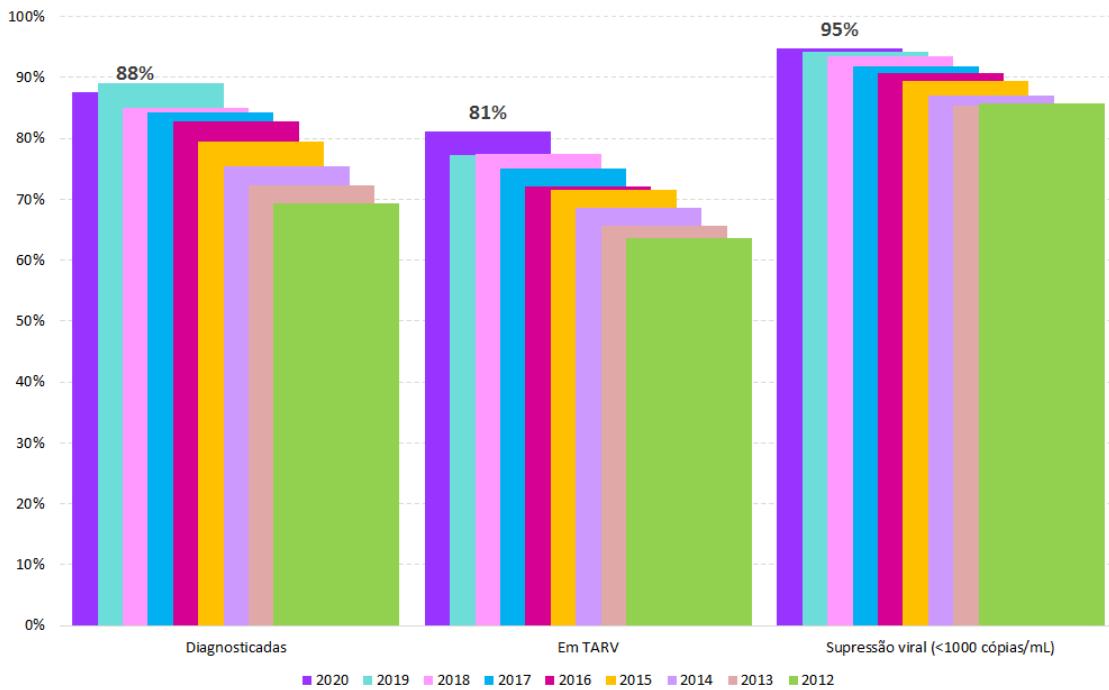


Figura 4. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2012-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.3 Cascatas de cuidado contínuo para PVHIV vinculadas estratificadas

Foram construídas as cascatas estratificadas por faixa etária, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo), categoria de exposição e UF de residência. No entanto, para essas variáveis, a análise foi realizada a partir do total de PVHIV vinculadas aos serviços de saúde, visto que: i) não há fonte de informação disponível para a estimativa do número de PVHIV estratificadas por essas categorias; e ii) devido às flutuações de qualidade das informações sobre essas variáveis nas fontes disponíveis, há uma redução na precisão das estimativas.

1.3.1 Cascata para PVHIV vinculadas por faixa etária

Observa-se que as proporções relativas ao vínculo aos serviços crescem, de modo geral, com o aumento da idade, havendo um decréscimo na proporção de PVHIV retidas nas faixas etárias entre 12 e 24 anos; as maiores proporções são encontradas entre os indivíduos com 50 anos e mais (Figura 5). Entre as 239 mil PVHIV com 50 anos e mais vinculadas, em 2020, 92% estavam retidas, 90% estavam em TARV e 82% das que estavam em TARV haviam atingido supressão viral, considerando o corte de 50 cópias/mL. As menores proporções são encontradas entre as crianças entre dois e quatro anos de idade: das cerca de mil crianças vinculadas, 57% foram retidas no serviço de saúde, 52% entraram em TARV e 31% dessas últimas apresentaram carga viral suprimida.

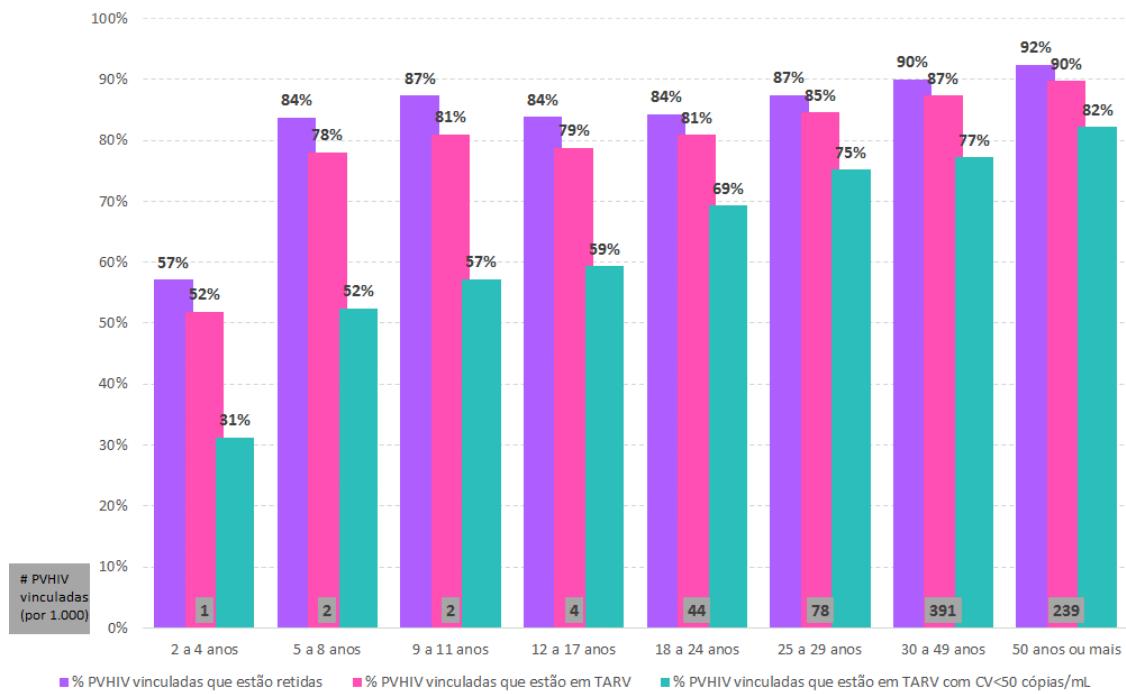


Figura 5. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por faixa etária. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.3.2 Cascata para PVHIV vinculadas por raça/cor

A desagregação da cascata para as PVHIV vinculadas por raça/cor, apresentada na Figura 6, mostra, em primeiro lugar, que aproximadamente 21% (159 mil) das PVHIV vinculadas aos serviços de saúde não tinham preenchido o item raça/cor no sistema de informação. Observa-se, ainda, que as PVHIV vinculadas com raça/cor não preenchida apresentaram, de modo geral, os piores resultados, com 88% de PVHIV vinculadas retidas nos serviços de saúde, 84% em TARV e 75% em TARV com supressão viral. A completude da variável raça/cor limita a análise aqui apresentada; ainda assim, é possível inferir que PVHIV brancas ou amarelas apresentam resultados melhores do que negras e indígenas, sendo as proporções observadas de 93%, 90% e 81% de PVHIV vinculadas retidas, em TARV e com supressão viral, respectivamente.

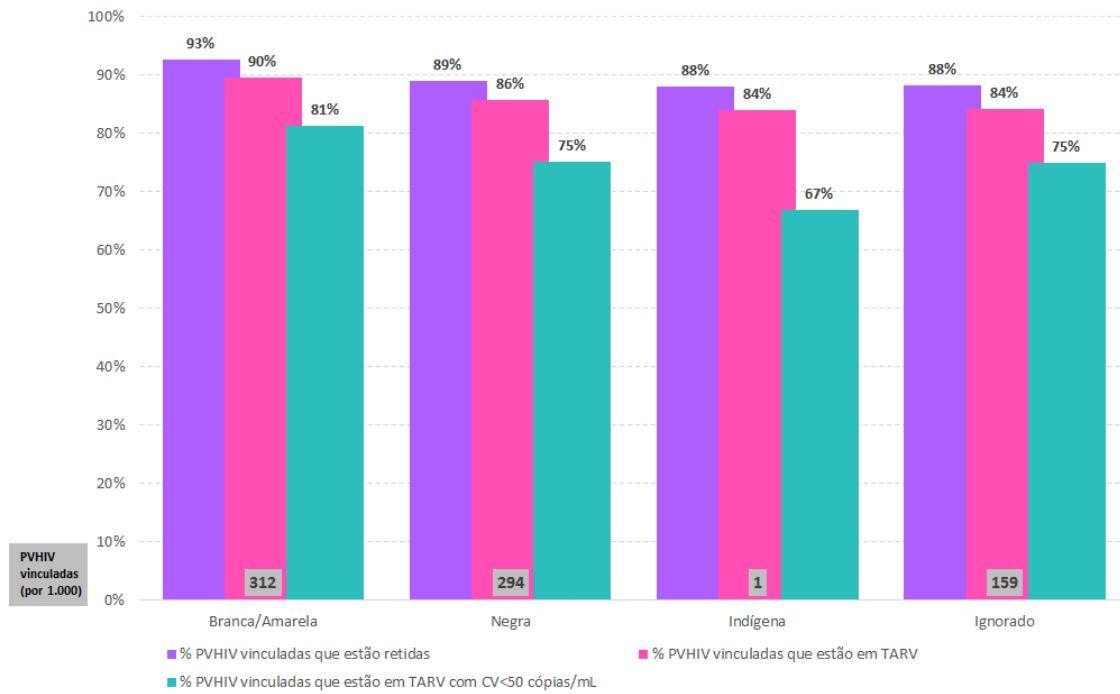


Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por raça/cor. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.3.3 Cascata para PVHIV vinculadas por escolaridade no momento do vínculo

A Figura 7 apresenta a estratificação da cascata para as PVHIV vinculadas segundo a escolaridade no momento da entrada nos serviços de saúde, em anos de estudo. Observa-se que 40% das PVHIV não tinham preenchida a informação sobre o nível de escolaridade; não obstante, optou-se por apresentar os dados relativos a essa variável, pois é sabido que a utilização das informações é um dos primeiros passos para a melhoria de sua qualidade. Na análise, nota-se que os resultados obtidos para as pessoas com até sete anos de estudo completos e para aquelas sem informação de escolaridade, além de serem os piores observados, são semelhantes entre si: 88% de retenção, 83% em TARV e 72% com supressão viral (CV <50 cópias/mL) entre os menos escolarizados; e 88% de retenção, 85% em TARV e 76% com supressão viral entre aquelas sem informação sobre a escolaridade.

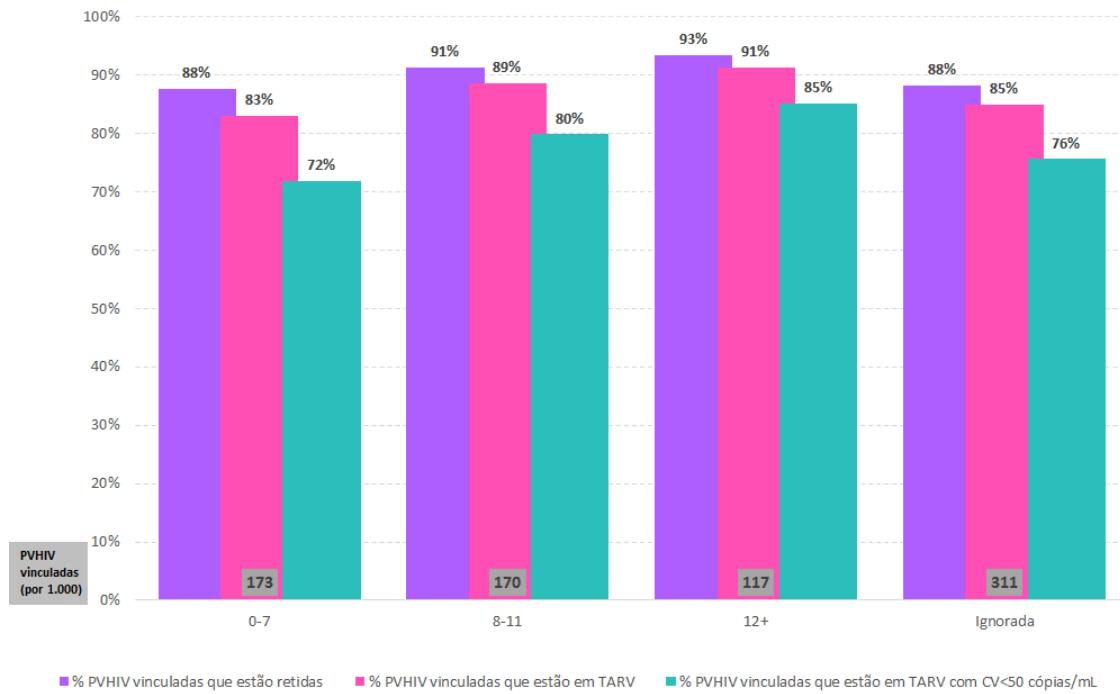


Figura 7. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.3.4 Cascata para pessoas vinculadas por UF

As Figuras 8 a 12 apresentam as cascatas de cuidado contínuo do HIV por UF, divididas pelas cinco regiões brasileiras. Na região Norte, a proporção de retenção entre os indivíduos vinculados a algum serviço de saúde variou entre 88%, no estado do Tocantins, e 83%, em Roraima (Figura 8). No que se refere à proporção de PVHIV vinculadas que estavam em TARV, Roraima apresentou a menor proporção (80%). Ainda com referência às PVHIV vinculadas, nota-se que a supressão viral (CV <50 cópias/mL) variou entre 74% no Tocantins e 70% em Roraima, Pará e Amapá.

A região Nordeste apresenta proporções de retenção entre as PVHIV vinculadas variando de 90% em Pernambuco e na Bahia a 85% em Alagoas e Sergipe (Figura 9). Quando analisadas as proporções de PVHIV vinculadas em TARV, os melhores resultados foram encontrados na Bahia (88%) e em Pernambuco (87%). No que se refere à supressão viral, das PVHIV vinculadas, a maior proporção foi observada no Ceará (78%), seguido de Pernambuco e Bahia, com 77%.

De acordo com a Figura 10, os estados da região Sudeste apresentam proporções de 90% de PVHIV vinculadas e em retenção no Espírito Santo e no Rio de Janeiro, 91% em São Paulo e 92% em Minas Gerais. Quanto à TARV, em torno de 87% das PVHIV vinculadas estavam em tratamento em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Espírito Santo, e 90% em Minas Gerais. No que se refere à CV suprimida entre as pessoas vinculadas em TARV, destaca-se Minas Gerais, que atingiu uma proporção de 81% de supressão, enquanto Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram proporções de 76%, 79% e 79%, respectivamente.

Os dados apresentados na Figura 11 mostram que a retenção entre as PVHIV vinculadas foi de 93%, 92% e 92% entre aquelas residentes nos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, respectivamente. No que se refere à TARV, em Santa Catarina e no Paraná a proporção de PVHIV vinculadas em tratamento atingiu 89%, seguidos do Rio Grande do Sul, com 88%. Quanto à proporção de PVHIV vinculadas em TARV com supressão viral, Santa Catarina e Paraná alcançaram 80%, e o Rio Grande do Sul, 78%.

Na região Centro-Oeste, no que se refere à proporção de PVHIV vinculadas e retidas, o Distrito Federal apresentou 91% das PVHIV vinculadas e em retenção, seguido de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, com 90%, e Goiás, com 84% (Figura 12). Em Mato Grosso e no Distrito Federal, observa-se que 88% das PVHIV vinculadas estavam em TARV, seguidos pelo Mato Grosso do Sul, com 87%, e Goiás, com 80%. Com respeito à supressão viral, as proporções foram de 72% em Goiás, 75% em Mato Grosso do Sul, 79% em Mato Grosso, e 82% no Distrito Federal.

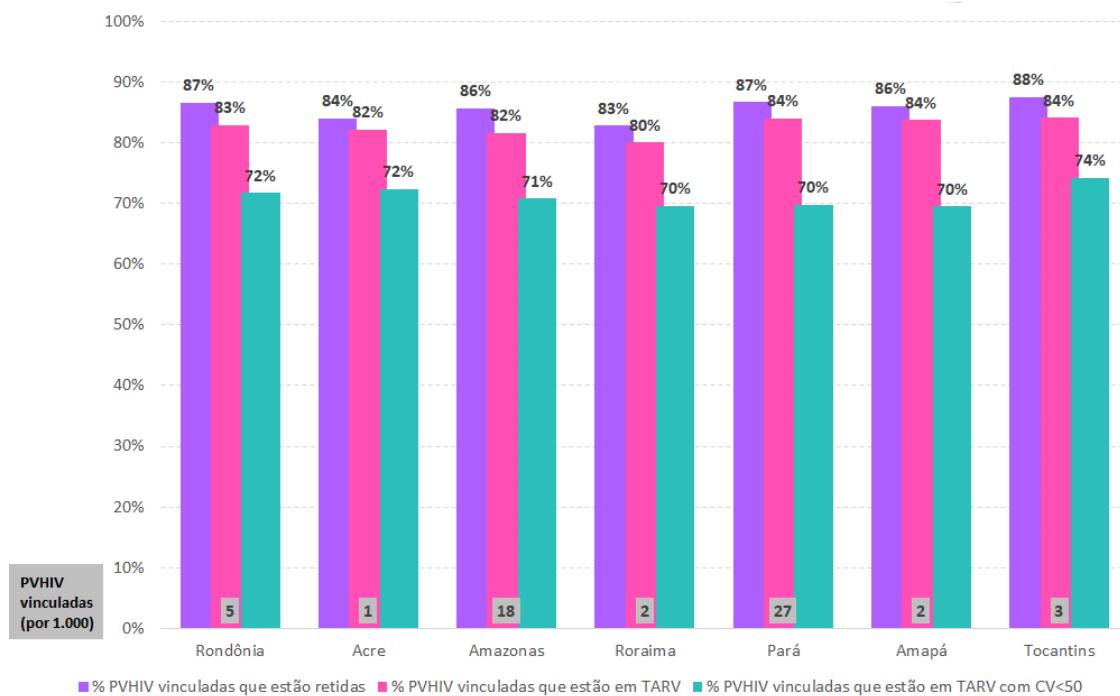


Figura 8. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Norte. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

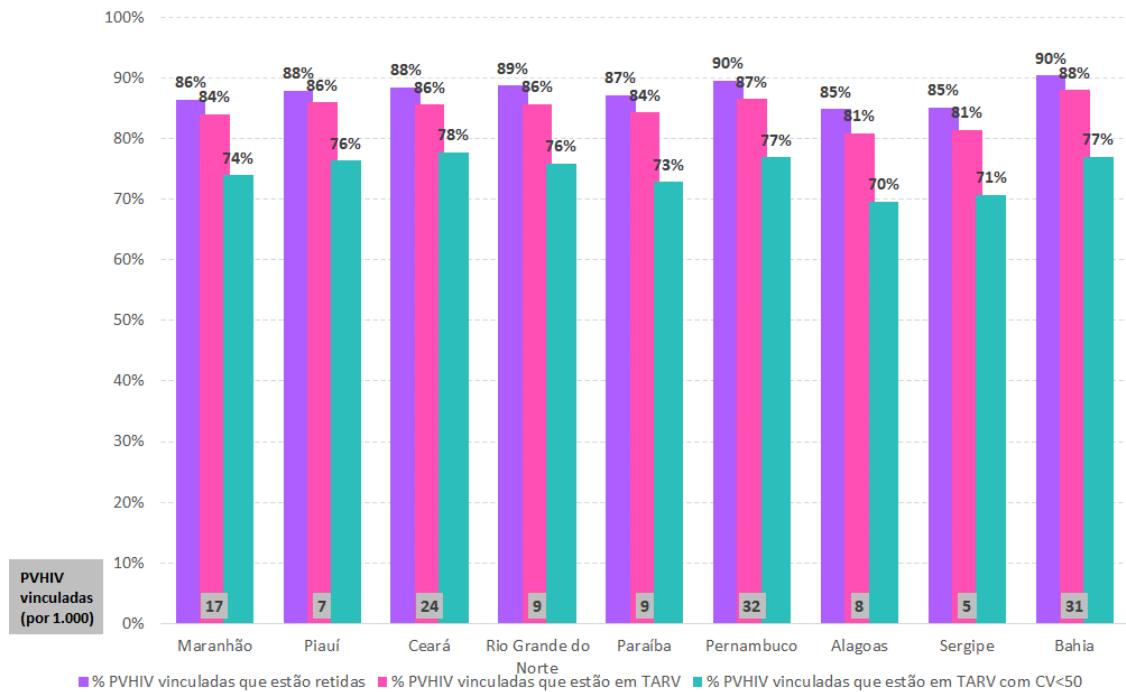


Figura 9. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Nordeste. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

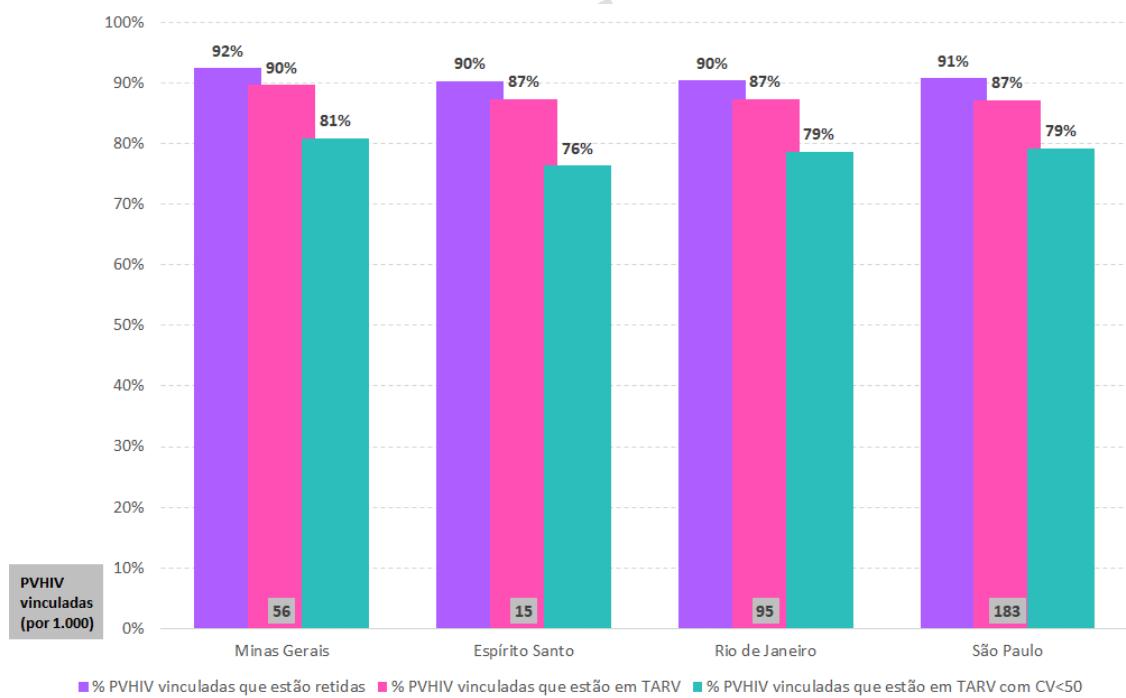


Figura 10. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Sudeste. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

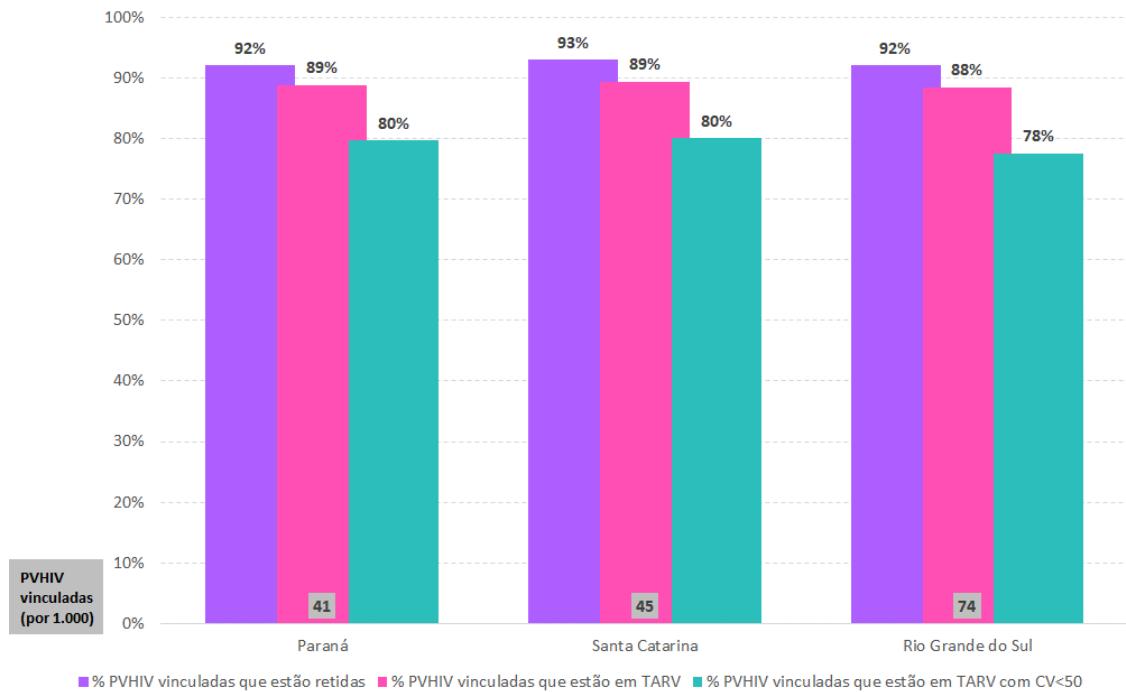


Figura 11. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Sul. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

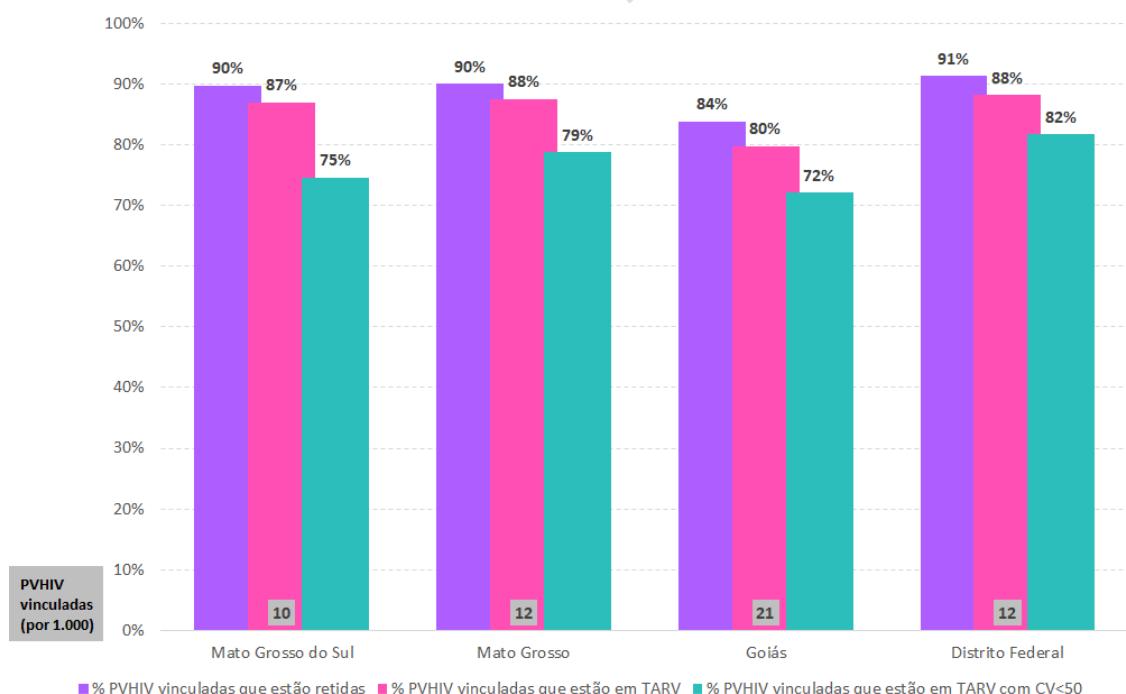


Figura 12. Cascata de cuidado contínuo do HIV para PVHIV vinculadas da região Centro-Oeste. Brasil, 2020
Fonte: DCCI/SVS/MS.

2 MONITORAMENTO CLÍNICO DO HIV EM PVHIV COM DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS

2.1 Apresentação tardia aos serviços de saúde

Observou-se, entre 2010 e 2015, tendência de queda na proporção de PVHIV que se apresentaram pela primeira vez ao SUS tardiamente, caracterizada pelo resultado do primeiro CD4 menor que 200 células/mm³ e 100 células/mm³ (Figura 13). A partir de então, esse patamar vem se mantendo estável. Até setembro de 2021, 27% e 16% das pessoas diagnosticadas apresentaram primeiro CD4 inferior a 200 células/mm³ e 100 células/mm³, respectivamente. A mediana do CD4 no momento do diagnóstico passou de 336 células/mm³, em 2009, para 382 células/mm³ em setembro de 2021. Ao longo desse período, houve clara tendência de aumento do valor de CD4 entre 2009 e 2015; no entanto, desde 2017 observa-se queda para esse indicador, com variações nos últimos cinco anos, a mais acentuada delas em 2019, com pequena variação nos últimos anos.

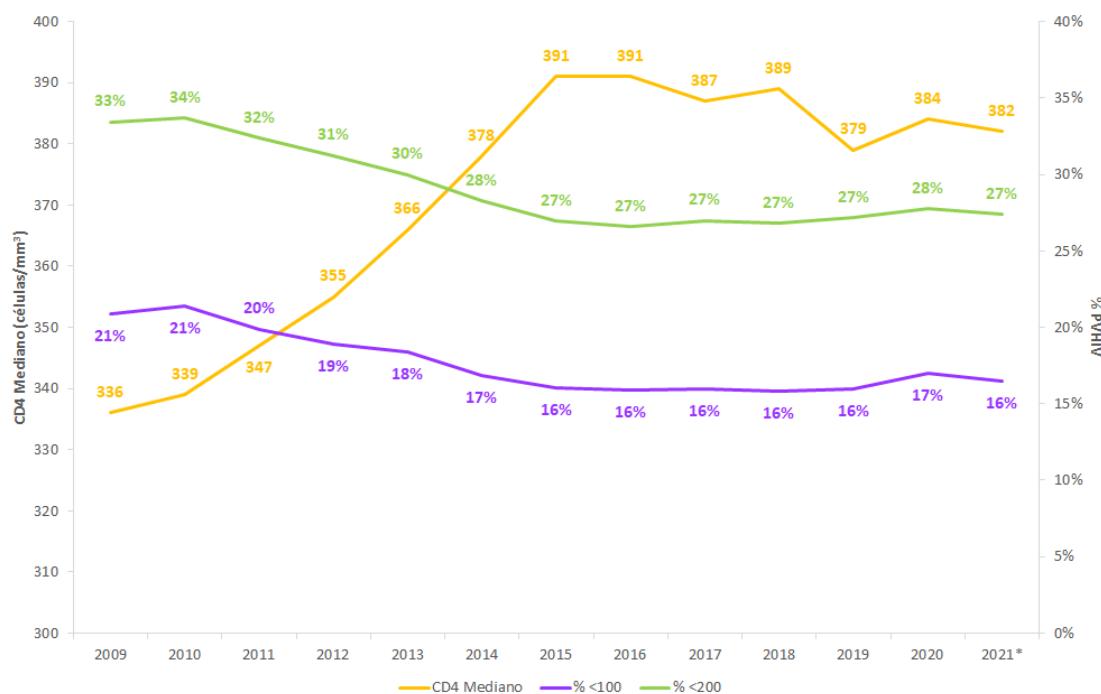


Figura 13. CD4 mediano e proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 inferior a 100 e 200 células/mm³ realizado no serviço público de saúde, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na estratificação por sexo designado ao nascer, apresentada na Figura 14, observa-se que, para ambos os sexos, houve diminuição nas proporções de PVHIV com apresentação tardia (<200 células/mm³) ao serviço de saúde. Entre os homens, esses percentuais passaram de 37%, em 2009, para 28% em setembro de 2021; entre as mulheres, tais proporções apresentaram diminuição mais discreta: de 28%, em 2009, para 26%, em setembro de 2021. Apesar de as proporções observadas entre os homens serem mais altas do que entre as mulheres em todo o

período analisado, a queda mais acentuada entre eles e o ligeiro aumento observado entre as mulheres nos últimos anos diminuiu a diferença de nove pontos percentuais existente em 2009 para apenas dois pontos percentuais até setembro de 2021.

Já para o recorte de contagem de CD4 <100 células/mm³, observa-se que as proporções de PVHIV que se apresentaram tardivamente mantêm-se entre 16% e 17% desde 2015 para os homens; também se nota ligeira tendência de aumento nesse mesmo período entre as mulheres, cuja proporção variou de 14% a 16%, sendo que em setembro de 2021 a proporção foi de 15%.

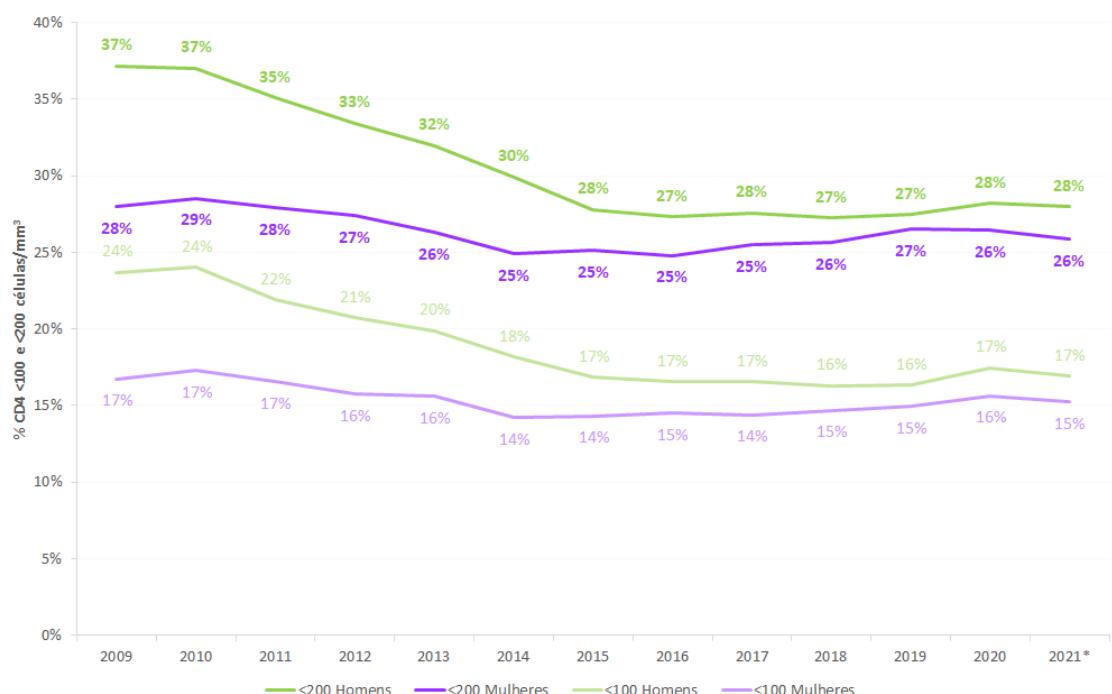


Figura 14. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm³ segundo sexo, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na análise por faixa etária, observa-se de modo geral que, quanto mais jovens as PVHIV, menores as suas proporções de apresentação tardia durante todo o período analisado (Figura 15). A exceção acontece para os indivíduos de dois a 11 anos de idade, que até o ano de 2020 mostram proporções semelhantes ou ligeiramente superiores de apresentação tardia em relação à faixa etária de 18 a 24 anos, destacando-se um aumento desse valor em 2021. No entanto, as flutuações observadas na estratificação por faixa etária devem ser analisadas com cautela, pelo baixo número de indivíduos em cada grupo de idade.

Para todas as faixas etárias, observa-se tendência de queda das proporções de diagnóstico tardio entre os anos de 2009 e 2015. As faixas etárias de 12 a 17 anos, 18 a 24 anos, 25 a 29 anos e 30 a 49 anos apresentam maior estabilidade dos números a partir de então, enquanto a faixa etária mais elevada (50 anos ou mais) apresenta tendência de aumento na proporção de indivíduos com CD4 inferior a 200 células/mm³ na chegada ao serviço de saúde, nos últimos anos.

Nos primeiros nove meses de 2021, as proporções de apresentação tardia foram de 19% entre indivíduos de dois a 11 anos de idade, 8% para a faixa etária de 12 a 17 anos, 11% entre aqueles com 18 a 24 anos de idade, 21% para a faixa etária de 25 a 29 anos e 34% para os indivíduos com 30 a 49 anos, chegando a 46% para a faixa etária mais elevada (50 anos ou mais).

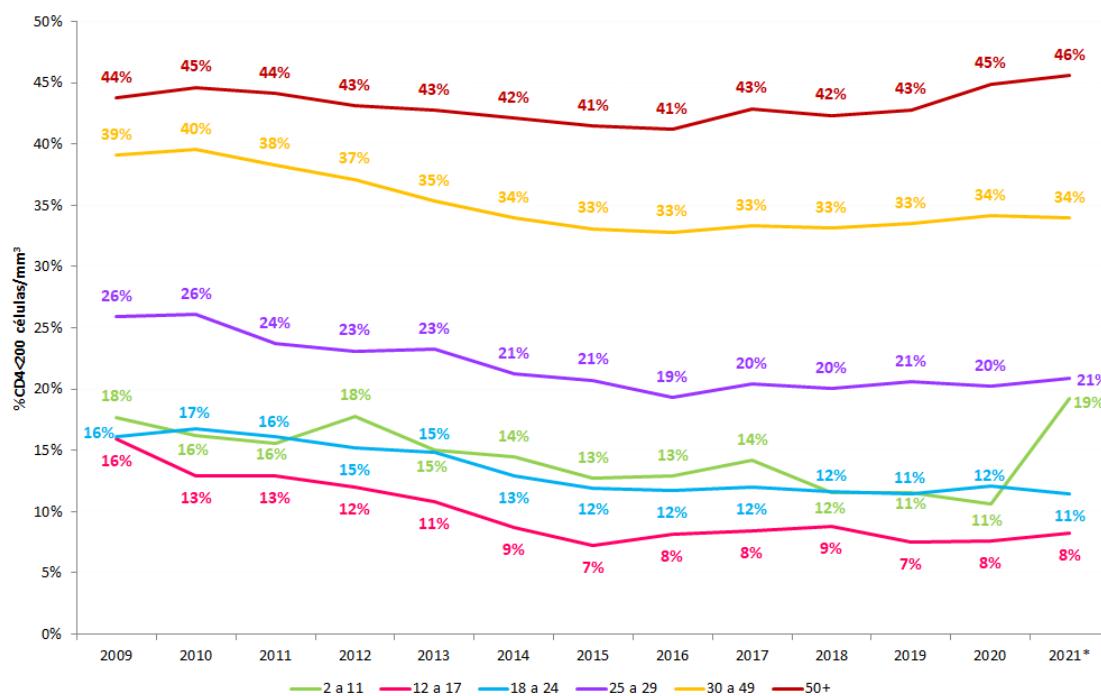


Figura 15. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm³ segundo faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na estratificação por raça/cor (Figura 16), os dados mostram que, em setembro de 2021, as menores proporções de apresentação tardia foram encontradas entre as pessoas autodeclaradas brancas ou amarelas (25%). A população indígena exibiu flutuações devidas ao menor número de indivíduos em análise, correspondendo a 0,2% das PVHIV que realizaram o primeiro CD4 no serviço público de saúde no país, nos primeiros nove meses de 2021.

Ainda com respeito à proporção de apresentação tardia, pessoas autodeclaradas negras mostraram ligeiro aumento nessa taxa nos últimos anos, mantendo, porém, a diferença de três pontos percentuais quando comparadas às pessoas autodeclaradas brancas e amarelas, em 2009 e 2021 (Figura 16). Nos primeiros nove meses de 2021, a proporção de apresentação tardia entre a população negra foi de 28%. Note-se que ainda é elevada a proporção de PVHIV com raça/cor ignorada; portanto, os resultados ora analisados devem ser observados à luz dessa limitação.

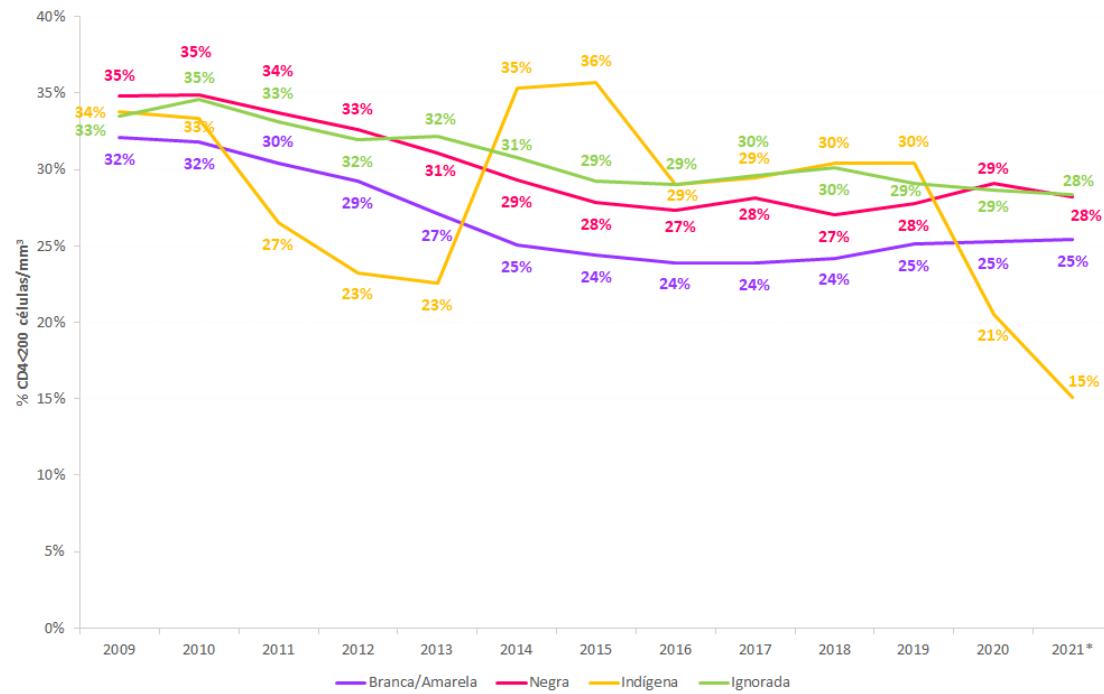


Figura 16. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm³ segundo raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A análise foi desagregada, também, por escolaridade, medida em anos de estudo, cujos resultados podem ser visualizados na Figura 17. Os dados mostram que, de 2009 a setembro de 2021, as maiores proporções de apresentação tardia foram encontradas entre as pessoas com menos anos de estudo (0 a 7 anos): 37% e 33%, respectivamente, nos dois anos. Por outro lado, as menores proporções foram encontradas entre as pessoas com 12 ou mais anos de estudo (19% em setembro de 2021). Vale destacar que, para todos os grupos analisados, observa-se ligeiro aumento na proporção de apresentação tardia nos últimos dois anos, 2020 e 2021. Ressalta-se também que a elevada proporção de PVHIV com esse dado ignorado faz com que os resultados devam ser analisados considerando essa limitação.

Observam-se diferenças importantes nas proporções de apresentação tardia entre as UF em setembro de 2021, segundo a Figura 18. Nesse período, as proporções de PVHIV com o primeiro CD4 inferior a 200 células/mm³ variaram de 42% no Ceará a 17% no Acre.

Também são observadas diferenças importantes nas proporções de apresentação tardia entre as capitais brasileiras, na análise dos primeiros nove meses de 2021, conforme mostra a Figura 19. Nesse período, as proporções de PVHIV com o primeiro CD4 inferior a 200 células/mm³ variaram de 52% em Fortaleza a 17% em Rio Branco.

