



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE LETRAS
DEPARTAMENTO DE LÍNGUA ESTRANGEIRA E TRADUÇÃO

UNAIDS Global Report 2012

Tradução do Relatório do UNAIDS sobre a epidemia global da AIDS

RACQUEL LIMA STEPANSKI

BRASÍLIA
2013

RACQUEL LIMA STEPANSKI

UNAIDS Global Report 2012

Tradução do Relatório do UNAIDS sobre a epidemia global da AIDS

Projeto final de curso exigido como requisito para a aquisição do grau de bacharel em Letras – Tradução – Inglês pela Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Cristiane Roscoe Bessa.

BRASÍLIA
2013

RACQUEL LIMA STEPANSKI

UNAIDS Global Report 2012

Tradução do Relatório do UNAIDS sobre a epidemia global da AIDS

Projeto final de curso exigido como requisito para a aquisição do grau de bacharel em Letras – Tradução – Inglês pela Universidade de Brasília

Aprovado em ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Cristiane Roscoe Bessa
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Alessandra Ramos de Oliveira Harden
Avaliadora

Prof^a. Dra. Soraya Ferreira Alves
Avaliadora

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
- Justificativa	5
- Objetivo	6
- Metodologia	6
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
1.1 Perspectiva contemporânea da tradução – A visão teórica de Arrojo	8
1.2 Procedimentos Técnicos da Tradução	9
CAPÍTULO 2 – RELATÓRIO	11
TEXTO DE CHEGADA	15
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO – TEXTO DE PARTIDA	48

INTRODUÇÃO

O trabalho a seguir apresenta a tradução do Relatório do UNAIDS sobre a epidemia mundial de AIDS, também denominado apenas como Relatório Global. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) é um órgão vinculado à ONU que “reúne os esforços e recursos de dez organizações das Nações Unidas para a resposta mundial à AIDS.”¹ O Relatório Global aqui traduzido é o resultado de um consolidado de 186 países (o que representa aproximadamente a totalidade dos países que fazem parte da Assembleia Geral da ONU) que divulgaram, no ano de 2012, seus formulários de respostas nacionais à AIDS. Esses formulários disponibilizam informações abrangentes de cada país sobre o processo de estratégia nacional em favor da AIDS, sobre a participação da sociedade civil frente à questão da AIDS, assim como as abordagens políticas realizadas para a prevenção e o tratamento da AIDS. A partir da compilação das informações fornecidas pelos países, o Relatório Global resume, portanto, a situação atual mundial dos esforços para, até 2015, alcançar as metas estabelecidas na Declaração Política sobre HIV e AIDS das Nações Unidas de 2011.

Justificativa

A experiência de traduzir este Relatório se configura como um estímulo pessoal à medida que aprimora e amplia gradualmente os conhecimentos do estudante de tradução e o insere numa realidade que excede os limites acadêmicos transformando-o em sujeito atuante na formação de opinião dentro de sua própria realidade social. Durante esse processo, por exemplo, foi possível vivenciar situações que fazem parte do contexto do tradutor profissional como as inúmeras opções que surgem ao traduzir determinado termo e a responsabilidade que o tradutor carrega diante dessas decisões.

1. Disponível em: < http://www.unaids.org.br/quem_somos/diretor_executivo.asp > Acesso em: 08 de março de 2013.

2. Disponível em: < http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.asp > Acesso em 10 de julho de 2013

Objetivo

O objetivo inicial dessa tradução é disponibilizar à comunidade brasileira as informações sobre o desempenho do Brasil e de demais países frente à questão mundial da AIDS. De acordo com o banco de dados sobre a AIDS ², “a epidemia de AIDS continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global. Aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo.” Sendo assim, a tradução do Relatório Global facilita o acesso da população brasileira que tem o português como língua nativa aos dados nele apresentados e tem o intuito de divulgar a problemática mundial e nacional da AIDS e de mobilizar a sociedade para, de fato, encontrar soluções e implementar medidas eficientes que reduzam consideravelmente o número de infecções pelo HIV dentro do território brasileiro. A difusão das informações presentes nesse documento, entretanto, depende do compromisso do órgão em questão e de seus interesses em disponibilizar esses dados para a população em geral, condição que caracteriza essa tradução apenas como o primeiro passo na luta nacional contra a AIDS.

Metodologia

A metodologia utilizada para realizar essa tradução baseou-se, sobretudo, na perspectiva contemporânea da tradução de Rosemary Arrojo que trata o texto de partida não como “um objeto de contornos perfeitamente determináveis [...] que seja possível [...] reproduzir, totalmente, em outra língua, suas ideias, seu estilo e sua naturalidade” (ARROJO, 2007, p.14), mas como um texto que está sujeito às variadas interpretações de diferentes leitores que transitam em espaços e tempos analogamente diversos.

Ademais, as dificuldades tradutórias relacionadas a estruturas formais e gramaticais foram superadas com a aplicação de procedimentos técnicos da tradução propostos por Heloísa Barbosa em seu livro *Procedimentos Técnicos da Tradução – uma nova proposta*. Para a tradução do vocabulário específico ao tema, foi realizado um levantamento de dados e de terminologias utilizados por entidades e profissionais de diversas áreas (saúde, jornalismo, educação, etc.) bem como pelos membros de organizações internacionais (ONU, UNAIDS, UNESCO, etc.), a fim de identificar nomenclaturas já difundidas dentro da comunidade e estabelecer uma relação com os termos identificados no texto de partida.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 – Perspectiva contemporânea da tradução – A visão teórica de Arrojo

A tradução do Relatório Global do UNAIDS partiu do princípio de que a tradução de qualquer texto dependerá sempre do contexto histórico em que o tradutor, que não deixa de ser um leitor em potencial, está inserido. A fim de legitimar essa perspectiva evocaremos o conceito de “palimpsesto” cunhado por Arrojo (2007, p.23), que diz que “o ‘palimpsesto’ passa a ser o texto que se apaga, em cada comunidade cultural e em cada época, para dar lugar a outra escritura [...] do ‘mesmo’ texto.”. Assim, “a tradução, como leitura, deixa de ser, portanto uma atividade que protege os significados ‘originais’ de um autor, e assume sua condição de *produtora de significados*” (ibidem, p.24).

A perspectiva teórica de Arrojo dá liberdade ao tradutor de tomar as próprias decisões de acordo com sua interpretação do texto de partida que será, “sempre produto daquilo que somos, sentimos e pensamos” (ibidem, p.44). Nesse sentido, o conhecimento de mundo do tradutor, sua afinidade com o tema em questão, além do contexto em que está inserido socialmente, são fatores que influenciam diretamente o produto final traduzido e, efetivamente dão voz àquele tradutor específico.