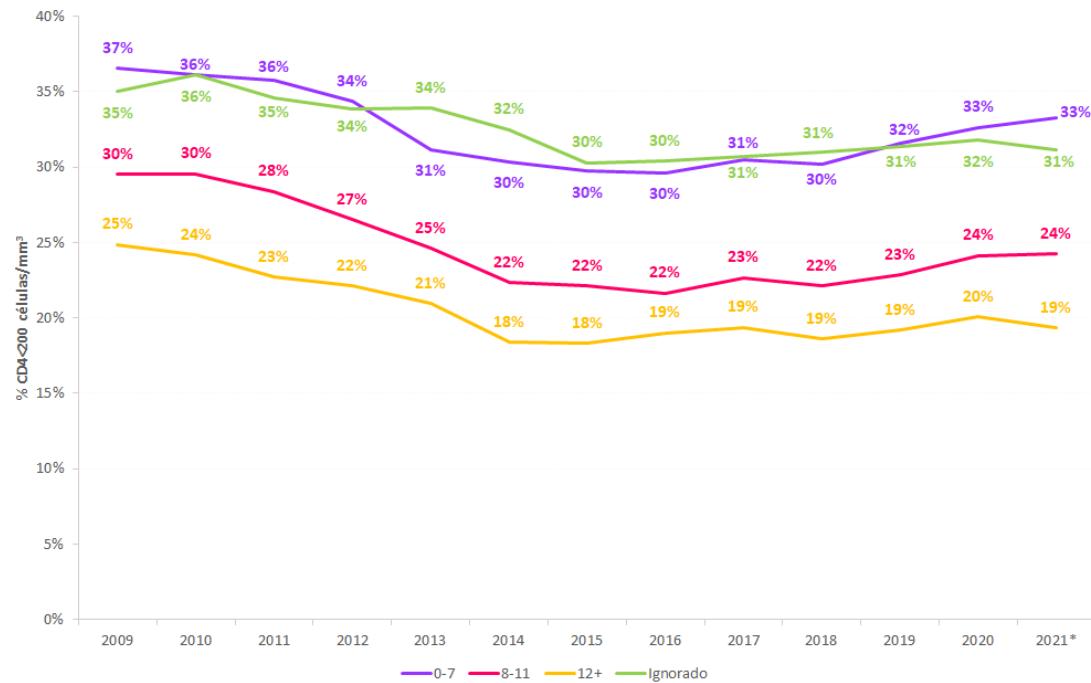


Figura 17. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 200 células/mm³ segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

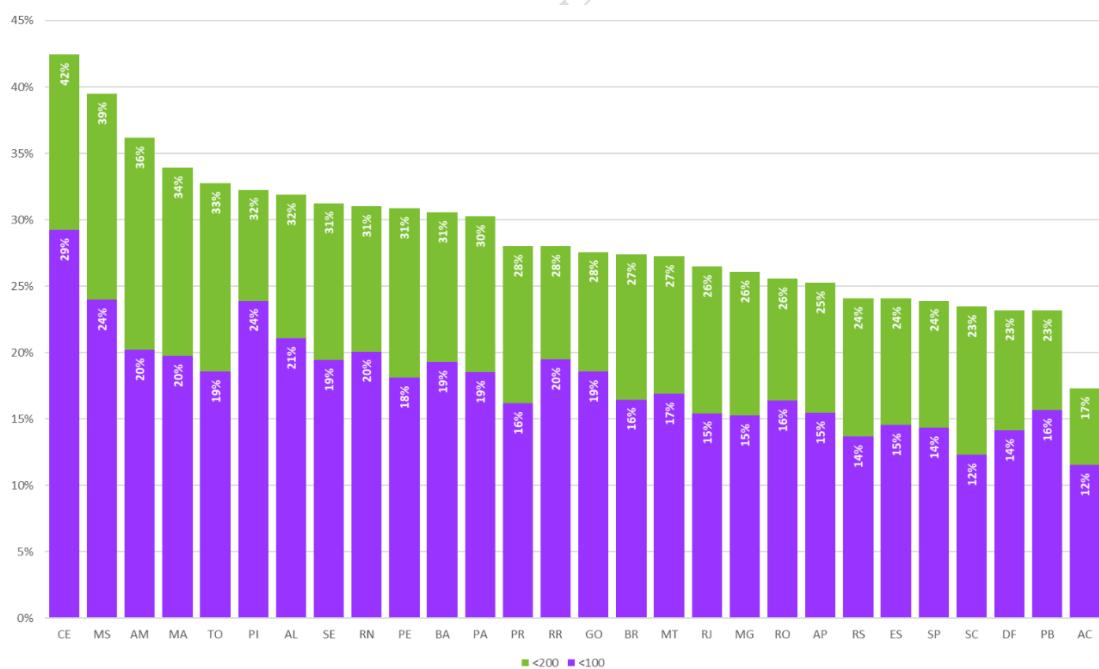


Figura 18. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm³, por UF. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

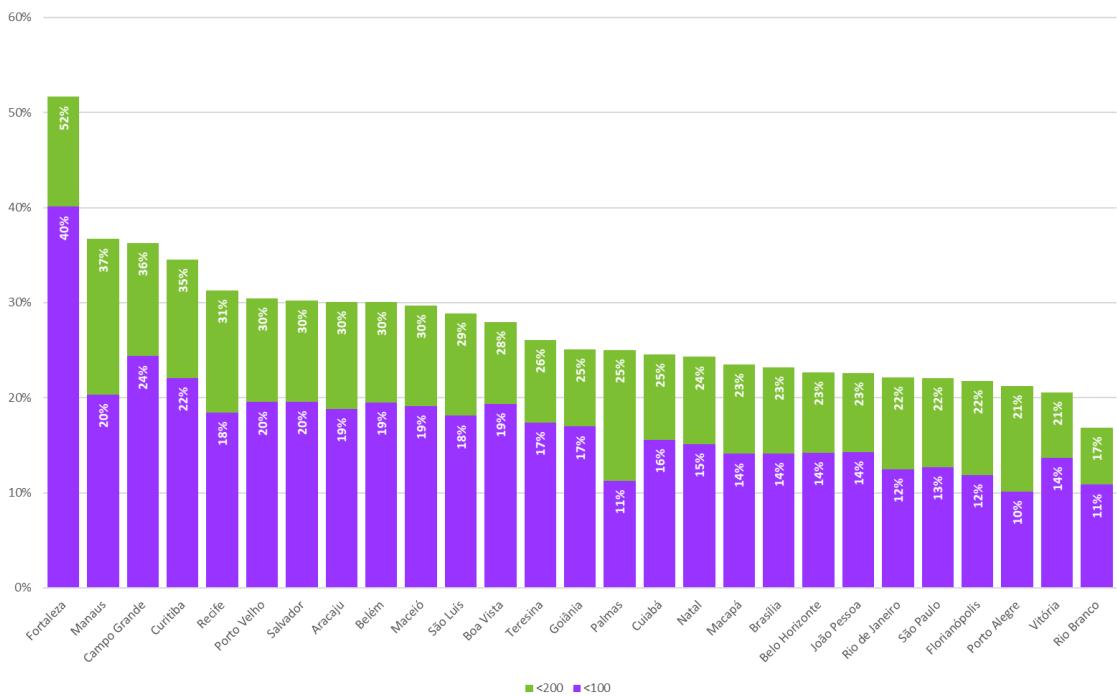


Figura 19. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais com o primeiro CD4 realizado no serviço público de saúde inferior a 100 e 200 células/mm³, por capital. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.2 Cobertura de PVHIV em TARV e pessoas sem tratamento na rede pública

Desde 2013, o DCCI vem monitorando o indicador de cobertura de tratamento – definido como a proporção de PVHIV que iniciaram seguimento laboratorial no SUS, com um exame de CD4, elegíveis para terapia, e que entraram em tratamento. Com a mudança de recomendação de tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente do valor do CD4, em dezembro de 2013, todas as PVHIV passaram a ser elegíveis para TARV (BRASIL, 2018). Nesse sentido, registra-se, a partir de 2014, importante redução no número de PVHIV que iniciaram TARV após mais de seis meses do primeiro exame ou que nunca iniciaram o tratamento. Além disso, mesmo após as novas recomendações terapêuticas e o consequente aumento no número de PVHIV elegíveis, observou-se tendência de aumento da proporção de PVHIV que iniciaram a TARV em até três meses depois de ter realizado o primeiro exame, a qual chegou a 86% em 2020, conforme mostra a Figura 20. Em setembro de 2021, essa proporção foi de 83%. Contudo, em 2020, 11% das PVHIV iniciaram a TARV em período superior a seis meses ou não iniciaram o tratamento até 31 de dezembro de 2020. Até setembro de 2021, essa proporção correspondeu a 16%.

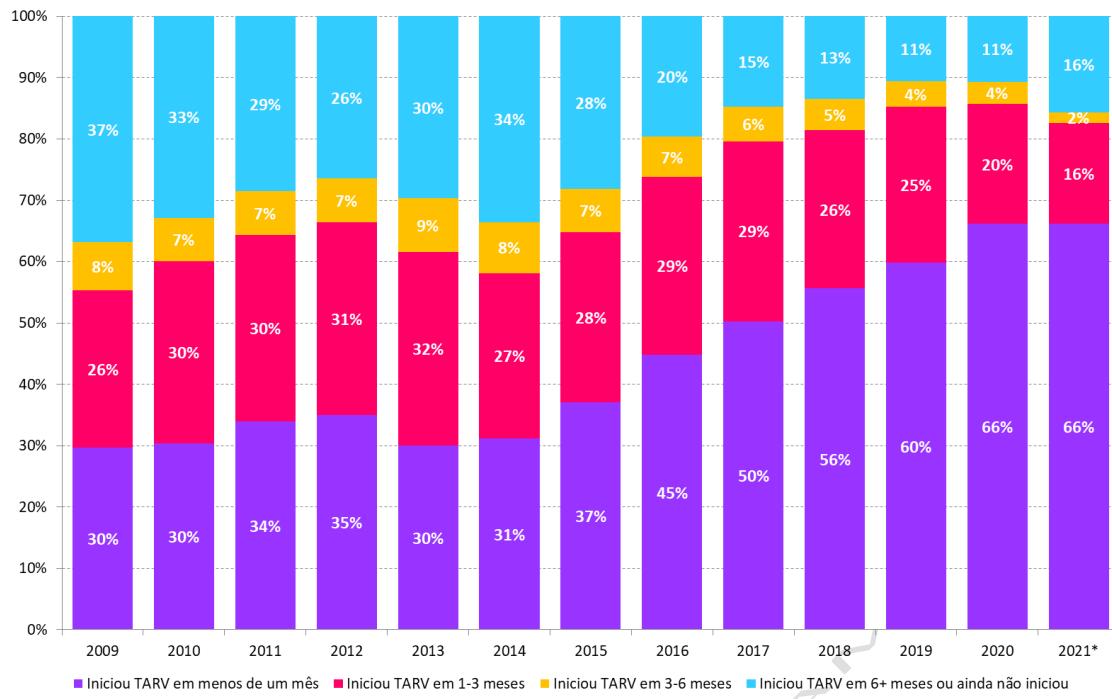


Figura 20. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

Quando estratificada por sexo, a proporção de PVHIV elegíveis à TARV e que iniciaram tratamento apresentou comportamento semelhante entre homens e mulheres, para todas as categorias analisadas (Figura 21). Até setembro de 2021, 17% das mulheres e 15% dos homens vivendo com HIV ou iniciaram TARV depois de seis meses do primeiro exame ou ainda não haviam iniciado TARV, proporções que apresentaram diminuição de 54% e 60%, respectivamente, quando comparadas a 2009. No entanto, comparando 2009 e 2020, essa diminuição havia sido de 65% e 73%, respectivamente.

Na Figura 22, observa-se que, quando comparados os anos de 2009 e 2021 até setembro, houve aumento na proporção de PVHIV que iniciaram tratamento em menos de um mês após o primeiro CD4 em todas as faixas etárias; a taxa de acréscimo foi maior entre a faixa etária de 18 a 24 anos (151%) e menor na faixa etária de 2 a 11 anos (33%). Ressalta-se que a faixa etária de dois a 11 anos apresentou maiores variações ao longo dos anos.

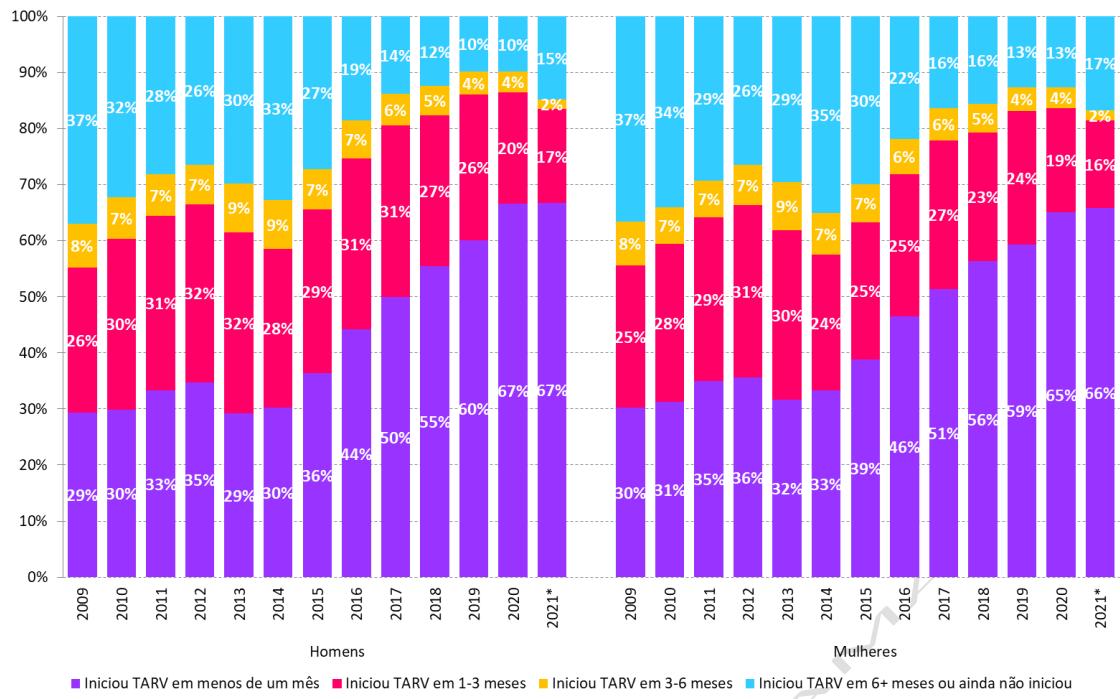


Figura 21. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por sexo, por ano. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

A proporção de PVHIV que iniciaram tratamento após seis meses ou que não iniciaram tratamento é menor quando comparada a 2009. Além disso, quando consideradas apenas as PVHIV maiores de 18 anos, observa-se que a taxa de decréscimo na proporção de início da TARV após seis meses ou não início do tratamento é inversamente proporcional à idade, ou seja, quanto menor a idade, maior o decréscimo observado, o que corresponde a uma diminuição de 66% para a faixa mais jovem (18 a 24 anos) e de 43% para a de 50 anos e mais. Para a faixa etária de dois a 11 anos, foi observada discreta redução de 4% no início tardio ou não início da TARV, ao passo que, para a faixa etária de 12 a 17 anos, houve decréscimo de 61% entre 2009 e setembro de 2021.

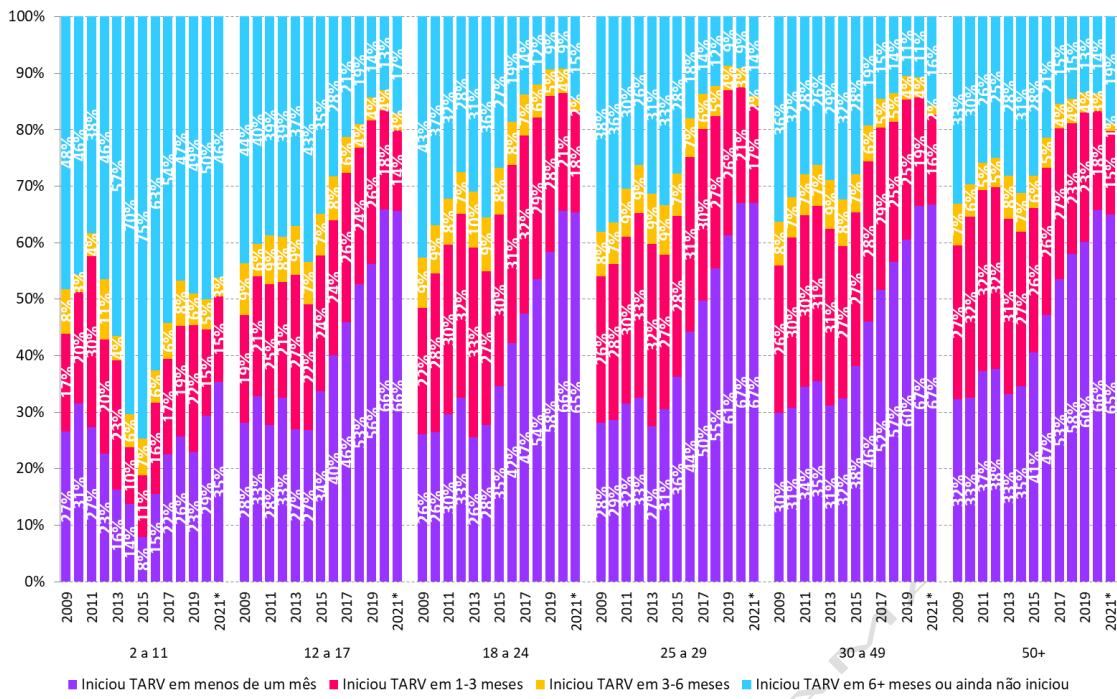


Figura 22. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

A análise desagregada por raça/cor, apresentada na Figura 23, mostra que enquanto 60% da população indígena haviam iniciado TARV em menos de um mês nos primeiros nove meses de 2021, a proporção comparável entre PVHIV brancas/amarelas e negras foi de aproximadamente 71% e 69%, respectivamente. Por outro lado, a proporção dos que iniciaram TARV em seis meses ou ainda não haviam iniciado TARV foi semelhante para os três subgrupos populacionais analisados, em torno de 12%.

De realce, observa-se perfil diferenciado do início da TARV para aquelas PVHIV com falta de informação nessa variável¹. A proporção de PVHIV que entraram em tratamento após seis meses ou que não o iniciaram sem informação de raça/cor foi consideravelmente maior que a dos demais grupos (29%), em setembro de 2021. Nesse mesmo grupo, a proporção de PVHIV que iniciaram TARV em menos de um mês após o primeiro CD4 é bastante inferior aos outros subgrupos populacionais (3%).

¹ No período analisado, 29% das PVHIV não tinham registro de informação de raça/cor para esse indicador.

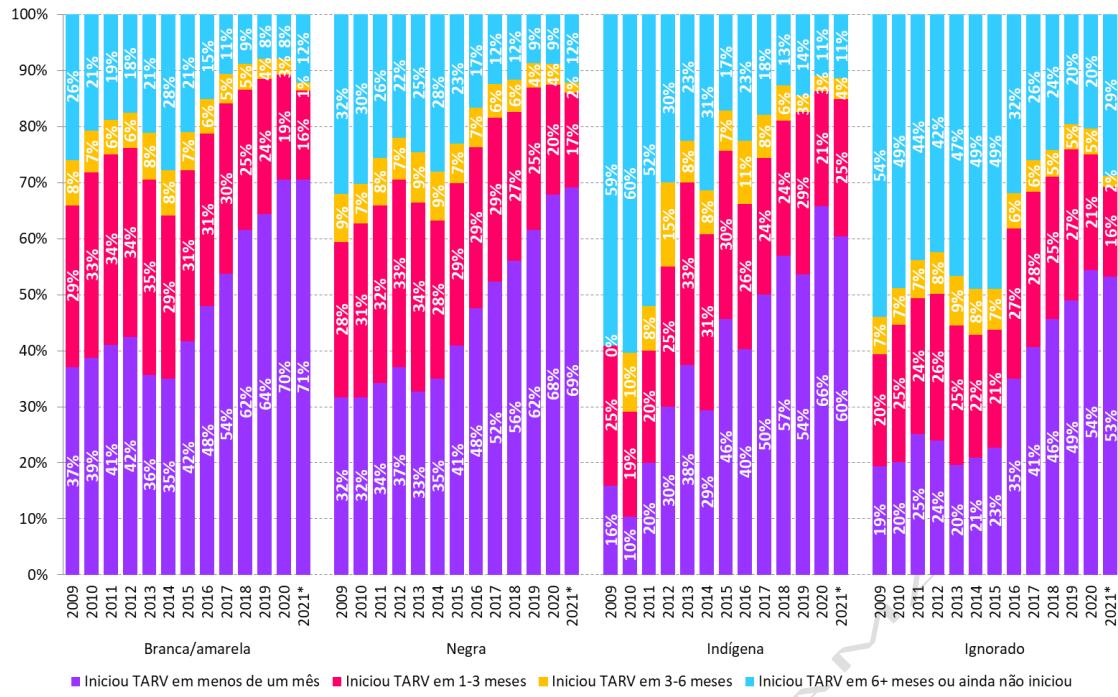


Figura 23. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

Quando estratificada por anos de estudo (Figura 24), a proporção de PVHIV elegíveis segundo o tempo que demoraram para iniciar a TARV (ou que não a iniciaram no período analisado) mostra que as PVHIV com oito a 11 anos de estudo e aquelas com 12 anos de estudo ou mais possuem as maiores proporções de início de TARV em menos de um mês após o primeiro CD4 (73% e 75%, respectivamente, nos primeiros nove meses de 2021) e menores proporções de não início de TARV ou de início após seis meses (9% e 7%, respectivamente, em setembro de 2021).

Ressalta-se que, entre as pessoas com a informação de escolaridade ignorada², a proporção de PVHIV que iniciaram TARV em seis meses ou mais, ou que nunca a iniciaram após o primeiro CD4 ou CV, é muito superior aos outros grupos (27% em setembro de 2021), bem como é consideravelmente menor a proporção de pessoas que iniciaram TARV em menos de um mês (56% em setembro de 2021).

² Em setembro de 2021, 27% das PVHIV não tinham registro de informação de escolaridade para esse indicador.

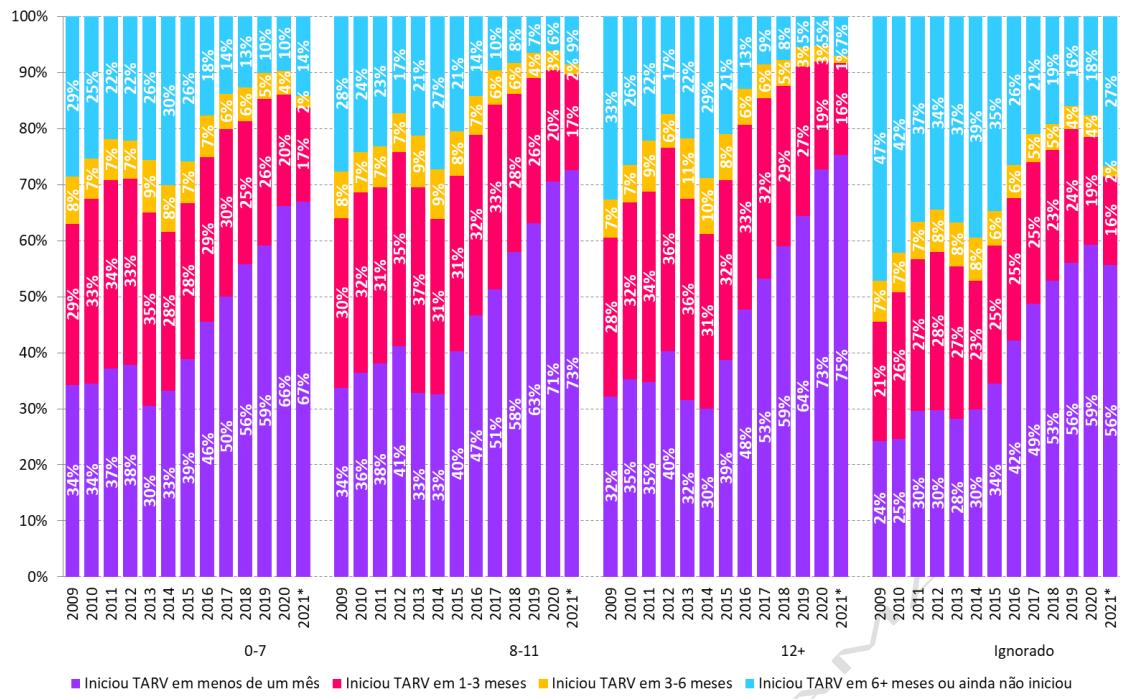


Figura 24. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, estratificado por escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

A proporção de PVHIV com dois anos de idade ou mais segundo o tempo que demoraram para iniciar a TARV (ou que não a iniciaram) após o primeiro CD4, em setembro de 2021, apresentou importante variação entre os estados brasileiros e pode ser visualizada na Figura 25. Em 11 das 27 UF, a proporção de pessoas que iniciaram TARV após mais de seis meses ou que não a iniciaram encontrava-se acima da média nacional de 16%: Rondônia, com 27%; Pernambuco e Alagoas, com 26%; Espírito Santo, com 21%; Rio Grande do Norte, com 20%; Paraíba, Bahia, Mato Grosso do Sul e Maranhão, com 19%; e Distrito Federal e Rio Grande do Sul, com 18%.

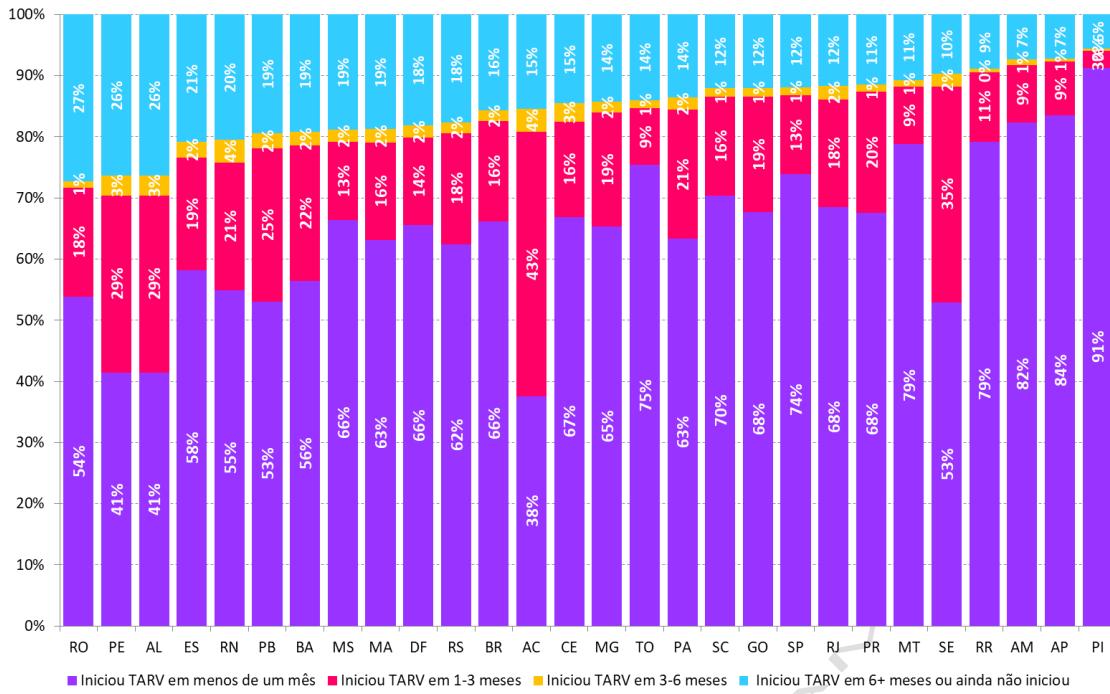


Figura 25. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, por UF. Brasil, 2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

Também são observadas variações importantes na proporção de PVHIV com dois anos de idade ou mais segundo o tempo que demoraram para iniciar a TARV (ou que não a iniciaram) após o primeiro CD4, entre as diferentes capitais brasileiras (Figura 26). Em 12 capitais, a proporção de pessoas que iniciaram TARV após mais de seis meses ou que não a iniciaram encontrava-se acima da média nacional de 16%: Porto Alegre (26%), São Paulo (23%), Rio de Janeiro e Boa Vista (21%), Campo Grande, Aracaju e Curitiba (20%), Palmas (19%), Maceió e Vitória (18%) e Manaus e Fortaleza (17%).

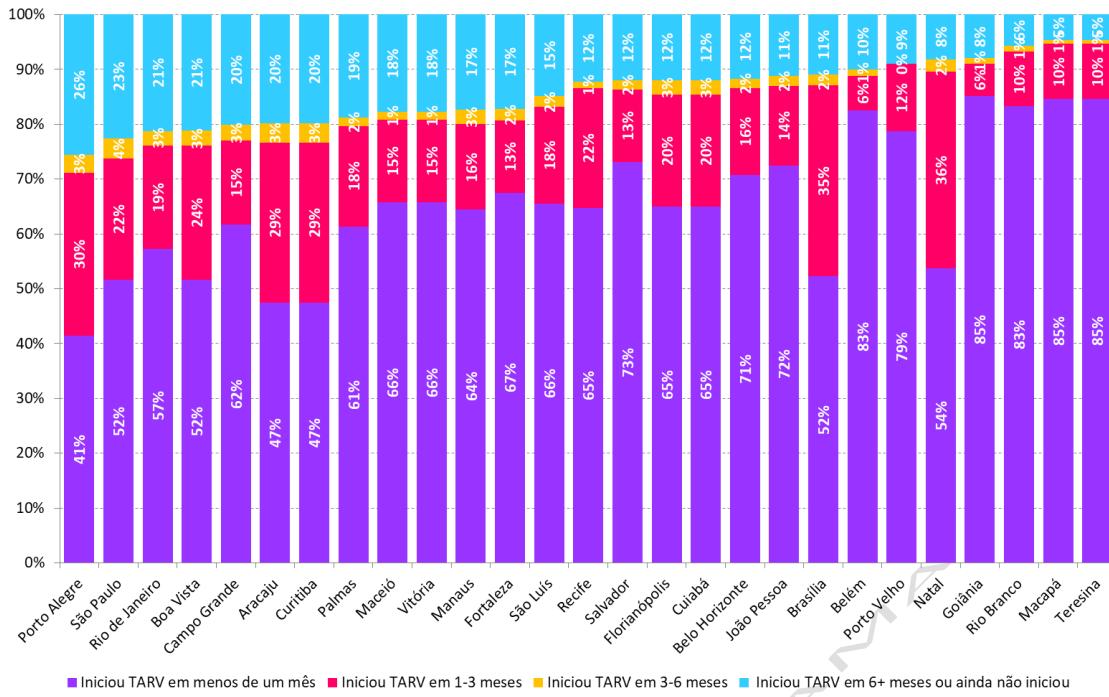


Figura 26. Proporção de PVHIV elegíveis* de dois anos ou mais segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano de primeiro CD4 realizado, por capital. Brasil, 2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano (2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2020 = tratamento para todos).

**Dados até setembro/2021.

2.3 CD4 ao início da TARV

No que se refere à distribuição dos indivíduos de dois anos ou mais de idade que iniciaram TARV segundo o valor de CD4 mensurado, no máximo, seis meses antes do início do tratamento, observa-se que, a partir de 2014, grande parcela das PVHIV entrou em tratamento com CD4 acima de 500 células/mm³, totalizando 35% entre aquelas que iniciaram TARV até setembro de 2021, proporção 2,2 vezes maior do que a observada em 2009 (Figura 27). A variação brusca nos percentuais – observada especialmente entre 2013 e 2014 – pode ser explicada pela mudança na elegibilidade para início de TARV: conforme já mencionado, a partir de dezembro de 2013, foram incluídas para tratamento todas as PVHIV, independentemente do valor do CD4. Ainda que se tenha observado uma queda de 29% entre 2009 e setembro de 2021 na proporção de PVHIV que iniciaram TARV com CD4 inferior a 200 células/mm³, vale a pena destacar, também, que 27% dos indivíduos que iniciaram a terapia antirretroviral no último ano analisado ainda o fizeram com CD4 abaixo de 200 células/mm³. Além disso, ressalta-se que, de maneira geral, as proporções de PVHIV de dois anos de idade ou mais que iniciaram TARV de acordo com o valor do CD4 permanecem nos mesmos patamares desde 2016.

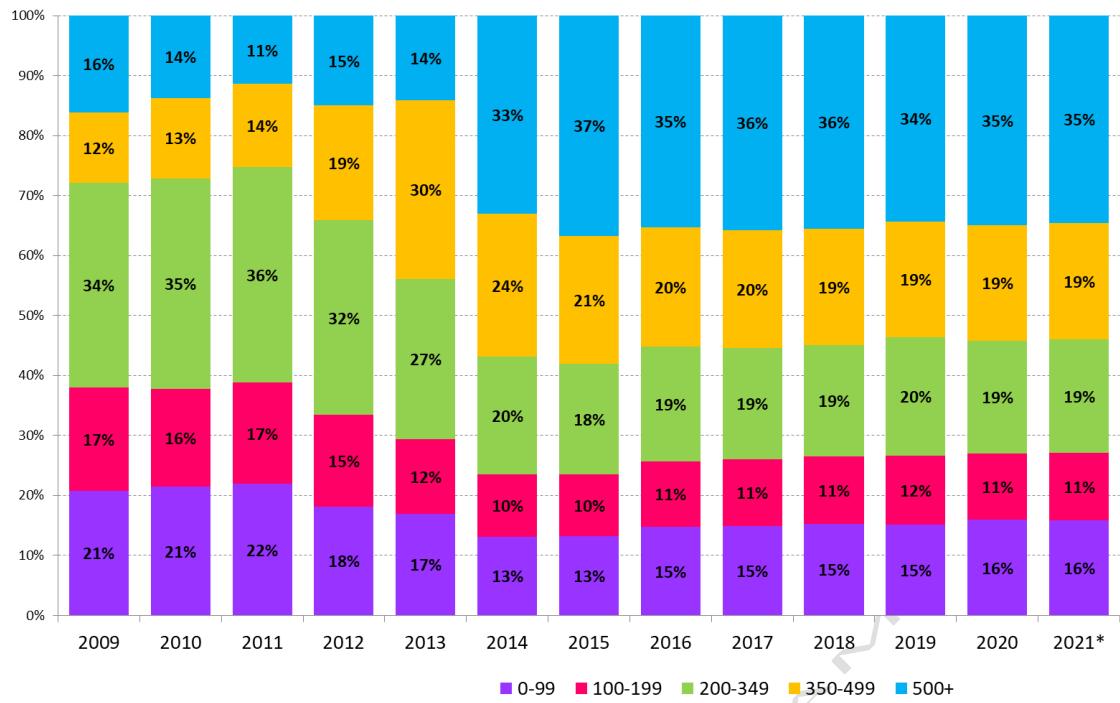


Figura 27. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV segundo o valor do CD4 realizado no máximo seis meses antes, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 28 mostra que as mulheres apresentaram proporções maiores de início de TARV com CD4 maior ou igual a 500 células/mm³ que os homens, durante todo o período analisado. Nota-se que a diferença entre os sexos era mais acentuada entre os anos de 2009 e 2013; no entanto, desde 2014, a diferença observada entre as proporções para cada um dos sexos mantém-se em até dois pontos percentuais desde 2017. Em setembro de 2021, 36% das mulheres e 34% dos homens iniciaram a terapia antirretroviral com CD4 igual ou superior a 500 células/mm³: um aumento de 75% e 171%, respectivamente, em comparação ao observado em 2009.

Na análise por faixa etária, observou-se que, em setembro de 2021, a proporção de PVHIV que iniciaram TARV com CD4 ≥500 células/mm³ apresentou variação entre todas as faixas etárias (Figura 29). Os dados mostram que 54% dos indivíduos na faixa de 12 a 17 anos e 53% dos indivíduos com idade entre dois e 11 anos que iniciaram a TARV o fizeram com CD4 ≥500 células/mm³. Essa proporção foi inferior a 50% entre indivíduos de 18 a 24 anos (46%) e de 25 a 29 anos (40%). Entre os indivíduos com idade entre 30 e 49 anos, 30% iniciaram a TARV com CD4 ≥500 células/mm³. Por fim, em setembro de 2021, as menores proporções de início de terapia nessa faixa de CD4 foram observadas entre aquelas PVHIV com idade superior a 50 anos, 20%. Ressalta-se que os patamares observados nos últimos anos do período analisado, no geral, apresentam-se praticamente constantes desde 2016.



Figura 28. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo sexo, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

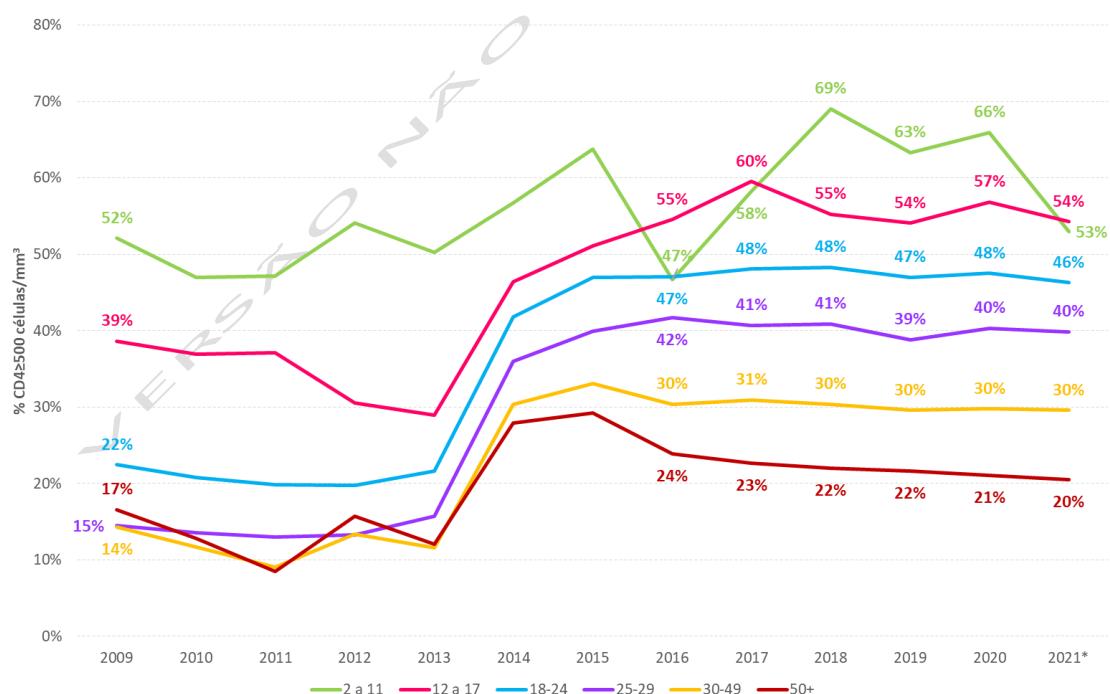


Figura 29. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo faixa etária, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Pode-se observar que os indivíduos autodeclarados brancos ou amarelos foram o subgrupo populacional com maior proporção de início de TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 , no ano de 2021, até o mês de setembro (38%) (Figura 30). A população negra apresentou proporção de 34% de início de TARV nessa mesma faixa de CD4. As flutuações observadas na população indígena podem estar relacionadas ao pequeno número de indivíduos analisados, e, dos que iniciaram TARV até setembro de 2021, 31% apresentavam CD4 ≥ 500 células/mm 3 .

Em todo o período, aproximadamente 21% das PVHIV não tinham registro de informação de raça/cor para esse indicador. Observou-se, ainda, que aproximadamente um terço destas iniciaram TARV com CD4 superior a 500 células/mm 3 em 2020.

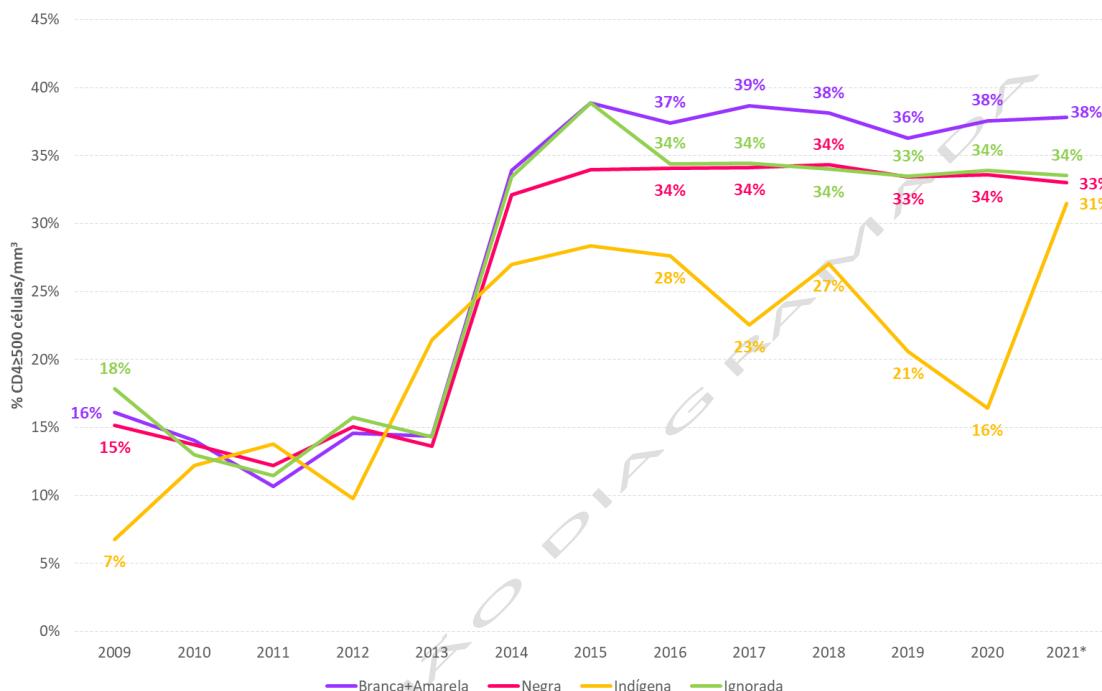


Figura 30. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo raça/cor, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 31 mostra que as maiores proporções de início de TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 encontram-se nos indivíduos com mais anos de estudo. Nos primeiros nove meses de 2021, 39% das PVHIV com mais de 12 anos de estudo iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 ; 37%, entre aquelas com oito e 11 anos de estudo; e 33%, no grupo com até sete anos de estudo. Destaca-se que, em setembro de 2021, aproximadamente 29% das PVHIV não tinham registro de informação de escolaridade nesse indicador.