A visão teórica de Arrojo (2007, p.38) de que “aquilo que consideramos *verdadeiro* será irremediavelmente determinado por todos os fatores que constituem nossa *história* pessoal, social e coletiva”, ultrapassa e desmistifica a crença tradicional de que o tradutor deve ser fiel ao texto “original” e invisível aos olhos dos leitores. Ora, se estamos inseridos no contexto histórico da sociedade brasileira, não haveria procedimento mais fiel do que considerar primordialmente a comunidade em questão para realizar uma tradução de qualidade. Nesse sentido, a tradução do Relatório Global do UNAIDS tem como premissa alcançar o público alvo que possui o domínio da língua portuguesa de maneira clara e objetiva sem excluir ou ocultar o tradutor. Ao contrário, pretende evidenciá-lo como sujeito responsável pelas decisões tradutórias tomadas a partir de sua própria história pessoal e coletiva. No capítulo seguinte poderemos observar a aplicação dessa teoria.

1.2 – Procedimentos Técnicos da Tradução

A tradução é uma prática inerente à cultura e à história da humanidade. Desde os autores clássicos que viviam nas sociedades greco-romanas da Antiguidade aos atuais tradutores automáticos virtuais, essa atividade tem sido realizada constantemente em diversas partes do mundo e se caracteriza como protagonista nas relações entre diferentes povos e culturas. O grande volume de traduções exigido a partir de 1915 após a criação da Liga das Nações evidenciou “a necessidade de que fossem treinados intérpretes para atuar nas assembleias dessa entidade, bem como profissionais que se ocupassem das enormes quantidades de documentos por ela elaborados”. (BARBOSA, 2004, p. 19). Nesse contexto, a o processo tradutório tornou-se uma preocupação entre estudiosos de teorias linguísticas, mais especificamente da linguística aplicada, com o objetivo de formalizar essa prática até então realizada por autores e escritores diletantes na área.

As reflexões que surgiram a partir desse momento giraram, principalmente, em torno de questões como a possibilidade e a impossibilidade na tradução, a opção pela tradução livre ou pela tradução literal e a realização da tradução de textos técnicos ou textos literários. Essas dicotomias há muito existentes entre os teóricos e estudiosos do assunto visavam responder à pergunta “como traduzir” e a resposta tradicional mais difundida era simples: literalmente e fielmente ao texto original, considerando, em primeiro plano, sua forma frente ao seu conteúdo. Entretanto, segundo Barbosa (p. 21) “desde os primórdios das reflexões sobre tradução [...] houve aqueles que advogavam um modo de traduzir que privilegiasse o conteúdo e se afastasse da literalidade pura e simples.” Nesse caso, como deveria, então, ser realizada, a tradução? Conforme a autora, “é como resposta a essa pergunta, como modo de justificar a tradução não literal que [...] surgem, no estudo da tradução, descrições de procedimentos técnicos”. (p.21)

Esses procedimentos técnicos da tradução surgem, portanto, para sistematizar e estabelecer “parâmetros de execução que validem um determinado tipo de tradução como sendo funcional, operacional, e que sirva de base para o ensino da tradução”. (p.21). Os modelos criados a partir daí discorrem sobre os mais diversos aspectos e possibilidades da prática tradutória e, de fato, formalizam conceitos e categorias que auxiliam o tradutor a realizar e a determinar suas escolhas quando executa essa atividade.

Os procedimentos técnicos utilizados na tradução deste Relatório Global estão listados no capítulo seguinte conjuntamente com cada exemplo e definição proposta por Barbosa em seu livro *Procedimentos Técnicos da Tradução – uma nova proposta*. A autora definiu esses conceitos com o intuito de padronizar suas terminologias para que, dessa forma, o tradutor encontre menos dificuldades geradas pelas tantas definições de outros autores. Essa proposta facilita o processo tradutório, pois disponibiliza ao tradutor “uma série de procedimentos que efetivamente recobrem o que acontece no ato da tradução”. (p.64). De fato, a aplicação desses

procedimentos muito auxiliou na realização da tradução do relatório em questão e demonstraremos essa aplicação no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2

RELATÓRIO

Alguns exemplos que caracterizam a aplicação teoria de Arrojo pode ser observado na tradução do trecho a seguir:

Several countries that have implemented evidence-informed programmes for people who use drugs have dramatically reduced the number of these people who acquire HIV infection, with some countries approaching the elimination of drug-related transmission.

Diversos países que executaram programas com base em informações e dados concretos sobre os usuários de drogas reduziram consideravelmente o número de usuários que contraem a infecção, com alguns países aproximando-se da eliminação da transmissão relacionada ao uso de drogas.

Durante o processo tradutório do trecho acima, algumas dificuldades foram encontradas. A primeira revela-se com o termo “evidence-informed programmes” que se refere aos programas que tem como abordagem de pesquisa dados e informações quantitativas e concretas em detrimento a outras abordagens teóricas ou qualitativas. A expressão “evidence-informed” provém da união dos termos “evidence-based” e da palavra “information”. A abordagem de pesquisa baseada em evidências (*evidence-based*) se restringe à análise prática e absoluta dos resultados de determinado estudo considerando principalmente os dados concretos avaliados. A informação (*information*) refere-se também aos resultados práticos específicos da pesquisa. A partir dessas constatações, adquiridas por meio de análise semântica e de pesquisas sobre a aplicação da referida expressão em textos escritos na língua inglesa, além da própria interpretação do tradutor dentro do contexto em que está inserido, o termo “evidence-informed programmes” foi traduzido para “programas com base em informações e dados concretos”.

A segunda dificuldade tradutória enfrentada apresenta-se com a expressão “people who use drugs”. A tradução literal desse fragmento não prejudicaria seu sentido original; entretanto, de acordo com o contexto social em que o texto traduzido será apresentado e o tema abordado pelo texto de partida, a tradução de “people who use drugs” para “usuários de drogas” é a que mais se aproxima do leitor brasileiro, público alvo desse trabalho, uma vez que é utilizada de forma frequente por diversas áreas do meio social, acadêmico e científico.

O advérbio “dramatically” empregado no texto de partida também se configurou como um desafio na tradução, uma vez que pouco se utiliza seu equivalente em português “dramaticamente” nesse contexto, sendo mais comum o seu uso em situações referentes ao teatro ou à literatura. A escolha por traduzi-lo para “consideravelmente” baseou-se principalmente na fluidez do texto de chegada que é caracterizada pela combinação natural, idiomática, de duas

palavras: reduzir e consideravelmente. A união desses dois vocábulos se estabelece como uma expressão recorrente na língua portuguesa e o seu uso evidencia o local e o tempo da tradução.

O último desafio encontrado na tradução desse trecho é representado pelo segmento “people who acquire HIV infection” que foi traduzido para “usuários que contraem a infecção”. A opção por traduzi-lo dessa forma se justifica em aprimorar o aspecto formal do texto no que diz respeito à coesão textual. Se avaliarmos integralmente o parágrafo do texto de partida em que o trecho acima está inserido, será possível perceber que os mesmos vocábulos “acquire HIV infection” são empregados anteriormente. A fim de evitar a repetição desses termos e tornar o texto de chegada mais acessível ao leitor, a palavra “people” foi traduzida por “usuários”, “acquire” por “contraem” e o termo HIV foi suprimido uma vez que o seu significado já estava implícito no parágrafo integral.