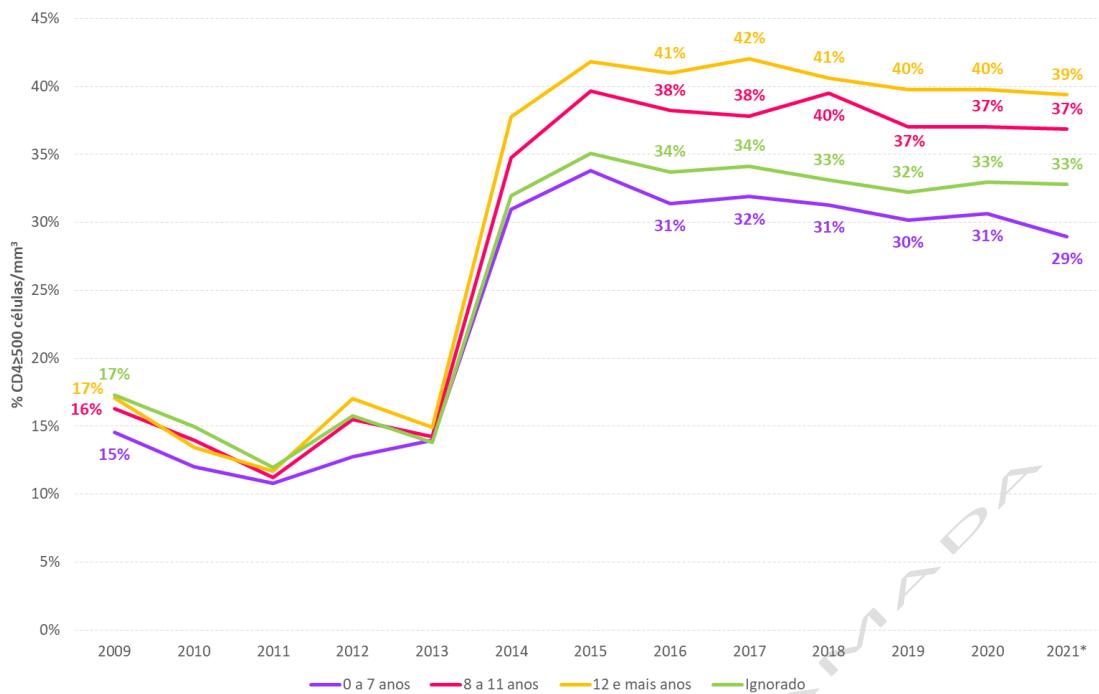


Figura 31. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Em setembro de 2021, 15 UF apresentaram proporções menores de PVHIV iniciando TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 do que as observadas para o país como um todo (35%): Pernambuco e Tocantins, com 34%; Mato Grosso, Goiás e Rio Grande do Norte, com 33%; Bahia, com 30%; Alagoas e Maranhão, com 29%; Ceará e Amapá, com 28%; Piauí, com 27%; Sergipe e Pará, com 26%; Mato Grosso do Sul, com 19% e Amazonas, com 18%. As demais UF apresentaram proporções superiores, sendo a maior encontrada em Roraima, com 49% (Figura 32).

Quando analisadas as capitais brasileiras (Figura 33), até setembro de 2021, 16 delas apresentaram proporções menores de PVHIV iniciando TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 do que as observadas para o país como um todo (35%): João Pessoa e Recife (34%), Maceió, Aracaju e Salvador (33%), Belo Horizonte (31%), Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba (30%), Florianópolis e Porto Alegre (29%), Campo Grande (28%), Cuiabá (25%), Goiânia (23%) e Brasília (18%). As demais apresentaram proporções superiores, sendo a maior encontrada em Porto Velho, com 49%.

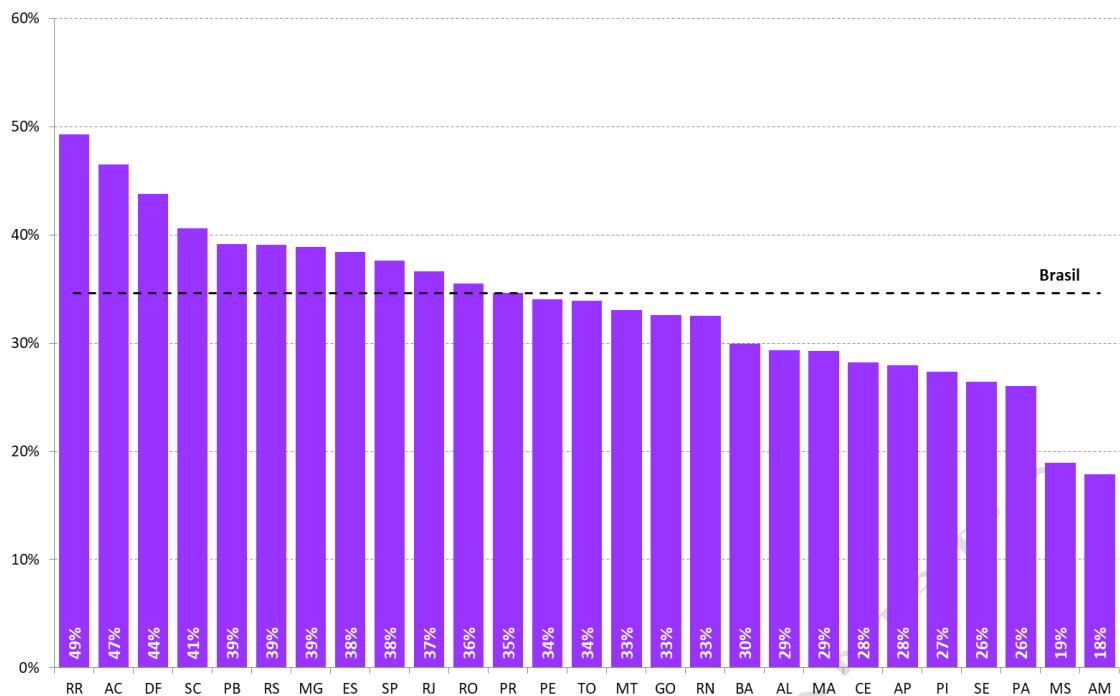


Figura 32. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 , por UF. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

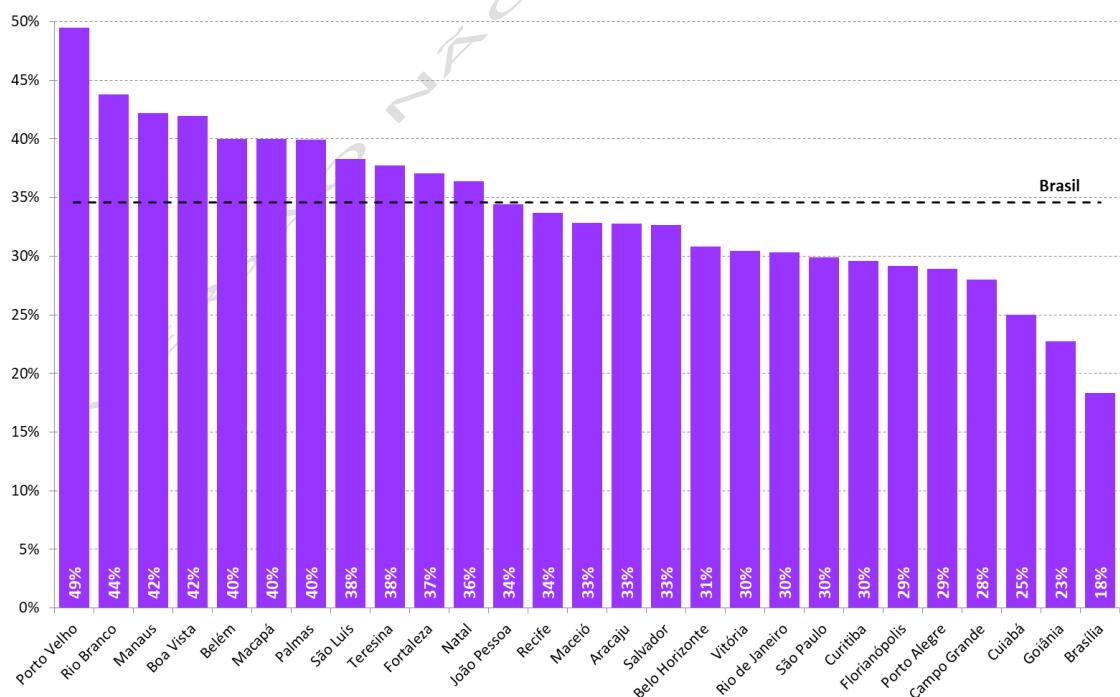


Figura 33. Proporção de PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram TARV com CD4 ≥ 500 células/mm 3 , por UF. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.4 Tempo entre o primeiro CD4 e o início da TARV

Ao analisar o tempo mediano entre a solicitação do primeiro CD4 realizado na rede pública de saúde e o início da TARV, ao longo dos anos, observa-se uma queda expressiva desse intervalo. Em 2009, quando o Ministério da Saúde recomendava o início da terapia em indivíduos com CD4 <350 células/mm³, o tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início do tratamento era de 619 dias. Com as mudanças nos protocolos de tratamento em 2012 (quando a elegibilidade para TARV passou para CD4 <500 células/mm³) e 2013 (com a implantação do tratamento para todas as pessoas, independentemente do valor do CD4), esse tempo diminuiu substancialmente, caindo para 168 dias em 2013 e, finalmente, não ultrapassando 30 dias a partir do ano de 2019. Nos nove primeiros meses de 2021, o tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV foi de 22 dias (Figura 34).

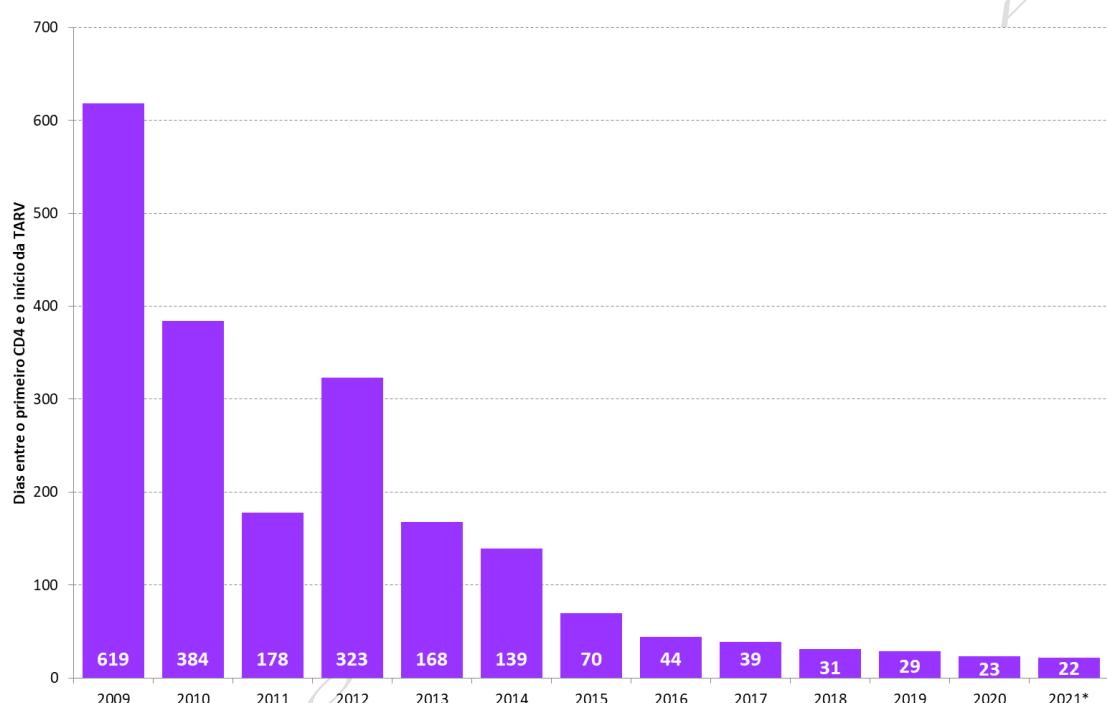


Figura 34. Tempo mediano (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

De acordo com a Figura 35, quando estratificadas por sexo as PVHIV que iniciaram a TARV entre 2009 e setembro de 2021, observa-se que os homens levaram menos tempo para o início do tratamento (mediana [Md] = 514 dias em 2009) quando comparados às mulheres (Md = 759 dias em 2009) até o ano de 2020, quando esse número finalmente se igualou (Md = 23 dias em 2020 para ambos os sexos) após uma redução progressiva ao longo dos anos. Em setembro de 2021, o tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV foi de 22 dias para homens e mulheres.

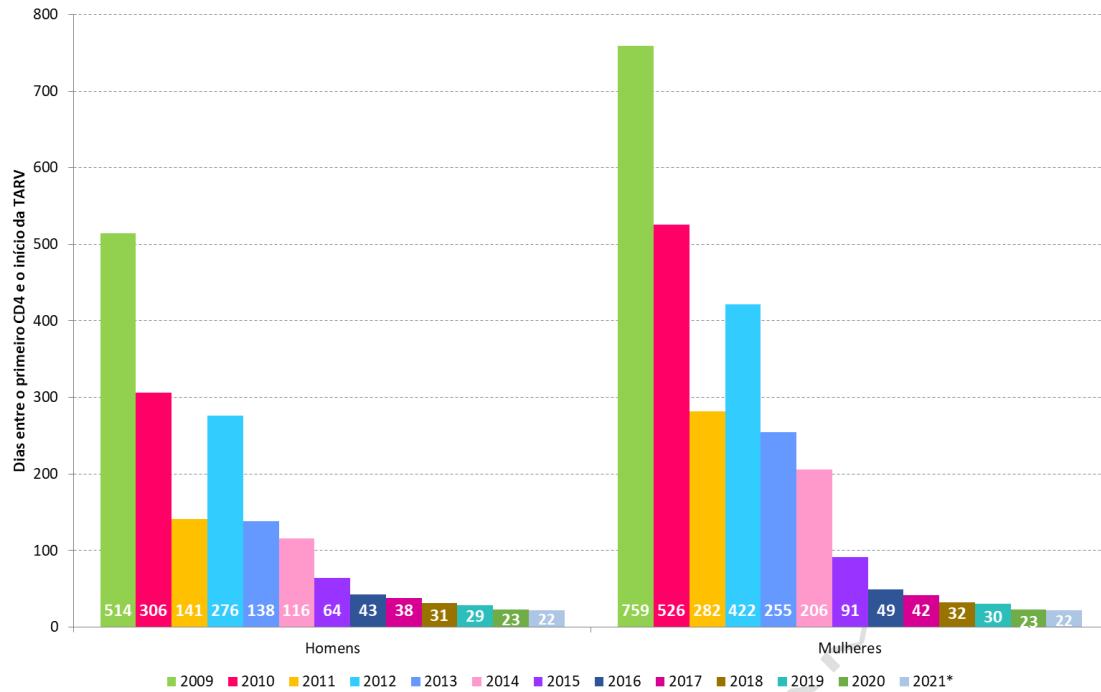


Figura 35. Tempo mediano (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por sexo. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

No que se refere à estratificação por faixa etária, o tempo mediano, em dias, para início de TARV a contar da solicitação do primeiro CD4 para a menor faixa etária analisada (dois a 11 anos) foi consideravelmente superior a todos os outros grupos durante todo o período – em setembro de 2021 foi de 49 dias, enquanto para todas as outras faixas etárias esse número foi inferior a 30 dias (Figura 36). De modo geral, o tempo para o início do tratamento foi tanto menor quanto maior a faixa etária. Comparando-se o tempo observado até setembro de 2021 com o mensurado para o ano de 2009, nota-se redução em todas elas, especialmente entre as faixas etárias de dois a 11 anos, 18 a 24 anos e 25 a 29 anos – cujo intervalo passou de 1.276, 795 e 745 dias, em 2009, para 49, 24 e 22 dias nos nove primeiros meses de 2021, respectivamente – com diminuição, também, das diferenças por faixa etária.

Observa-se que, até setembro de 2021, na desagregação por raça/cor, o tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV foi semelhante entre PVHIV brancas ou amarelas e aquelas autodeclaradas negras (22 dias) e, entre indígenas, esse tempo foi de 34 dias (Figura 37). Tais valores foram consideravelmente menores do que o observado em 2009: 621, 508 e 536 dias, respectivamente.

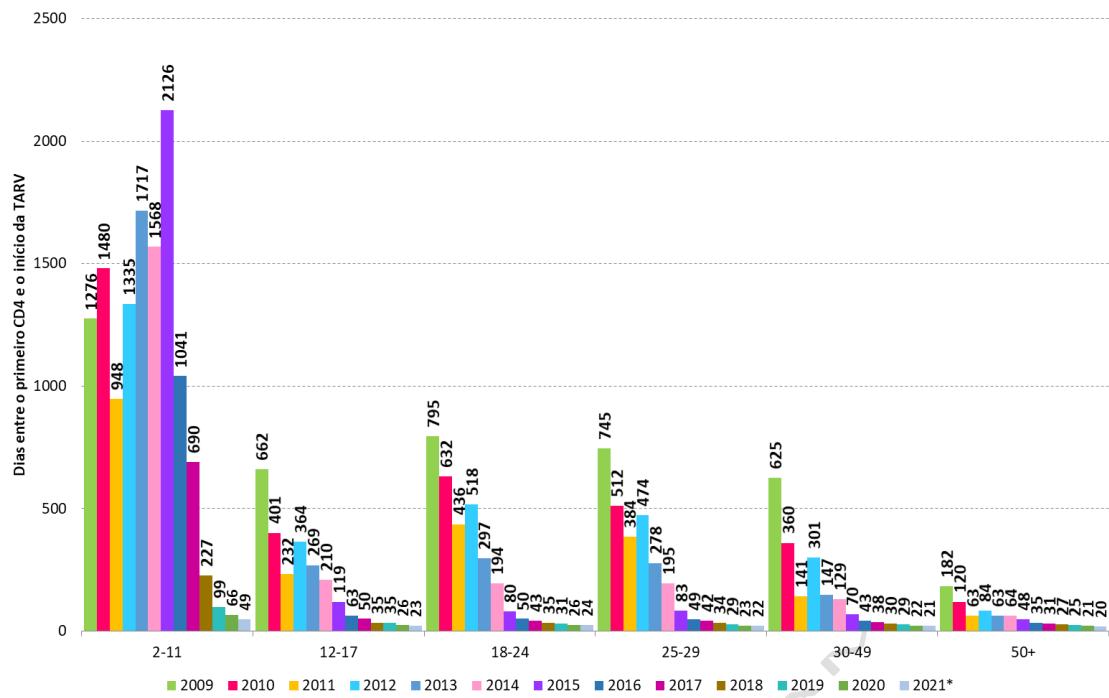


Figura 36. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por faixa etária. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

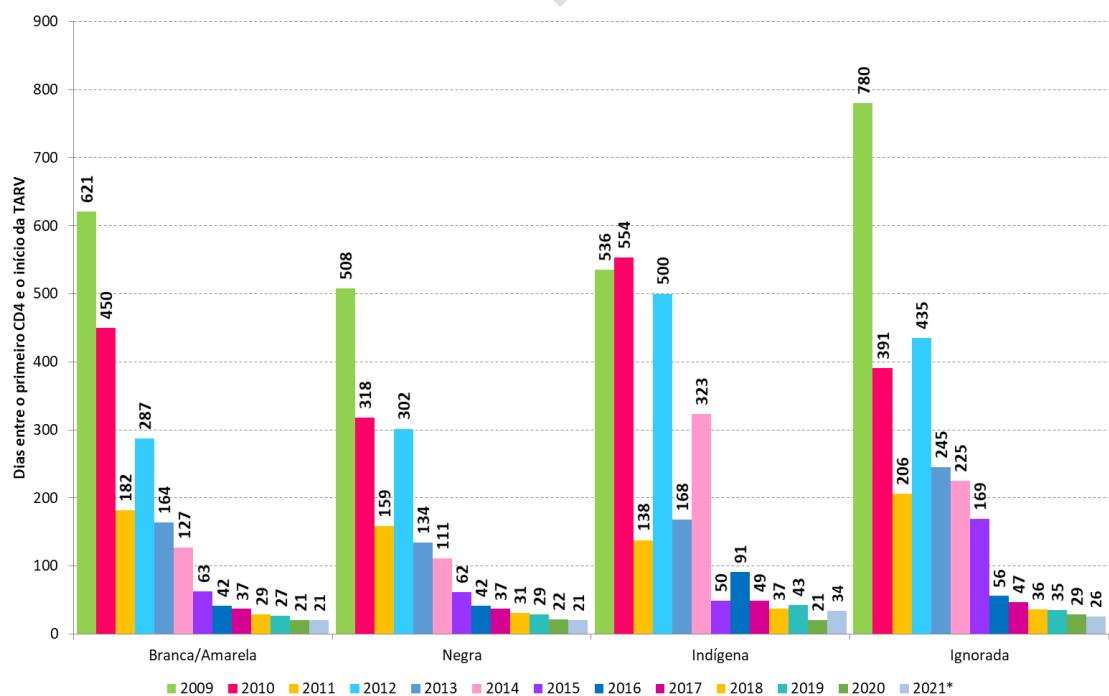


Figura 37. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por raça/cor. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na análise por anos de estudo (Figura 38), nota-se redução na mediana, em dias, do tempo para o início da terapia, em todos graus de escolaridade, sendo essa redução maior entre as PVHIV com 12 e mais anos de estudo – passando de 597 dias, em 2009, para 20, até setembro de 2021. Para as PVHIV com menor tempo de estudo (até sete anos), a mediana foi de 22 dias nos primeiros nove meses de 2021.

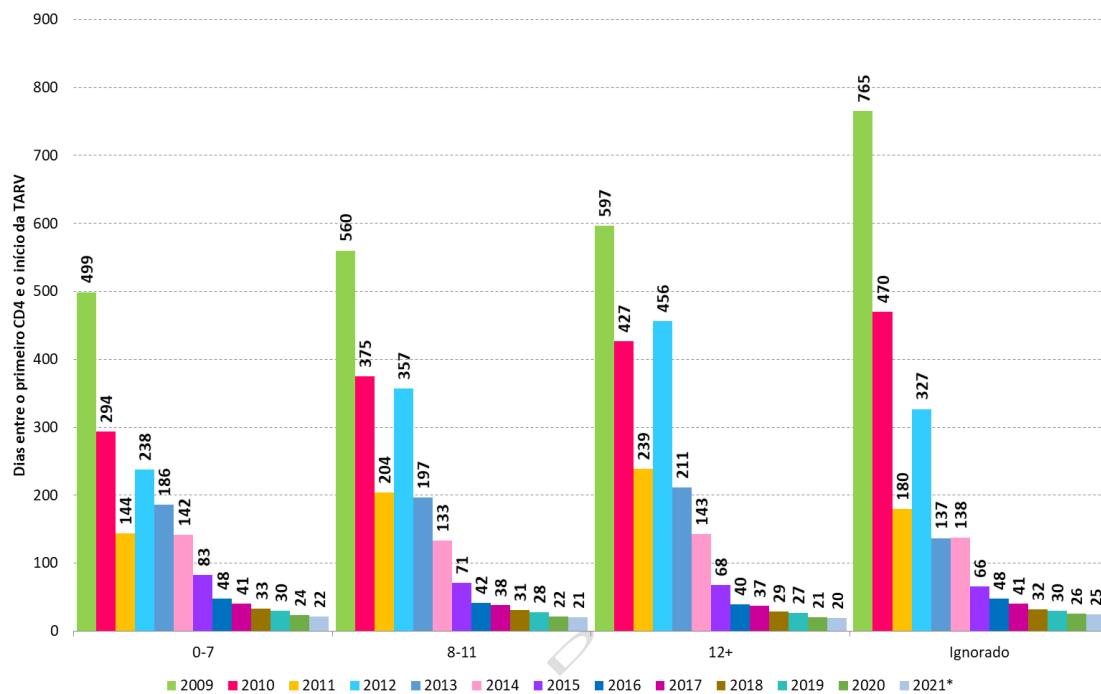


Figura 38. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Nota-se que, em todas as UF, houve uma diminuição no tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV (Figura 39). Em 16 UF, a mediana foi maior que a nacional (22 dias) em setembro de 2021. Destacam-se os estados de Acre e Sergipe, que apresentam tempo mediano superior a 40 dias.

Quando analisado o tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da TARV nas diferentes capitais brasileiras, verifica-se também importante diminuição entre 2009 e setembro de 2021 (Figura 40). Em 16 capitais, a mediana foi maior que a nacional (22 dias) em setembro de 2021, chegando a 46 em Rio Branco e 41 em Aracaju.

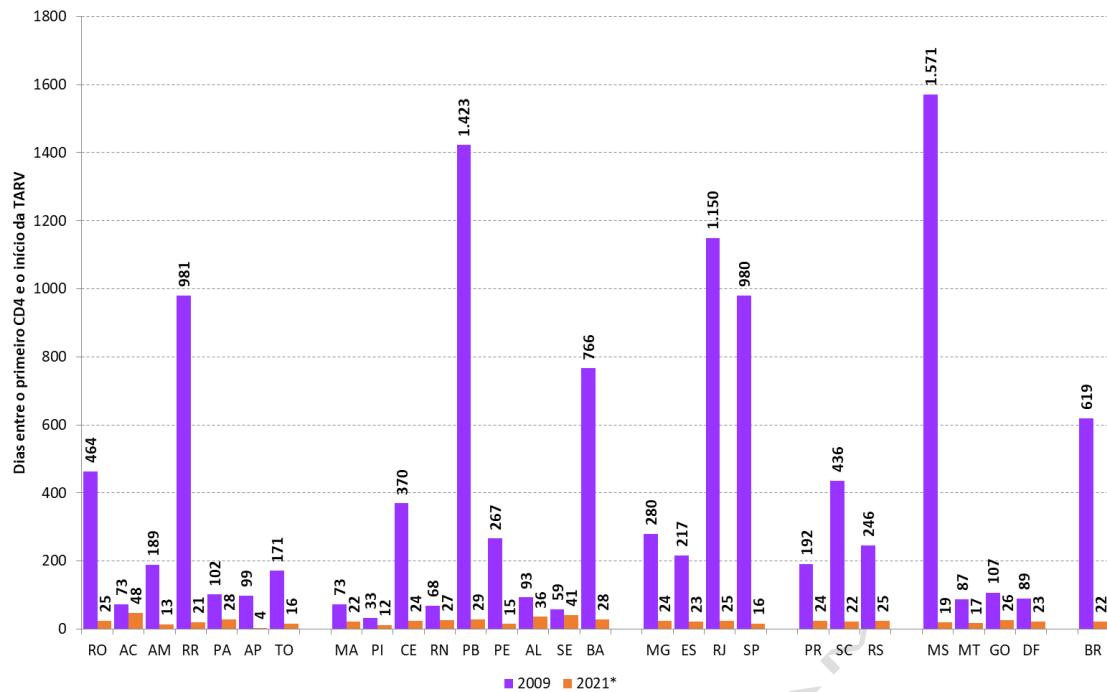


Figura 39. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por UF. Brasil, 2009 e 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

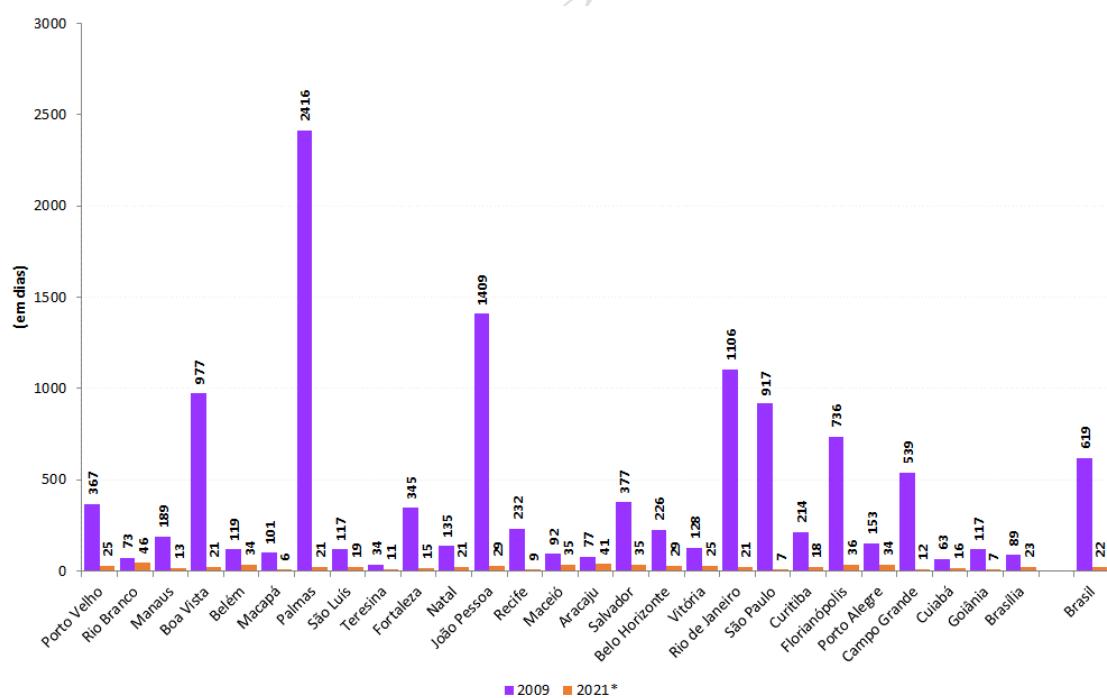


Figura 40. Tempo (em dias) entre o primeiro CD4 e o início da TARV para PVHIV de dois anos ou mais, por UF. Brasil, 2009 e 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.5 Início da TARV

Ao considerar os novos tratamentos, observa-se crescimento no número de PVHIV que iniciam TARV a cada ano, de 2011 até 2015 (Figura 41). Vale destacar que a redução observada entre 2015 e 2016 deu-se, principalmente, pelo contingente de pessoas que ainda não haviam iniciado a TARV após a adoção do tratamento para todos no Brasil, em dezembro de 2013. Desde então, o número de PVHIV que iniciavam tratamento a cada ano manteve-se próximo a 70 mil. A partir de 2020, no entanto, houve uma redução de cerca de 19% nesse número, que nesse ano diminuiu para 55 mil nas PVHIV com dois anos de idade ou mais e para 45 mil nos primeiros nove meses de 2021.

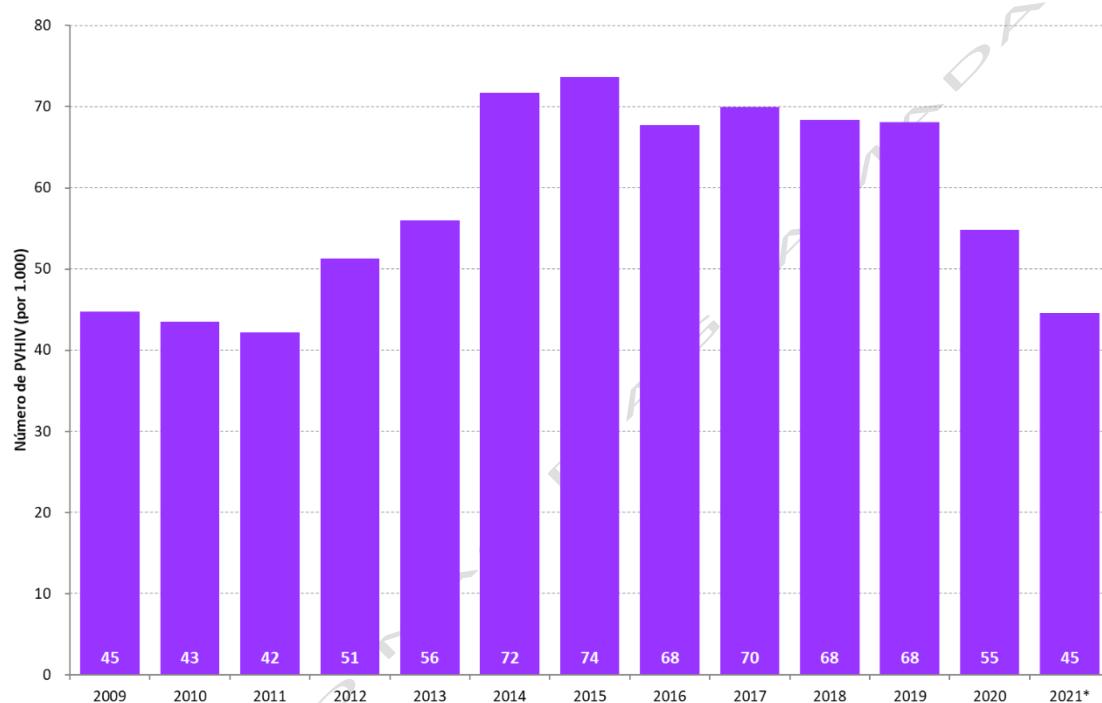


Figura 41. Número de PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral no ano, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Quando se observa o total de pessoas de dois anos ou mais que entraram em TARV no período analisado, mediante a estratificação por sexo, nota-se que o número de homens, até 2015, cresceu em ritmo mais acelerado se comparado ao de mulheres (Figura 42). O número de homens que iniciaram tratamento quase dobrou entre 2009 e 2019, enquanto entre as mulheres manteve-se, de modo geral, nos mesmos patamares. Isso se reflete na evolução da razão de sexos, que passou de 1,3 para 2,7 homens para cada mulher, nesse período. A partir de 2020, observou-se redução no número de PVHIV iniciando TARV para ambos os sexos, sendo mantida a tendência de aumento na razão entre homens e mulheres: 2,8 homens para cada mulher, em 2020, e de 2,9 até setembro de 2021.

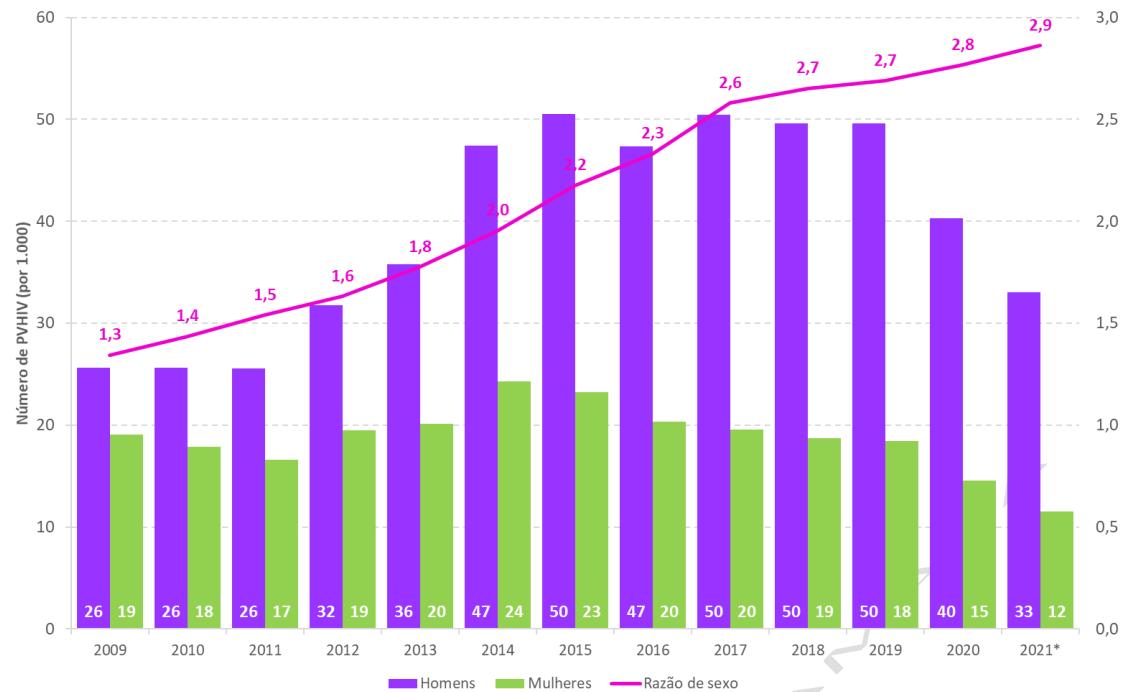


Figura 42. Número de PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo sexo, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Ao analisar a Figura 43, nota-se que a maior parte das PVHIV tinha de 30 a 49 anos quando iniciaram a TARV, em todo o período estudado. Além disso, foi crescente o número de indivíduos de 18 a 24 anos e de 25 a 29 anos que iniciaram TARV em cada ano, atingindo em 2019 um número de pouco mais de quatro vezes o observado em 2009 para esse primeiro grupo, e pouco mais de duas vezes para o segundo. Em contrapartida, o número de PVHIV que iniciaram tratamento na faixa etária compreendida entre dois e 11 anos foi decrescente ao longo do período analisado, passando de 0,7 mil em 2009 para 0,3 mil em 2019. Já o número de PVHIV com 50 anos ou mais que iniciaram tratamento manteve-se praticamente constante durante todo o período. Em 2020, das aproximadamente 55 mil pessoas que iniciaram TARV com mais de dois anos de idade, 46% (25 mil) tinham entre 30 e 49 anos e 39% (22 mil) tinham entre 18 e 29 anos; até setembro de 2021, essas proporções foram de 45% e 40%, respectivamente.

A distribuição das PVHIV que iniciaram TARV por raça/cor, apresentada na Figura 44, mostrou que a maior parte das pessoas que iniciaram tratamento, entre 2009 e 2013, declarou raça/cor branca ou amarela; a partir de 2014, no entanto, a maioria das PVHIV em início de tratamento passou a ser da população negra, registrando-se diferenças cada vez maiores entre esses dois grupos nos anos subsequentes.

Até setembro de 2021, 22 mil PVHIV com mais de dois anos que iniciaram tratamento declararam ser negras (50%), enquanto o número de PVHIV autodeclaradas brancas ou amarelas foi de 14 mil (32%). A partir de 2015, observa-se que a proporção de PVHIV sem registro de informação de raça/cor tem se mantido estável ao longo dos anos, após importante queda desde 2009. Até setembro de 2021, essa proporção foi de 18%.

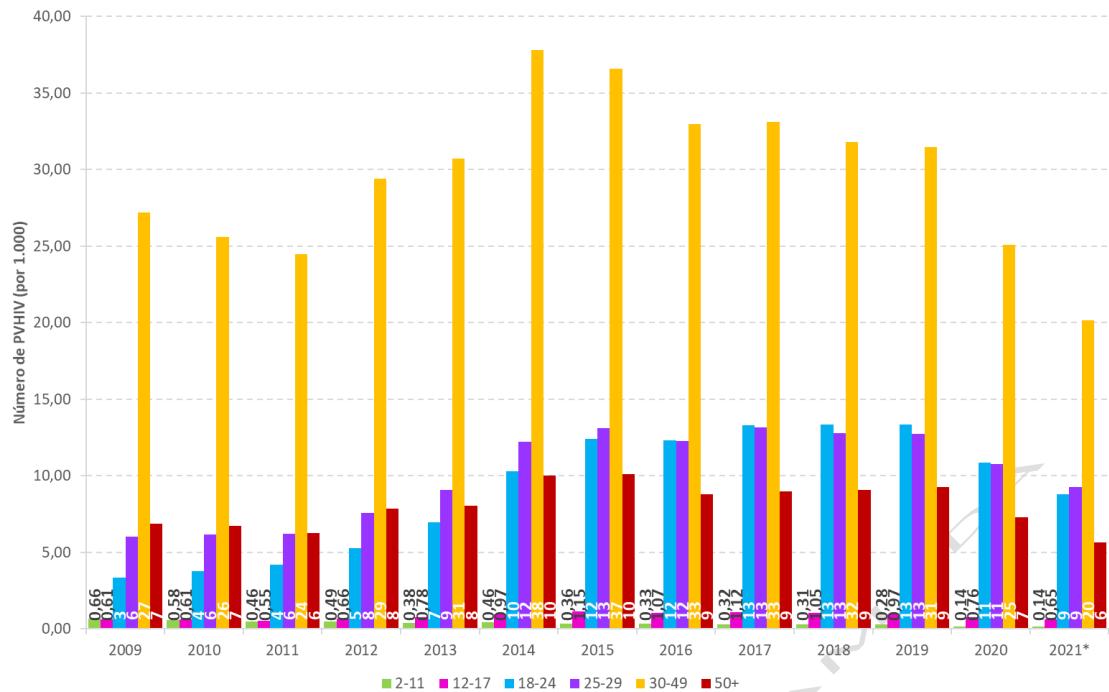


Figura 43. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo faixa etária, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

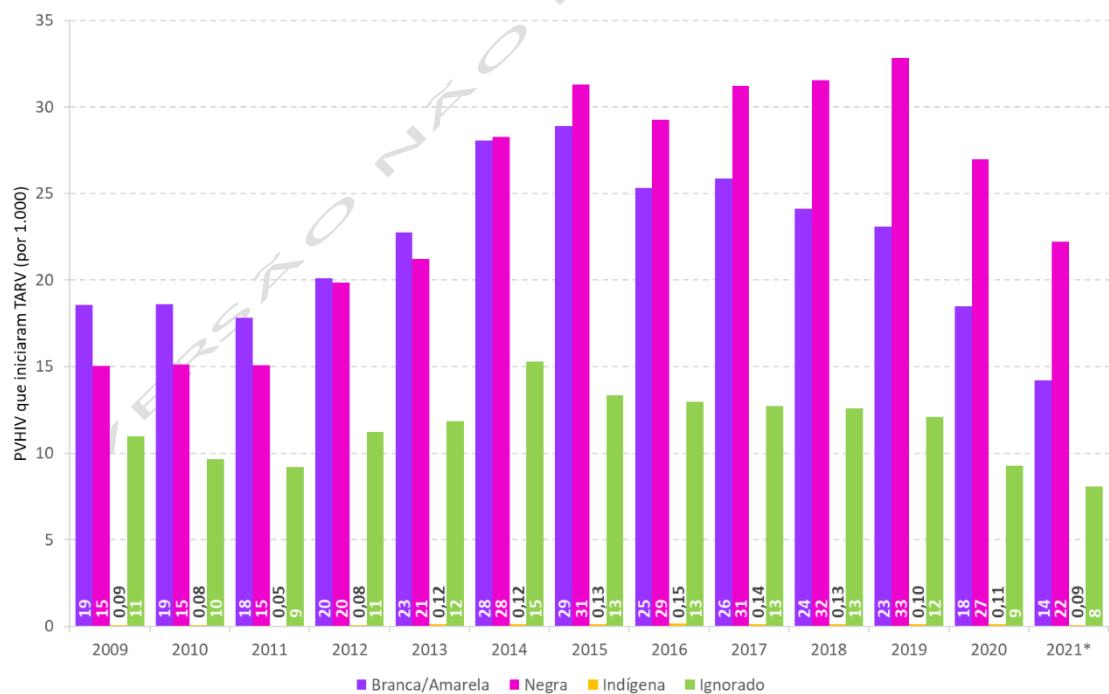


Figura 44. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo raça/cor, por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 45 mostra a estratificação das PVHIV que iniciaram TARV por escolaridade (em anos de estudo). Nota-se uma mudança na distribuição das PVHIV que iniciaram TARV no período analisado. Enquanto em 2009 28% delas tinham até sete anos de estudo, em setembro de 2021 a proporção comparável foi de 18%. Por outro lado, enquanto em 2009 11% delas tinham mais de 12 anos de estudo, até setembro de 2021 essa porcentagem foi de 24%. Observa-se uma proporção importante de pessoas sem informação de escolaridade (em anos de estudo) – 31%, em 2021.

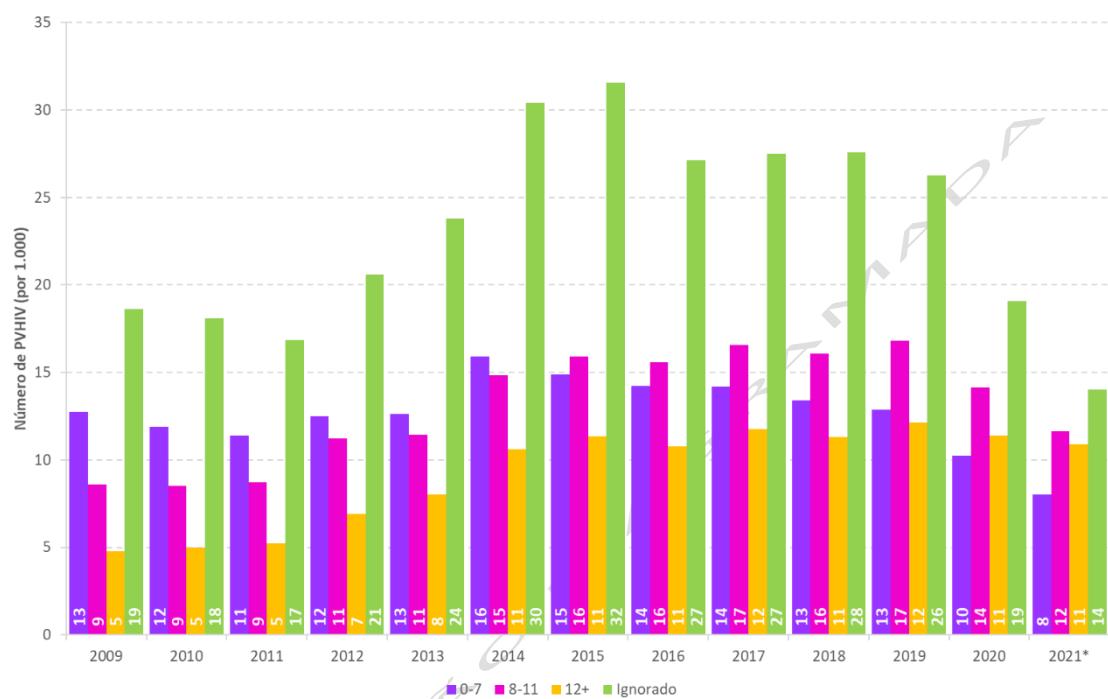


Figura 45. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que entraram em terapia antirretroviral segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano de início. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Nas Tabelas 1 e 2, são apresentados, por ano, os números de novos tratamentos iniciados no Brasil entre 2009 e setembro de 2021, por UF e capital, respectivamente. Três estados (São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) concentravam aproximadamente 38% das cerca de 45 mil PVHIV que iniciaram tratamento até setembro de 2021.

Tabela 1. Número de PVHIV* que iniciaram tratamento por ano, segundo UF. Brasil, 2009-2021**

UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RO	325	269	306	330	445	474	597	537	626	554	571	502	391
AC	37	69	76	101	85	97	125	129	133	150	152	110	136
AM	118	106	63	4.624	1.360	2.364	2.549	2.265	1.580	2.273	2.419	1.881	1.669
RR	206	324	23	272	202	268	227	275	292	410	416	262	325
PA	1.261	1.276	1.707	1.680	2.272	2.790	3.424	3.312	3.048	3.275	3.474	2.916	2.375
AP	114	116	111	166	233	341	340	325	339	334	333	238	213
TO	108	90	113	457	296	382	382	335	377	428	320	283	294
MA	745	782	745	1.929	1.367	1.832	1.891	1.945	1.967	2.172	2.048	1.656	1.524
PI	316	364	344	479	502	612	590	667	675	722	839	622	534
CE	1.024	781	1.126	1.183	1.463	2.815	2.382	2.293	2.625	2.763	3.274	2.236	1.784
RN	312	351	390	431	599	882	840	786	984	1.121	989	849	609
PB	1.972	473	459	501	615	729	882	767	829	822	922	670	553
PE	1.684	1.879	1.945	1.812	2.634	3.152	3.285	3.013	3.186	3.271	3.318	2.384	2.074
AL	367	387	407	407	614	779	753	902	1.035	994	1.030	730	645
SE	207	234	242	241	406	498	510	511	615	604	656	528	399
BA	1.454	2.282	2.117	1.830	2.298	2.737	3.512	3.146	3.589	3.352	3.454	2.719	2.196
MG	2.802	2.759	3.119	3.087	3.866	4.608	4.649	4.729	4.793	4.859	4.613	3.887	3.155
ES	690	801	800	888	1.123	1.590	1.571	1.414	1.383	1.316	1.329	1.067	821
RJ	7.738	6.937	5.888	5.900	7.010	9.150	10.147	8.294	8.339	7.795	7.202	5.941	4.958
SP	12.671	11.526	10.069	12.085	12.410	16.054	16.087	14.495	14.380	13.478	12.869	10.713	8.217
PR	2.027	2.074	2.077	2.392	3.036	3.824	4.041	3.647	3.738	3.643	3.590	2.607	2.231
SC	2.393	2.466	2.635	2.731	3.220	3.927	4.154	3.776	3.762	3.473	3.425	2.749	2.346
RS	4.372	4.469	4.722	5.166	6.328	7.143	7.077	6.736	5.938	5.619	5.415	4.366	3.280
MS	634	1.098	516	585	712	854	822	1.054	1.066	1.055	991	866	690
MT	558	620	728	663	804	1.127	1.111	1.252	1.239	1.231	1.355	1.036	844
GO	805	813	1.097	1.196	1.448	1.771	1.877	1.907	1.949	2.012	2.063	1.866	1.532
DF	470	528	599	743	924	1.066	975	959	1.046	943	930	897	716
Brasil	45.566	44.008	42.518	52.062	56.648	72.096	74.990	69.732	70.516	69.106	68.693	54.995	44.792

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Não inclui PVHIV em TARV com UF de residência desconhecida, nem aquelas que recebem medicamento em UDM sem Sicлом operacional.

**Dados até setembro/2021.

Tabela 2. Número de PVHIV* que iniciaram tratamento por ano, segundo capital. Brasil, 2009-2021**

Capital	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porto Velho	193	153	162	192	260	273	313	269	366	285	320	243	200
Rio Branco	31	47	49	70	64	73	89	92	97	123	122	86	99
Manaus	79	65	44	4.273	1.250	2.004	2.198	1.964	1.314	1.889	2.030	1.601	1.456
Boa Vista	186	302	22	247	174	244	201	249	261	363	357	229	290
Belém	587	569	579	677	934	1.077	1.240	1.141	1.149	1.109	1.124	1.011	824
Macapá	89	78	85	117	169	245	255	243	246	255	240	180	162
Palmas	6	13	11	266	106	150	95	108	155	169	135	106	117
São Luís	262	246	217	1.005	566	663	626	695	675	697	582	524	519
Teresina	186	230	201	277	303	377	376	398	404	413	470	308	282
Fortaleza	708	495	542	713	949	1.839	1.637	1.590	1.467	1.426	1.442	1.149	887
Natal	122	164	172	167	244	441	409	411	484	520	455	404	291
João Pessoa	722	184	154	190	222	278	362	333	357	370	399	304	246
Recife	621	739	702	695	1.005	1.112	1.103	1.068	1.139	1.112	1.112	776	806
Maceió	243	249	248	273	397	470	454	515	616	569	629	417	389
Aracaju	99	113	115	124	209	277	271	273	349	338	376	280	197
Salvador	408	957	1.130	836	928	1.204	1.868	1.311	1.439	1.442	1.400	1.104	840
Belo Horizonte	599	657	768	830	982	1.052	1.088	1.123	1.194	1.203	1.042	829	776
Vitória	119	142	149	162	222	252	259	271	267	227	221	155	108
Rio de Janeiro	4.999	3.564	3.324	3.422	3.746	4.682	4.923	4.593	4.730	4.182	3.721	3.107	2.557
São Paulo	4.421	4.095	3.854	5.243	5.042	5.875	6.507	5.489	5.693	5.414	5.183	4.361	3.260
Curitiba	585	667	617	702	869	1.154	1.210	953	1.007	1.077	1.028	623	540
Florianópolis	391	384	395	369	530	603	534	564	593	521	530	409	351
Porto Alegre	1.181	1.371	1.408	1.609	1.915	2.164	2.017	1.622	1.476	1.291	1.319	1.062	864
Campo Grande	99	691	251	276	362	433	429	419	434	429	428	403	362
Cuiabá	190	186	220	208	241	304	345	418	352	348	385	301	232
Goiânia	260	268	469	451	610	822	852	840	868	855	833	760	582
Brasília	470	528	599	743	924	1.066	975	959	1.046	943	930	897	716

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Não inclui PVHIV em TARV com UF de residência desconhecida, nem aquelas que recebem medicamento em UDM sem Siclom operacional.

**Dados até setembro/2021.

2.6 Esquemas de tratamento ao início da TARV

Ao analisar os esquemas adotados para início de terapia antirretroviral entre PVHIV de dois anos de idade ou mais desde 2009, podem-se observar nítidas variações nas distribuições por ano (Figura 46). Em 2016, o esquema preferencial recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (e atualizações até 31/12/2016), contendo tenofovir, lamivudina e efavirenz – TDF + 3TC + EFZ (BRASIL, 2018), foi

adoptado em 86% dos novos tratamentos. A partir de 01/01/2017, o esquema preferencial passou a ser a combinação de tenofovir, lamivudina e dolutegravir – TDF + 3TC + DTG, o qual foi adoptado em proporções crescentes desde então, atingindo patamar superior a 90% das primeiras dispensações a partir de 2020. O preestabelecimento de esquemas preferenciais ocasionou uma considerável queda no número de combinações prescritas para início de TARV. Excetuando-se os quatro esquemas aqui analisados, o número de outras combinações passou de 318 em 2009 para 66 até setembro de 2021.

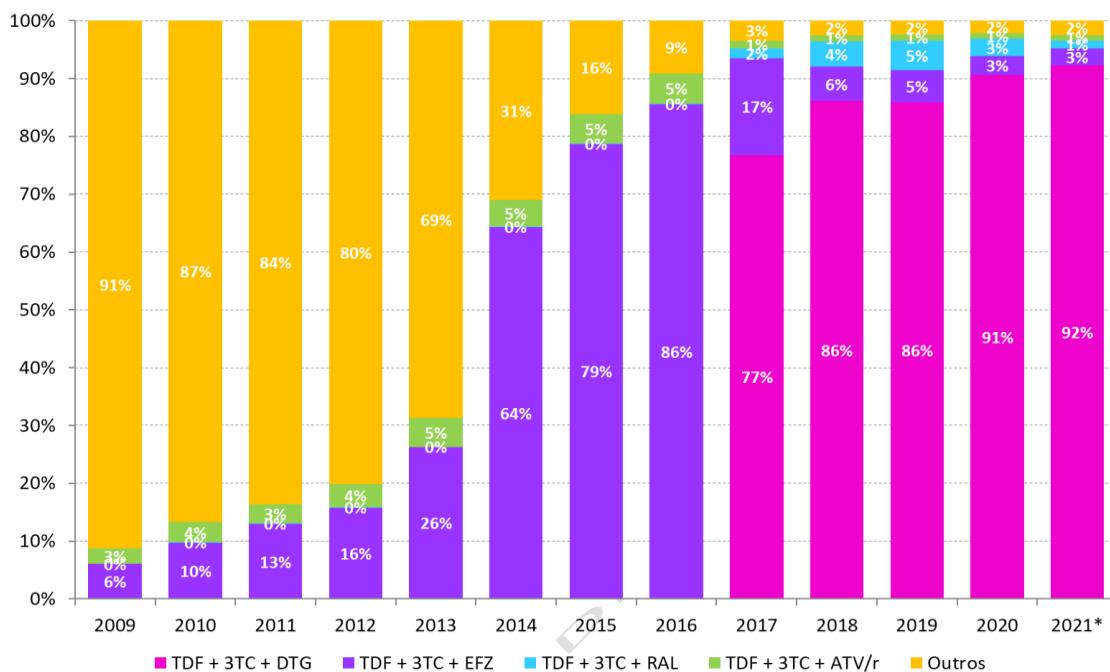


Figura 46. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que iniciaram tratamento segundo esquema dispensado, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.7 PVHIV em TARV

Em setembro de 2021, havia 694 mil pessoas em TARV – número 8,2 vezes superior ao observado em 1999, de 85 mil (Figura 47), considerando todos os esquemas terapêuticos dispensados. Ressalta-se que esse é o número total de pessoas em TARV, independentemente de faixa etária.

A Figura 48 mostra o número de PVHIV em TARV por sexo. Quando consideradas as pessoas em TARV de dois anos de idade ou mais, nota-se uma tendência de aumento na razão entre os sexos, que passou de 1,5 para 2,0 homens para cada mulher, entre 2009 e setembro de 2021, respectivamente.

Estratificando-se as PVHIV em TARV com dois anos ou mais por faixa etária, nota-se que, ao longo de todo o período, a maioria delas tinha entre 30 e 49 anos (Figura 49). Até setembro de 2021, cerca de 355 mil (51%) PVHIV tinham de 30 a 49 anos e mais de 223 mil (32%) tinham 50 anos ou mais. Nesse mesmo ano, aproximadamente 10% (71 mil) das PVHIV em TARV no país tinham 25 a 29 anos, 5% (37 mil) 18 a 24 anos, 1% (4 mil) 12 a 17 anos e menos de 1% tinham entre dois e 11 anos de idade (3 mil).

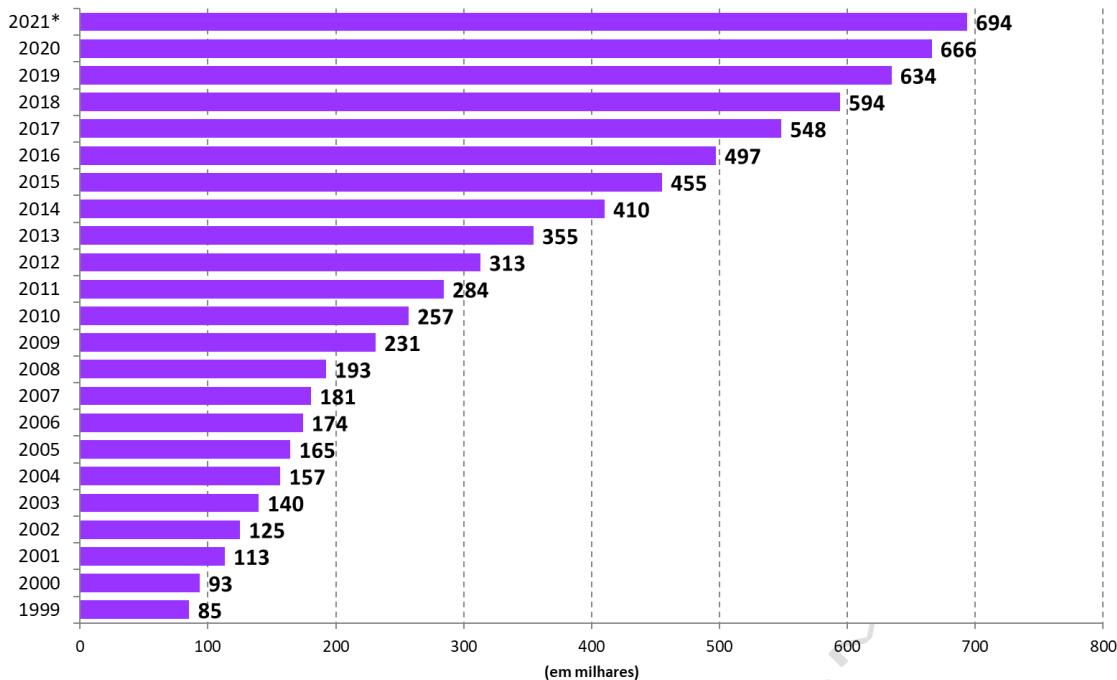


Figura 47. Número de PVHIV em TARV*, por ano. Brasil, 1999-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Entre 1999 e 2008, o número de PVHIV em TARV era estimado considerando o número de dispensações realizadas em dezembro de cada ano. A partir de 2009, são consideradas em TARV aquelas PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV nos últimos cem dias do ano. Para o ano de 2020, foram consideradas em TARV aquelas PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV nos últimos 120 dias do ano.

**Dados até setembro/2021.

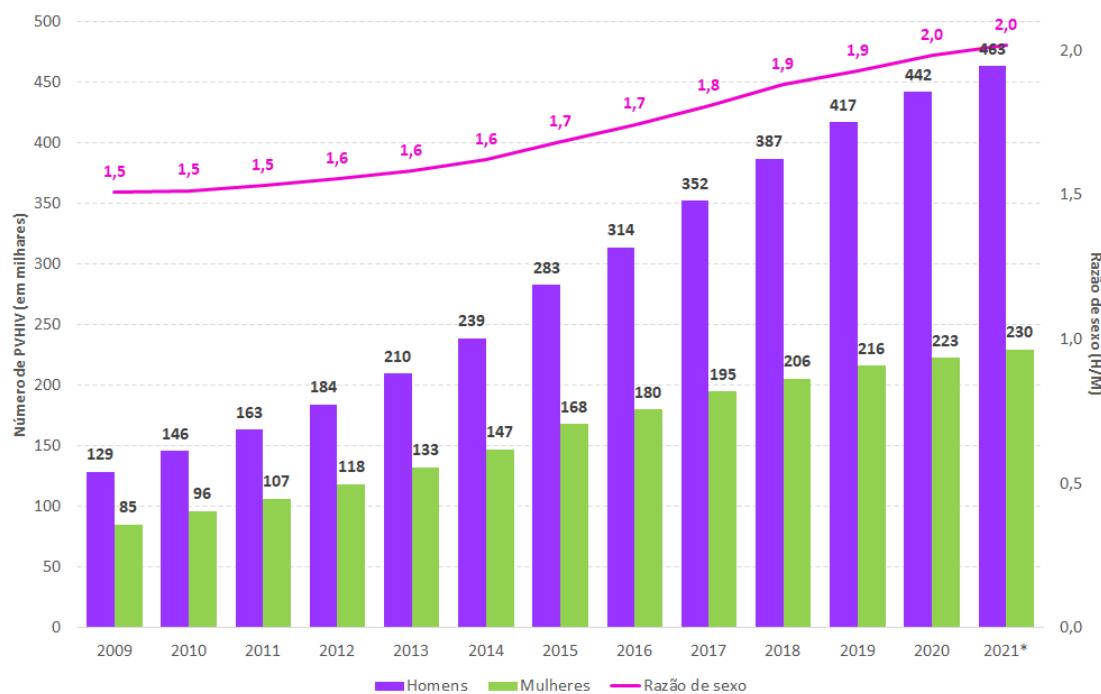


Figura 48. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo sexo, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

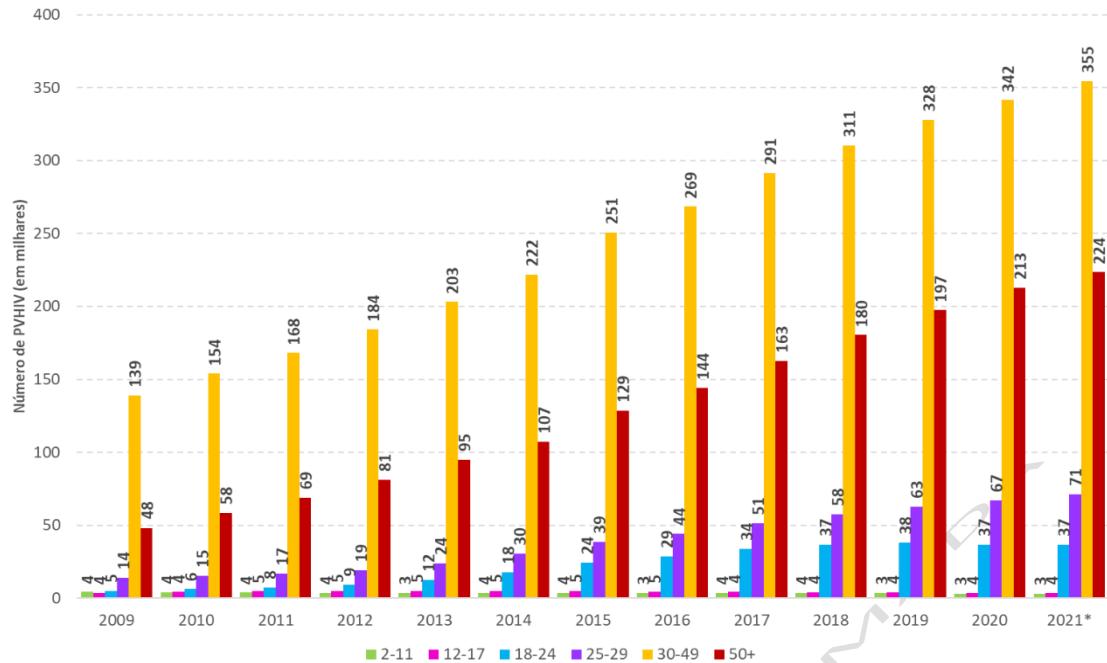


Figura 49. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo faixa etária, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 50 mostra que, quanto à raça/cor, a maioria das PVHIV em TARV, desde 2009, é de pessoas autodeclaradas brancas ou amarelas, cujo número variou de aproximadamente 97 mil (45%), em 2009, a 287 mil (41%) em setembro de 2021. Já a proporção de PVHIV negras em TARV passou de 30% (64 mil) para 39% (271 mil), respectivamente, de 2009 a setembro de 2021. No entanto, essa diferença segue em declínio em todo o período analisado, tendo passado de 16 pontos percentuais em 2009 para dois pontos percentuais em setembro de 2021. Quase mil PVHIV em TARV se declararam indígenas em setembro de 2021. Além disso, aproximadamente 135 mil não possuíam registro de informação de raça/cor, as quais representam 19% do total de PVHIV de dois anos ou mais em TARV no país.

No que se refere à estratificação por escolaridade (em anos de estudo), apesar de ligeira melhora na completitude do campo observada no período analisado, a proporção de indivíduos com escolaridade ignorada foi de 38% (264 mil) até setembro de 2021 (Figura 51). A proporção de pessoas em TARV com mais de 12 anos de estudo passou de 10% (22 mil), em 2009, para 16% (107 mil) em 2020, alcançando o maior incremento (56%) entre as faixas de escolaridade analisadas, e daquelas com até sete anos de estudo passou de 27% (58 mil) para 22% (144 mil), respectivamente, em 2009 e 2020 – representando um decréscimo de 20% na proporção de PVHIV em TARV nesse período.

As Tabelas 3 e 4 mostram a distribuição das PVHIV em TARV por UF de residência e capital, respectivamente. Nota-se que, em setembro de 2021, residiam em São Paulo quase um quarto das PVHIV em TARV; 12% moravam no Rio de Janeiro e 10% residiam no Rio Grande do Sul.

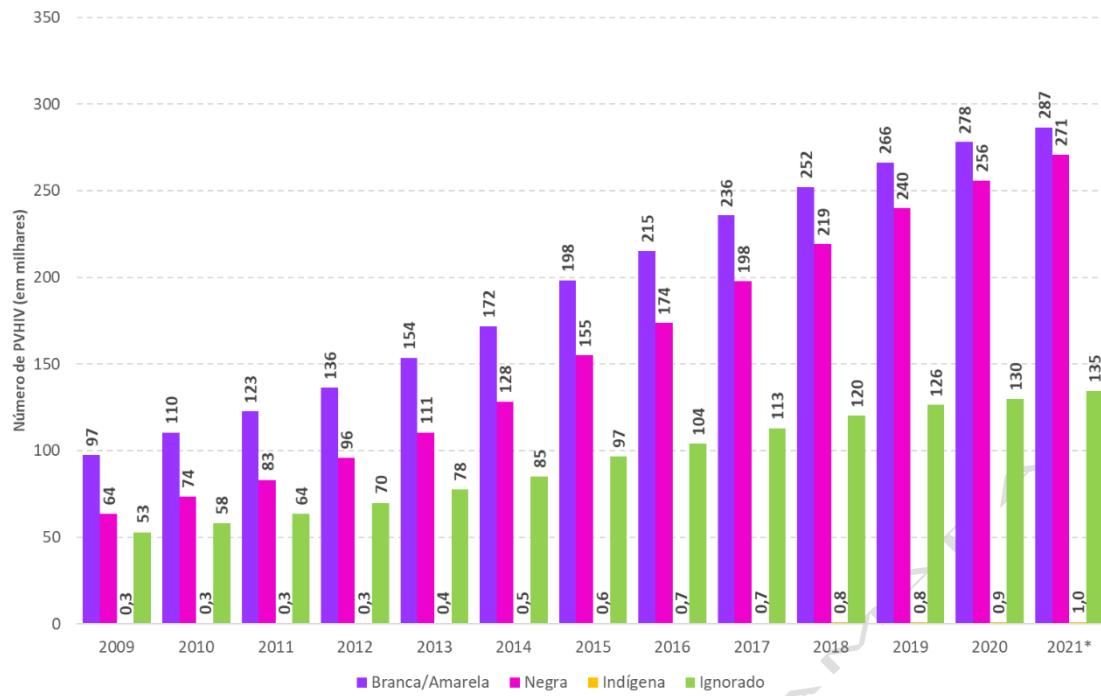


Figura 50. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo raça/cor, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

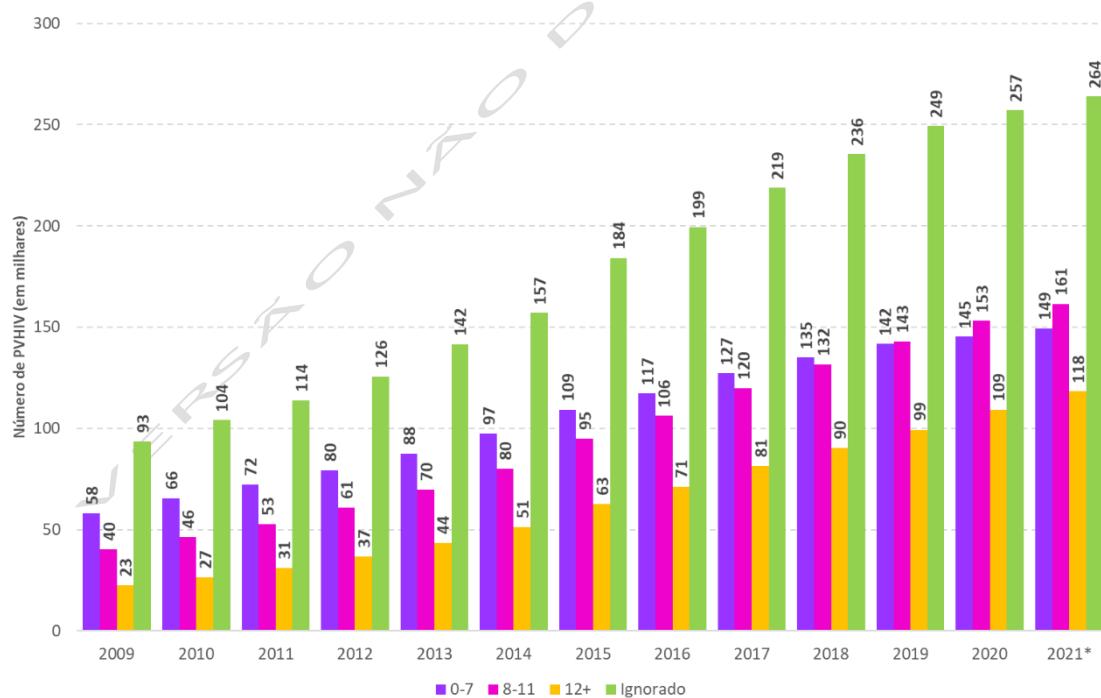


Figura 51. Número de PVHIV de dois anos ou mais em TARV segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Tabela 3. Número de PVHIV* em TARV, segundo UF. Brasil, 2009-2021*****

UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
RO	1.024	1.229	1.436	1.646	1.940	2.292	2.718	3.072	3.596	3.910	4.203	4.468	4.652
AC	249	293	345	415	448	507	597	643	770	845	927	959	1.052
AM	189	225	233	4.297	4.975	6.749	8.803	9.502	10.670	12.943	13.897	14.954	15.915
RR	215	258	86	675	809	938	1.033	1.167	1.423	1.616	1.838	1.948	2.144
PA	4.236	4.884	6.058	6.980	8.435	10.313	13.026	14.974	16.696	18.912	20.043	22.585	24.308
AP	391	446	509	601	658	880	1.088	1.106	1.481	1.678	1.855	2.056	2.111
TO	334	367	406	824	1.014	1.322	1.624	1.801	2.065	2.284	2.488	2.684	2.850
MA	2.621	3.012	3.434	4.979	5.892	7.133	8.448	9.590	10.976	12.399	13.364	14.224	15.270
PI	1.557	1.783	1.976	2.281	2.599	2.998	3.367	3.659	4.081	4.699	5.225	5.606	5.907
CE	4.349	4.790	5.653	6.325	7.359	9.536	11.128	12.648	14.820	16.661	19.182	20.430	21.751
RN	1.841	2.106	2.319	2.547	2.974	3.786	4.446	4.704	5.730	6.672	7.478	7.777	8.086
PB	2.180	2.418	2.670	2.934	3.396	3.870	4.512	4.991	5.616	6.366	7.096	7.327	7.689
PE	7.801	9.022	10.168	10.502	12.827	15.101	17.484	19.168	21.639	24.038	26.368	27.273	28.854
AL	1.609	1.826	2.093	2.284	2.696	3.231	3.622	4.164	5.178	5.753	6.298	6.626	7.014
SE	1.107	1.249	1.438	1.575	1.863	2.231	2.580	2.898	3.419	3.771	4.069	4.324	4.647
BA	4.122	6.550	7.962	9.233	10.965	12.944	15.796	17.789	20.827	23.284	25.882	27.353	28.932
MG	18.340	20.031	22.045	23.994	26.928	30.433	33.919	37.400	40.964	44.720	47.734	49.890	51.627
ES	3.929	4.490	4.986	5.512	6.346	7.541	8.691	9.653	10.705	11.354	12.127	12.890	13.380
RJ	29.246	34.330	38.671	41.626	46.370	53.530	61.548	66.795	72.154	76.889	80.493	82.630	85.275
SP	67.415	74.647	79.753	87.803	96.375	105.233	119.229	127.429	137.319	144.502	150.986	158.608	162.861
PR	11.955	13.211	14.475	15.926	18.145	21.293	24.405	26.581	29.285	32.213	34.640	36.391	37.688
SC	13.089	14.563	16.463	18.399	20.862	23.958	27.236	29.845	32.774	35.679	38.500	40.355	42.654
RS	24.341	26.664	30.072	33.259	37.516	42.875	48.105	52.416	56.424	60.037	63.310	65.529	67.367
MS	1.290	2.451	2.665	3.027	3.454	4.084	4.654	5.386	6.235	7.063	7.807	8.266	8.837
MT	2.982	3.365	3.829	4.200	4.780	5.628	6.457	7.296	8.254	8.994	9.990	10.644	11.163
GO	4.520	4.822	5.897	6.738	7.861	9.341	10.707	11.951	13.509	14.663	15.839	16.322	18.080
DF	3.304	3.603	4.043	4.590	5.237	6.131	6.863	7.561	8.369	8.973	9.427	10.146	10.688
Brasil***	214.829	243.289	270.336	303.905	343.711	394.968	453.288	495.585	547.459	593.176	633.699	665.080	693.581

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Não inclui PVHIV em TARV com UF de residência desconhecida, nem aquelas que recebem medicamento em UDM sem Siclom operacional.

**Definem-se “em TARV” aquelas PVHIV com pelo menos uma dispensação nos últimos cem dias do ano, com exceção dos anos de 2020 e 2021, para os quais são consideradas “em TARV” aquelas com pelo menos uma dispensação nos últimos 120 dias do ano.

*Dados até setembro/2021.

Tabela 4. Número de PVHIV* em TARV, segundo capital. Brasil, 2009-2021*****

Capital	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Porto Velho	621	720	828	966	1.150	1.342	1.607	1.747	1.898	2.213	2.351	2.491	2.572
Rio Branco	212	238	276	325	349	394	450	498	532	666	729	763	806
Manaus	121	138	144	3.900	4.541	6.027	7.802	8.441	8.966	11.269	12.051	12.979	13.832
Boa Vista	199	245	87	633	749	863	958	1.084	1.163	1.443	1.613	1.690	1.873
Belém	2.229	2.521	2.896	3.279	4.001	4.713	5.660	6.327	6.602	7.621	7.577	8.547	9.280
Macapá	310	346	390	466	499	667	829	948	1.043	1.275	1.396	1.527	1.588
Palmas	35	41	39	306	379	513	572	642	690	877	982	1.064	1.118
São Luís	949	1.070	1.175	2.079	2.447	2.905	3.350	3.799	3.980	4.699	4.975	5.127	5.474
Teresina	946	1.081	1.202	1.379	1.566	1.815	2.058	2.254	2.338	2.816	3.120	3.299	3.430
Fortaleza	3.051	3.368	3.727	4.212	4.927	6.305	7.573	8.671	9.037	10.713	11.554	12.255	12.781
Natal	850	979	1.082	1.164	1.299	1.757	2.067	2.318	2.483	3.250	3.570	3.754	3.948
João Pessoa	787	898	990	1.102	1.257	1.464	1.734	1.977	2.086	2.651	2.963	3.074	3.261
Recife	3.096	3.628	4.018	4.218	5.074	5.873	6.658	7.244	7.672	8.841	9.981	10.201	11.212
Maceió	1.128	1.267	1.443	1.582	1.856	2.176	2.416	2.707	2.901	3.675	4.002	4.184	4.450
Aracaju	574	635	710	790	938	1.145	1.350	1.530	1.655	2.031	2.202	2.333	2.514
Salvador	1.691	3.000	3.862	4.523	5.207	6.098	7.780	8.750	9.139	10.760	11.724	12.344	12.765
Belo Horizonte	4.839	5.291	5.874	6.493	7.267	8.115	8.977	9.895	10.417	11.823	12.524	12.836	13.228
Vitória	819	927	1.047	1.149	1.329	1.514	1.705	1.936	2.016	2.194	2.328	2.397	2.414
Rio de Janeiro	18.442	20.954	23.562	25.292	27.645	31.185	34.782	37.672	39.079	43.239	44.654	45.580	46.822
São Paulo	25.566	28.151	30.311	34.385	38.239	40.070	46.625	49.558	51.060	56.567	58.681	62.292	63.871
Curitiba	3.966	4.447	4.857	5.297	5.932	6.971	7.940	8.451	8.797	10.053	10.822	11.439	11.430
Florianópolis	2.185	2.408	2.701	2.928	3.395	3.846	4.285	4.719	4.895	5.754	6.232	6.508	6.789
Porto Alegre	8.560	9.492	10.444	11.432	12.584	14.224	15.642	16.685	17.044	17.985	18.510	18.906	19.300
Campo Grande	478	1.320	1.416	1.606	1.838	2.143	2.446	2.670	2.827	3.402	3.676	3.922	4.283
Cuiabá	1.119	1.216	1.363	1.497	1.652	1.899	2.153	2.505	2.625	2.891	3.138	3.312	3.422
Goiânia	1.654	1.766	2.292	2.631	3.102	3.804	4.501	5.097	5.428	6.406	6.621	6.623	7.390
Brasília	3.315	3.612	4.033	4.579	5.235	6.126	6.856	7.544	7.957	8.973	9.427	10.146	10.688

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Não inclui PVHIV em TARV com UF de residência desconhecida, nem aquelas que recebem medicamento em UDM sem Siclom operacional.

**Definem-se “em TARV” aquelas PVHIV com pelo menos uma dispensação nos últimos cem dias do ano, com exceção dos anos de 2020 e 2021, para os quais são consideradas “em TARV” aquelas com pelo menos uma dispensação nos últimos 120 dias do ano.

***Dados até setembro/2021.

2.8 Esquemas de tratamento das PVHIV em TARV

Os esquemas utilizados pelas PVHIV em TARV no país, desde 2009, estão apresentados na Figura 52. Observam-se importantes variações nas distribuições por ano. Enquanto em 2009 um terço das PVHIV utilizavam zidovudina (AZT) + 3TC + EFZ, em setembro de 2021 o uso desse

esquema foi de 3%. De 2015 a 2018, a maior parte das PVHIV em TARV fazia uso de TDF + 3TC + EFZ (34% no último ano); a partir de 2019, a maior proporção foi de PVHIV que faziam uso do esquema TDF + 3TC + DTG, representando 49% nos nove primeiros meses de 2021. O DTG foi incorporado no início de 2017 à lista de ARV utilizados no país.

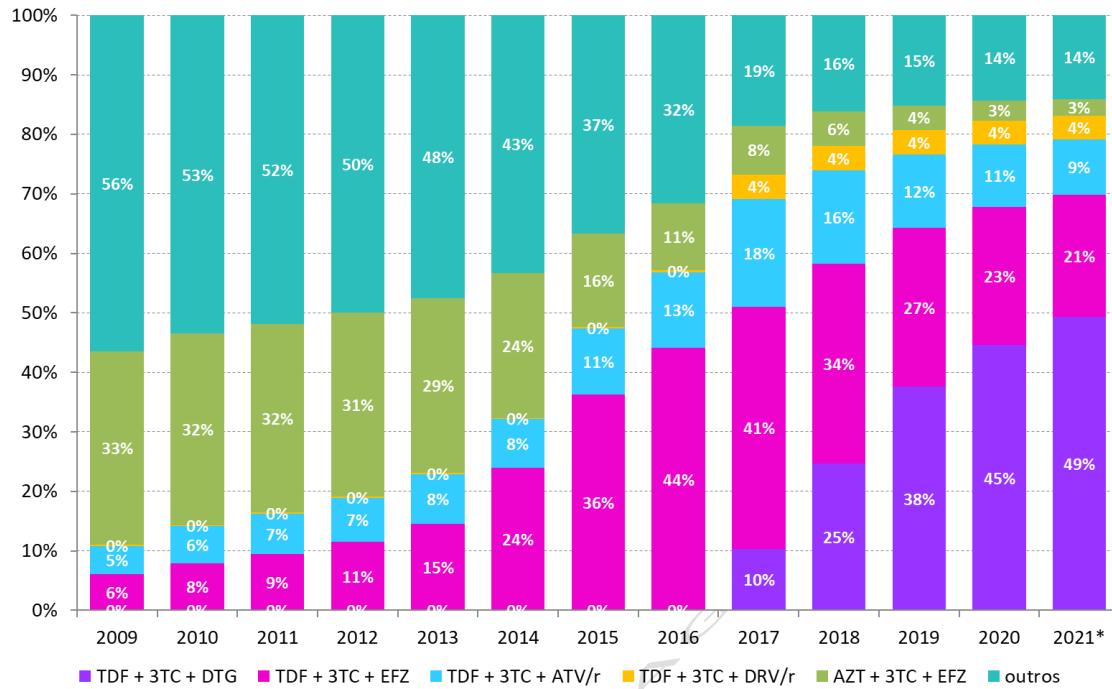


Figura 52. Distribuição das PVHIV de dois anos ou mais que estavam em TARV, segundo esquema utilizado, por ano. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.9 Retenção, adesão e perda de seguimento de TARV

A Figura 53 apresenta o status das pessoas com dois anos e mais que tiveram pelo menos uma dispensação de medicamentos no ano, ao final de cada ano, com relação à adesão à TARV e à perda de seguimento (óbito ou abandono de tratamento). Observa-se uma melhora progressiva na proporção de adesão suficiente nos últimos anos. Houve redução na proporção de adesão insuficiente e a proporção de perda de seguimento mantém-se nos mesmos patamares desde 2015, apresentando apenas variações discretas ao longo desse período. Das cerca de 240 mil PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação em 2009, 11% foram consideradas como perda de seguimento ao final do mesmo ano; 24% estavam em TARV, porém com adesão insuficiente; e 65% apresentavam adesão acima de 80%, ou seja, adesão suficiente. Já em 2020, quando aproximadamente 730 mil pessoas tiveram pelo menos uma dispensação, 78% apresentavam adesão suficiente ao final do ano, enquanto 13% tinham adesão insuficiente e 9% foram consideradas como perda de seguimento.

Na Figura 54, pode-se observar que os indicadores de adesão ao tratamento em homens são melhores que em mulheres. Ao final de 2020, 80% dos homens apresentavam adesão suficiente, 12% adesão insuficiente e 8% foram considerados como perda de seguimento; em relação às mulheres, as proporções observadas foram 75%, 16% e 10%, respectivamente. Em

ambos os sexos, há uma melhora na proporção de adesão suficiente no período analisado; quando comparados os anos de 2009 e 2020, o incremento observado foi de 19% para os homens e 21% para as mulheres.

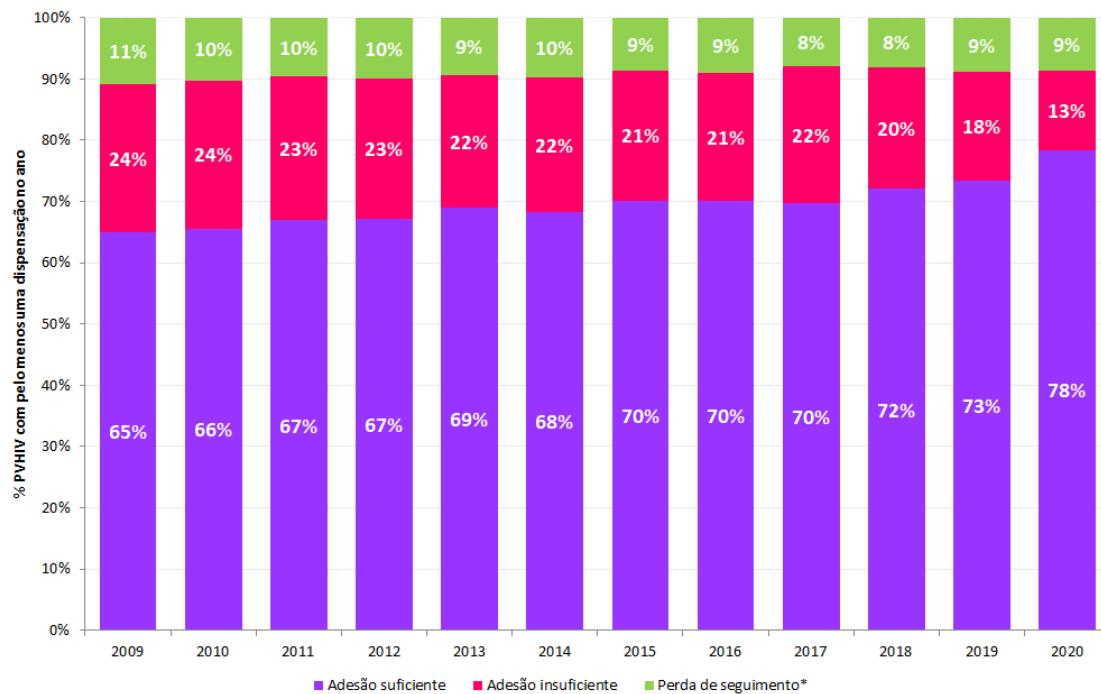


Figura 53. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento. Brasil, 2009-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*A perda de seguimento refere-se à soma das PVHIV consideradas em abandono de tratamento e dos óbitos registrados no SIM até 2019 e no Siclom em 2020.

Em relação à raça/cor, pode-se observar, na Figura 55, que as PVHIV brancas e amarelas apresentam melhores indicadores de adesão. A proporção de perda de seguimento nesse grupo vai de 10%, em 2009, a 7%, em 2020, enquanto entre as indígenas variou de 19% a 11%, e na população negra, de 12% a 10% no mesmo período. A adesão insuficiente, em 2019, foi também inferior nas PVHIV brancas e amarelas (11%), enquanto a suficiente foi superior (82%). As proporções correspondentes entre as PVHIV negras foram de 14% e 76%, respectivamente, e entre as indígenas, de 17% e 72%, respectivamente.

A desagregação por faixas etárias é apresentada na Figura 56, na qual se pode observar uma tendência de melhoria da adesão com o aumento da idade. As PVHIV de 18 a 24 anos, apesar dos piores indicadores de adesão nos anos iniciais da análise, apresentaram uma melhora considerável ao longo do período analisado, sendo que a adesão suficiente subiu de 46%, em 2009, para 72%, em 2020, e a perda de seguimento caiu de 27% para 14%, respectivamente, no mesmo período. A adesão nas PVHIV de 50 anos ou mais foi a maior, sendo suficiente para 82% e insuficiente para 12% delas, em 2020. Ainda assim, observa-se nesse grupo perda de seguimento entre 6% e 7% nos últimos anos. As PVHIV de dois a 11 anos apresentam, desde 2017, as menores proporções de adesão suficiente. É também nessa faixa etária que se percebem as maiores proporções de adesão insuficiente (32% em 2020), seguida da faixa etária de 12 a 17 anos (22% em 2020). No que se refere à perda de seguimento, as maiores proporções (cerca de 14%) encontram-se em PVHIV nas faixas etárias de 12 a 17 anos e de 18 a 24 anos de idade.