A teoria de Arrojo e os procedimentos técnicos propostos por Barbosa são complementares e podem ser observados conjuntamente ao longo da tradução. No trecho a seguir, podemos identificar alguns procedimentos que foram aplicados, tais como:

a) Tradução palavra por palavra: é aquela em que “mantêm-se as mesmas categorias numa mesma ordem sintática, utilizando vocábulos cujo semanticismo seja idêntico ao dos vocábulos da língua de partida”. (p.64). Os exemplos a seguir foi retirado da página 2 do texto de partida.

Ex:

<i>This</i>	<i>effort</i>	<i>is</i>	<i>more</i>	<i>than</i>	<i>merely</i>	<i>visionary.</i>
Esse	esforço	é	mais	do que	meramente	visionário.

b) Tradução literal: é “aquela que se mantém uma fidelidade semântica estrita, adequando, porém a morfossintaxe às normas gramaticais da língua de chegada”. (p.65)

Ex:

Eliminate stigma and discrimination against people living with and affected by HIV by promoting laws and policies that ensure the full realization of all human rights.

Eliminar o estigma e a discriminação contra as pessoas que convivem e são afetadas pelo HIV promovendo leis e políticas que assegurem a plena realização de todos os direitos humanos.

c) Transposição: “consiste na mudança de categoria gramatical de elementos que constituem o segmento a traduzir”.

Ex:

i) *NEW INFECTIONS DECLINING*

A DIMINUIÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES

ii) *During the past decade, many national epidemics have changed dramatically.*

Durante a última década, muitas epidemias nacionais se transformaram de forma dramática.

d) Modulação: “consiste em reproduzir a mensagem da língua de partida na língua de chegada, mas sob um ponto de vista diverso, o que reflete uma diferença no modo como as línguas interpretam o real”.(p.67) O exemplo a seguir foi retirado da página 4 do texto de partida.

Ex:

i) *THE GLOBAL EPIDEMIC AT A GLANCE*

A EPIDEMIA GLOBAL EM POUCAS PALAVRAS

ii) *Non-reporting countries with people who inject drugs.*

Países que não apresentaram dados sobre usuários de drogas injetáveis.

e) Equivalência: “consiste em substituir um segmento de texto da língua de partida por um outro segmento da língua de chegada que não o traduz literalmente, mas que lhe é funcionalmente equivalente”. (p.67).

Ex:

PEOPLE WHO INJECT DRUGS

USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

A expressão “people who inject drugs” representa, em inglês, uma terminologia já estabelecida entre a comunidade da área de saúde relacionada à temática da AIDS e pode também ser apresentada por meio da sigla PWID. No Brasil, dentro dessa mesma comunidade, a expressão utilizada para se referir a estas pessoas é “usuários de drogas injetáveis” ou UDI. Sendo assim, a opção pela tradução não literal, mas equivalente à cultura brasileira e à língua portuguesa foi realizada a fim de aproximar o público alvo leitor da essência do conteúdo exposto pelo texto de partida.

Os procedimentos descritos acima foram utilizados diversas vezes durante a tradução do Relatório Global do UNAIDS. Os exemplos extraídos da tradução são apenas um pequeno retrato do todo que pode ser encontrado ao longo do texto traduzido a seguir.

TEXTO DE CHEGADA

RELATÓRIO GLOBAL

RELATÓRIO DO UNAIDS SOBRE
A EPIDEMIA MUNDIAL DE AIDS – 2012

Direitos Autorais © 2012
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)
Todos os direitos reservados

As designações empregadas nesta publicação bem como a apresentação do respectivo material não refletem em absoluto o ponto de vista do UNAIDS relativamente à condição jurídica de qualquer país, área ou território ou respectivas autoridades, ou ainda relativamente à delimitação das respectivas fronteiras ou limites territoriais. O UNAIDS não garante que a informação impressa nesta publicação está completa e correta e não se responsabiliza por danos causados pelo resultado de seu uso.

RELATÓRIO GLOBAL

RELATÓRIO DO UNAIDS SOBRE
A EPIDEMIA GLOBAL DE AIDS – 2012

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO		2
ESTADO DA EPIDEMIA		4
OBJETIVO 1	<i>Transmissão sexual</i>	12
OBJETIVO 2	<i>Usuários de Drogas Injetáveis</i>	
OBJETIVO 3	<i>Infecção pelo HIV entre crianças e a preservação da vida de suas mães</i>	38
OBJETIVO 4	<i>Tratamento</i>	46
OBJETIVO 5	<i>Tuberculose e HIV</i>	54
OBJETIVO 6	<i>Recursos e gastos</i>	58
OBJETIVO 7	<i>O gênero e a resposta ao HIV</i>	66
OBJETIVO 8	<i>Estigma, discriminação e a lei</i>	74
OBJETIVO 9	<i>Eliminar restrições de entrada, saída e residência</i>	82
OBJETIVO 10	<i>Integração</i>	86
REFERÊNCIAS		92

INTRODUÇÃO

A comunidade global embarcou numa jornada histórica para estabelecer as bases para o eventual fim da epidemia da AIDS.

Este esforço é mais do que meramente visionário. É totalmente viável. Benefícios sem precedentes foram alcançados ao reduzir o número de novas infecções por HIV em adultos e em crianças, ao diminuir o número de pessoas que morrem por causas relacionadas à AIDS e ao implementar estruturas políticas viáveis que aceleram o progresso. Uma nova era de esperança tem surgido em países e comunidades ao redor do mundo que, antes, já foram devastados pela AIDS.

Contudo, um mundo em que a AIDS esteja eliminada só pode ser alcançado por meio de comprometimento e solidariedade contínuos e renovados e apenas se as evidências disponíveis e os recursos limitados forem utilizados da maneira mais eficiente e efetiva possível.

Reconhecendo a autêntica oportunidade de se planejarem para o fim da AIDS, países prometeram na Declaração Política sobre HIV e AIDS das Nações Unidas de 2011: Intensificar Nossos Esforços em Eliminar o HIV e a AIDS (1) para cumprir etapas específicas a fim de atingir objetivos ambiciosos até 2015. Baseando-se na Declaração Política de 2011, o UNAIDS articulou 10 metas específicas para 2015 com o propósito de guiar ações coletivas.

1. Reduzir a transmissão sexual em 50%.
2. Reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
3. Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães que morrem por causas relacionadas à AIDS.
4. Disponibilizar a terapia antirretroviral a 15 milhões de pessoas.
5. Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%.
6. Acabar com a lacuna nos recursos globais para a AIDS e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
7. Eliminar as desigualdades de gênero, o abuso e a violência fundamentados no gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de se protegerem do HIV.
8. Eliminar o estigma e a discriminação contra as pessoas que convivem e são afetadas pelo HIV promovendo leis e políticas que assegurem a plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
9. Eliminar restrições para que pessoas portadoras do HIV possam entrar, sair ou estabelecer residência.
10. Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV a fim de fortalecer a integração da resposta à AIDS nos esforços globais de saúde e desenvolvimento.

Ao adotarem as metas estabelecidas na Declaração Política de 2011, os países se comprometeram a monitorar e a relatar os progressos e os desafios enfrentados em suas respostas nacionais à AIDS. Para facilitar o cumprimento do relatório bianual sobre o progresso nacional, o UNAIDS colaborou com parceiros para desenvolver um conjunto de indicadores-chave que deve ser submetidos ao relato dos países.