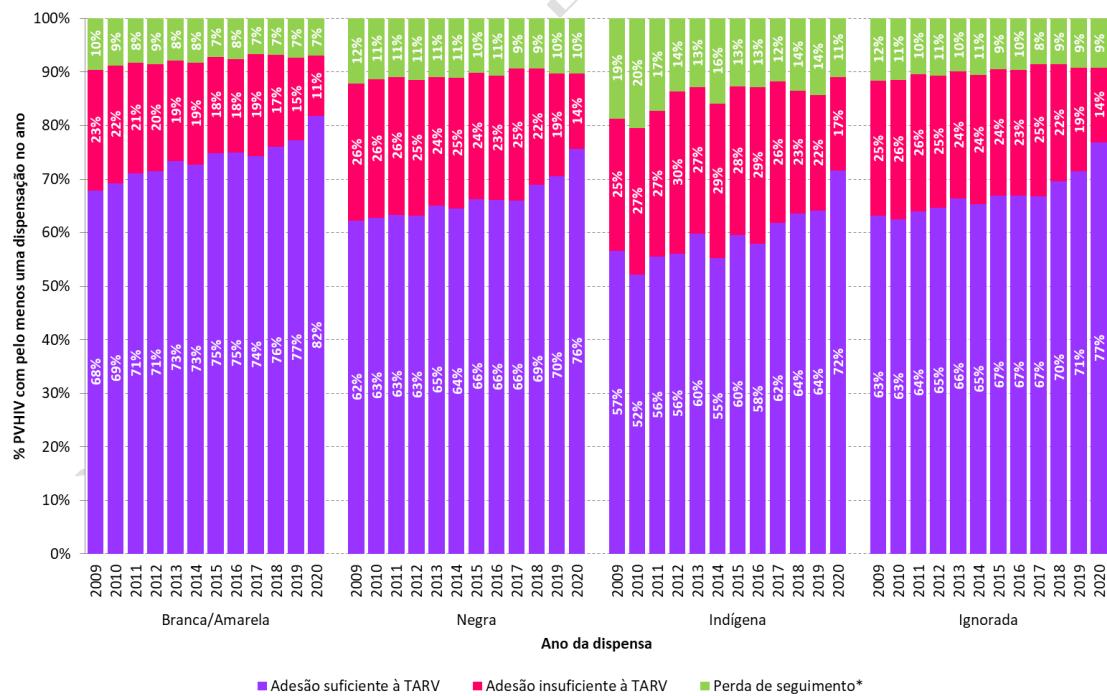
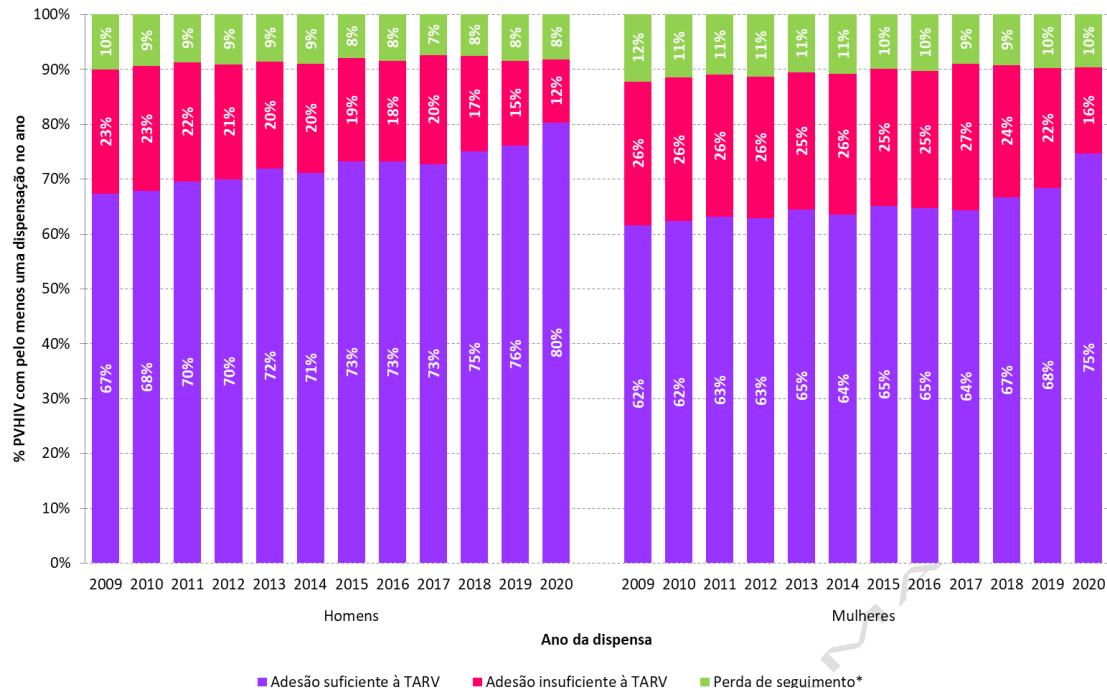


Figura 55. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por raça/cor. Brasil, 2009-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*A perda de seguimento refere-se à soma das PVHIV consideradas em abandono de tratamento e dos óbitos registrados no SIM até 2019 e no Siclom até 2020.

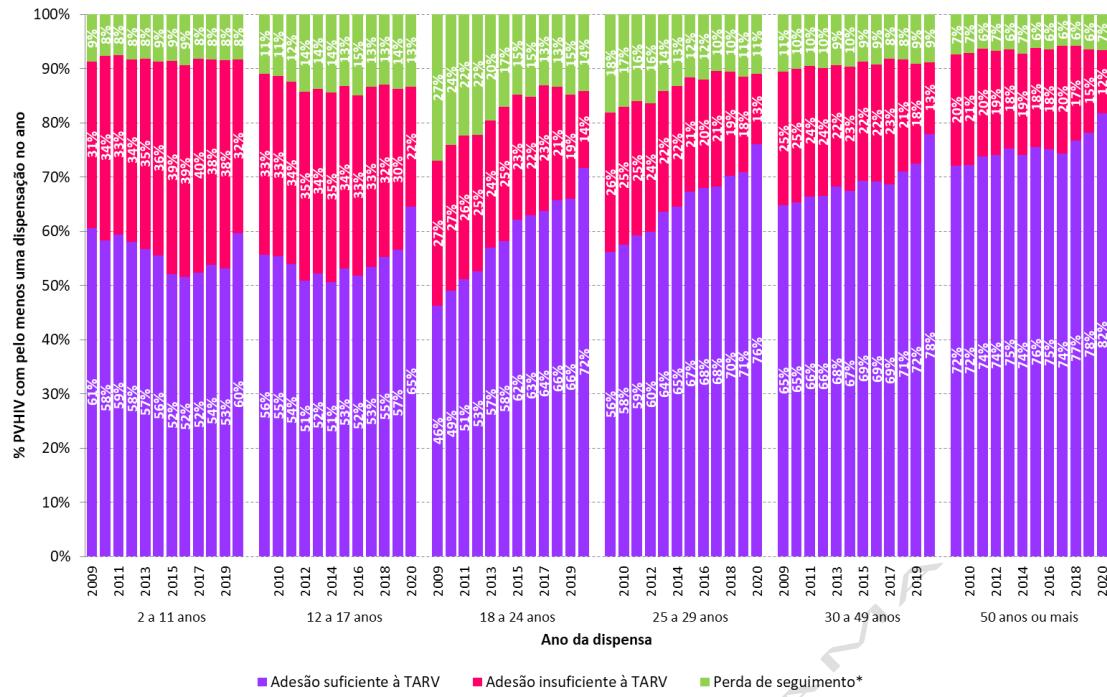


Figura 56. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por faixa etária. Brasil, 2009-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*A perda de seguimento refere-se à soma das PVHIV consideradas em abandono de tratamento e dos óbitos registrados no SIM até 2019 e no Síclom até 2020.

A Figura 57 mostra a estratificação por escolaridade (em anos de estudo). Observa-se que 15% das PVHIV com até sete anos de estudo, em 2020, apresentaram adesão insuficiente à TARV, enquanto entre os mais escolarizados (12 anos e mais) a proporção é de 9%. Além disso, 85% dessas PVHIV com mais de 12 anos de estudo apresentavam adesão suficiente, proporção essa 13% maior do que a observada entre aquelas com até sete anos de estudo (75%). Destaca-se, também, que o perfil de adesão observado entre aqueles que não tinham informação de escolaridade é bem próximo ao perfil do grupo com até sete anos de estudo.

Na Figura 58, são apresentados os indicadores de perda de seguimento e adesão por Unidades da Federação, somente para o ano de 2020. Observam-se os melhores indicadores no Distrito Federal e Minas Gerais, com baixos percentuais de perda de seguimento (8% e 7%, respectivamente) e mais altos de adesão suficiente (84%). Por outro lado, dentre as PVHIV em TARV residentes no Maranhão, apenas 64% apresentaram adesão suficiente. Ressalta-se, ainda, que foram observados percentuais de perda de seguimento superiores à média nacional (9%) em 16 UF: Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Mato Grosso e Goiás.

Na Figura 59, são apresentados os indicadores de retenção 12, 24 e 60 meses após o início da TARV, segundo o ano da primeira dispensação, para indivíduos de dois anos e mais. Nessa análise, a retenção no tratamento é calculada independentemente da adesão, e observa-se uma melhora gradativa nos indicadores de retenção de 24 e 60 meses. A retenção aos 60 meses foi de 67% para as PVHIV que iniciaram terapia em 2009, subindo para 73% naquelas que a iniciaram em 2014 e diminuindo para 71% entre aquelas que a iniciaram em 2015. Quanto à

retenção aos 24 meses, cerca de 70% dos indivíduos que iniciaram TARV em 2009 estavam retidos dois anos depois, proporção que alcançou 81% dos que iniciaram TARV em 2017, caindo levemente para aquelas que iniciaram TARV em 2018 (80%). A retenção após 12 meses de TARV subiu de 74% em 2009 para 86% entre aquelas que iniciaram TARV em 2017, mas apresentou uma ligeira queda nos dois anos subsequentes, passando para 84% em 2019. Também houve redução no último ano analisado para as retenções após 24 e 60 meses (para aquelas pessoas que iniciaram TARV em 2018 e 2015, respectivamente).

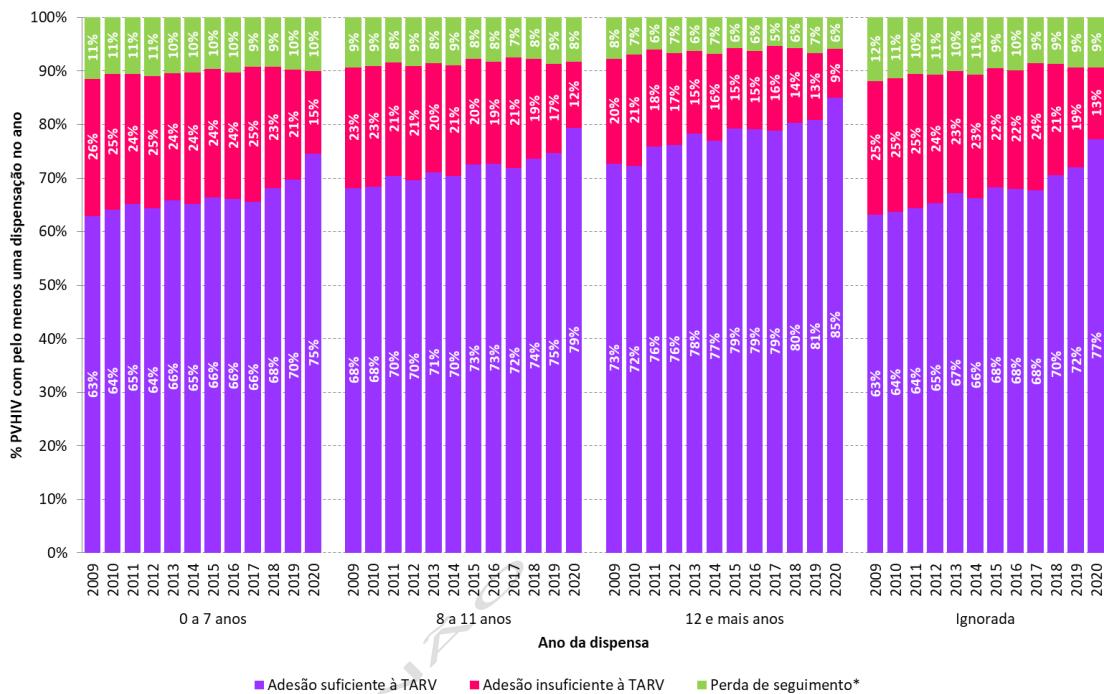


Figura 57. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação no ano, ao final de cada ano, em relação à TARV e à perda de seguimento, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*A perda de seguimento refere-se à soma das PVHIV consideradas em abandono de tratamento e dos óbitos registrados no SIM até 2019 e no Siclom até 2020.

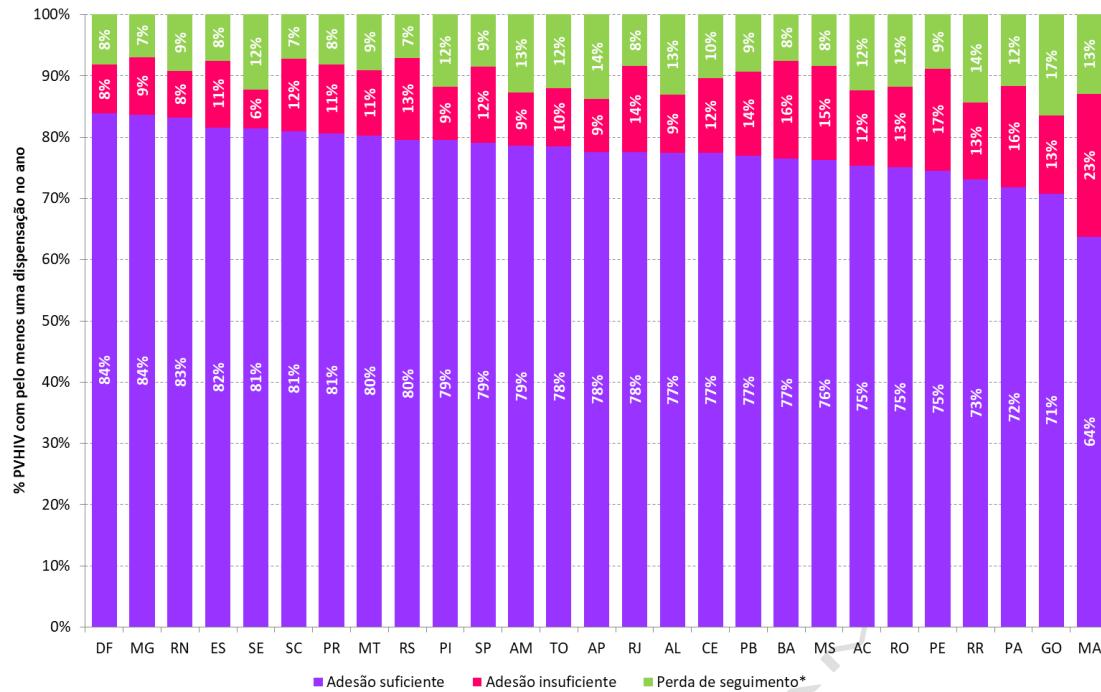


Figura 58. Status das PVHIV com dois anos e mais com pelo menos uma dispensação em 2019, em relação à TARV e à perda de seguimento, por UF. Brasil, 2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*A perda de seguimento refere-se à soma das PVHIV consideradas em abandono de tratamento e dos óbitos registrados no SIM até 2018 e no Siclom até 2020.

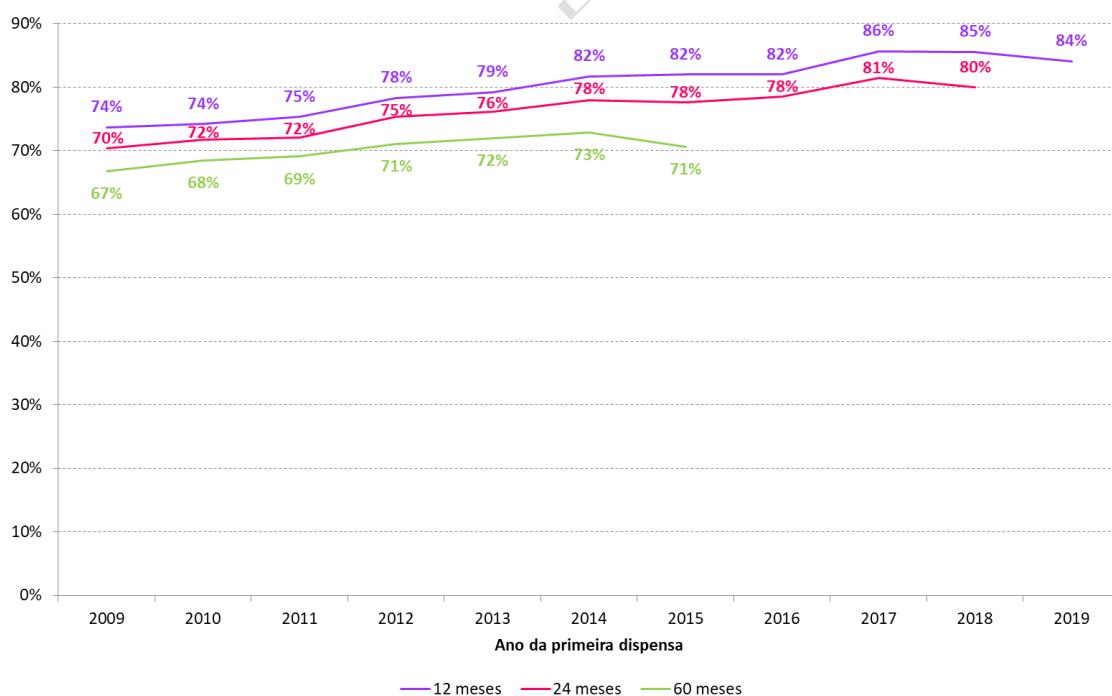


Figura 59. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, segundo o ano da primeira dispensação. Brasil, 2009-2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Proporções maiores de retenção foram observadas entre os homens, embora o aumento nas proporções referentes a esses indivíduos tenha acontecido de maneira mais gradual do que entre as mulheres (Figura 60). Os homens que iniciaram TARV em 2009 mostraram proporções de retenção de 78% no primeiro ano, 74% no segundo e de 69% ao final de cinco anos de TARV. Entre as mulheres, essas proporções foram de 68%, 66% e 64%, respectivamente. Já entre aquelas PVHIV do sexo masculino que iniciaram TARV em 2019, a retenção aos 12 meses atingiu 85%, e entre as do sexo feminino, 81%. Apesar do aumento expressivo observado entre as mulheres, quando se comparam as PVHIV que iniciaram TARV em cada um dos últimos três anos analisados, a retenção aos 12 meses das mulheres é ainda cerca de quatro pontos percentuais inferior à dos homens. Diferenças são observadas também nas mensurações da retenção aos 24 meses (81% e 77%, para homens e mulheres que iniciaram terapia em 2018, respectivamente) e aos 60 meses (72% e 67%, para aqueles que iniciaram a TARV em 2015, respectivamente).

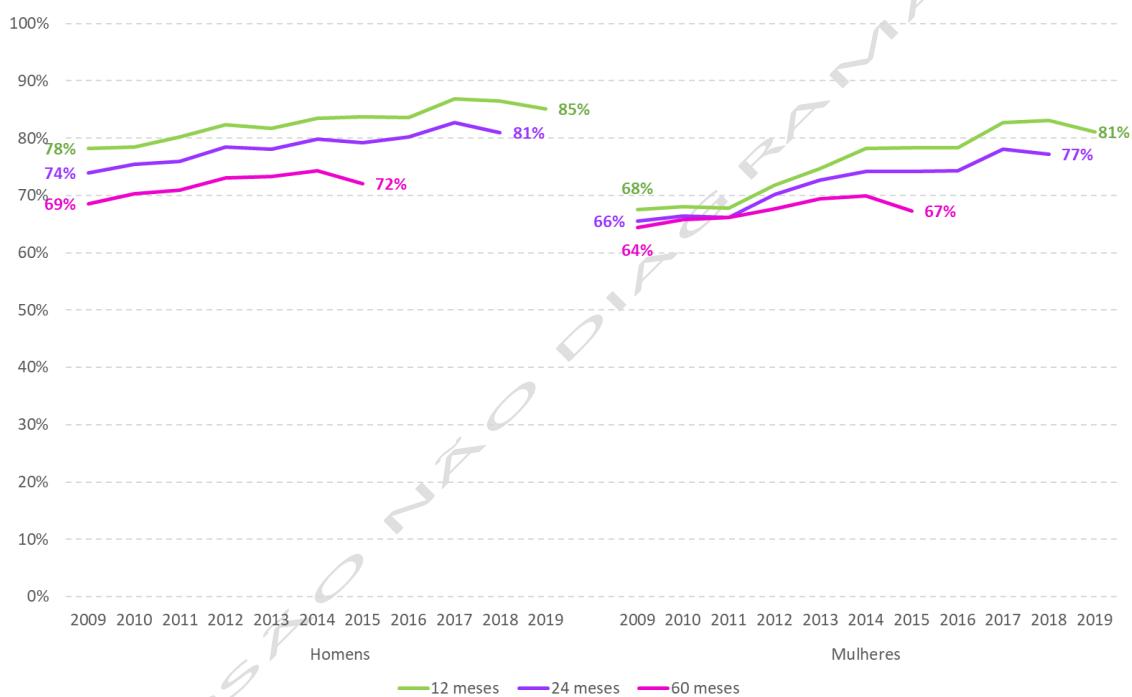


Figura 60. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por sexo. Brasil, 2009-2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

De forma semelhante aos indicadores de adesão e perda de seguimento, as melhores proporções de retenção são observadas entre os indivíduos autodeclarados brancos ou amarelos, em toda a série histórica (Figura 61). Entre aquelas PVHIV que iniciaram TARV no ano de 2019, 88% das autodeclaradas brancas ou amarelas estavam retidas 12 meses depois, enquanto entre as negras essa proporção foi de 83% e, entre as indígenas, de 68%. A retenção aos 24 meses entre aquelas PVHIV que iniciaram TARV em 2018 foi de 84% entre as brancas ou amarelas, 78% entre as negras e 71% entre as indígenas. Por fim, a retenção aos 60 meses, para aquelas que iniciaram terapia em 2015, foi de 76%, 67% e 58% entre brancas ou amarelas, negras e indígenas, respectivamente. No geral, a retenção apresentou padrão ascendente nos

anos estudados. No entanto, a retenção aos 12 meses mostrou uma ligeira queda nos dois últimos anos analisados (2018 e 2019), bem como houve redução no último ano analisado para as retenções após 24 e 60 meses (2018 e 2015, respectivamente). As variações mais irregulares entre os indivíduos indígenas podem ser justificadas pelo pequeno número de PVHIV nessa população.

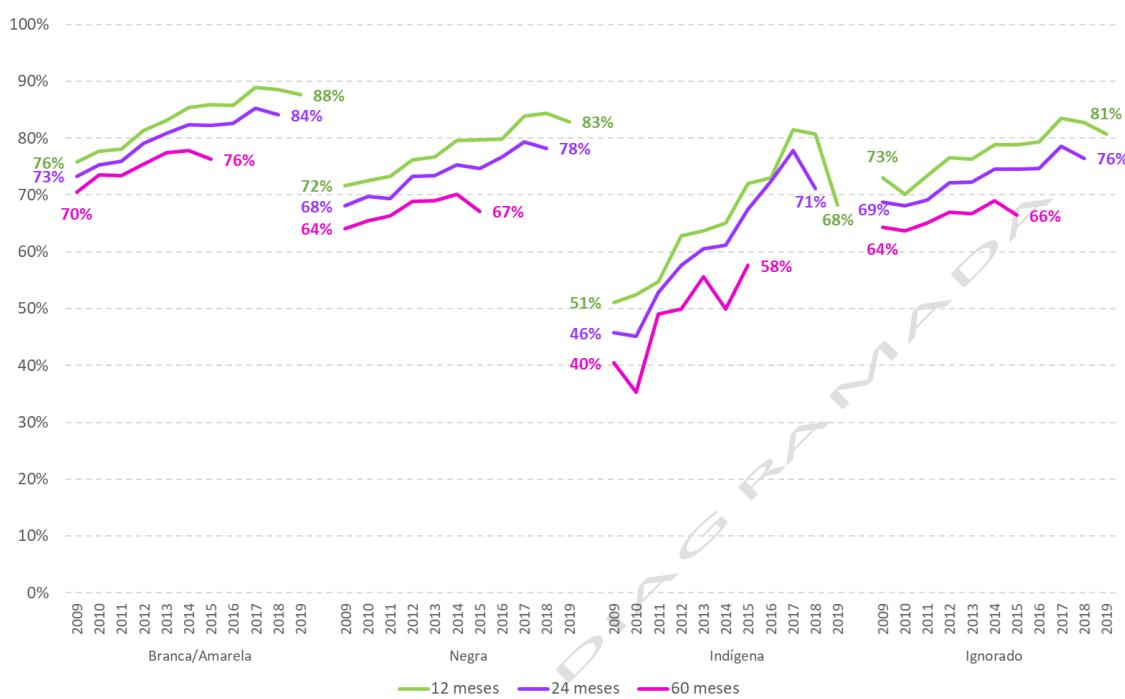


Figura 61. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por raça/cor. Brasil, 2009-2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quando analisada a retenção por faixas etárias, observa-se tendência de aumento mais acentuada entre os indivíduos de 18 a 24 anos (Figura 62). Para essa faixa etária, das pessoas que iniciaram a TARV em 2009, apenas 52% apresentaram retenção após 12 meses, proporção que atingiu 83% entre aquelas que iniciaram a terapia em 2019, sendo essa última proporção bastante semelhante à observada entre os indivíduos de outras faixas etárias. A faixa etária de 12 a 17 anos, desde 2010, apresenta as menores proporções de retenção (12, 24 e 60 meses) e teve a maior queda (5%) observada em relação ao ano anterior quando analisada a retenção aos 12 meses para os indivíduos que iniciaram TARV em 2019. As proporções de retenção aos 12 e 24 meses entre as pessoas que iniciaram TARV em 2019 e 2018, respectivamente, foram próximas entre as faixas etárias a partir de 18 anos (variando de 83% a 85% na retenção de 12 meses e de 79% a 81% na retenção de 24 meses). Com relação à retenção aos cinco anos, para os indivíduos que iniciaram TARV em 2015, também foram observadas proporções semelhantes entre os grupos de adultos de 18 anos ou mais (variando de 68% a 72%), enquanto os adolescentes (12 a 17 anos) apresentaram proporções inferiores: 54%.

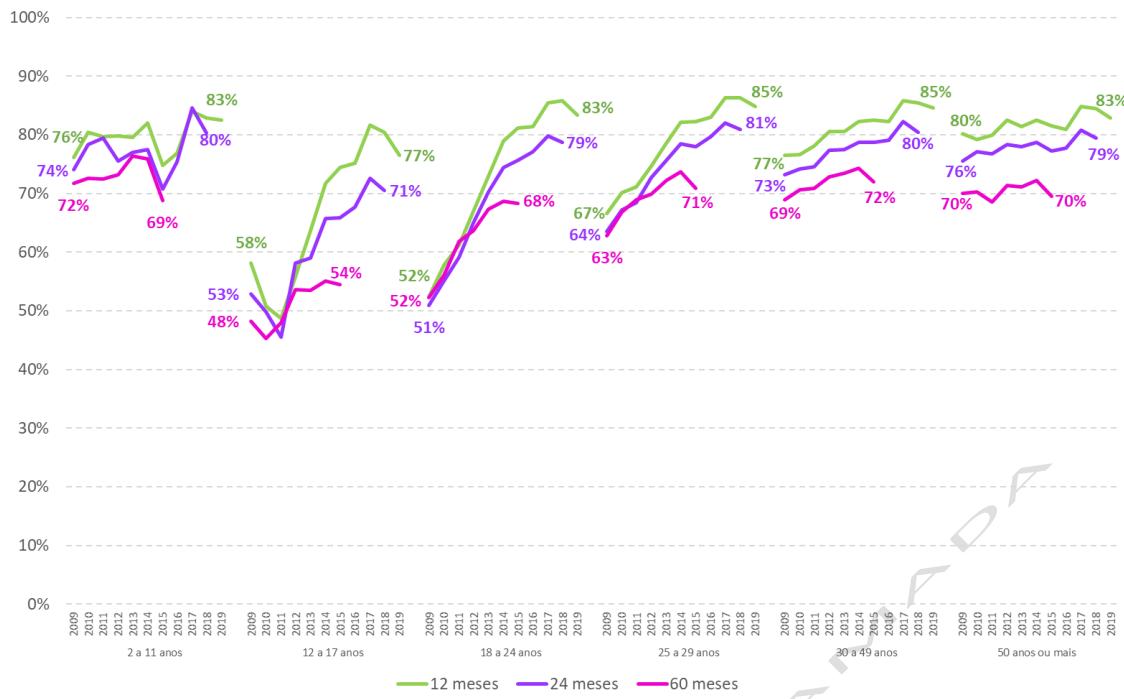


Figura 62. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por faixa etária. Brasil, 2009-2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A Figura 63 mostra a retenção por escolaridade (em anos de estudo). Diferenças importantes são observadas entre as PVHIV mais escolarizadas quando comparadas às menos escolarizadas: 91% e 81% de retenção após 12 meses para aquelas que iniciaram TARV em 2019; 88% e 76% de retenção após 24 meses para aquelas que iniciaram TARV em 2018; e 81% e 67% de retenção após 60 meses para aquelas que iniciaram TARV em 2015.

Nas Figuras 64 a 67, são apresentadas, por UF, a retenção aos 12 meses para os indivíduos que iniciaram terapia em 2019, aos 24 meses para os que a iniciaram em 2018 e aos 60 meses para os que iniciaram TARV em 2015, representando, assim, três coortes distintas de início de tratamento.

A Figura 64 mostra que as maiores proporções de PVHIV que iniciaram TARV em 2019 e estavam retidas após 12 meses foram observadas entre aquelas residentes em Minas Gerais (90%). Treze UF apresentaram retenção inferior à média nacional (85,4%), a saber: 84% no Mato Grosso do Sul; 82% em Tocantins e Goiás; 81% em Sergipe; 80% no Ceará, Amazonas, Amapá, Piauí e Alagoas; 79% no Maranhão; 78% no Pará; 75% no Acre e 71% em Roraima.

De acordo com a Figura 65, observa-se que a retenção 24 meses depois do início da TARV entre aquelas PVHIV que iniciaram a terapia em 2018 variou de 86% em Minas Gerais e 85% no Distrito Federal e Rio Grande do Norte a 70% no Amapá e 57% em Roraima.

Com respeito à retenção ao final de 60 meses de tratamento, entre as PVHIV que iniciaram terapia em 2014, dez UF apresentaram valores superiores à média nacional (71%), sendo que Rio Grande do Norte e Santa Catarina (76%) e Distrito Federal e Minas Gerais (75%) apresentaram os maiores valores (Figura 66). Já no Amazonas (57%) e Amapá e Roraima (54%), a retenção 60 meses após o início da TARV não ultrapassou 60%.

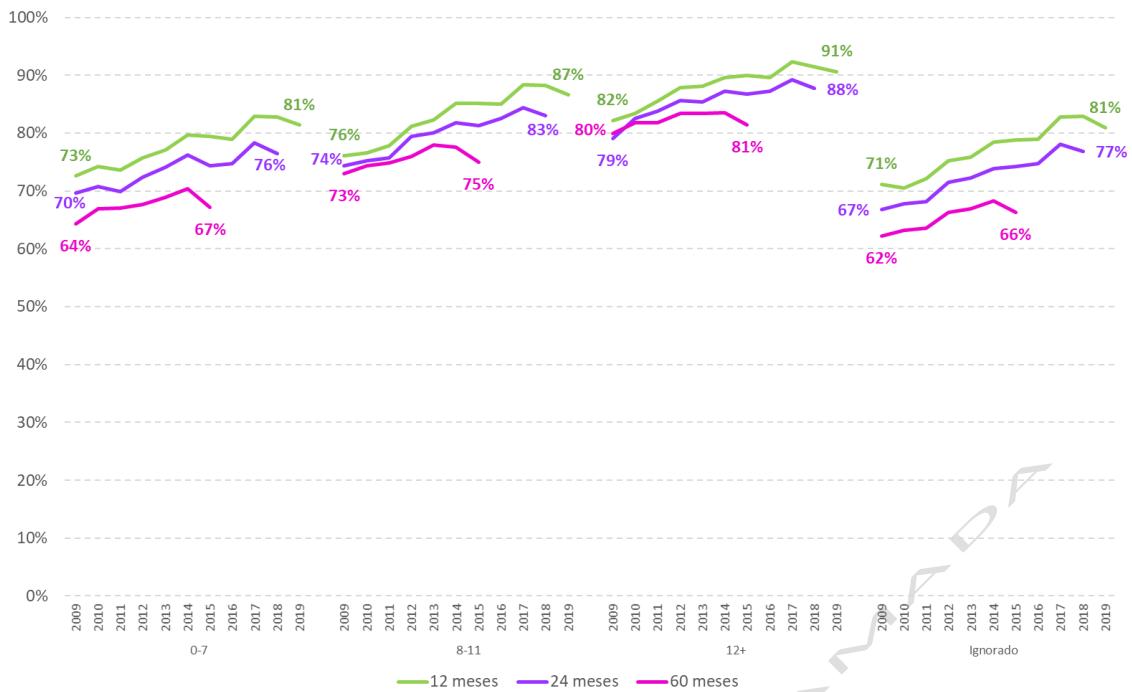


Figura 63. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que permaneceram retidas à TARV após 12, 24 e 60 meses do início, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2009-2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

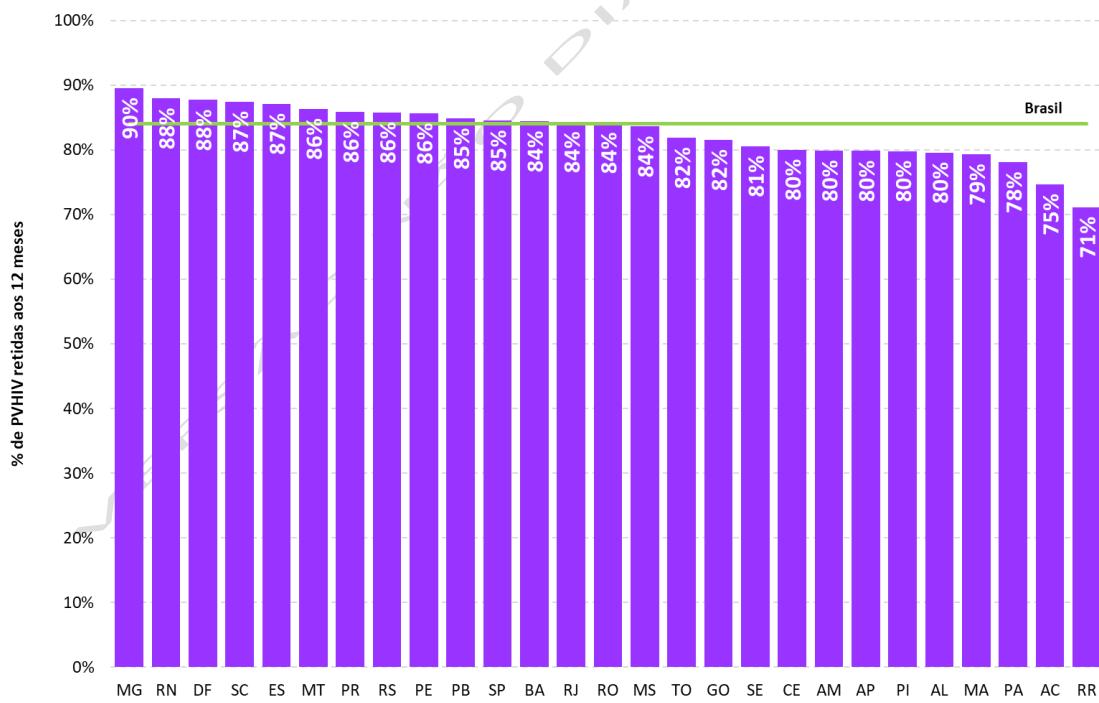


Figura 64. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2019 e permaneceram retidas à TARV após 12 meses, por UF. Brasil, 2019

Fonte: DCCI/SVS/MS.

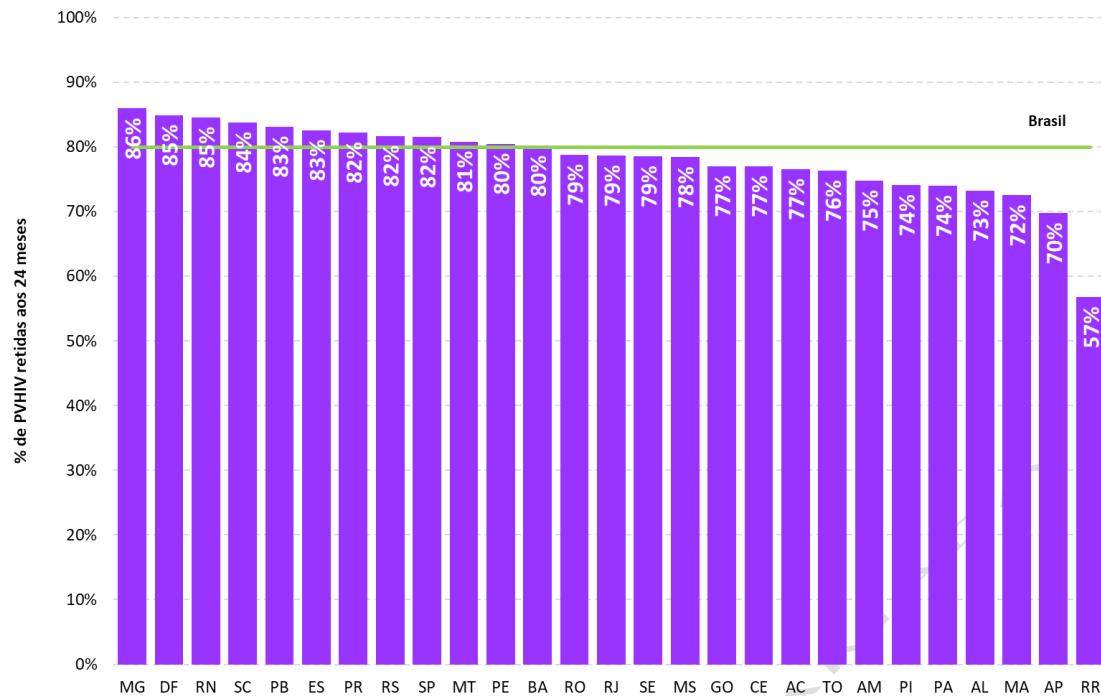


Figura 65. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2018 e permaneceram retidas à TARV após 24 meses, por UF. Brasil, 2018

Fonte: DCCI/SVS/MS.



Figura 66. Proporção de PVHIV de dois anos e mais que iniciaram tratamento em 2015 e permaneceram retidas à TARV após 60 meses, por UF. Brasil, 2015

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.10 Supressão viral

Quando analisada a carga viral das PVHIV com dois anos e mais, com pelo menos seis meses de tratamento, pode-se observar que até setembro de 2021, 95% apresentavam carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL e, considerando o corte de 50 cópias/mL, a proporção correspondente foi de 89% (Figura 67).

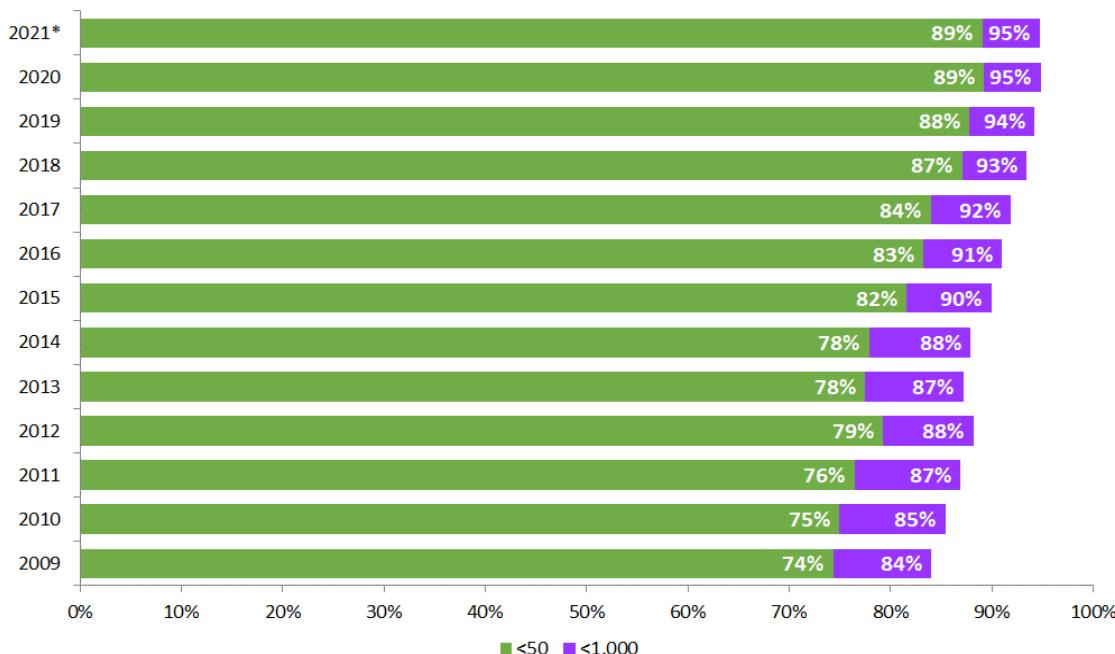


Figura 67. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo o ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 68 mostra que a proporção de PVHIV com dois anos de idade e mais em TARV há pelo menos seis meses com CV inferior a 1.000 cópias/mL e 50 cópias/mL foi menor entre as mulheres, quando comparadas aos homens, durante todo o período analisado. Até setembro de 2021, 95% dos homens e 94% das mulheres em TARV apresentaram supressão viral, considerando o corte de 1.000 cópias/mL, e 90% e 87%, respectivamente, considerando o corte de 50 cópias/mL.

Entre 2009 e os primeiros nove meses de 2021, observa-se, de acordo com a Figura 69, que houve uma diminuição das diferenças na supressão viral observadas no início e no fim do período analisado, mantendo-se o gradiente de aumento da resposta virológica com o aumento da idade. As PVHIV de 18 a 24 anos tiveram o maior incremento (29%) na supressão viral, considerando o corte de 1.000 cópias/mL, cuja proporção passou de 71%, em 2009, para 92%, até setembro de 2021. Considerando o corte de 50 cópias/mL, o maior incremento foi observado entre as PVHIV de 12 a 17 anos (50%), cuja taxa aumentou de 51% para 76%, no mesmo período. Crianças de dois a 11 anos obtiveram a pior resposta ao tratamento dentre todas as faixas etárias (81%), não alcançando, até setembro de 2021, o resultado observado entre PVHIV de 50 anos e mais em 2009, que foi de 89%, considerando o corte de 1.000 cópias/mL. Ressalta-se ainda que as duas faixas etárias mais jovens analisadas (PVHIV com até 17 anos de idade) não atingiram o

patamar de supressão viral de 90% durante todo o período analisado, também para o corte de 1.000 cópias/mL.

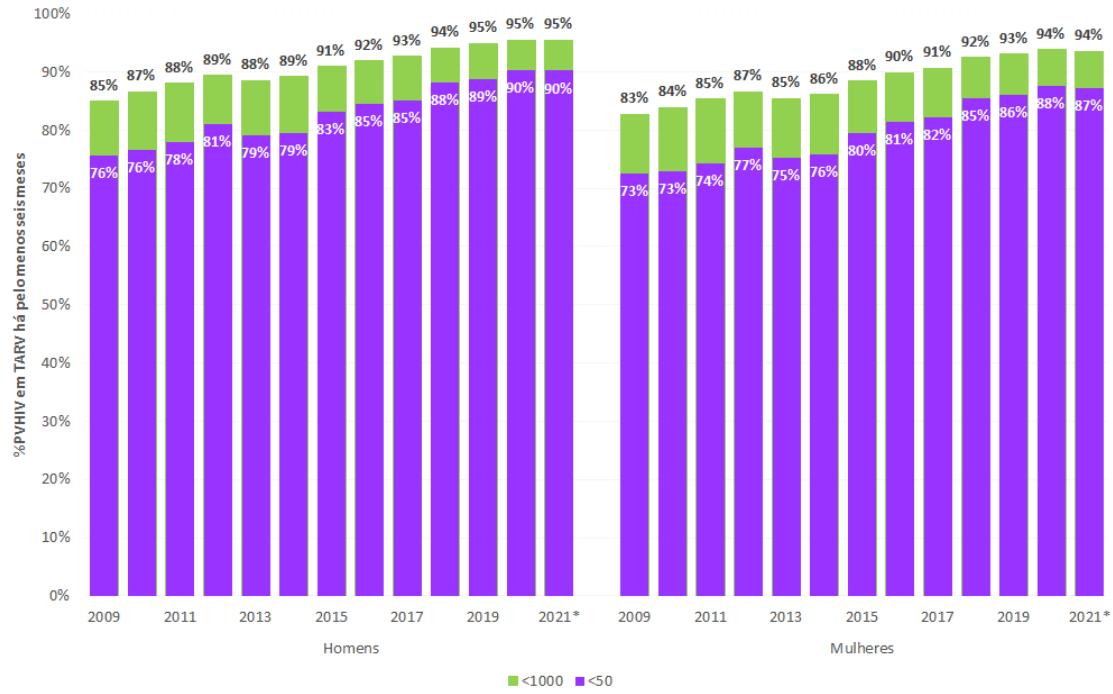


Figura 68. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo o sexo, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

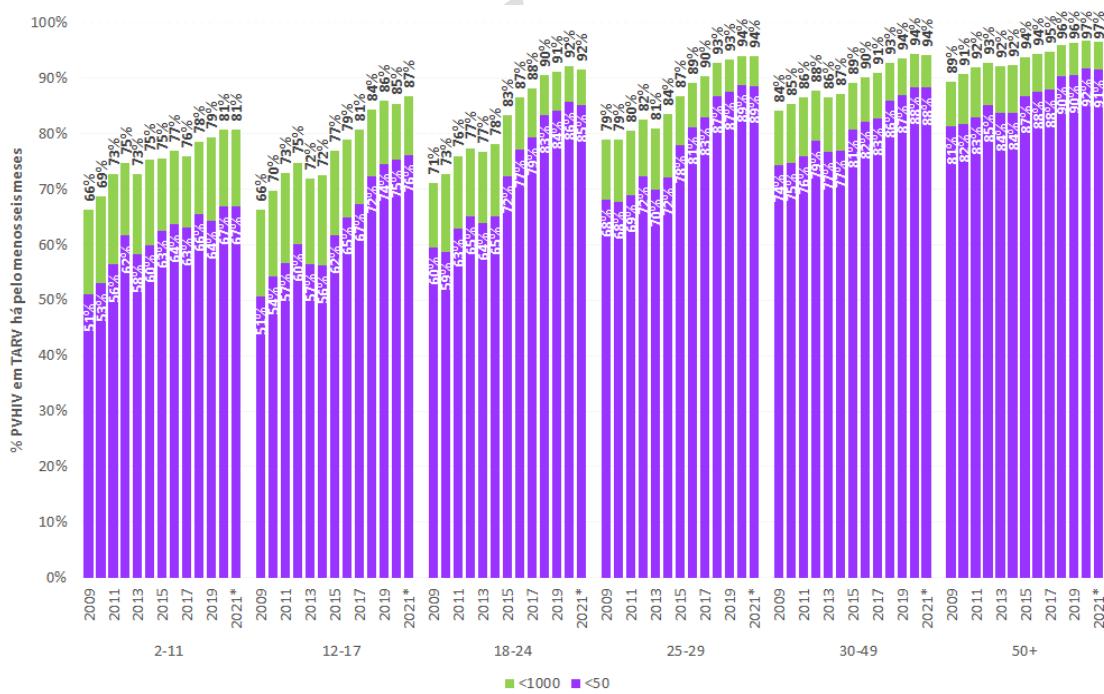


Figura 69. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo a faixa etária, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

No que se refere à raça/cor, durante todo o período analisado, as PVHIV autodeclaradas brancas apresentaram as maiores proporções de supressão viral quando comparadas às outras raças/cores, atingindo 96% de supressão, considerando o corte de 1.000 cópias/mL, e 91%, considerando o corte de 50 cópias/mL (Figura 70). A população indígena apresentou os piores resultados de supressão até setembro de 2021; apesar da melhora em relação ao ano anterior, esse dado precisa ser analisado com cautela, pois essas flutuações são esperadas devido ao menor número de indivíduos em análise.

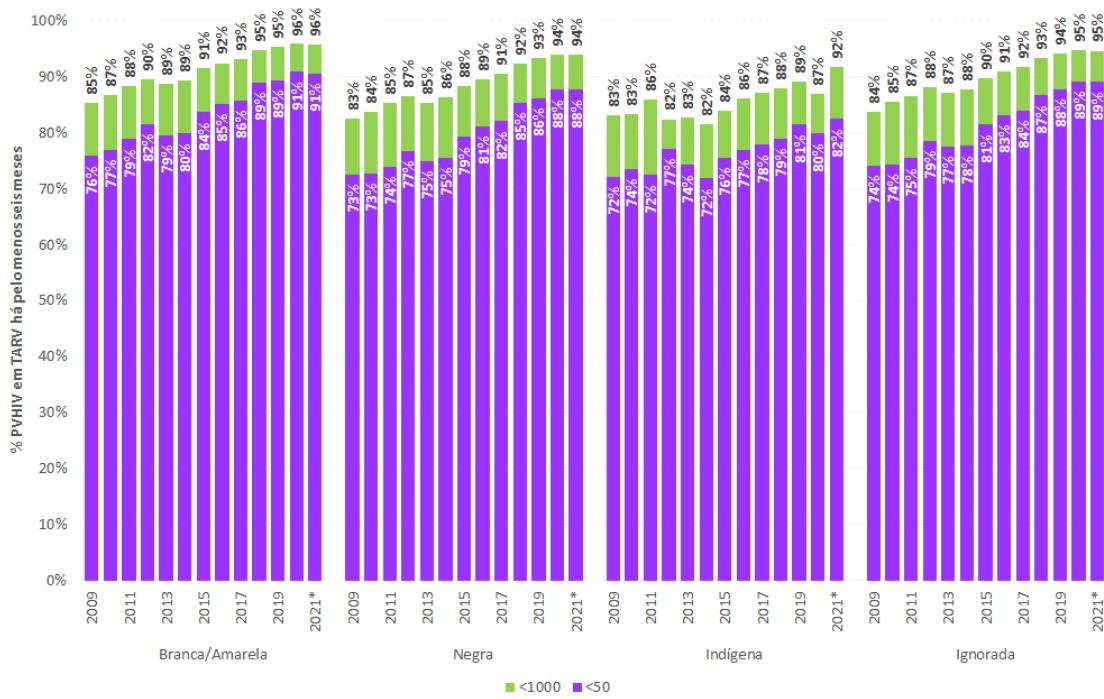


Figura 70. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo raça/cor, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A análise da estratificação por escolaridade mostra que as maiores proporções de PVHIV em supressão viral encontram-se entre as pessoas com mais tempo de estudo (Figura 71). No entanto, ao longo dos anos, percebe-se uma diminuição das diferenças na supressão viral observadas no início e no fim do período analisado, quando se comparam os dados entre as pessoas de menor e maior escolaridade. Nos primeiros nove meses de 2021, a proporção de supressão viral considerando os cortes de 1.000 e 50 cópias/mL foram 97% e 93% entre os mais escolarizados, respectivamente, e 93% e 86% entre os menos escolarizados, respectivamente.

Na Figura 72, apresenta-se a carga viral entre as PVHIV em TARV há pelo menos seis meses até setembro de 2021, por UF. Destaca-se o desempenho do Distrito Federal, com 93% na proporção de PVHIV com CV <50 cópias/mL. As menores proporções de supressão viral, considerando o corte de 1.000 cópias/mL, foram encontradas no Amapá e Pará (92% e 91%, respectivamente); ambos os estados também apresentaram a menor proporção de supressão viral com o corte de 50 cópias/mL (85% e 84%, respectivamente). É importante observar, também, que pouco mais de 5% das PVHIV residentes no Pará apresentavam CV \geq 10.000 cópias/mL.

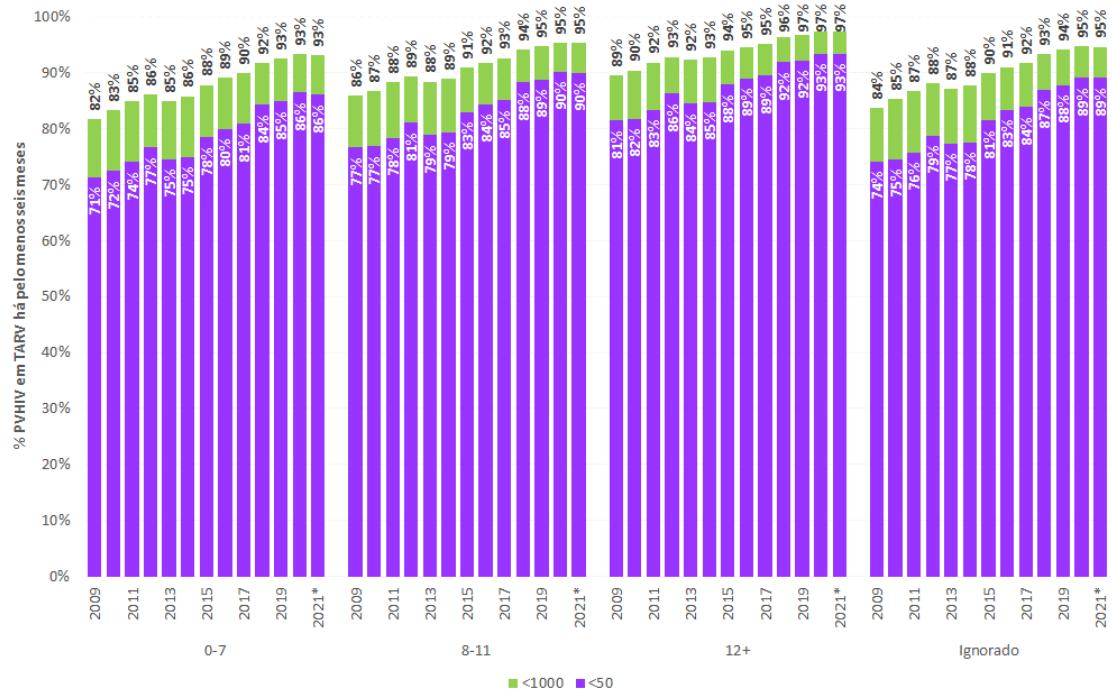


Figura 71. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses, com CV <50 cópias/mL e com CV <1.000 cópias/mL, segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

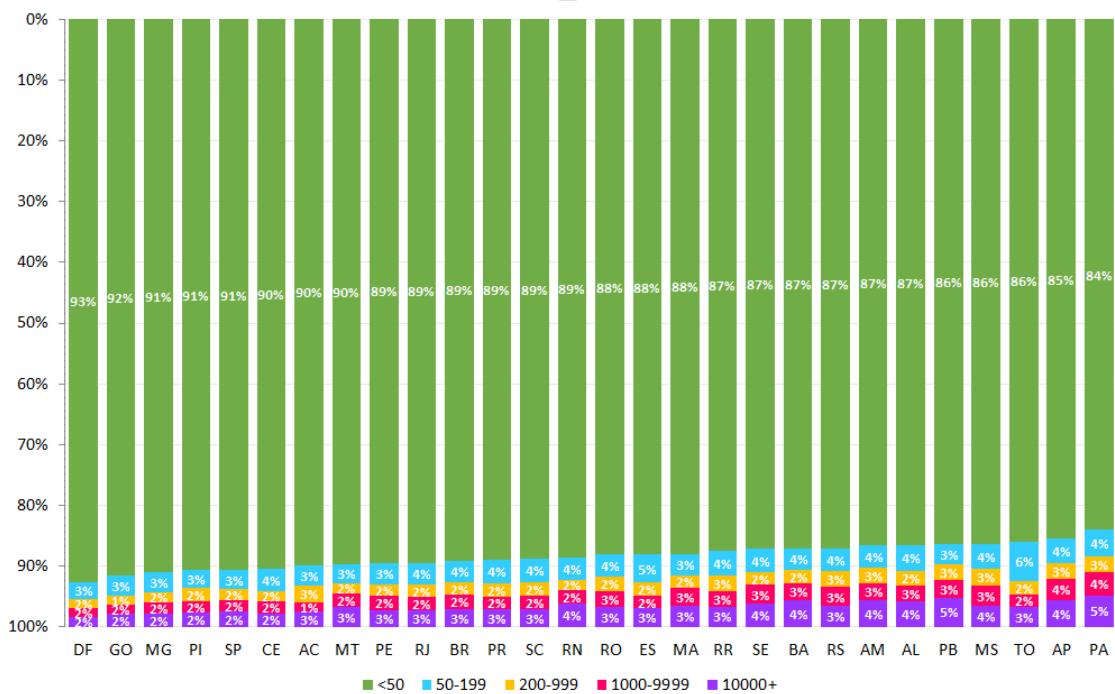


Figura 72. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses segundo valor da carga viral, por UF. Brasil, 2020

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na Figura 73, apresenta-se a carga viral entre as PVHIV em TARV há pelo menos seis meses nos primeiros nove meses de 2021, por capital. Destaca-se o desempenho de Belo Horizonte, com 94% na proporção de PVHIV com CV <50 cópias/mL. Belém apresentou a menor proporção de supressão viral, considerando o corte de 1.000 cópias/mL (91%) e o corte de 50 cópias/mL (83%). É importante observar, também, que pouco mais de 5% das PVHIV residentes em Belém apresentavam CV ≥10.000 cópias/mL.

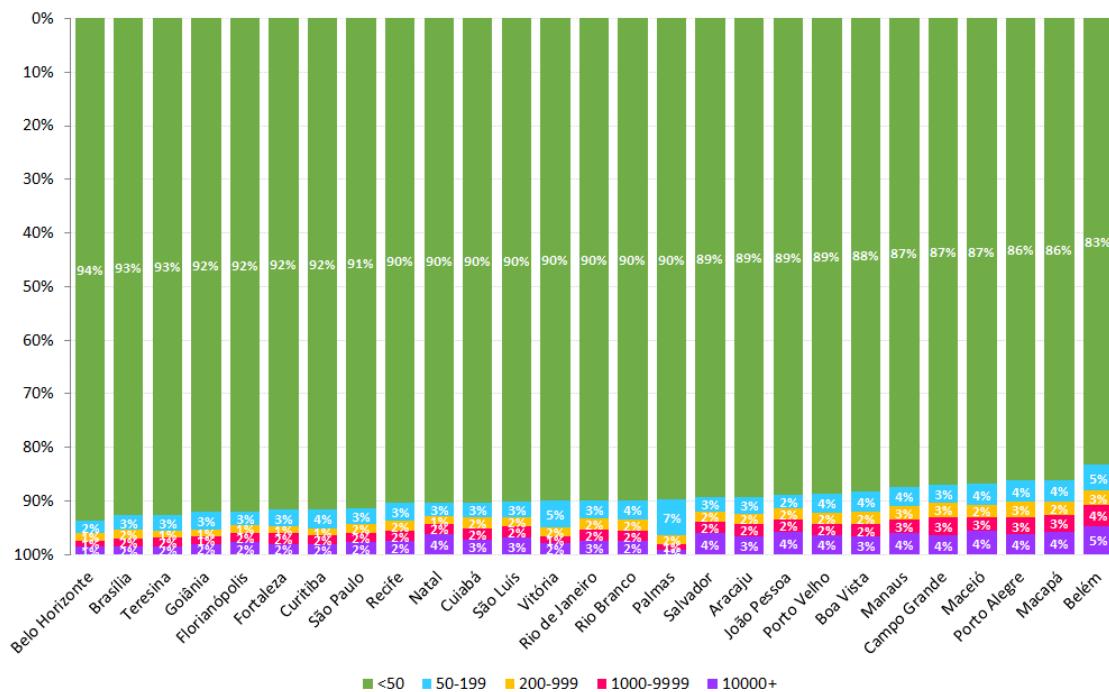


Figura 73. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos seis meses segundo valor da carga viral, por capital. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

2.11 Supressão viral sustentada

Na análise das PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, apresentada na Figura 74, pode-se observar um aumento de 50% na proporção de pessoas em supressão viral sustentada, ou seja, pessoas que permaneceram, pelo menos por dois anos, com carga viral inferior a 50 cópias/mL, quando comparados os dados de 2009 e os primeiros nove meses de 2021.

Na análise por sexo (Figura 75), percebe-se que a proporção de PVHIV em TARV há pelo menos dois anos com supressão viral sustentada, considerando o corte de 50 cópias/mL, foi maior entre os homens quando comparados às mulheres, durante todo o período analisado. Até setembro de 2021, 79% dos homens e 74% das mulheres em TARV apresentaram supressão viral sustentada abaixo de 50 cópias/mL, um acréscimo de 48% e 52%, respectivamente, quando comparados a 2009.

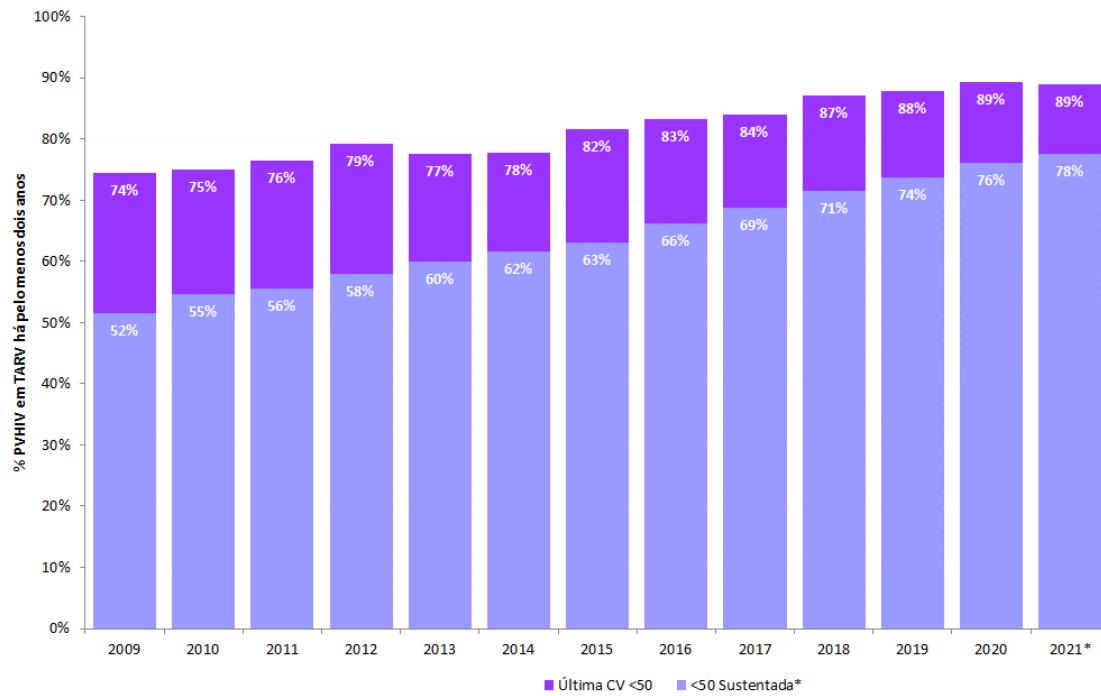


Figura 74. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*PVHIV em TARV há pelo menos dois anos e com CV suprimida nesse período.

**Dados até setembro/2021.

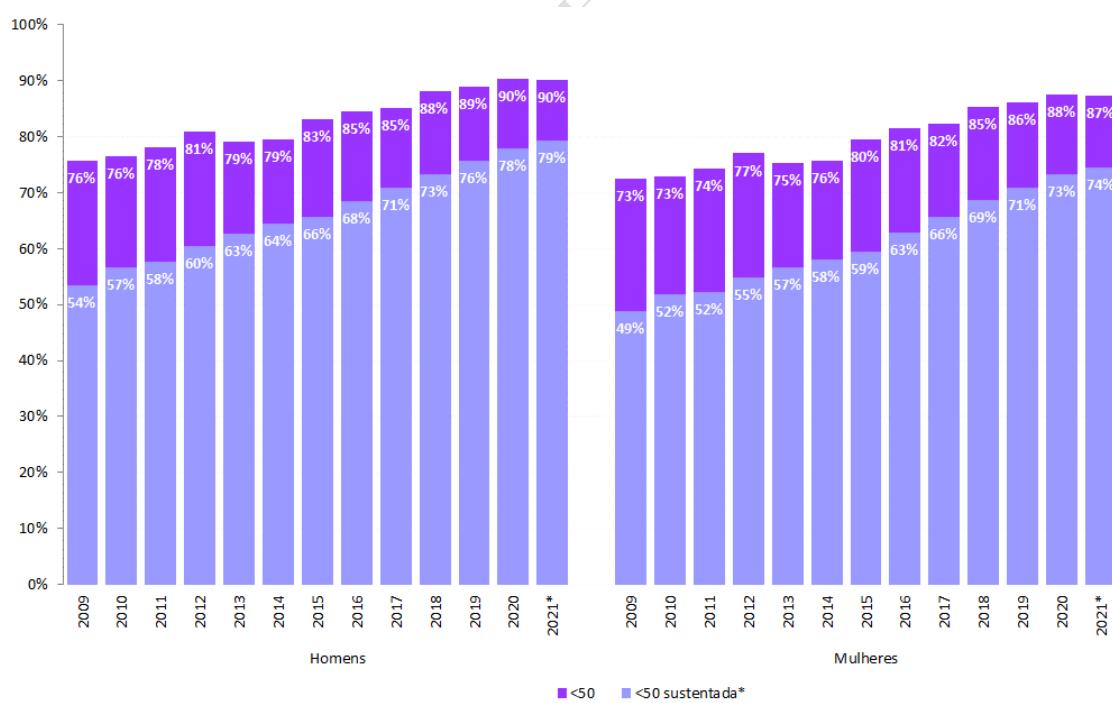


Figura 75. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo sexo, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*PVHIV em TARV há pelo menos dois anos e com CV suprimida nesse período.

**Dados até setembro/2021.

A Figura 76 mostra que, quanto mais elevada a faixa etária, maior a proporção de pessoas em TARV há pelo menos dois anos com supressão viral sustentada nesse período. Ressalta-se que apenas 55% das PVHIV com 12 a 17 anos possuem carga viral sustentada até setembro de 2021. As PVHIV com 18 a 24 anos apresentaram maior incremento dessa taxa ao longo do período analisado (135%). A proporção de supressão viral sustentada entre as PVHIV com 50 anos ou mais foi de 81% nos primeiros nove meses de 2021, e o incremento em relação a 2009 foi de 36%, o menor observado entre os grupos etários analisados.

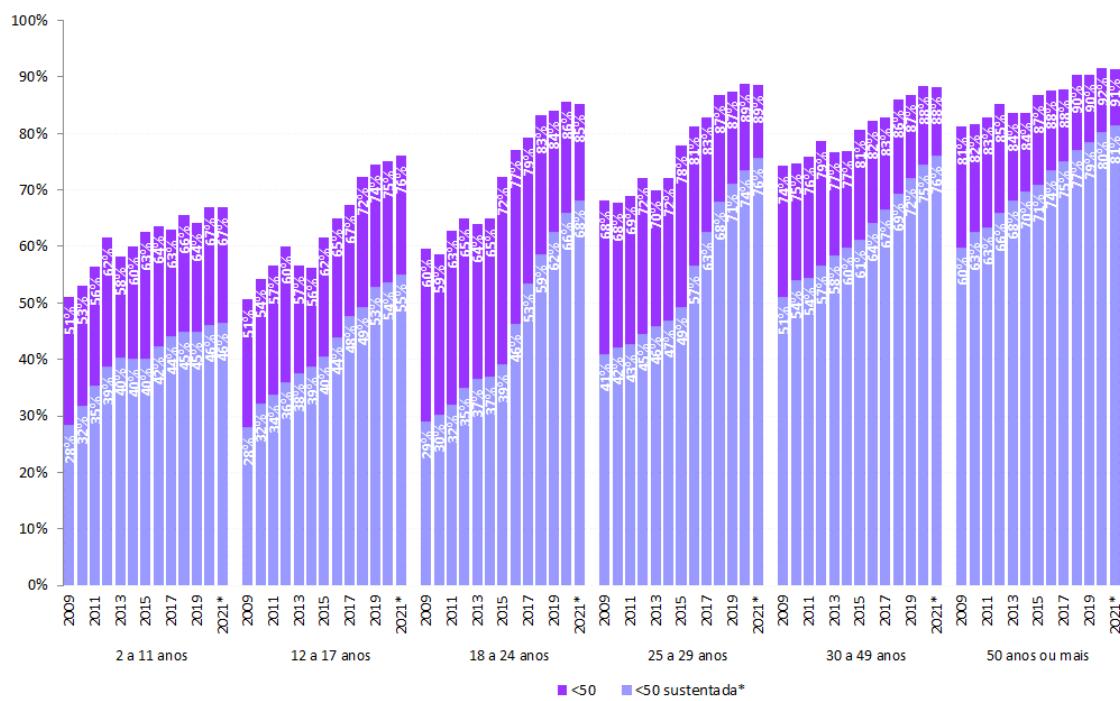


Figura 76. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo faixa etária, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*PVHIV em TARV há pelo menos dois anos e com CV suprimida nesse período.

**Dados até setembro/2021.

Na estratificação por raça/cor, até setembro de 2021, as maiores proporções de PVHIV com supressão viral sustentada, considerando carga viral inferior a 50 cópias/mL, foram encontradas entre as pessoas autodeclaradas brancas ou amarelas (79%) (Figura 77).

Quando desagregados por escolaridade (Figura 78), os dados mostram que, em todo o período analisado, a proporção de pessoas com supressão viral sustentada é diretamente proporcional ao número de anos de estudo. Nos primeiros nove meses de 2021, aproximadamente 73% das PVHIV com até sete anos de estudo, 78% daquelas com oito a 11 anos e 84% daquelas com 12 anos e mais de estudo apresentaram supressão sustentada por pelo menos dois anos.

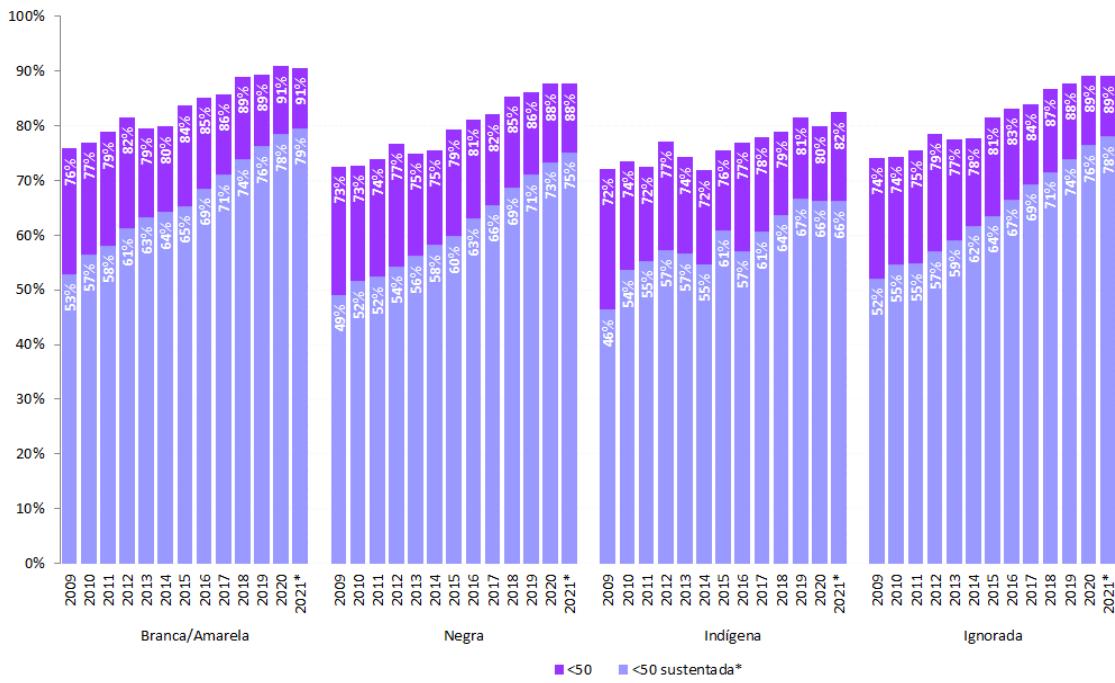


Figura 77. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo raça/cor, por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*PVHIV em TARV há pelo menos dois anos e com CV suprimida nesse período.

**Dados até setembro/2021.

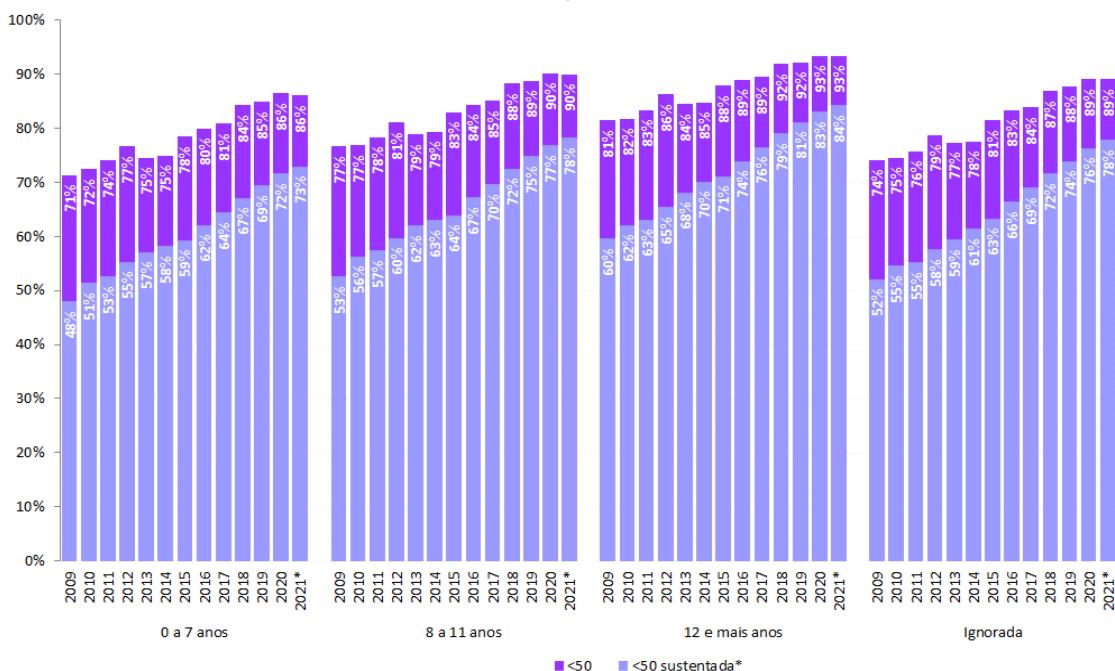


Figura 78. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos, com CV <50 cópias/mL e com CV <50 cópias/mL sustentada, segundo escolaridade (em anos de estudo), por ano da coleta da CV. Brasil, 2009-2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*PVHIV em TARV há pelo menos dois anos e com CV suprimida nesse período.

**Dados até setembro/2021.

A Figura 79 mostra a supressão sustentada estratificada por UF em 2009 e setembro de 2021. Nos primeiros nove meses de 2021, 12 UF apresentaram proporções maiores que a nacional (que foi de aproximadamente 78%), a saber: Piauí, com 84%; Distrito Federal e Acre, com 83%; Goiás, com 82%; Ceará, Mato Grosso e Minas Gerais, com 80%; São Paulo, com 79%; e Rio de Janeiro, Maranhão, Roraima e Pernambuco, com 78%. Amazonas e Pará apresentaram as menores proporções: 72% e 71%, respectivamente.

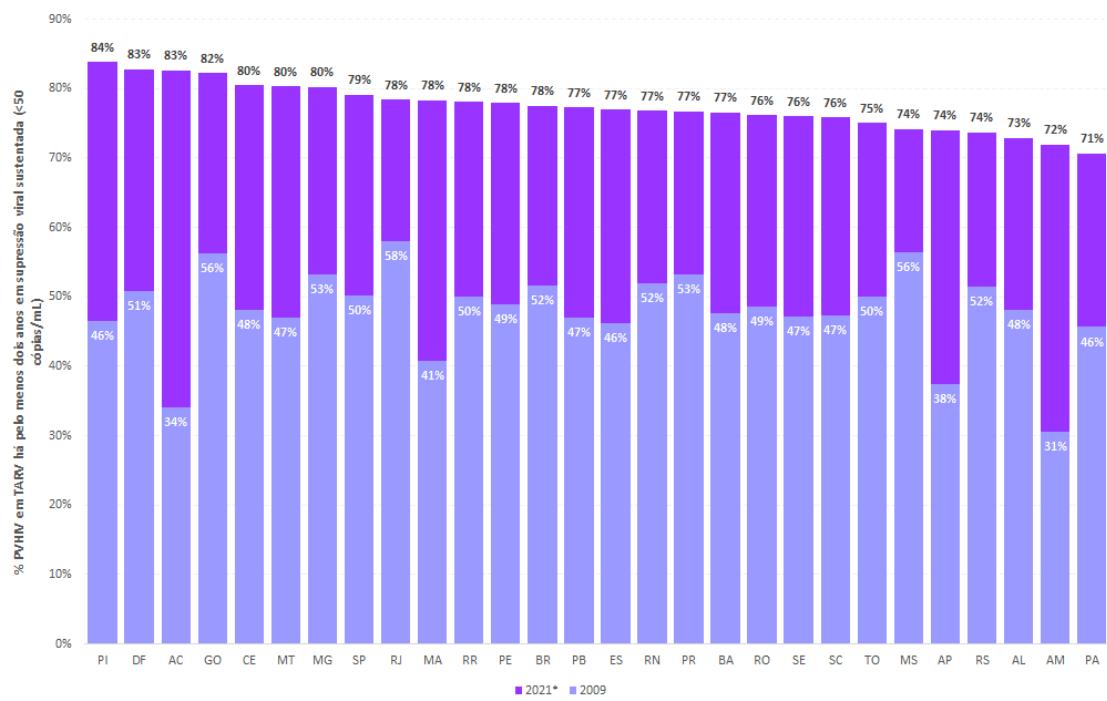


Figura 79. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos com CV <50 cópias/mL sustentada, por UF. Brasil, 2009 e 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

A Figura 80 mostra a supressão sustentada estratificada por capital em 2009 e setembro de 2021. Nos primeiros nove meses de 2021, Teresina foi a capital que apresentou a maior proporção de supressão viral sustentada (87%), seguida por Belo Horizonte (84%). Apesar do maior incremento (151%) verificado em Manaus, em 2021, quando comparado com 2009, essa capital teve 73% das PVHIV com supressão sustentada em 2021, juntamente com Porto Alegre e Maceió. Por fim, observa-se Belém com 69%, a menor proporção dentre as capitais.

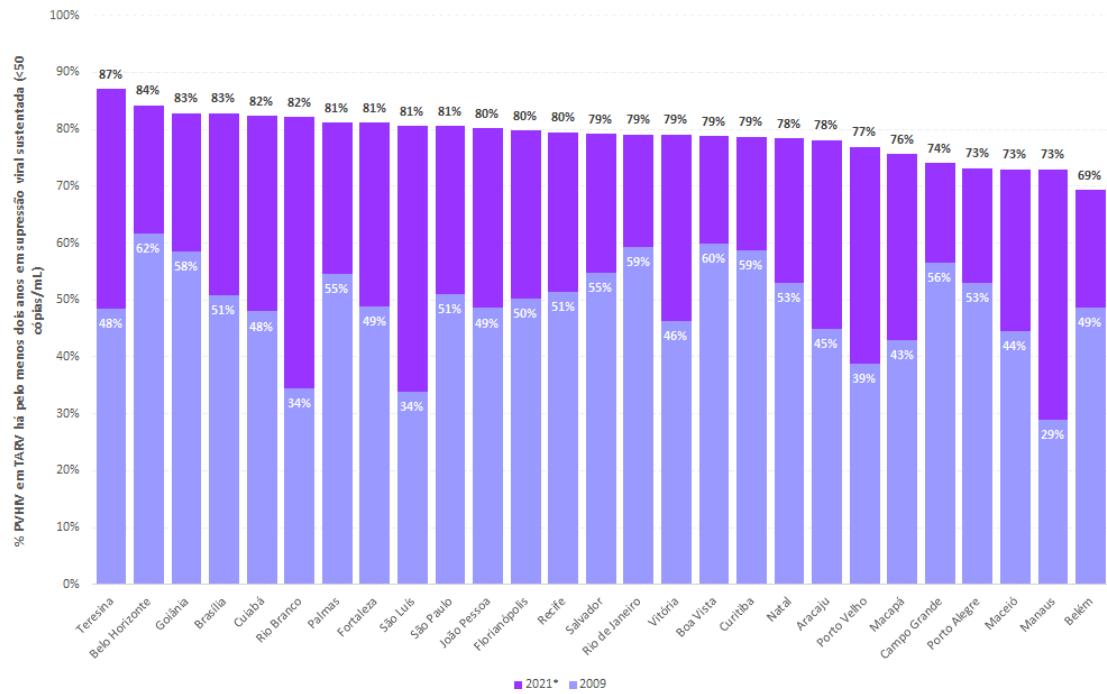


Figura 80. Proporção de PVHIV com dois anos e mais, em TARV há pelo menos dois anos com CV <50 cópias/ml sustentada, por capital. Brasil, 2009 e 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

3 PERFIL DE RESISTÊNCIA DO HIV AOS ANTIRRETROVIRAIS EM PVHIV DE 12 ANOS E MAIS EM TARV

A Figura 81 mostra o perfil de resistência adquirida do HIV aos inibidores da protease (IP) e da transcriptase reversa análogos (ITRN) e não análogos (ITRNN) de nucleosídeos, no período de 2009 a setembro de 2021, e aos inibidores da integrase (INI), de 2015 a setembro de 2021, em amostras de PVHIV em TARV com 12 anos ou mais. Foram consideradas resistentes as linhagens virais cuja sequência nucleotídica apresentou mutações que somam no mínimo 15 pontos quando analisadas pelo Algoritmo de Interpretação de Resistência Genotípica (Programa HIVdb, Stanford)³.

Entre 2009 e 2020, observa-se uma tendência de declínio na resistência a todas as classes analisadas, em especial aos IP e aos INI e, a partir de 2015, aos ITRN (Figura 81).

Em 2021, há um aumento na resistência, com os maiores níveis de resistência adquirida registrados para os ITRN (59%), seguidos dos ITRNN (57%), INI (23%) e IP (12%). O maior nível de resistência registrado para os inibidores da transcriptase reversa pode estar relacionado à baixa barreira genética (número de mutações necessárias para a perda da atividade clínica do antirretroviral) (BLANCO *et al.*, 2011), assim como ao fato de os ITRN lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) comporem a base do esquema terapêutico inicial e, até 2017, o ITRNN efavirenz (EFV) ter sido a terceira droga utilizada no esquema preferencial para início da terapia ARV.

É interessante ressaltar que em 2021 houve uma queda no número de genotipagens realizadas (Figura 81). Considerando os desafios impostos pela pandemia de covid-19 aos serviços de saúde, a realização de genotipagens pode ter sido priorizada para os casos mais graves de infecção pelo HIV, o que se refletiu no aumento observado de resistência adquirida. Vale ainda notar que, nos últimos dois anos, registrou-se uma maior proporção de PVHIV que se atrasaram mais de um mês para a dispensação de TARV. É sabido que interrupções ou má adesão ao tratamento comprometem a supressão viral. Por sua vez, a replicação do vírus sob pressão seletiva impõe pela medicação em níveis não ótimos favorece a seleção de linhagens resistentes.

Considerando a resistência adquirida a diferentes classes de antirretrovirais em PVHIV que realizaram o teste de genotipagem convencional, a Figura 82 mostra que, entre 2016 e 2020, a resistência a duas ou mais classes diminuiu ao longo dos anos, voltando a aumentar em 2021.

Ao analisar o perfil de resistência adquirida aos IP (Figura 83), a tendência de declínio na resistência mostra-se evidente, entre 2009 a 2020, para todos os ARV analisados nessa classe. Entretanto, em 2021, houve um aumento na resistência, com o maior nível registrado para o atazanavir – ATV (11%), e o menor, para o darunavir – DRV (4%).

³ Disponível em <https://hivdb.stanford.edu/> (acesso em: 14/10/2021).

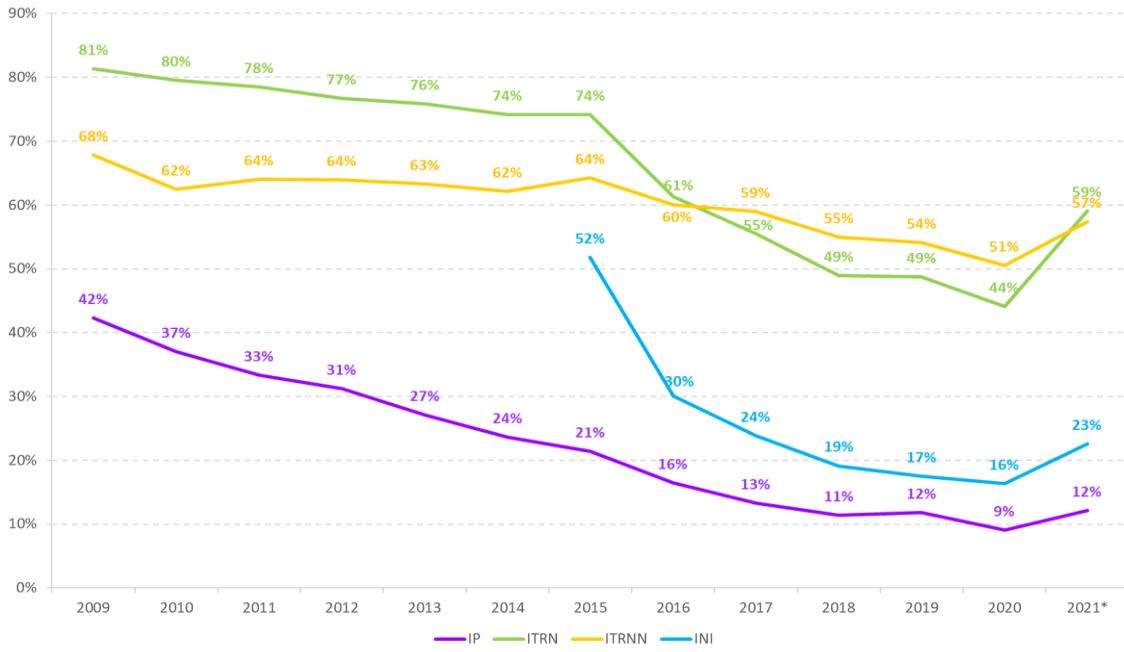


Figura 81. Perfil de resistência aos inibidores da protease e transcriptase reversa, em PVHIV com 12 anos ou mais, em uso de TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: IP = resistência a pelo menos um inibidor da protease; ITRN = resistência a pelo menos um inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo/nucleotídeo; ITRNN = resistência a pelo menos um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo; INI = resistência a pelo menos um inibidor da integrase.

*Dados até setembro/2021.