Em 2012, 186 países apresentaram relatórios abrangentes sobre o progresso em suas respostas nacionais à AIDS. Com 96% dos 193 Estados Membros das Nações Unidas relatando em 2012, o sistema de Resposta ao Relatório Global da AIDS tem uma das maiores taxas de resposta do que qualquer outro mecanismo de monitoramento internacional de saúde e desenvolvimento – um reflexo vívido da amplitude e profundidade do compromisso global em resposta à AIDS.

186

**PAÍSES
APRESENTARAM
RELATÓRIOS**

Com base nas informações fornecidas pelos países, esse relatório resume a situação atual dos esforços para alcançar, até 2015, as metas estabelecidas na Declaração Política de 2011. Além de fornecer uma rápida visão da situação atual de cada objetivo, ele identifica tendências-chave. Utilizando a abordagem de um 'cartão de pontuação' para avaliar indicadores-chave, o relatório permite que cada país individualmente compare suas próprias conquistas com os demais. Fracassos regionais permitem comparações de progresso entre diferentes partes do mundo. Esse relatório destaca instâncias onde políticas e programas recomendáveis ainda não foram implementados.

Em 2012, 186 países apresentaram relatórios abrangentes sobre suas repostas nacionais à AIDS: 96% dos Estados Membros das Nações Unidas.

Como parte do monitoramento global de resposta à AIDS, países têm completado pesquisas extensivas dos quadros de políticas nacionais em favor da AIDS. O Instrumento Nacional de Compromisso e Política obtém informações sobre o processo de estratégia nacional em favor da AIDS, sobre a participação da sociedade civil e sobre outros indicadores-chave, assim como sobre as abordagens políticas realizadas para a prevenção e o tratamento da AIDS.

Os resultados aqui resumidos são encorajadores, uma vez que o progresso conquistado até o momento definitivamente demonstra a viabilidade em alcançar as metas estabelecidas na Declaração Política de 2011. Apesar disso, os resultados também revelam que, para alcançar a maioria dessas metas até 2015, um esforço adicional é necessário.

ESTADO DA EPIDEMIA

Apesar de a AIDS permanecer um dos desafios de saúde mais sérios do mundo, a solidariedade global em resposta à AIDS durante a última década continua a gerar benefícios de saúde extraordinários. O sucesso histórico em tabelar os programas de HIV – combinado com o surgimento de novas ferramentas poderosas para prevenir as pessoas de se infectarem e morrerem por questões relacionadas à AIDS – tem possibilitado o estabelecimento das bases para o eventual fim da epidemia da AIDS.

Apesar de muitas notícias sobre a AIDS serem encorajadoras, o desafio permanece. O número global de novas pessoas infectadas diminuiu continuamente, mas epidemias nacionais continuam a se expandir em muitas partes do mundo. Ademais, a queda nos números de crianças que morrem por causas relacionadas à AIDS e que adquirem o vírus HIV, apesar de substancial, deve ser acelerada para alcançar as metas globais da AIDS.

A EPIDEMIA GLOBAL EM POUCAS PALAVRAS

Globalmente, 34 milhões [31,4 milhões – 35,9 milhões] de pessoas estavam vivendo com o HIV no final de 2011. Estimadamente 0,8% dos adultos ao redor do mundo com idade entre 15-49 anos estão vivendo com o HIV, apesar de a carga da epidemia continuar variando consideravelmente entre países e regiões.

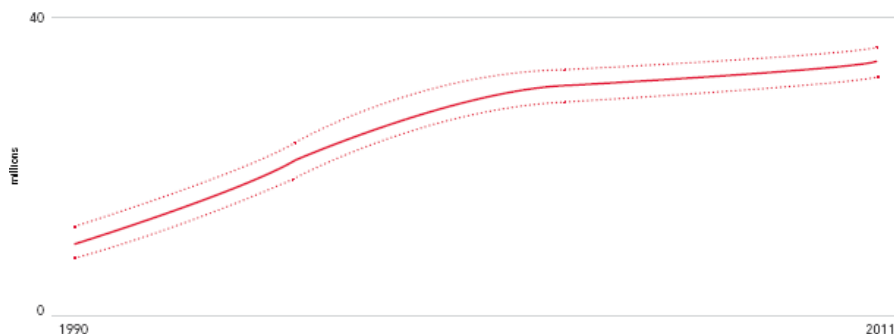
A África subsaariana permanece como a região mais severamente afetada, com aproximadamente um em cada 20 adultos (4,9%) vivendo com o HIV, o que representa 69% das pessoas ao redor do mundo que vivem com o vírus. Apesar de a prevalência regional de infecção pelo HIV ser cerca de 25 vezes maior na África subsaariana do que na Ásia, praticamente 5 milhões de pessoas estão vivendo com o HIV no sul, sudeste e leste do continente Asiático. Depois da África subsaariana, as regiões mais afetadas são o Caribe e o Leste Europeu e a Ásia Central, onde 1,0% dos adultos estavam vivendo com o HIV em 2011.

A DIMINUIÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES

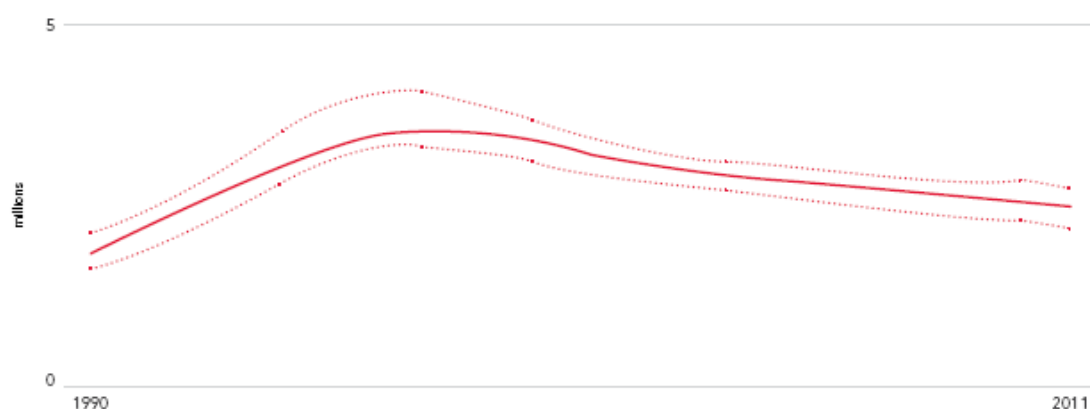
Ao redor do mundo, o número de novas pessoas infectadas continua a cair: o número de pessoas (adultos e crianças) que adquiriram a infecção pelo HIV em 2011 (2,5 milhões [2,2 milhões-2,8 milhões]) foi 20% menor do que em 2001. Aqui, também, a variação é evidente. As diminuições mais acentuadas do número de pessoas que adquiriram a infecção pelo HIV desde 2001 ocorreram no Caribe (42%) e na África subsaariana (25%).