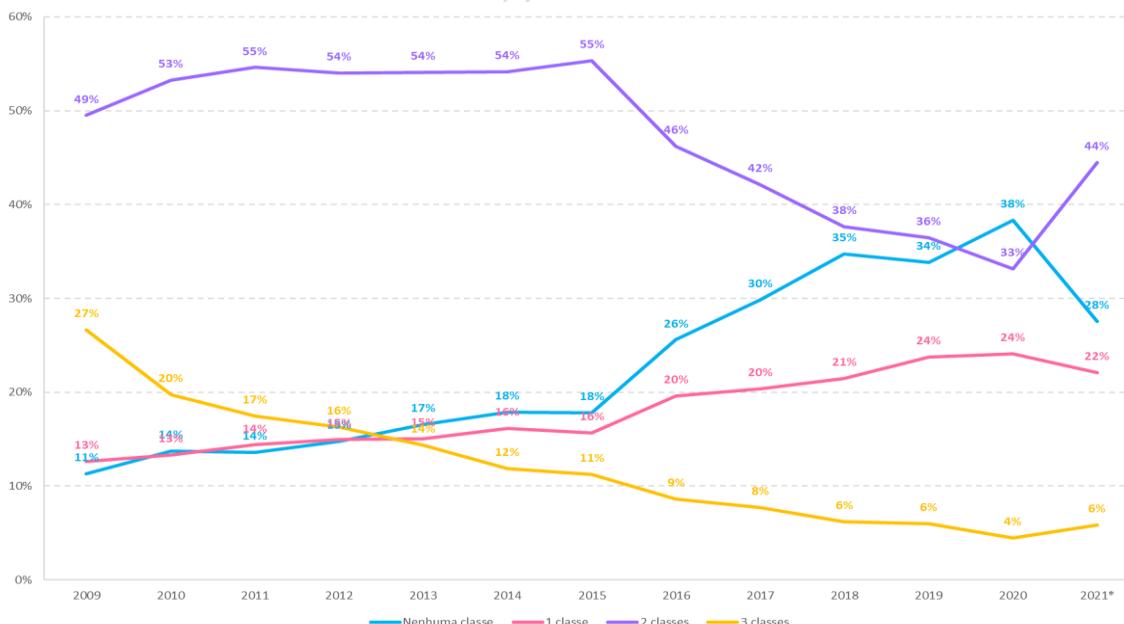


Figura 82. Perfil de resistência multiclasse (inibidores da protease, da transcriptase reversa análogos e não análogos de nucleosídeos), em PVHIV com 12 anos ou mais, em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2015-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

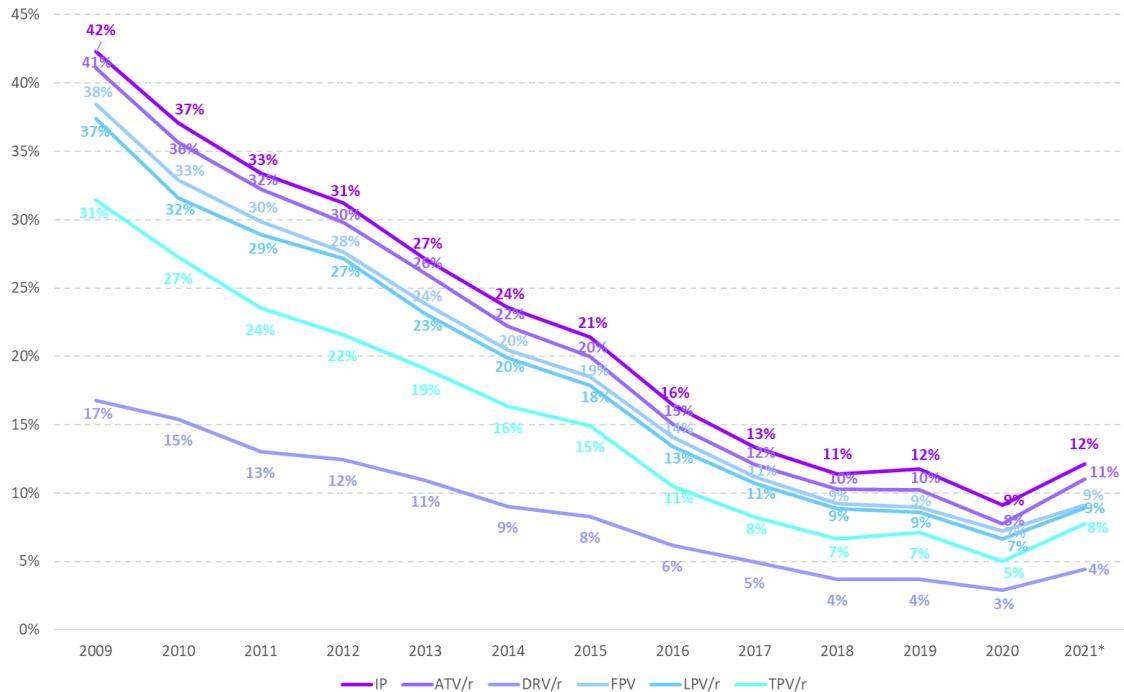


Figura 83. Perfil de resistência aos inibidores da protease (IP), em PVHIV com 12 anos ou mais em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: IP = inibidor da protease; ATV/r = atazanavir/ritonavir; DRV/r = darunavir/ritonavir; FPV = fosamprenavir; LPV/r = lopinavir/ritonavir; TPV/r = tipranavir/ritonavir.

*Dados até setembro/2021.

Considerando as classes ITRN e ITRNN separadamente (Figuras 84A e 84B, respectivamente), entre 2009 e 2020, observa-se uma tendência de declínio mais acentuada e constante para a resistência ao AZT, com uma redução de 75%. A partir de 2015, esse declínio torna-se mais evidente para os outros ITRN (ABC, FTC, 3TC e TDF) (Figura 79A) e para os ITRNN (EFV, ETR e NVP) (Figura 79B). Entretanto, em 2021, houve um aumento expressivo na resistência a ambas as classes, com os maiores níveis observados para os ITRN ABC (57%), TDF (56%), 3TC (54%) e FTC (54%) e para os ITRNN NVP (57%) e EFV (56%).

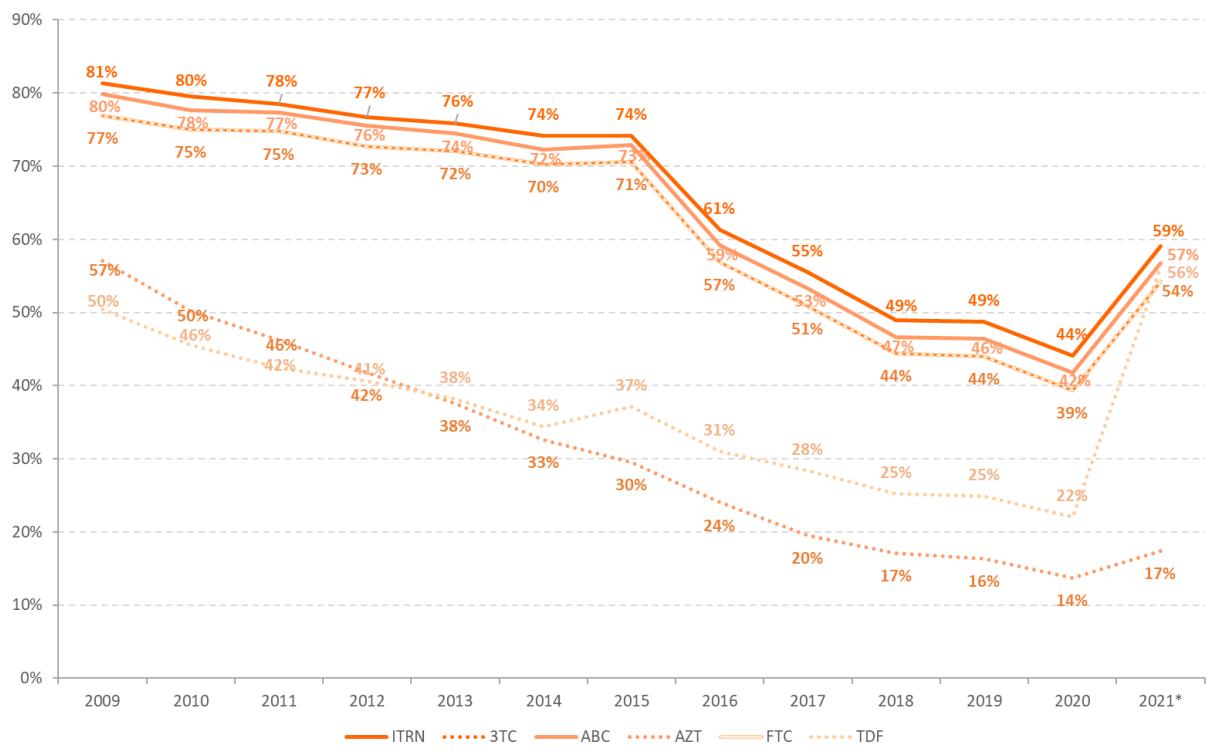
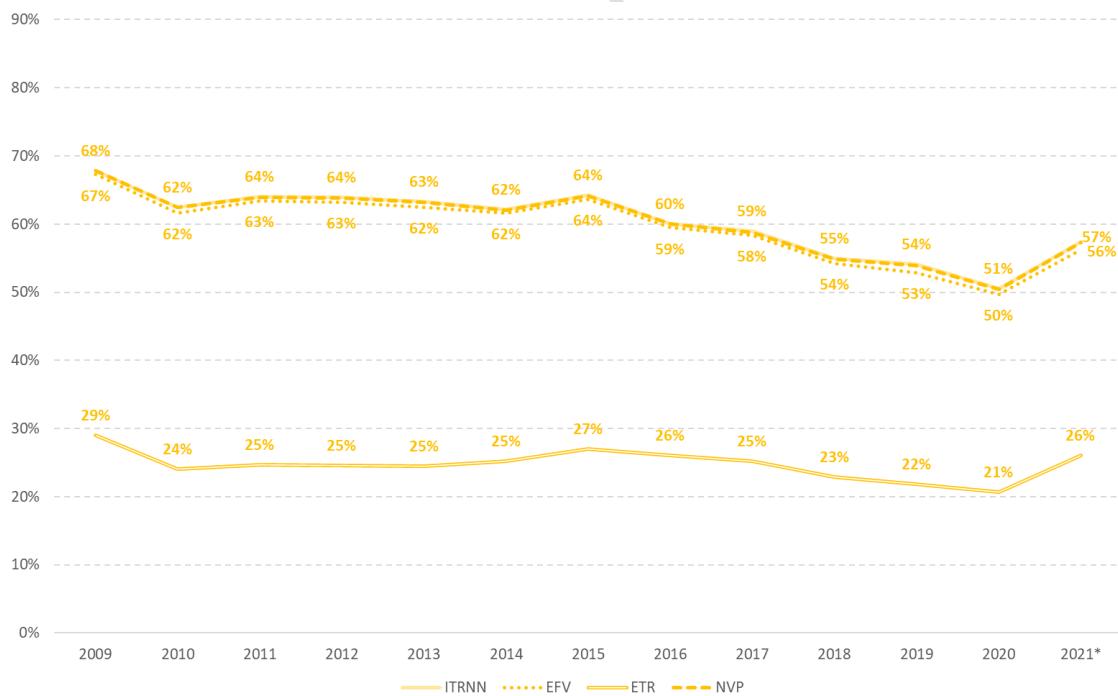
A**B**

Figura 84. Perfil de resistência aos inibidores da transcriptase reversa (A) análogos (ITRN) e (B) não análogos (ITRNN) de nucleosídeos, em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: ABC = abacavir; AZT = zidovudina; FTC = entricitabina; 3TC = lamivudina; TDF = tenofovir; EFV = efavirenz; ETR = etravirina; NVP = nevirapina.

*Dados até setembro/2021.

Quanto aos INI (Figura 85), entre 2015 e 2020, o declínio na resistência mostra-se evidente para ambos DTG e RAL. Contudo, em 2021, houve um aumento expressivo da resistência adquirida, registrando-se 23% para o RAL e 15% para o DTG.

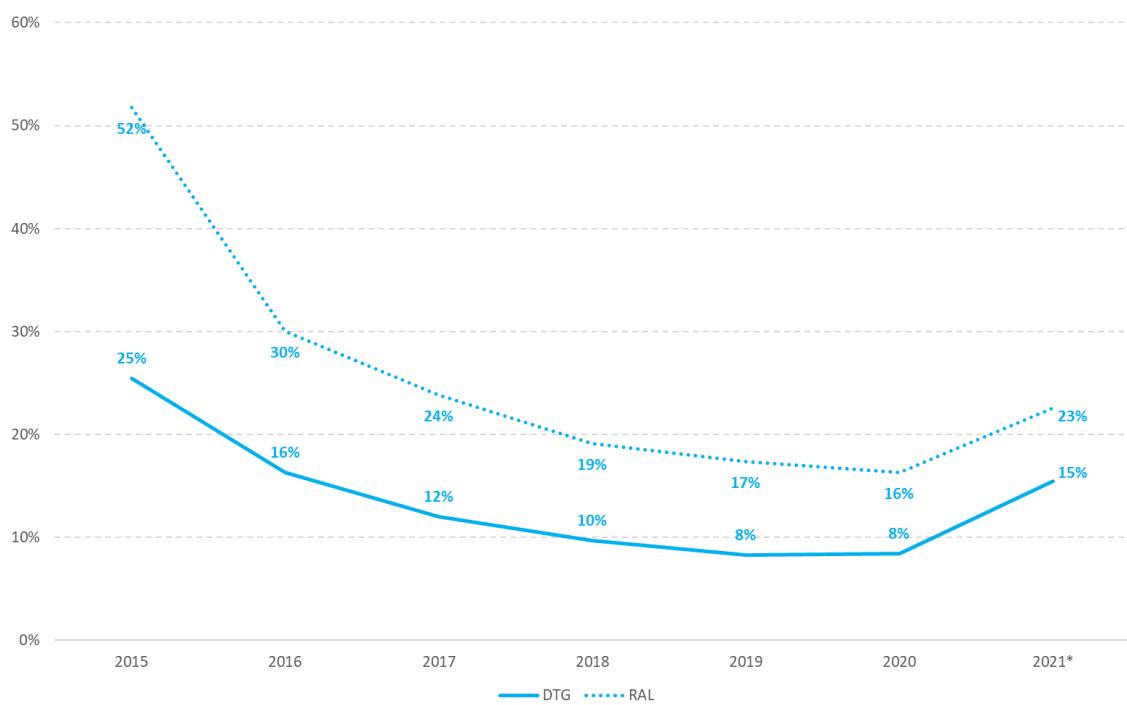


Figura 85. Perfil de resistência aos inibidores da integrase (INI), em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo ano de coleta da amostra. Brasil, 2009-2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: DTG = dolutegravir; RAL = raltegravir.

*Dados até setembro/2021.

Em 2021, a resistência a IP, ITRN, ITRNN e INI foi menor em indivíduos entre 18 e 24 anos. A resistência a IP, ITRN, ITRNN e INI foi maior em homens, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores níveis de resistência aos inibidores da transcriptase reversa e da integrase. A resistência adquirida aos INI foi maior nas capitais e em PVHIV com 12 ou mais anos de estudo e, aos IP, foi maior no interior. Quanto ao subtipo do HIV-1, observa-se maior resistência aos IP, ITRN e ITRNN em linhagens do subtipo B. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à raça/cor (Tabela 5).

Tabela 5. Perfil de resistência aos inibidores da protease e transcriptase reversa, em PVHIV em TARV por, no mínimo, 180 dias, que realizaram exame de genotipagem do HIV, segundo sexo, região, local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo), subtipo do HIV e número de antirretrovirais exposto. Brasil, 2021*

Características		Resistência do HIV			
		IP	ITRN	ITRNN	INI
Idade	12-17	8%	64%	59%	43%
	18-24	7%	45%	51%	10%
	25-29	7%	46%	53%	18%
	30-49	10%	61%	59%	24%
	50+	19%	64%	57%	25%
	p-valor*	<0,001	<0,001	0,051	<0,001
Sexo	Masculino	13%	69%	63%	26%
	Feminino	11%	49%	51%	10%
	p-valor*	0,029	<0,001	<0,001	<0,001
Região de residência	Norte	11%	68%	67%	39%
	Nordeste	14%	69%	61%	31%
	Sudeste	14%	56%	56%	18%
	Sul	10%	55%	55%	21%
	Centro-Oeste	8%	56%	54%	22%
	p-valor*	0,071	<0,001	0,005	0,012
Local de residência	Capital	10%	59%	59%	29%
	Interior	13%	59%	57%	19%
	p-valor*	0,044	0,733	0,369	0,003
Raça/cor	Branca/Amarela	13%	57%	56%	19%
	Negra	11%	59%	58%	24%
	Indígena	-	75%	75%	-
	Ignorada	14%	63%	57%	26%
	p-valor*	0,171	0,213	0,665	0,213
Escolaridade (em anos de estudo)	0-7 anos	12%	58%	57%	17%
	8-11 anos	11%	57%	59%	22%
	12 e mais anos	11%	63%	57%	36%
	Ignorada	13%	61%	56%	25%
	p-valor*	0,518	0,253	0,684	0,026
Subtipo do HIV	B	11%	59%	59%	22%
	C	8%	50%	50%	22%
	F	12%	60%	52%	24%
	Recombinantes	14%	64%	62%	20%
	Outros	11%	56%	78%	100%***
	Não definido	22%	71%	63%	35%
	p-valor*	<0,001	<0,001	<0,001	0,100

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Dados até setembro/2021.

** Para diferença de proporções.

*** Refere-se a apenas um indivíduo.

Quanto à distribuição dos subtipos do HIV nas diferentes regiões geográficas, o subtipo B é o mais prevalente em todas as regiões, com exceção da região Sul, onde o subtipo C representa mais de 50% das infecções. O subtipo F e formas recombinantes apresentam contribuição importante na epidemia em todas as regiões (Figura 86).

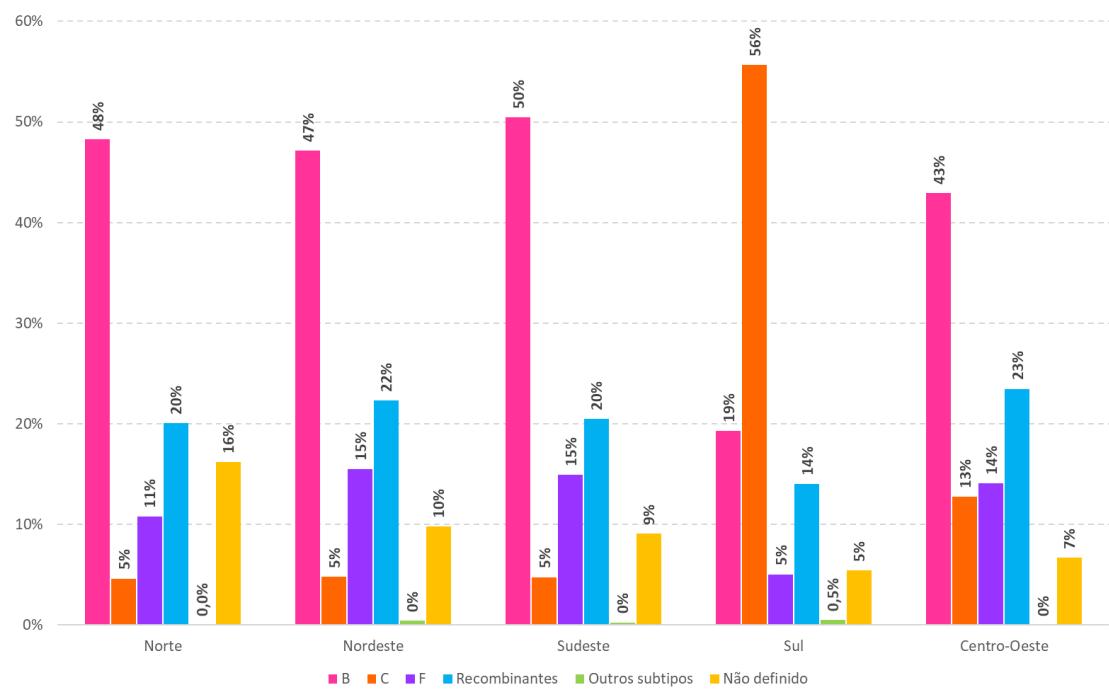


Figura 86. Distribuição dos subtipos do HIV-1, segundo região geográfica. Brasil, 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

4 MONITORAMENTO CLÍNICO DO HIV ANTES E DURANTE A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DECORRENTE DA COVID-19 NO BRASIL

A fim de monitorar a implementação das recomendações do Ministério da Saúde voltadas a garantir assistência adequada às PVHIV no período de emergência de saúde pública decorrente da covid-19 e analisar o impacto da pandemia no cuidado das PVHIV no Brasil, apresentam-se a seguir análises comparativas de indicadores clínicos chave entre 2019 e setembro de 2021, a partir de dados disponíveis nos sistemas de informação Siclom e Siscel.

4.1 Quantitativo de exames de CD4 e carga viral

A Figura 87 apresenta o número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 ou CV antes do início da TARV, até o mês de setembro nos anos de 2019, 2020 e 2021. Por meio dessa análise é possível estimar, indiretamente, o impacto da pandemia no diagnóstico do HIV. Observa-se que houve diminuição de 23% no volume de exames na comparação entre os dois primeiros anos para o exame de contagem de CD4 e de 22% para o exame de carga viral. Posteriormente, entre 2020 e 2021, houve aumento de 11% no volume de exames de contagem de CD4 e de 15% no exame de carga viral. Apesar dessa recuperação, quando observado o número de exames realizados até o mês de setembro em 2019 e em 2021, ainda se verifica decréscimo no volume para ambos os exames.

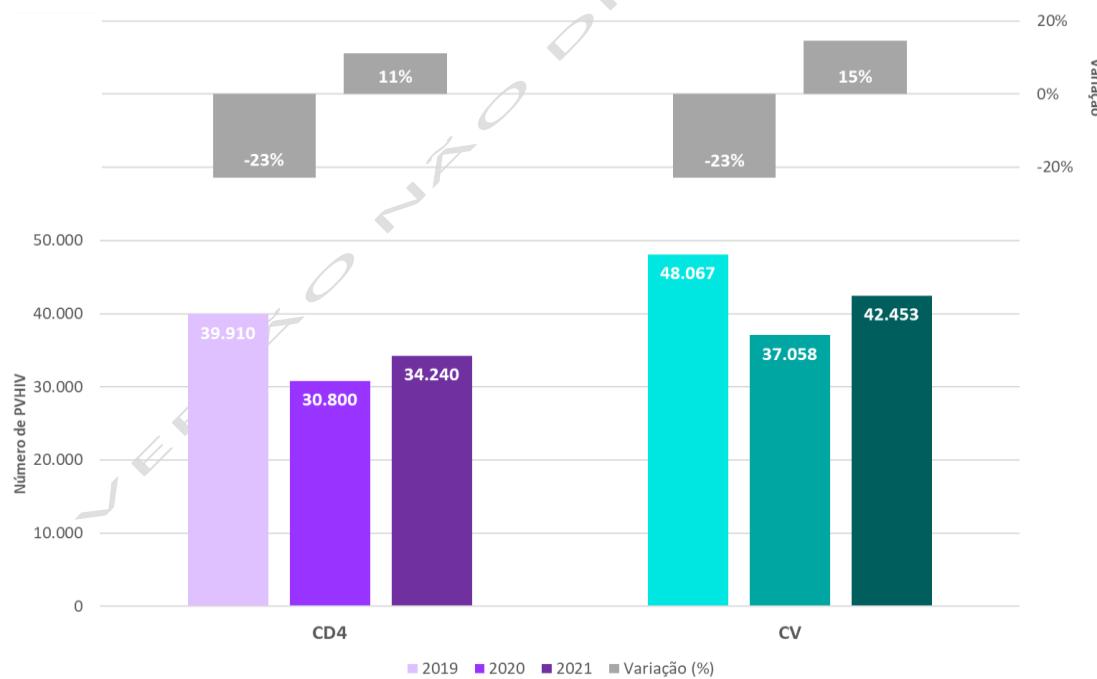


Figura 87. Número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 e CV antes do início da TARV no serviço público de saúde, segundo a UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

No que se refere aos exames de CD4, nota-se uma melhor recuperação no número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 antes do início da TARV, quando comparados os anos de 2021 e 2020 até o mês de setembro, no Acre (133%), Roraima (79%) e Tocantins (50%) (Figura 88). No mesmo período, as maiores variações positivas para o volume de exames de CV realizados antes do início da TARV também foram encontradas para esses três estados: Acre (123%), Roraima (86%) e Tocantins (63%) (Figura 89).

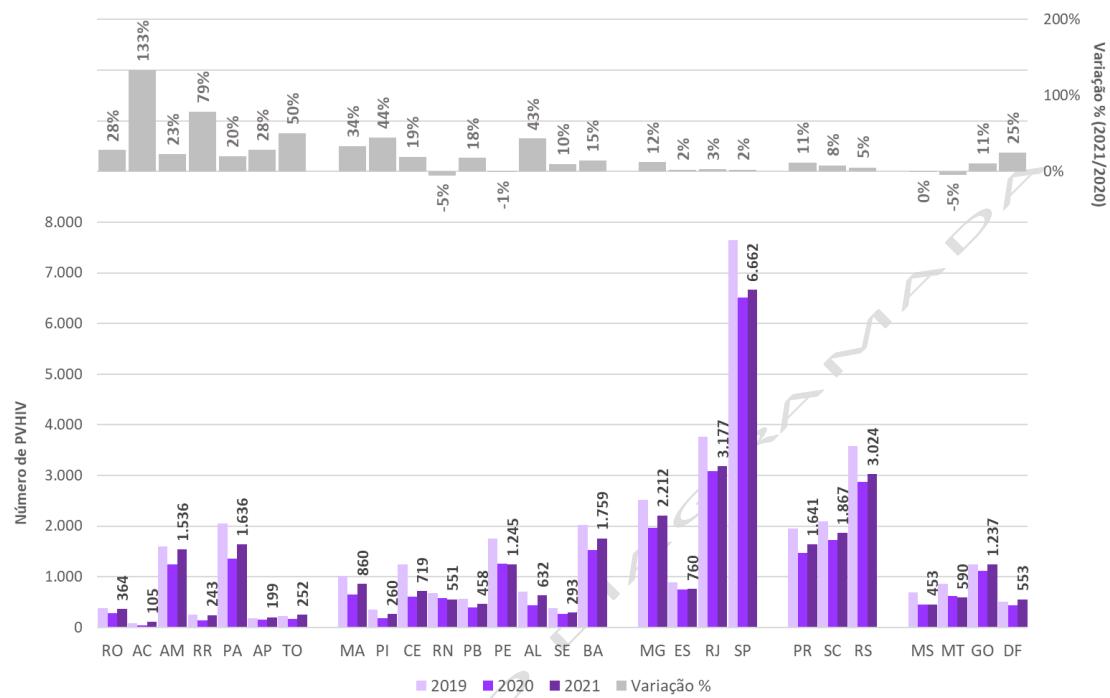


Figura 88. Número de PVHIV que realizaram o primeiro CD4 antes do início da TARV no serviço público de saúde e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na Figura 90, são apresentadas análises de cobertura de exame de CV entre as PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação no ano. Ao comparar as curvas mensais de 2019 e 2020, não foram observadas diferenças significativas no número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de TARV até cada um dos meses analisados. Já em janeiro de 2021, esse número foi cerca de 25% inferior aos anos anteriores, havendo um aumento mais abrupto no número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de TARV nos meses subsequentes.

Houve uma redução importante no contingente das PVHIV que realizaram pelo menos uma CV até cada um dos meses analisados, a partir do mês de março de 2020, início da pandemia de covid-19 no país. Consequentemente, a cobertura de realização de pelo menos uma CV entre as PVHIV com dispensação de TARV também diminuiu, não ultrapassando 70% ao final de 2020, níveis atingidos já em julho de 2019. Em 2021, o cenário aponta para recuperação parcial desses números: em setembro de 2021, foi atingido o mesmo patamar de cobertura de CV observado em dezembro de 2020 e julho de 2019.

Por fim, não houve alteração na supressão viral daquelas PVHIV que fizeram o exame de CV durante o período analisado.

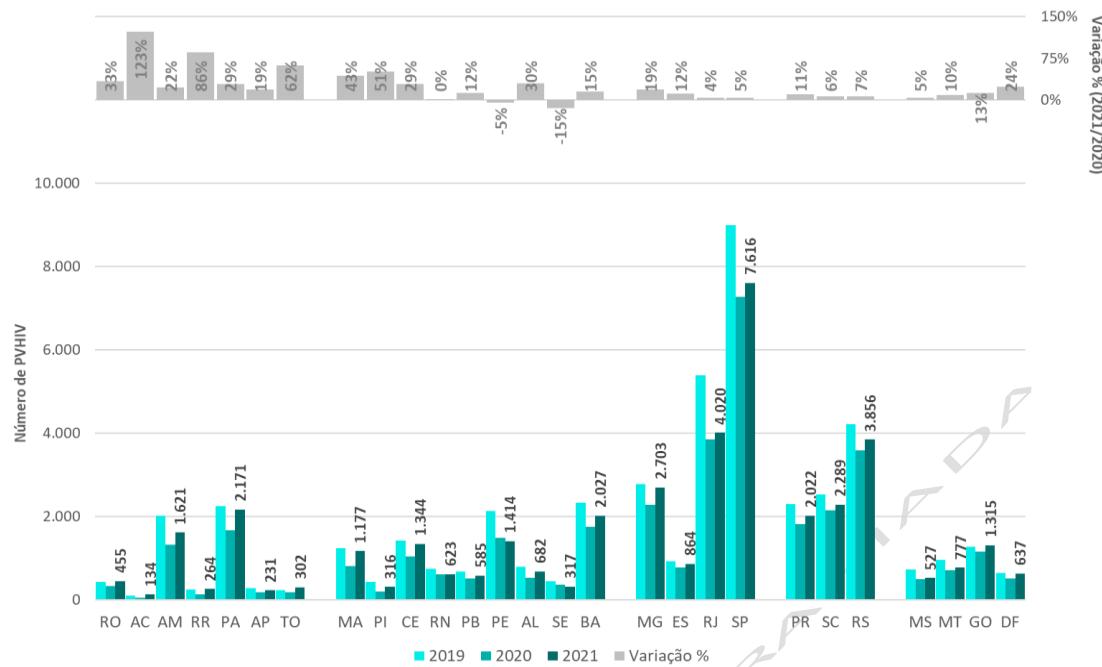


Figura 89. Número de PVHIV que realizaram a primeira CV antes do início da TARV no serviço público de saúde e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

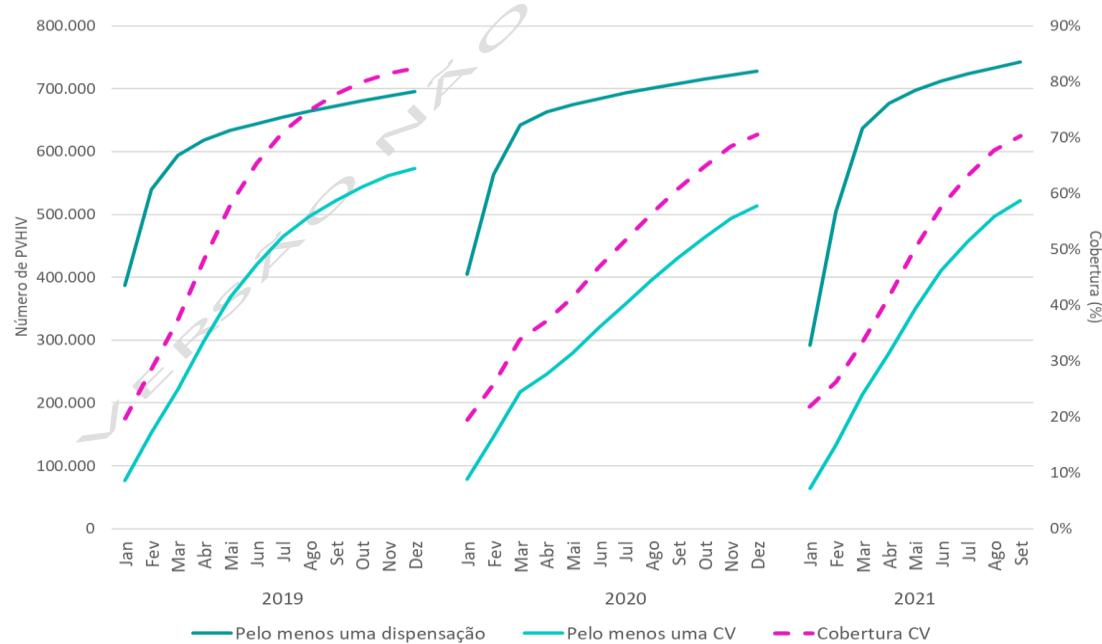


Figura 90. Cobertura de pelo menos um exame de carga viral entre as PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação (em %) e proporção de PVHIV com pelo menos seis meses de TARV que apresentaram a última carga viral indetectável (CV <50células/mm³), acumulado por mês. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

4.2 PVHIV em início de TARV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais

Até setembro de 2019, 51,5 mil PVHIV iniciaram TARV e foram feitas mais de 3,6 milhões de dispensações de antirretrovirais para cerca de 672 mil PVHIV. Até setembro de 2020, 41,5 mil PVHIV iniciaram TARV, tendo sido realizadas 3,2 milhões de dispensações para cerca de 708 mil PVHIV. Por fim, até setembro de 2021, 44,7 mil PVHIV iniciaram TARV, tendo ocorrido cerca de 3 milhões de dispensações para pouco mais de 742 mil PVHIV (Figura 91).

Essa redução do número total de dispensações pode estar associada ao aumento da cobertura de antirretrovirais das dispensações, que passou, em mediana, de uma cobertura de 30 dias, em 2019, para 60 dias em 2020 e 2021. Contudo, a diminuição observada de 20% no número de PVHIV que iniciaram TARV, na comparação de 2019 e 2020, pode ser um efeito da diminuição dos diagnósticos devido à pandemia de covid-19. Em 2021, esse número mostrou discreta recuperação em comparação ao ano anterior (8%), mantendo-se, porém, abaixo do registrado em 2019.

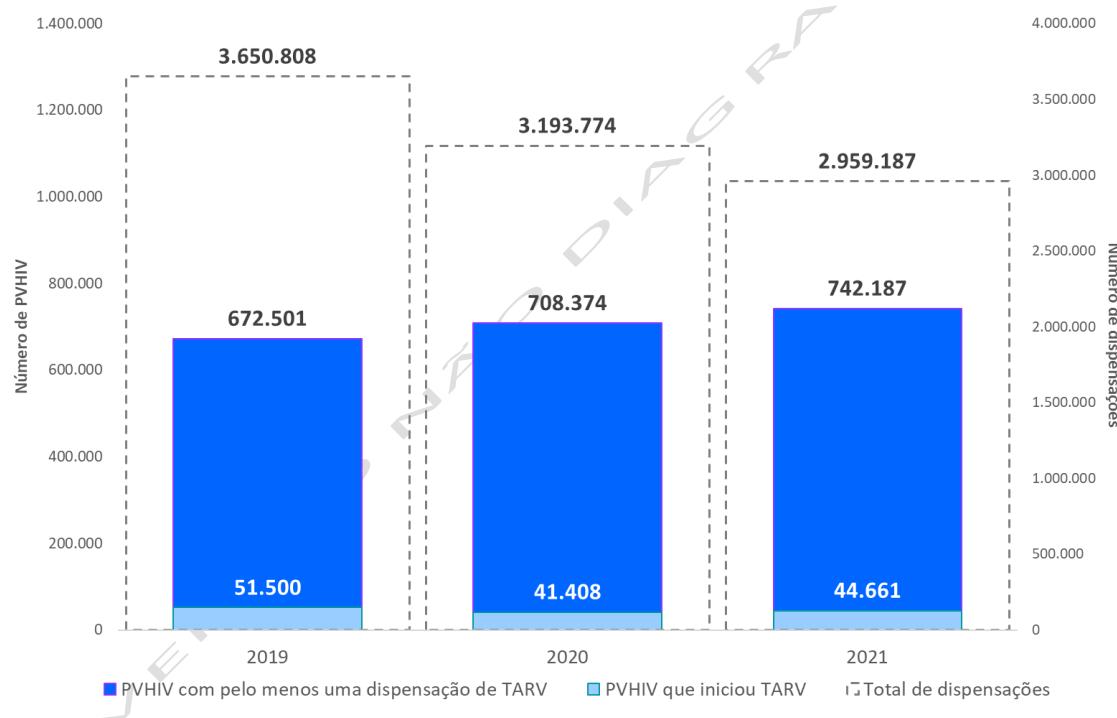


Figura 91. Número de PVHIV que iniciaram TARV, número de PVHIV com pelo menos uma dispensação e número total de dispensações no ano, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na análise mensal (Figura 92) percebe-se um aumento gradativo no número de PVHIV com pelo menos uma dispensação, sendo que os anos de 2019 e 2020 apresentaram tendências semelhantes. Já em 2021, observou-se menor número de PVHIV com pelo menos uma dispensação nos dois primeiros meses do ano e um aumento maior nos meses subsequentes.

No entanto, no que se refere ao número de PVHIV que iniciaram TARV, a Figura 93 mostra que as tendências nos dois primeiros anos analisados foram bastante diferentes. Enquanto em 2019 o número de PVHIV que iniciaram TARV por mês foi praticamente o mesmo nos primeiros 11 meses do ano, com uma queda no último mês, em 2020 houve queda no número de PVHIV que iniciaram TARV a partir de abril, mês em que as medidas de isolamento social para controle do coronavírus foram recomendadas no país, sendo que, desde julho, esse número apresentou discreto aumento e a queda habitual observada em dezembro foi menor quando comparada a 2019. Já em 2021, o número de PVHIV que iniciaram a TARV nos dois primeiros meses do ano foi inferior ao observado nos dois anos anteriores, mantendo-se, a partir de então, em patamar intermediário nessa comparação.



Figura 92. Número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, por mês da dispensação. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

Na análise por Unidades da Federação, comparando-se 2020 e 2021, assim como a média nacional, todas as UF apresentaram variação positiva em relação ao número de PVHIV com pelo menos uma dispensação no ano (Figura 94). Já em relação ao número de PVHIV que iniciaram TARV no mesmo período, dois estados apresentaram variação negativa – Rio Grande do Norte (5%) e Rio Grande do Sul (1%) – e o Espírito Santo permaneceu sem variação (Figura 95).

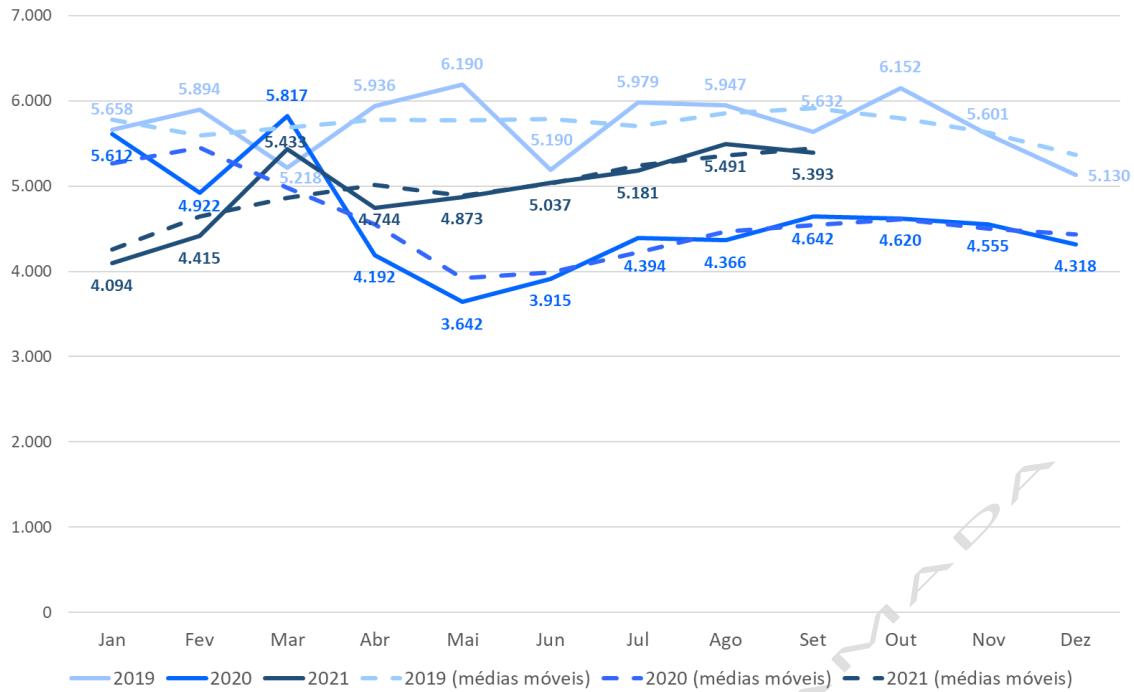


Figura 93. Número e médias móveis* do número de PVHIV que iniciaram TARV no ano, por mês da dispensação. Brasil, 2019 a 2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Médias móveis calculadas para cada três meses e nos extremos para dois meses.

**Dados até setembro/2021.

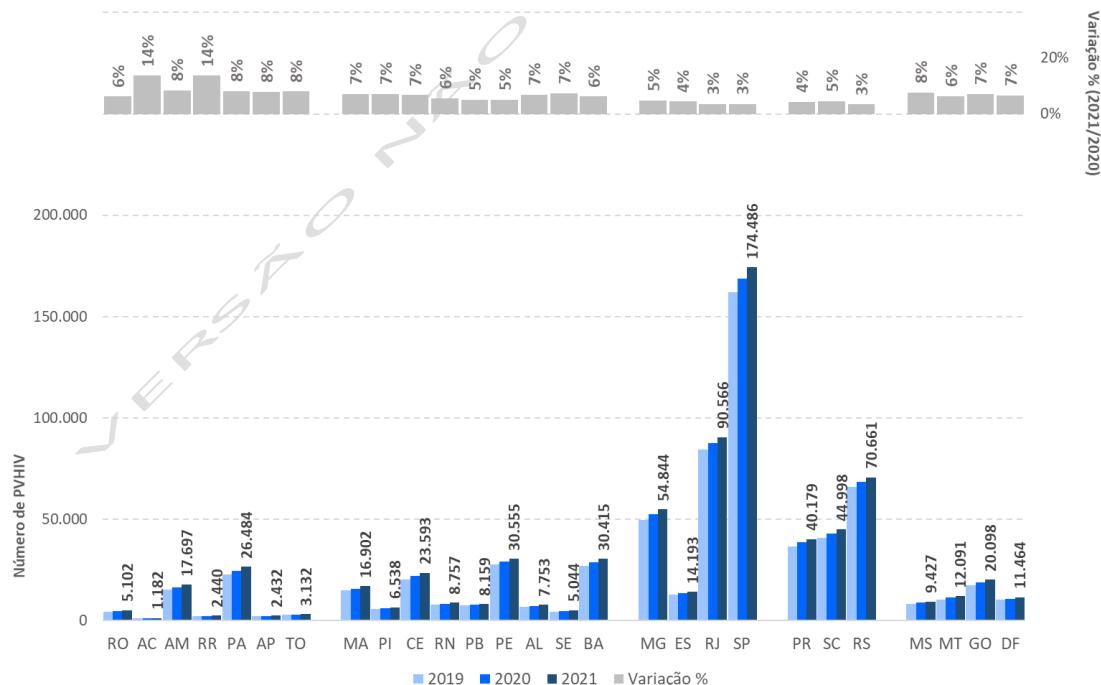


Figura 94. Número de PVHIV com pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

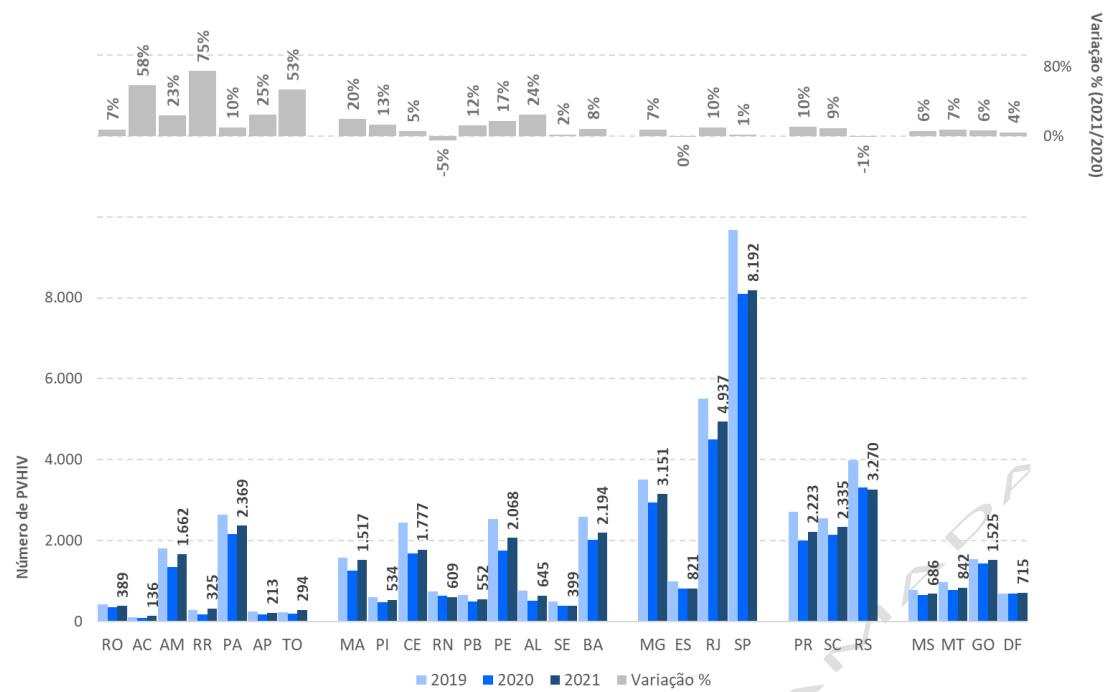


Figura 95. Número de PVHIV que iniciaram TARV no ano e variação percentual (%) entre 2019 e 2020, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

4.3 Cobertura de dispensação de antirretrovirais

De acordo com a Figura 96, observa-se que, até setembro de 2019, para pouco mais da metade das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV, a cobertura desta foi suficiente para 30 dias, sendo que a proporção correspondente, no mesmo período de 2020, foi de 23%, e no mesmo período de 2021, foi de 25%. Por outro lado, a proporção de PVHIV que tiveram dispensações com medicamentos suficientes para 60 ou 90 dias aumentou 58% quando comparados os dois primeiros anos analisados: a proporção das que tiveram dispensação para 60 dias passou de 31%, em 2019, para 38% em 2020; e a daquelas que tiveram dispensação para 90 dias aumentou de 18% para 39%, em 2020 e, no mesmo período em 2021 foi de 40%, mantendo-se o padrão de cobertura mais longa das dispensações.