Tendências Globais do HIV, 1990-2011

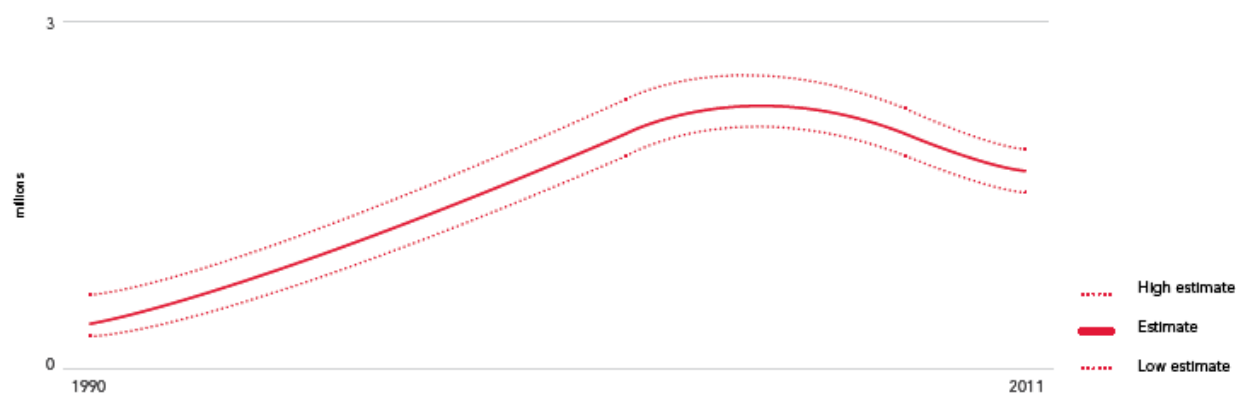
NÚMERO DE PESSOAS VIVENDO COM O HIV, MUNDIAL, 1990-2011



NÚMERO DE NOVAS PESSOAS INFECTADAS COM O HIV, MUNDIAL, 1990-2011



ÓBITOS DE ADULTOS E CRIANÇAS PELA AIDS, MUNDIAL, 1990-2011.

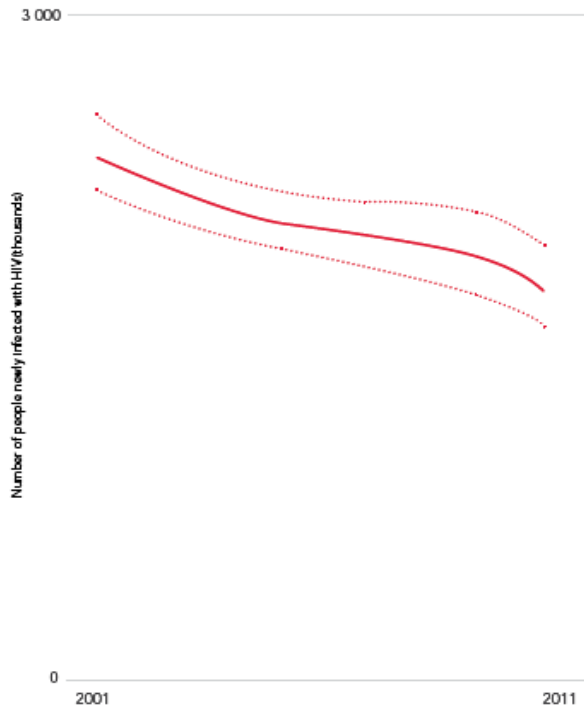


Fonte: Estimativas do UNAIDS

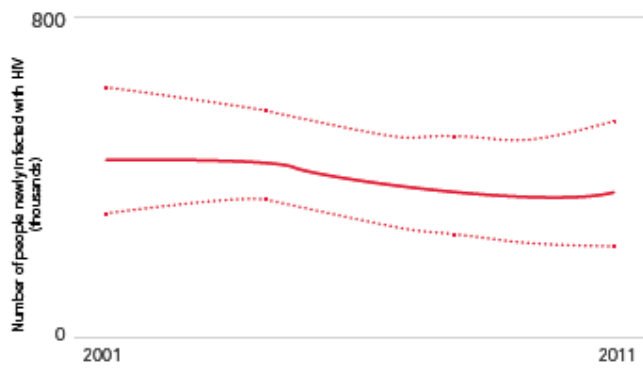
Em algumas outras partes do mundo, a evolução do HIV (em adultos e crianças) é motivo de preocupação. Desde 2001, o número de novas pessoas infectadas no Oriente Médio e no Norte da África aumentou em mais de 35% (de 27.000 [22.000-34.000] para 37.000 [29.000-46.00]). As evidências indicam que a incidência de infecção pelo HIV no Leste Europeu e na Ásia Central começou a aumentar no final dos anos 2000 após estarem relativamente estáveis por muitos anos.

Número de novas pessoas infectadas com o HIV, 1990-2011, por região.

ÁFRICA SUBSAARIANA

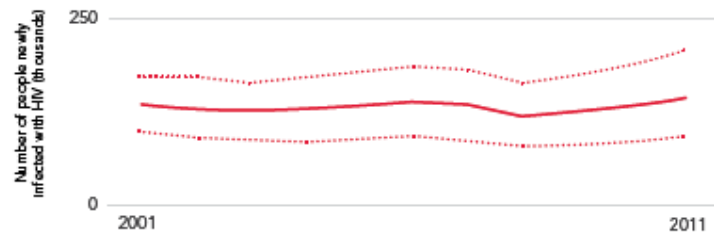


ÁSIA



- High estimate
- Estimate
- Low estimate

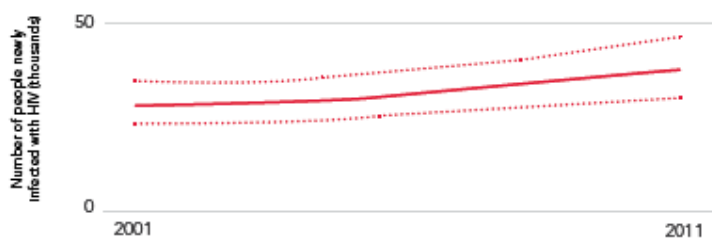
Source: UNAIDS estimates.