A Figura 97 mostra a análise das PVHIV cuja última dispensação teve cobertura de 60 ou 90 dias por UF. Nota-se que 20 UF apresentaram proporção de PVHIV com dispensações com duração de 60 ou 90 dias superior à média nacional (75%). Ainda assim, em todas as UF houve aumento nessa proporção quando comparados 2019 e 2021, com exceção de Roraima, que apresentou redução de 3%. Destaca-se que os maiores incrementos foram observados em estados que, em 2019, apresentavam menores proporções de dispensações com duração superior a 30 dias, a saber: Rio de Janeiro (com um incremento de 148%), Rio Grande do Sul (169%), Paraíba (181%), Bahia (238%), Pernambuco (383%) e Rio Grande do Norte (448%).

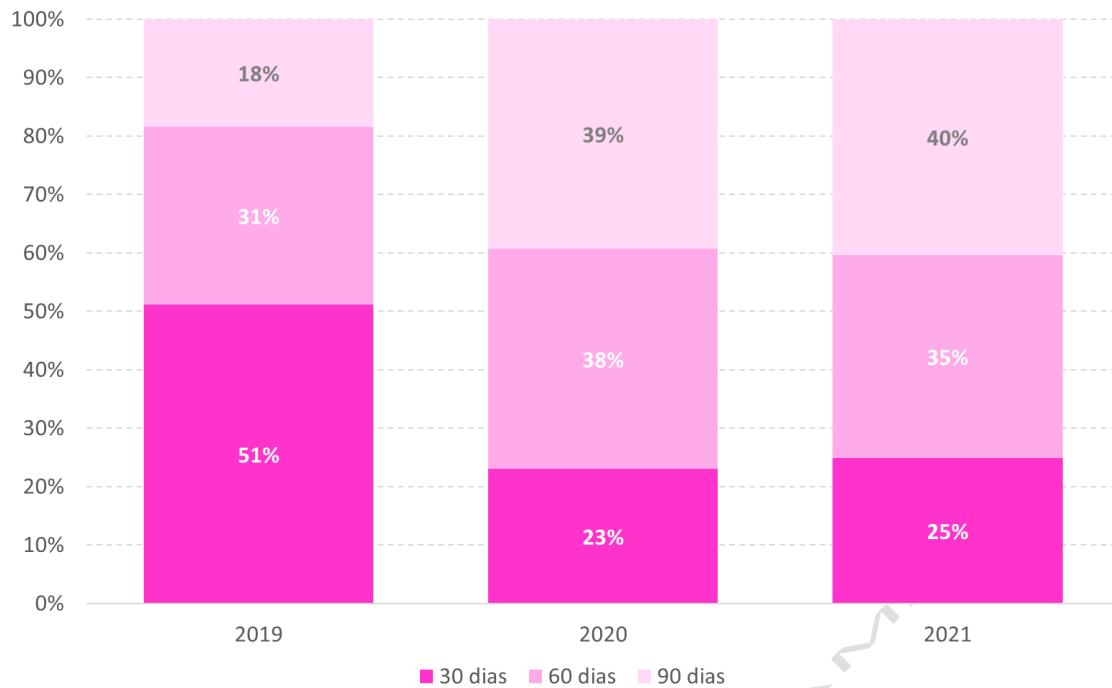


Figura 96. Distribuição das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, segundo a cobertura da dispensação, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

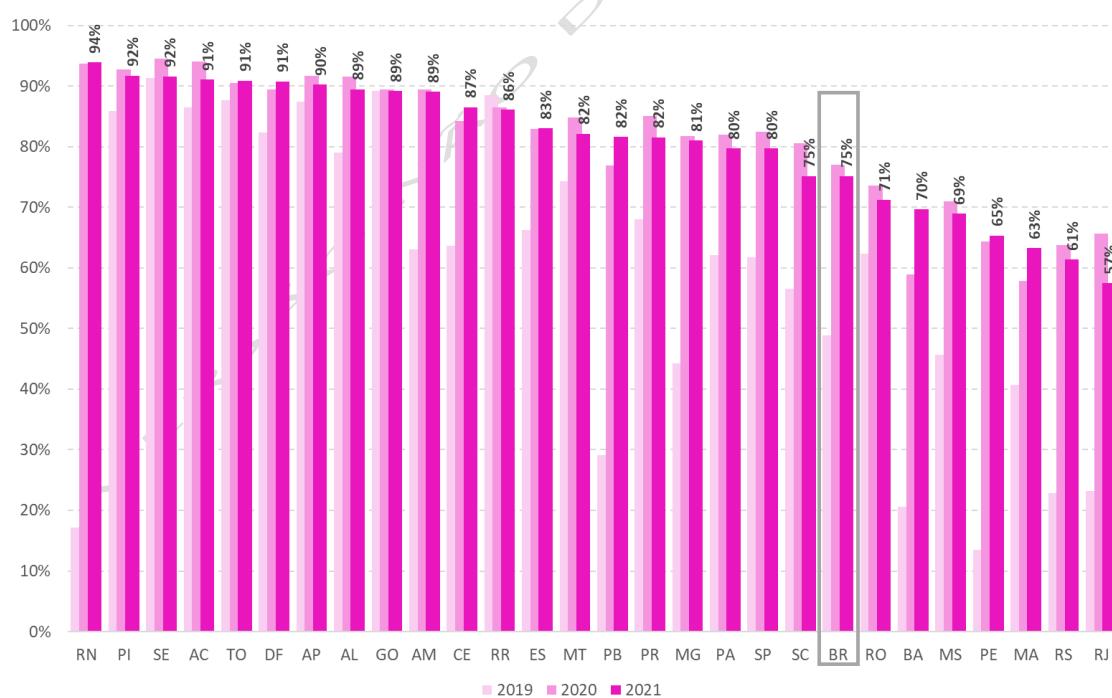


Figura 97. Proporção de PVHIV cuja última dispensação de antirretrovirais teve cobertura de 60 ou 90 dias, segundo a UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021*

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Dados até setembro/2021.

4.4 Atrasos nas dispensações de antirretrovirais

A Figura 98 apresenta a proporção das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais nos anos de 2019, 2020 e 2021, segundo o número de dias de atraso para retirá-los. Comparando 2019 e 2020, percebe-se uma redução de 12% no número de PVHIV que não se atrasaram para a retirada dos medicamentos, proporção que passou de 39% em 2019 para 34% em 2020. Em 2021 houve nova redução do número de PVHIV que não se atrasaram para a retirada da medicação: pouco mais de 32%, o que representa uma redução de 6% em relação ao ano anterior. Além disso, houve um aumento de 29% na proporção de PVHIV que se atrasaram mais de um mês, de 14% em 2019 para 18% em 2020 e 2021.

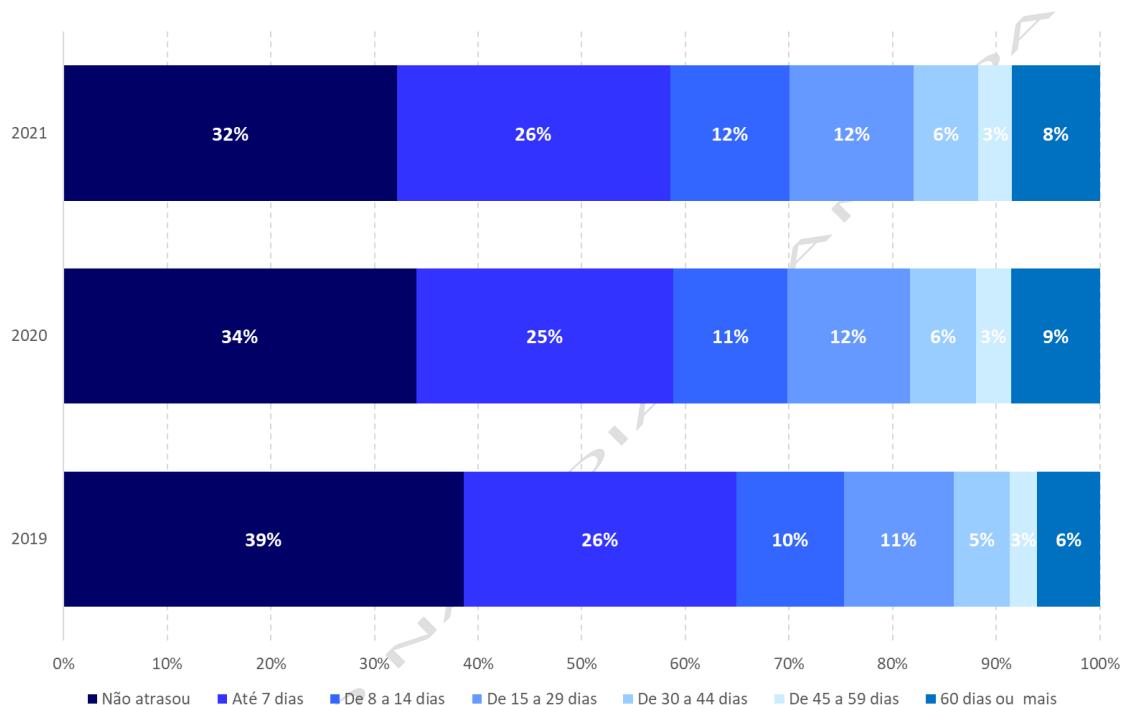


Figura 98. Distribuição das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais no ano, segundo o número de dias de atraso* para a retirada dos antirretrovirais, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Atraso calculado a partir da cobertura de antirretrovirais da dispensação anterior e da data da dispensação.

**Dados até setembro/2021.

A Figura 99 mostra a proporção de PVHIV que voltaram para retirar seus antirretrovirais com mais de 30 dias de atraso, por UF, bem como a variação percentual observada entre os dois últimos anos. A maior variação encontrada na comparação entre 2020 e 2021 foi no Rio Grande do Norte, que apresentou um aumento de 60% em relação ao ano anterior, seguido de Minas Gerais (39%), Amazonas (27%) e Mato Grosso (22%).

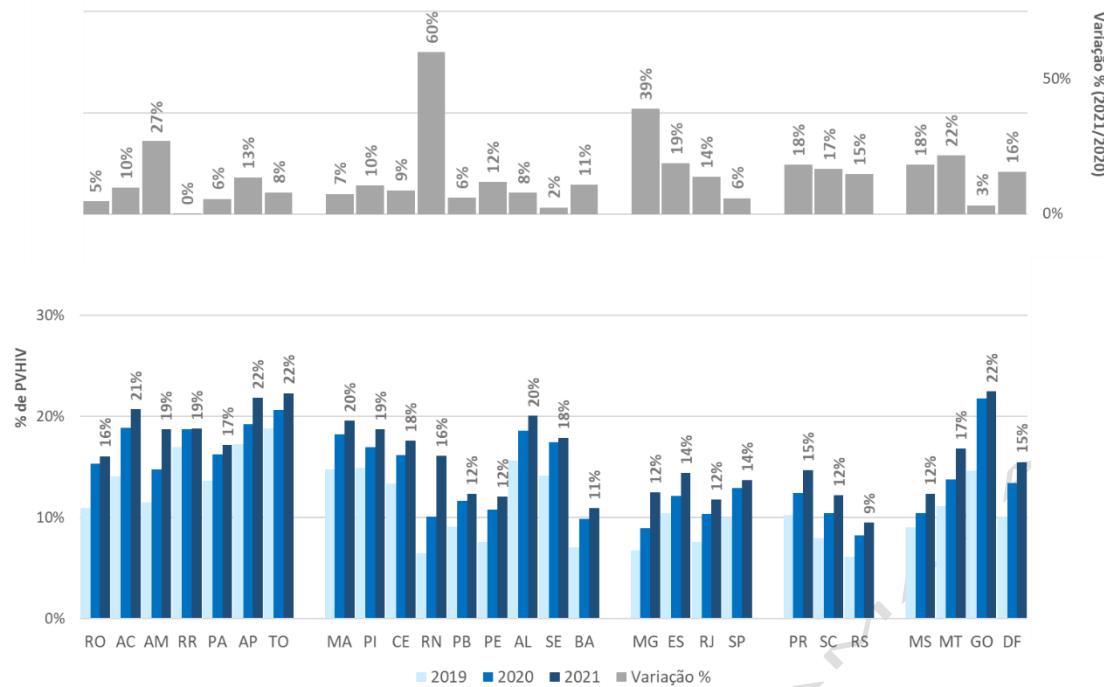


Figura 99. Proporção de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV no ano, e que voltaram para retirar seus antirretrovirais com mais de 30 dias de atraso*, por UF de residência, até setembro de cada ano. Brasil, 2019 a 2021**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Atraso calculado a partir da cobertura de antirretrovirais da dispensação anterior e da data da dispensação.

**Dados até setembro/2021.

REFERÊNCIAS

- ANSTETT, K.; BRENNER, B.; MESPLEDE, T. *et al.* HIV drug resistance against strand transfer integrase inhibitors. **Retrovirology**, [S. I.], v. 14, n. 1, p. 36, jun. 2017.
- ASAHCOP, E. L.; WAINBERG, M. A.; SLOAN, R. D. *et al.* Antiviral drug resistance and the need for development of new HIV-1 reverse transcriptase inhibitors. **Antimicrob. Agents Chemother.**, [S. I.], v. 56, n. 10, p. 5000-5008, out. 2012.
- BEZABHE, W. M.; CHALMERS, L.; BEREZNICKI, L. R. *et al.* Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis. **Medicine**, [S. I.], v. 95, n. 15, p. e3361, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082595>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- BLANCO, J. L. *et al.* HIV-1 integrase inhibitor resistance and its clinical implications. **J. Infect. Dis.**, [S. I.], v. 203, n. 9, p. 1204-14, maio 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459813>. Acesso em: 24 nov. 2020.
- BOUCHER, C. A.; BOBKOVÁ, M. R.; GERETTI, A. M. *et al.* State of the Art in HIV Drug Resistance: Science and Technology Knowledge Gap. **AIDS Rev.**, [S. I.], v. 20, n. 1, p. 27-42, jan./mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-das-gestantes-vivendo-com-hiv>. Acesso em: 1 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 8, de 17 de março de 2020**. O cuidado das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) no contexto da pandemia de covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 12, de 20 de abril de 2020**. Ofício em referência ao Ofício Circular nº 8/2020/CGAHV/DCCI/SVS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 13, de 28 de maio de 2020.** Informações complementares aos Ofícios Circulares nº 8 e nº 12/2020/CGAHV/DCCI/SVS/MS, sobre a atenção a PVHIV durante a pandemia de covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c.

FOX, M. P.; ROSEN, S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis 2008-2013. **JAIDS**, [S. I.], v. 69, n. 1, p. 98-108, maio 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25942461>. Acesso em: 14 nov. 2018.

HAMERS, R. L.; RINKE DE WIT, T. F.; HOLMES, C. B. HIV drug resistance in low-income and middle-income countries. **Lancet HIV**, [S. I.], v. 5, n. 10, p. e588-e596, 2018.

KATZ, I. T.; RYU, A. E.; ONUEGBU, A. G. *et al.* Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **J. Int. AIDS Soc.**, [S. I.], v. 16, n. 3, supl. 2, p. 18640, 13 nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24242258/>. Acesso em: 14 nov. 2018.

KILMARX, P. H.; MUTASA-APOLLO, T. Patching a Leaky Pipe: The Cascade of HIV Care. **Curr. Opin. HIV AIDS**, [S. I.], v. 8, n. 1, p. 59-64, jan. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211779>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MAHIANE, S. G.; MARSH, K.; GRANTHAM, K. *et al.* Improvements in Spectrum's fit to program data tool. **AIDS**, [S. I.], v. 31, supl. 1, p. S23-S30, abr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28296797>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PASCOM, A. R. P.; MEIRELES, M. V.; BENZAKEN, A. S. Sociodemographic determinants of attrition in the HIV continuum of care in Brazil, in 2016. **Medicine**, [S. I.], v. 97, supl. 1S, p. S69-S74, maio 2018.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). **90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acesso em: 14 nov. 2018.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). **90-90-90: On the Right Track towards the Global Target**. Geneva: UNAIDS, 2016.

WHO (World Health Organization). **Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in the Health Sector**. Geneva: WHO, 2015. 280 p. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines стратегич-информативные-руководства/ен/>. Acesso em: 14 nov. 2018.

WHO (World Health Organization). **HIV drug resistance report 2019**. Geneva: WHO, 2019.

APÊNDICES

Apêndice A – Notas metodológicas

Os indicadores aqui apresentados foram gerados, basicamente, a partir de dados provenientes dos sistemas de informação do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), do Ministério da Saúde, a saber, o Sistema de Informação de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), o Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e o Sistema de Controle de Exames de Genotipagem (Sisgeno). Foram utilizados dados de 1º de janeiro de 2009 a 30 de setembro de 2021.

Pela primeira vez, a maioria dos indicadores foi apresentada também para PVHIV de dois a 17 anos, além da população adulta, uma vez que o Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) foi inicialmente criado para o acompanhamento da implantação, pelo Brasil, do tratamento para todas as PVHIV com idade acima de 18 anos, a partir de dezembro de 2013 (BRASIL, 2018).

Buscando a melhora da qualidade das informações geradas nos Relatórios de Monitoramento Clínico do HIV, a partir de agosto de 2016, os bancos de dados analisados passaram a ser preparados com uma nova metodologia de identificação de duplicidades. Até julho de 2016, era aplicado um método de verificação determinística das duplicidades, utilizando-se as variáveis: nome da PVHIV, nome da mãe da PVHIV (todos com modificação para caixa alta e retirada dos espaços duplos) e código do IBGE da cidade de nascimento, com seis dígitos. Com esse método, eram identificadas, em média, 10% de duplicidades no banco global de cadastro do Siscel e do Siclom. A partir de agosto, agregou-se a esse procedimento um segundo passo, que inclui a verificação do cadastro de pessoa física (CPF) da PVHIV, quando preenchido. Assim, o indivíduo pode ser considerado duplicidade se o conjunto das três variáveis anteriormente explicitadas for o mesmo ou, então, se o CPF for igual. Com esse novo método, foi possível identificar 19% de duplicidades no banco de cadastro dos dois sistemas. Portanto, alguns números, quando comparados com publicações anteriores, poderão ter sofrido alguma diminuição, devido à identificação de um maior número de registros duplicados. Vale destacar que, atualmente, aproximadamente 88% das PVHIV cadastradas nesses dois sistemas têm o CPF preenchido.

O conceito utilizado, o método de cálculo e as fontes de informações para cada um dos indicadores incluídos neste relatório estão dispostos no Apêndice 2, Quadro 1.

Esses indicadores foram estratificados por sexo designado ao nascer (homens e mulheres), faixa etária (2-11, 12-17, 18-24, 25-29, 30-49, e 50+), raça/cor (branca/amarela, negra, indígena e ignorada), escolaridade em anos de estudo (0-7 anos, 8-11, 12+ e ignorado), UF de residência. Para os indicadores de resistência, têm-se também estratificação por região geográfica de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), local de residência (capital ou interior) e subtipo do HIV (B, C, F, recombinantes, outros subtipos, não definido).

Cabe destacar que, neste documento, as populações branca e amarela foram agrupadas para a análise. Isso se deu pelo fato de os dados de ambas as populações apresentarem proporções e comportamento muito similares, e, ainda, pelo número bastante reduzido de indivíduos que se autodeclararam amarelos. Da mesma maneira, de acordo com o padrão do IBGE, agregaram-se as pessoas autodeclaradas pardas e as autodeclaradas pretas, e essas foram analisadas como população negra. Ressalta-se também que, apesar de a proporção de PVHIV

que não tinham informação de raça/cor ter caído no período analisado de quase 30% para 22%, entre 2009 e 2019, respectivamente, esses dados ignorados foram, ainda, considerados uma categoria à parte na análise.

Analisaram-se as informações desagregadas por grau de escolaridade (em anos de estudo), e reconhece-se que o grande volume de PVHIV com informação ignorada para essa variável, que foi de aproximadamente 43% em 2019, pode afetar as conclusões das análises dela decorrentes. No entanto, é sabido que o uso da informação está entre as formas de melhorar a qualidade dos dados. Além disso, tendo em vista a faixa etária apresentada no relatório (dois anos ou mais), deve-se considerar também a idade como um limitante para o grau de escolaridade atingido, ainda que não tenham sido observadas diferenças percentuais importantes quando comparados com os dados obtidos anteriormente para PVHIV de 18 anos ou mais.

No que se refere às cascatas de cuidado contínuo, as estimativas foram realizadas considerando as seguintes definições operacionais:

- **PVHIV:** modelo matemático, elaborado pelo instituto Avenir Health, em cooperação com o Unaids, e disponibilizado por meio do software Spectrum, disponível em <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp> (acesso em: 29/05/2021). É importante destacar que novos parâmetros e hipóteses foram utilizados no modelo matemático para estimação do número de PVHIV, o que mudou ligeiramente os números apresentados quando comparados aos dos anos anteriores.
- **Diagnosticadas:** buscam-se todas as pessoas que realizaram algum exame de CD4 ou carga viral ou que tiveram alguma dispensação de medicamentos antirretrovirais no ano. A essas, somam-se todas as pessoas que foram notificadas no Sinan – com HIV nos dez anos anteriores ou com aids nos cinco anos anteriores – e não apareceram no Siscel, Siclom ou SIM, corrigidas para subnotificação e para a cobertura de plano de saúde.
- **Vinculadas:** no ano, são as PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 ou carga viral ou que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais. Adiciona-se a estimativa de pessoas vinculadas na rede privada e que não estão em tratamento, com base na cobertura de planos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- **Retidas:** no ano, são as PVHIV que apresentaram pelo menos dois exames de carga viral ou dois exames de CD4 ou dispensação nos últimos cem dias do ano. Aqui, também é aplicada a correção para a rede privada.
- **Em TARV:** são os indivíduos que tiveram alguma dispensação de ARV nos últimos cem dias do ano entre 2012 e 2019, e indivíduos que tiveram dispensação de ARV nos últimos cento e vinte dias do ano em 2020. Como medicamentos ARV só estão disponíveis no SUS, não há necessidade de correção para a rede privada.
- **Supressão viral:** busca-se o último exame de carga viral das PVHIV que estão em TARV há pelo menos seis meses no ano e verifica-se se esse exame está abaixo de 1.000 cópias/mL.

Mais detalhes sobre a elaboração da cascata brasileira podem ser encontrados no “Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV” (BRASIL, 2017).

Para a análise do indicador de *gap* (lacuna) de tratamento, utilizou-se a cobertura de PVHIV em TARV e pessoas sem tratamento na rede pública, definida como a proporção de PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 no ano, com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV segundo o tempo entre a solicitação do exame de CD4 e a data de início da TARV. Os critérios de elegibilidade de TARV foram definidos para cada ano, a saber: 2009 a 2012, 350 células/mm³; 2013, 500 células/mm³; e a partir de 2014, tratamento para todos. Esse indicador é estratificado segundo o tempo entre a realização do exame e o início da TARV, a saber: início em menos de um mês; de um a três meses; três a seis meses; mais de seis meses ou não iniciou.

A análise da supressão viral considera o ponto de corte de 50 cópias/mL, que, além de ser o limite de detecção dos testes de CV mais comum durante o período analisado, é o ponto de corte realmente utilizado na clínica para avaliação da PVHIV. Na análise das metas 90-90-90, foi mantido o valor de 1.000 cópias/mL, para permitir a comparação internacional. O indicador de supressão sustentada também leva em consideração o ponto de corte de 50 cópias/mL. Esse indicador analisa a proporção de PVHIV que estavam em TARV há pelo menos dois anos e que se mantiveram com CV <50 cópias/mL durante todo esse período.

Neste relatório também foram apresentados indicadores de adesão, retenção e perda de seguimento de tratamento. A adesão suficiente foi definida como adesão superior a 80%, conforme ponto de corte sugerido em estudo de metanálise publicado na literatura (BEZABHE *et al.*, 2016). De forma complementar, a adesão insuficiente é aquela abaixo de 80%. Essas proporções são calculadas por meio da duração das dispensações registradas no Siclom. Houve também indivíduos classificados como “perda de seguimento”, que inclui aqueles em abandono e aqueles cujo óbito foi registrado no Siclom ou SIM. Mais especificamente, são definidos como em abandono aqueles que não realizaram nenhuma retirada de medicamentos nos cem dias anteriores à data da análise. Esse valor é utilizado porquanto as PVHIV recebem dispensações para no máximo 90 dias. Por sua vez, os óbitos são identificados pelo Siclom e pelo SIM (causa básica B20 a B24), sendo o último sistema responsável pela identificação da maior parte deles. O banco do SIM para 2019 ainda não está disponível e, por isso, só foram usadas as informações do SIM até 2018 e os óbitos registrados no Siclom; por isso, a proporção de óbitos é praticamente 0% nos anos mais recentes.

Para a retenção ao tratamento aos 12, 24 e 60 meses, foi realizada uma análise por coortes de início de tratamento, conforme usualmente monitorado por outros programas, além de constante em artigos acadêmicos e recomendado pela OMS (FOX; ROSEN, 2015; WHO, 2015). Em consonância com o conceito de abandono de tratamento, foram utilizados os cem dias ao fim do período de seguimento para a busca dos medicamentos. Assim, pacientes considerados retidos aos 12 meses são aqueles que tiveram uma dispensação entre 265 e 365 dias após o início da TARV; os retidos aos 24 meses, entre 630 e 730 dias; e os retidos aos 60 meses, entre 1.726 e 1.826 dias.

O perfil de resistência do HIV aos antirretrovirais foi determinado em pessoas de 12 anos ou mais, em TARV por, no mínimo, 180 dias no momento da coleta da amostra para a realização do teste de genotipagem. Para aqueles com mais de um resultado de teste de genotipagem (sequência) em um mesmo ano, selecionou-se a sequência mais recente. A presença de mutações que conferem resistência aos INI foi determinada utilizando-se o Algoritmo de Interpretação de Resistência Genotípica (Programa HIVdb, Stanford), disponível em

<https://hivdb.stanford.edu/> (acesso em 25/11/2021). As sequências que apresentaram pontuação abaixo de 15 foram classificadas como suscetíveis e as que totalizaram 15 ou mais pontos, de acordo com o Algoritmo de Interpretação de Resistência Genotípica, foram consideradas resistentes. A análise de resistência foi conduzida para:

- Inibidores da protease (IP): atazanavir (ATV/r), darunavir (DRV/r), fosamprenavir (FPV), lopinavir (LPV/r) e tipranavir (TPV/r).
- Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos/nucleotídeos (ITRN): abacavir (ABC), entricitabina (FTC), lamivudina (3TC), tenofovir (TDF) e zidovudina (AZT).
- Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN): efavirenz (EFV), nevirapina (NVP), etravirina (ETR).
- Inibidores da integrase (INI): dolutegravir (DTG) e raltegravir (RAL).

A classificação dos subtipos do HIV foi realizada a partir das sequências nucleotídicas da protease e transcriptase reversa, geradas nos exames de genotipagem realizados por PVHIV com 12 anos ou mais, e que estavam em TARV por, no mínimo, 180 dias no momento da coleta da amostra para a realização do teste. Para aqueles com mais de um resultado de teste de genotipagem (sequência) em um mesmo ano, selecionou-se a sequência mais recente. O subtipo do HIV foi determinado por meio do programa Rega HIV Subtyping Tool, disponível em <https://www.genomedetective.com/app/typingtool/hiv> (acesso em 25/11/2021).

Foram incluídos neste relatório, ainda, indicadores-chave para o monitoramento dos efeitos da pandemia de covid-19 no que se refere ao acesso das PVHIV aos serviços de HIV, a saber: número de PVHIV que realizaram o primeiro exame de CD4 ou CV antes do início da TARV; número de dispensações de ARV; número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV; e número de PVHIV que iniciaram TARV. Além disso, foram calculadas a distribuição de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação no período, segundo se a cobertura de ARV foi suficiente para 30 dias, 60 dias ou 90 dias, e a proporção de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação e se atrasaram ou não compareceram para pegar seus medicamentos ARV na data prevista. Esse último indicador foi estimado, em dias (não atrasou; até sete dias; de oito a 14 dias; 15 a 29 dias; 30 a 44 dias; 45 a 59 dias; 60 dias ou mais), por meio das datas de dispensações disponíveis no Sicлом e da cobertura da dispensação (30, 60 ou 90 dias), da seguinte maneira: [data dispensação anterior] + [cobertura dessa dispensação] – [data dispensação atual].

Por fim, os indicadores de transmissão vertical e profilaxia pós-exposição (PEP) foram retirados deste relatório para serem apresentados em relatórios mais específicos, como o Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV (BRASIL, 2019) e o Relatório de Monitoramento de Profilaxias do HIV (PrEP e PEP), respectivamente.

Apêndice B – Matriz de indicadores do monitoramento clínico das PVHIV

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Pessoas vivendo com HIV – PVHIV (cascata)	Número total estimado de PVHIV no país.	Monitorar a prevalência do HIV.	Modelo matemático.	Software Spectrum ⁽¹⁾ Avenir Health
PVHIV diagnosticadas (cascata)	Número estimado de PVHIV que conhecem sua sorologia.	Monitorar o acesso ao diagnóstico do HIV.	O método detalhado pode ser consultado no "Manual técnico de elaboração da cascata do cuidado contínuo do HIV" (BRASIL, 2017).	Sicлом Siscel Sinan
PVHIV vinculadas (cascata)	PVHIV que, no ano da análise, realizaram algum exame de CD4 ou carga viral ou tiveram dispensação de TARV.	Monitorar a vinculação das PVHIV aos serviços de saúde.	O método detalhado pode ser consultado no "Manual técnico de elaboração da cascata do cuidado contínuo do HIV" (BRASIL, 2017).	Sicлом Siscel Sinan Agência Nacional de Saúde (ANS)
PVHIV retidas (cascata)	PVHIV que, no ano da análise, realizaram pelo menos dois exames de CD4 ou carga viral ou tiveram dispensação de TARV nos últimos cem dias do ano.	Monitorar a retenção das PVHIV aos serviços de saúde.	O método detalhado pode ser consultado no "Manual técnico de elaboração da cascata do cuidado contínuo do HIV" (BRASIL, 2017).	Sicлом Siscel Sinan Agência Nacional de Saúde (ANS)
PVHIV em TARV	PVHIV que, no ano da análise, tiveram dispensação de TARV nos últimos cem dias do ano.	Monitorar o número de PVHIV em TARV, no período desejado. Dirigir as ações para melhoria da cobertura de TARV.	Número total de indivíduos com pelo menos uma dispensação no Sicлом nos últimos cem dias do ano.	Sicлом

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Supressão viral (cascata)	Número e proporção de PVHIV que apresentam carga viral suprimida após pelo menos seis meses de TARV.	Monitorar a efetividade da TARV. Contribuir para o monitoramento da adesão ao tratamento e da resistência.	O método detalhado pode ser consultado no "Manual técnico de elaboração da cascata do cuidado contínuo do HIV" (BRASIL, 2017).	Siclom Siscel Sinan Agência Nacional de Saúde (ANS)
Proporção de apresentação tardia	Proporção de PVHIV que iniciam seguimento com CD4 abaixo de 100 e 200 células/mm ³ .	Monitorar se o diagnóstico se deu em tempo oportuno. Quanto maior o CD4 ao diagnóstico, menor o tempo de evolução da infecção e melhor o prognóstico da PVHIV. A apresentação tardia ao sistema de saúde é um indicativo de falha no acesso ao diagnóstico.	Numerador: número de PVHIV virgens de tratamento que, em dado ano, realizaram pela primeira vez um exame de CD4 registrado no Siscel cujo resultado ficou abaixo de 100 e 200 células/mm ³ . Denominador: número total de PVHIV virgens de tratamento que, em dado ano, realizaram pela primeira vez um exame de CD4 registrado ao Siscel.	Siscel Siclom

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Cobertura de tratamento e tempo para início da TARV	Até 2013: proporção de PVHIV em seguimento laboratorial no SUS, elegíveis à TARV pelo protocolo clínico vigente por sua contagem de CD4, segundo o tempo que levaram para o início da TARV.	Monitorar o número de PVHIV que não iniciaram terapia antirretroviral. Estimar a falta de acesso à TARV. Contribuir no direcionamento das ações para melhoria da cobertura de TARV. Obs.: refere-se apenas aos indivíduos em seguimento laboratorial no ano e aos indivíduos que nunca entraram em terapia, não sendo contabilizados aqueles em abandono de tratamento.	Numerador: Até 2013: PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 no ano e que eram elegíveis para TARV, segundo início de TARV em menos de um mês, entre dois e três meses, entre quatro e seis meses, mais de seis meses depois da solicitação do exame ou que não tinham nenhuma dispensação registrada no Siclom. A partir de 2014: PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 no ano, segundo início de TARV em menos de um mês, entre dois e três meses, entre quatro e seis meses, mais de seis meses depois da solicitação do exame ou que não tinham nenhuma dispensação registrada no Siclom.	Siscel Siclod
	<i>A partir de 2014:</i> proporção de PVHIV em seguimento laboratorial no SUS, por sua contagem de CD4, segundo o tempo que levaram para o início da TARV.		Denominador: Até 2013: PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 no ano e que eram elegíveis para TARV. A partir de 2014: PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4 no ano.	
CD4 ao início de tratamento	Proporção de PVHIV que iniciaram TARV por ano, segundo valor do CD4 (agrupado em quatro categorias).	Monitorar se o início da TARV se dá de forma tardia ou conforme o preconizado.	Numerador: número de PVHIV que tiveram resultado do exame de CD4 realizado até seis meses antes do início da TARV, nas faixas de <200, 200-349, 350-499 e 500+, segundo ano de início de tratamento. Denominador: número total de PVHIV que realizaram um exame de CD4 em até seis meses antes do início da TARV, segundo ano de início de tratamento.	Siscel Siclod

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Tempo entre o primeiro CD4 e o início da TARV	Tempo, em dias, entre a data da solicitação do primeiro exame de CD4 registrado no Siscel e a data da primeira dispensação registrada no Siclom, por ano de início da TARV.	Monitorar a oportunidade do acesso à TARV na rede pública. Monitorar a implementação das recomendações de tratamento para todos, independentemente da contagem de CD4.	Número de dias calculados entre a data da primeira dispensação e a data da solicitação do primeiro exame de CD4.	Siscel Siclom
PVHIV que iniciaram TARV	Número de PVHIV, virgens de tratamento, que iniciam TARV por ano.	Monitorar o número de novas PVHIV em TARV, a cada mês ou a cada período desejado.	Número de PVHIV com primeira dispensação identificada no Siclom, no ano.	Siclom
Esquema de tratamento ao início da TARV	Distribuição das PVHIV adultas de 18 anos e mais, que iniciaram TARV no período analisado, segundo o primeiro esquema dispensado.	Monitorar em que proporção os primeiros esquemas de tratamento da TARV dispensados seguem as recomendações vigentes em cada ano.	Numerador: número de PVHIV que iniciaram TARV no período, segundo o primeiro esquema dispensado.	Siclom
			Denominador: número de PVHIV que iniciaram TARV no período.	
Esquema de tratamento das PVHIV em TARV	Distribuição das PVHIV em TARV no período analisado, segundo o esquema que está sendo utilizado.	Monitorar quais esquemas de tratamento estão sendo utilizados pelas PVHIV em TARV, e se estes estão de acordo com as recomendações vigentes em cada ano.	Numerador: número de PVHIV que estavam em TARV no período, segundo o esquema dispensado.	Siclom
			Denominador: número de PVHIV que estavam em TARV no período.	

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Cobertura de PVHIV em TARV e pessoas sem tratamento na rede pública	Proporção de PVHIV elegíveis ⁽²⁾ segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano do primeiro CD4 realizado.	Monitorar se as PVHIV em seguimento laboratorial no SUS (isto é, com exames de CD4 e/ou CV), elegíveis para terapia, estão entrando oportunamente em tratamento. Monitorar a implementação das recomendações de tratamento para todos, independentemente da contagem de CD4.	Numerador: número de PVHIV elegíveis ⁽²⁾ que realizaram pelo menos um exame de CD4, segundo o tempo para início de TARV (ou que não a iniciaram), por ano do primeiro CD4 realizado. Denominador: número de PVHIV que realizaram pelo menos um exame de CD4, por ano do primeiro CD4 realizado.	Siscel Siclom
PVHIV em TARV com adesão suficiente	PVHIV em TARV com adesão maior ou igual a 80%.	Monitorar o nível de adesão das PVHIV em TARV.	Numerador: número de PVHIV em TARV (i.e., com pelo menos uma dispensação nos cem dias anteriores à análise) e cuja adesão está acima de 80%. A adesão é calculada em função da data das duas últimas dispensações e da duração da dispensação: duração da dispensação / (data da última dispensação - data da penúltima dispensação). Denominador: número de PVHIV em TARV (i.e., com pelo menos uma dispensação nos cem dias anteriores à análise).	Siclom

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
PVHIV em TARV com adesão insuficiente	PVHIV em TARV com adesão menor que 80%.	Monitorar o nível de adesão das PVHIV em TARV.	<p>Numerador: número de PVHIV em TARV (i.e., com pelo menos uma dispensação nos cem dias anteriores à análise) e cuja adesão está abaixo de 80%. A adesão é calculada em função da data das duas últimas dispensações e da duração da dispensação: duração da dispensação / (data da última dispensação - data da penúltima dispensação).</p> <p>Denominador: número de PVHIV em TARV (i.e., com pelo menos uma dispensação nos cem dias anteriores à análise).</p>	Sicлом
PVHIV em perda de seguimento de TARV	PVHIV em abandono de TARV ou óbito.	Monitorar a perda de seguimento de TARV, seja por abandono ou óbito.	<p>Numerador: número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação no ano, mas que não tiveram dispensação nos cem dias anteriores à análise.</p> <p>Denominador: número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação no ano.</p>	Sicлом
Retenção em TARV	Proporção de PVHIV que se mantêm retidas à TARV 12, 24 e 60 meses após o início da terapia.	Monitorar a retenção das PVHIV à terapia, de forma prospectiva, 1, 2 e 5 anos após o início da TARV.	<p>Numerador: número de indivíduos que estão em TARV (i.e., pelo menos uma dispensação nos cem dias anteriores à data da análise) aos 12, 24 e 60 meses após a data do início, por ano de início da terapia.</p> <p>Denominador: número de indivíduos que iniciaram terapia em determinado ano.</p>	Sicлом

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Supressão viral (dos indivíduos em TARV)	Número e proporção de PVHIV que apresentam carga viral suprimida após pelo menos seis meses de TARV.	Monitorar a efetividade da TARV. Contribuir para o monitoramento de adesão ao tratamento e resistência.	Numerador: PVHIV em TARV (com dispensação nos últimos cem dias da mensuração) e que tiveram resultado do exame de CV após pelo menos seis meses do início do tratamento com valor inferior a 50 ou 1.000 cópias/mL. Denominador: PVHIV em TARV (com dispensação nos últimos cem dias da mensuração) e que tiveram resultado do exame de CV após pelo menos seis meses do início do tratamento.	Siscel Siclom
Supressão viral sustentada (dos indivíduos em TARV)	Proporção de PVHIV que apresentam carga viral suprimida por dois anos consecutivos, após pelo menos seis meses de TARV.	Monitorar a efetividade da TARV no longo prazo.	Numerador: PVHIV em TARV há pelo menos dois anos (com dispensação nos últimos cem dias da mensuração) e que realizaram pelo menos dois exames de CV após pelo menos seis meses do início do tratamento, com resultado inferior a 50 cópias/mL. Denominador: PVHIV em TARV há pelo menos dois anos (com dispensação nos últimos cem dias da mensuração) e que realizaram pelo menos dois exames de CV após pelo menos seis meses do início do tratamento.	Siscel Siclom

(continua)

(continuação)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
Prevalência da resistência do HIV em indivíduos em TARV (resistência adquirida)	Proporção de PVHIV em TARV há, pelo menos, seis meses, que realizou teste de genotipagem, infectadas com linhagem de HIV resistente a antirretrovirais.	Monitorar o desenvolvimento de resistência do HIV aos antirretrovirais. Contribuir para as recomendações terapêuticas para a infecção pelo HIV.	Numerador: PVHIV em TARV há, pelo menos seis meses, que realizou teste de genotipagem, cujo resultado indicou resistência a antirretrovirais.	Siscel Siclom Sisgeno
			Denominador: PVHIV em TARV há, pelo menos seis meses, que realizou teste de genotipagem com resultado válido para análise (gerou sequência nucleotídica).	
CD4 realizados antes do início do tratamento	Número de PVHIV que realizaram o primeiro exame de CD4 antes do início da TARV.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 nos diagnósticos de HIV no SUS.	Número de PVHIV que realizaram o primeiro exame de CD4 antes do início da TARV, no período.	Siscel Siclom
Cargas virais de HIV realizadas antes do início do tratamento	Número de PVHIV que realizaram o primeiro exame de CV-HIV antes do início da TARV.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 nos diagnósticos de HIV no SUS.	Número de PVHIV que realizaram o primeiro exame de CV-HIV antes do início da TARV, no período.	Siscel Siclom
Dispensações realizadas	Número de dispensações de ARV realizadas.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 no acesso à TARV. Verificar a implementação das recomendações do Ministério da Saúde decorrente da pandemia de covid-19.	Número de dispensações de ARV realizadas, no período.	Siclom

(continua)

(conclusão)

Denominação	Conceituação	Interpretação/usos	Método de cálculo	Fontes
PVHIV com pelo menos uma dispensação de ARV	Número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 no acesso à TARV.	Número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV, no período.	Sicлом
Cobertura de dispensação de ARV	Distribuição das PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV, segundo a cobertura dessa dispensação.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 no acesso à TARV. Verificar a implementação das recomendações do Ministério da Saúde sobre a ampliação da cobertura de ARV (iniciada em 2019) durante a emergência de saúde pública decorrente da covid-19.	Numerador: número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV no período, segundo a cobertura dessa dispensação (30 dias, 60 dias ou 90 dias).	Sicлом
			Denominador: número de PVHIV que tiveram pelo menos uma dispensação de ARV no período.	
Atraso nas dispensações de ARV	Tempo, em dias, entre a data da realização da penúltima dispensação de ARV, acrescentando-se a cobertura (em dias) dessa dispensação, e a data da última dispensação realizada.	Monitorar o efeito da emergência de saúde pública decorrente da covid-19 no acesso à TARV. Verificar a implementação das recomendações do Ministério da Saúde decorrente da pandemia de covid-19.	Número de dias calculados entre a data da realização da penúltima dispensação de ARV, acrescentando-se a cobertura (em dias) dessa dispensação, e a data da última dispensação realizada. [data da dispensação anterior] + [cobertura dessa dispensação] – [data da dispensação atual]	Sicлом

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas:

⁽¹⁾ Adaptado de Mahiane et al., 2017.⁽²⁾ Definidas como aquelas que realizaram pelo menos um exame de CD4 com resultado dentro do critério de elegibilidade de TARV definido para cada ano: 2009-2012 = 350 células/mm³; 2013 = 500 células/mm³; e 2014-2018 = tratamento para todos.

VERSÃO NO DÍGITAL