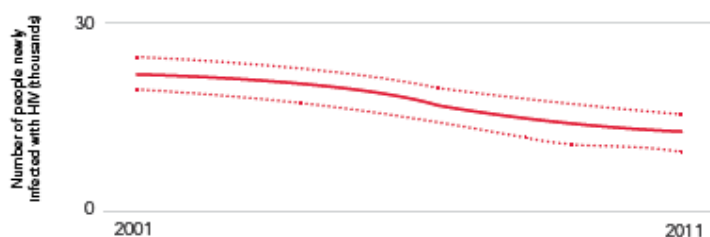
AMÉRICA LATINA



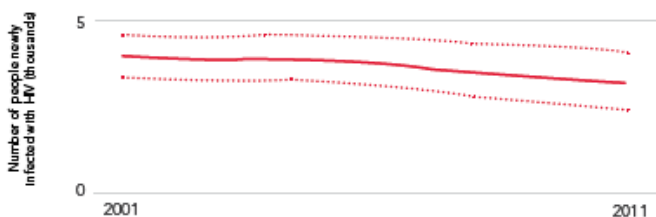
ORIENTE MÉDIO E NORTE DA ÁFRICA



CARIBE



OCEANIA



Fonte: Estimativas do UNAIDS

Durante a última década, muitas epidemias nacionais se transformaram de forma dramática. Em 39 países, a incidência da infecção pelo HIV entre os adultos caiu em mais de 25% entre 2001 e 2011 (veja a tabela). Vinte e três dos países que apresentaram quedas mais acentuadas na incidência do vírus HIV estão na África subsaariana, onde o número de pessoas que adquiriu a infecção pelo HIV em 2011 (1,8 milhões [1,6 milhões-2,0 milhões]) foi 25% menor do que em 2001 (2,4 milhões [2,2 milhões-2,5 milhões]). Apesar desses ganhos, a África subsaariana representou 71% das novas infecções entre adultos e crianças em 2011, sublinhando a importância de continuar e fortalecer os esforços para a prevenção do HIV na região.

Evoluções epidemiológicas são menos favoráveis em muitos outros países. Em ao menos nove países, o número de novas pessoas infectadas em 2011 foi, no mínimo, 25% mais alto do que em 2001.

Transformações nas taxas de incidência de infecção pelo HIV entre adultos de 15-49 anos de idade, 2001-2011, países selecionados.

Aumentando > 25 %	Estáveis	Diminuindo 26-49%	Diminuindo ≥50%
Bangladesh Georgia Guinea-Bissau Indonesia Kazakhstan Kyrgyzstan Philippines Republic of Moldova Sri Lanka	Angola Belarus Benin Congo France Gambia Lesotho Nigeria Tajikistan Uganda United Republic of Tanzania United States of America	Burundi Cameroon Democratic Republic of the Congo Jamaica Kenya Malaysia Mali Mexico Mozambique Niger Sierra Leone South Africa Swaziland Trinidad and Tobago	Bahamas Barbados Belize Botswana Burkina Faso Cambodia Central African Republic Djibouti Dominican Republic Ethiopia Gabon Ghana Haiti India Malawi Myanmar Namibia Nepal Papua New Guinea Rwanda Suriname Thailand Togo Zambia Zimbabwe

* Countries with incidence rate changes less than 25% up or down.

Source: UNAIDS estimates.

Countries not included in this table have insufficient data and/or analyses to estimate recent trends in incidence among adults and to assess the impact of HIV prevention programmes for adults. The analysis was either published in peer-reviewed literature or was done through recommended modelling tools for national HIV/AIDS estimation. Criteria for inclusion of countries with estimation models include that at least four years of HIV surveillance prevalence data were available for countries with concentrated epidemics and three years for countries with generalized epidemics for each subpopulation used in the estimation, that HIV surveillance data were available through at least 2009 and that the estimated trend in incidence was not contradicted by other data sources. For some countries with complex epidemics, including multiple population groups with different risk behaviours as well as major geographical differences, such as Brazil, China and the Russian Federation, this type of assessment is highly complex and could not be concluded in the 2012 estimation round.

antirretroviral e o declínio estável da incidência do HIV desde o seu apogeu em 1997. Em 2011 essa redução continuou, com a evidência de que a queda no número de pessoas que morrem por causas relacionadas à AIDS está acelerando em muitos países.

Em 2011, 1,7 milhão [1,5 milhão-1,9 milhão] de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS ao redor do mundo. Isso representa uma diminuição de 24% da mortalidade por causas relacionadas à AIDS comparado com o ano de 2005 (quando 2,3 milhões [2,1 milhões-2,6 milhões] de mortes ocorreram).

1,7
MILHÃO MORRERAM

Em 2011, 1,7 milhão de pessoas morreram ao redor do mundo por causas relacionadas à AIDS, uma diminuição de 27% em relação ao auge em 2005.

O número de pessoas que morreram por causas relacionadas à AIDS na África subsaariana diminuiu em 32% de 2005 a 2011, apesar de a região representar 70% de todas as pessoas que morreram de AIDS em 2011. O Caribe (48%) e a Oceania (41%) vivenciaram declínios significantes nas taxas de mortes por causas relacionadas à AIDS entre 2005 e 2011. Declínios mais modestos ocorreram durante o mesmo período na América Latina (10%), Ásia (4%) e Europa Ocidental e Central e América do Norte (1%). Duas outras regiões, entretanto, apresentaram aumentos significativos na taxa de mortalidade pela AIDS – Leste Europeu e Ásia Central (21%) e o Oriente Médio e o Norte da África (17%).

Uma recapitulação das experiências dos países claramente ilustra as transformações nas taxas de mortalidade por causas relacionadas à AIDS nos últimos anos (veja a tabela). Em 14 países, o número anual de pessoas que morreram por causas relacionadas à AIDS diminuiu em pelo menos 50% entre 2005 e 2011. Em outros 74 demais países, declínios mais modestos, mas ainda notáveis, de 10-49% foram registrados durante o mesmo período de seis anos.

O aumento da terapia antirretroviral em países de rendas baixa e média tem transformado as respostas nacionais à AIDS e produzido amplos benefícios na saúde. Desde 1995, a terapia antirretroviral salvou 14 milhões de vidas em países de rendas baixa e média, incluindo 9 milhões na África subsaariana. Com o seu aumento programático contínuo, os benefícios na saúde foram acelerados e o número de anos de vida salvos pela terapia na África subsaariana quaduplicou nos últimos quatro anos. A experiência na Província hiperendêmica de KwaZulu-Natal na África do Sul ilustra os benefícios macroeconômicos de renda familiar e subsistência dos que tem acesso ao tratamento extensivo, com a perspectiva de emprego aumentando acentuadamente entre indivíduos que recebem a terapia antirretroviral.

Porcentagem das mudanças no número de pessoas que morreram por causas relacionadas à AIDS, 2005-2011.

Nenhuma mudança ou diminuição <25%

Afghanistan	Guatemala	Poland
Algeria	Guinea-Bissau	Republic of Moldova
Angola	Indonesia	Romania
Armenia	Iran (Islamic Republic of)	Russian Federation
Australia	Italy	Senegal
Azerbaijan	Kazakhstan	Serbia
Bangladesh	Kyrgyzstan	Sierra Leone
Belarus	Lao People's Democratic Republic	Singapore
Belize	Latvia	Somalia
Brazil	Lebanon	Sri Lanka
Bulgaria	Madagascar	Sudan
Cameroon	Malaysia	Tajikistan
Canada	Mauritania	Togo
Cape Verde	Mauritius	Uganda
Colombia	Morocco	Ukraine
Costa Rica	Mozambique	United Kingdom
Cuba	Myanmar	United States of America
Ecuador	Nepal	Uruguay
Egypt	Nicaragua	Venezuela
Equatorial Guinea	Niger	Viet Nam
France	Nigeria	Yemen
Gabon	Pakistan	
Gambia	Philippines	
Georgia		

Diminuição 25-49%

Bahamas	Haiti
Benin	Honduras
Bolivia (Plurinational State of)	Jamaica
Burkina Faso	Lesotho
Central African Republic	Liberia
Chad	Malawi
Congo	Mali
Djibouti	Mexico
El Salvador	Panama
Eritrea	Papua New Guinea
Germany	South Africa
Ghana	Swaziland
Guinea	Thailand
	United Republic of Tanzania

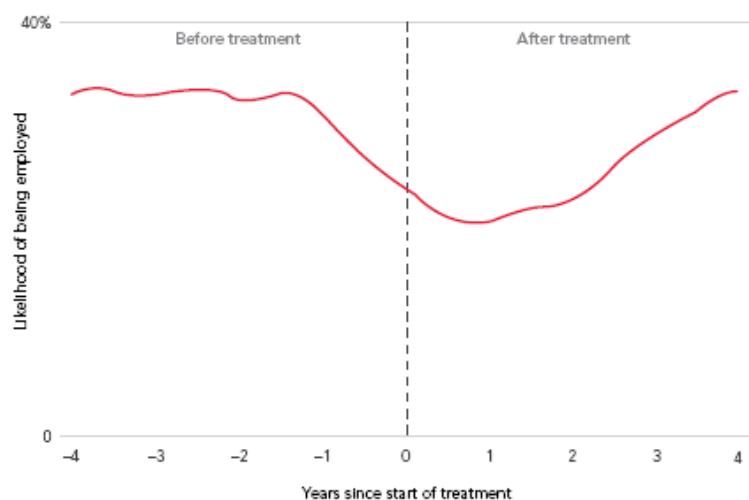
Diminuição ≥ 50%

Botswana
Burundi
Cambodia
Côte d'Ivoire
Dominican Republic
Ethiopia
Guyana
Kenya
Namibia
Peru
Rwanda
Suriname
Zambia
Zimbabwe

* Países com 100 ou mais mortes relacionadas à AIDS em 2010

Fonte: Estimativas do UNAIDS

Perspectivas de emprego antes e depois da terapia aintirretroviral em Kwazulu-Natal, África do Sul.



Estatísticas regionais do HIV e da AIDS, 2001, 2005 e 2011.

		Adultos e crianças que vivem com o HIV	Novos adultos e crianças infectados com o HIV
África subsaariana	2011	23.5 million [22 100 000–24 800 000]	1.8 million [1 600 000–2 000 000]
	2001	20.9 million [19 300 000–22 500 000]	2.4 million [2 200 000–2 500 000]
Oriente Médio e Norte da África	2011	300 000 [250 000–360 000]	37 000 [29 000–46 000]
	2001	210 000 [170 000–270 000]	27 000 [22 000–34 000]
Sul e Sudeste da Ásia	2011	4.0 million [3 100 000–4 600 000]	280 000 [170 000–370 000]
	2001	3.7 million [3 200 000–5 100 000]	370 000 [250 000–450 000]
Leste da Ásia	2011	830 000 [590 000–1 200 000]	89 000 [44 000–170 000]
	2001	390 000 [280 000–530 000]	75 000 [55 000–100 000]
Oceania	2011	53 000 [47 000–60 000]	2 900 [2 200–3 800]
	2001	38 000 [32 000–46 000]	3 700 [3 100–4 300]
América Latina	2011	1.4 million [1 100 000–1 700 000]	83 000 [51 000–140 000]
	2001	1.2 million [970 000–1 500 000]	93 000 [67 000–120 000]
Caribe	2011	230 000 [200 000–250 000]	13 000 [9600–16 000]
	2001	240 000 [200 000–270 000]	22 000 [20 000–25 000]

Leste Europeu e Ásia Central	2011	1.4 million [1 100 000–1800 000]	140 000 [91 000–210 000]
	2001	970 000 [760 000–1 200 000]	130 000 [99 000–170 000]
Europa Ocidental e Central	2011	900 000 [830 000–1 000 000]	30 000 [21 000–40 000]
	2001	640 000 [590 000–710 000]	29 000 [26 000–34 000]
América do Norte	2011	1.4 million [1 100 000–2 000 000]	51 000 [19 000–120 000]
	2001	1.1 million [850 000–1 300 000]	50 000 [35 000–71 000]
Global	2011	34.0 million [31 400 000–35 900 000]	2.5 million [2 200 000–2 800 000]
	2001	29.4 million [27 200 000–32 100 000]	3.2 million [2 900 000–3 400 000]

**Prevalência em adultos
(15-49), %**

**Prevalência em jovens
(15-24), %**

**Óbitos por causas
relacionadas à AIDS
entre adultos e crianças,
2005 e 2011**

	Mulheres		Homens		
4.9 [4.6–5.1]	3.1 [2.6–3.9]	1.3 [1.1–1.7]	2011	1.2 million [1 100 000–1 300 000]	
5.9 [5.4–6.2]	5.1 [4.2–6.7]	2.0 [1.6–2.7]	2005	1.8 million [1 600 000–1 900 000]	
0.2 [0.1–0.2]	<0.1 [<0.1–0.1]	<0.1 [<0.1–0.1]	2011	23 000 [18 000–29 000]	
0.1 [0.1–0.2]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–0.1]	2005	20 000 [15 000–25 000]	
0.3 [0.2–0.3]	0.1 [<0.1–0.1]	0.1 [<0.1–0.2]	2011	250 000 [190 000–330 000]	
0.3 [0.3–0.5]	0.2 [0.1–0.3]	0.2 [0.2–0.3]	2005	290 000 [270 000–310 000]	
0.1 [<0.1–0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	2011	59 000 [41 000–82 000]	
<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	2005	39 000 [27 000–56 000]	
0.3 [0.2–0.3]	0.1 [0.1–0.2]	0.1 [<0.1–0.1]	2011	1 300 [<1 000–1 800]	
0.2 [0.2–0.3]	0.2 [0.1–0.3]	0.1 [0.1–0.2]	2005	2 300 [1 700–3 000]	
0.4 [0.3–0.5]	0.1 [<0.1–0.2]	0.2 [<0.1–0.5]	2011	54 000 [32 000–81 000]	
0.4 [0.3–0.5]	0.1 [<0.1–0.2]	0.3 [0.1–0.7]	2005	60 000 [36 000–93 000]	

1.0 [0.9–1.1]	0.6 [0.4–0.7]	0.3 [0.2–0.5]	2011	10 000 [8200–12 000]
1.2 [1.0–1.3]	1.0 [0.8–1.2]	0.5 [0.3–0.9]	2005	20 000 [16 000–23 000]
1.0 [0.6–1.0]	0.5 [0.4–0.7]	0.7 [0.5–0.9]	2011	92 000 [63 000–120 000]
0.3 [0.4–0.7]	0.2 [<0.1–0.2]	0.3 [0.2–0.3]	2005	76 000 [58 000–100 000]
0.2 [0.2–0.3]	<0.1 [<0.1–<0.1]	0.1 [<0.1–0.1]	2011	7 000 [6 100–7 500]
0.2 [0.2–0.2]	<0.1 [<0.1–<0.1]	0.1 [<0.1–0.1]	2005	7 800 [7 600–9 000]
0.6 [0.5–1.0]	0.2 [<0.1–0.4]	0.3 [0.1–0.5]	2011	21 000 [17 000–28 000]
0.6 [0.5–0.7]	0.2 [0.1–0.3]	0.3 [0.2–0.4]	2005	20 000 [16 000–26 000]
0.8 [0.7–0.8]	0.6 [0.4–0.6]	0.3 [0.2–0.4]	2011	1.7 million [1 500 000–1 900 000]
0.8 [0.7–0.9]	0.7 [0.6–0.9]	0.4 [0.3–0.5]	2005	2.3 million [2 100 000–2 600 000]

2 USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

O objetivo global de reduzir, em 50%, o número de usuários de drogas que adquirem a infecção pelo HIV até 2015 reconhece tanto o custo excessivo da epidemia sobre essa população, quanto o fato de que a transmissão relacionada ao uso de drogas está nortando a expansão da epidemia em muitos países. Diversos países que executaram programas com base em informações e dados concretos sobre os usuários de drogas reduziram consideravelmente o número de usuários que contraem a infecção, com alguns países aproximando-se da eliminação da transmissão relacionada ao uso de drogas. Entretanto, mundialmente, nós estamos longe de diminuir pela metade, até 2015, o número de pessoas que utilizam drogas e que apresentam novas infecções pelo HIV.

22 x

USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS SÃO EXCESSIVAMENTE SOBRECARRREGADOS

Usuários de drogas injetáveis apresentam taxa de infecção pelo HIV 22 vezes maior do que a população geral em 49 países com dados disponíveis.

Os usuários de drogas injetáveis estão entre os grupos da população mais severamente afetados pela infecção pelo HIV. Em praticamente todos os países que apresentaram seu relatório em 2012, a prevalência da infecção pelo HIV é maior entre os usuários de drogas injetáveis do que na população geral (Fig. 2.1). Em 49 países com dados disponíveis, a prevalência da infecção pelo HIV é pelo menos 22 vezes maior entre os usuários de drogas injetáveis do que entre os membros da população como um todo, com prevalência de pelo menos 50 vezes maior em 11 países. Um estudo de 2007(1) estimou que cerca de 16 milhões de pessoas,

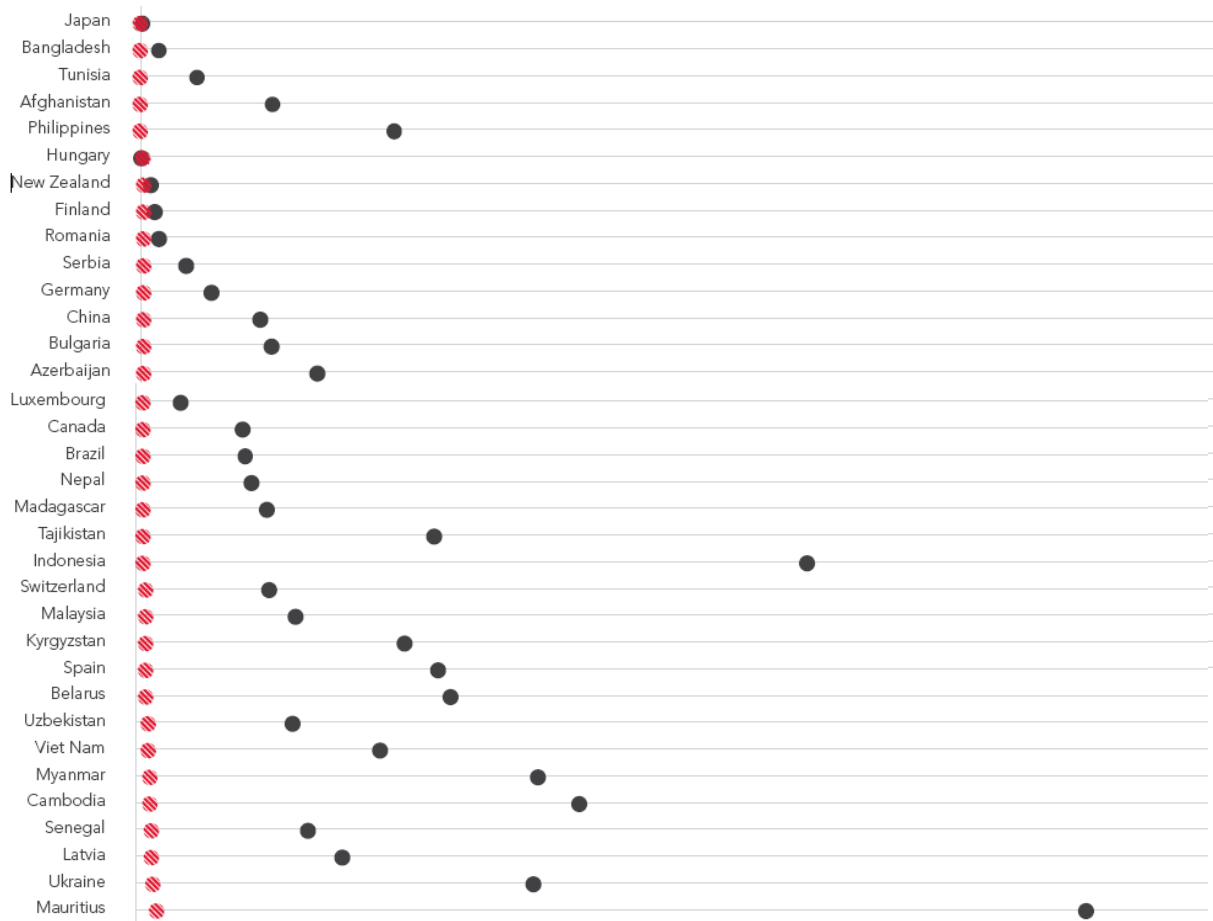
globalmente, são consumidoras de drogas injetáveis, incluindo muitos menores de 25 anos dos quais 3 milhões estão vivendo com HIV.

Além de impor encargos excessivos aos usuários de drogas, a transmissão relacionada ao consumo de drogas também prejudica os esforços globais para estabelecer as bases para o eventual fim da AIDS. Na Europa Oriental e na Ásia Central, duas das regiões onde o número de novos casos de infecção entre as pessoas está crescendo, epidemias nacionais são normalmente norteadas pela transmissão relacionada ao uso de drogas e por consequente transmissão dos parceiros sexuais dos usuários de drogas.

Os países de baixa e média renda, entretanto, tiveram progresso limitado em retardar a propagação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Apesar disso, a transmissão pode ser reduzida substancialmente. Alguns países como a Austrália e o Reino Unido que executaram estratégias de prevenção do HIV com base em informações e dados concretos reduziram significativamente o número dos usuários de drogas injetáveis que contraem a infecção pelo HIV, com alguns se aproximando da eliminação da transmissão relacionada ao uso de drogas.

Fig 2.1

Prevalência da infecção pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis versus a população geral nos países com dados disponíveis, referente ao ano mais recente.





Fontes: Relatórios de progresso dos países em 2012 (www.unaids.or/cpr) e estimativas da UNAIDS.

Estes dados foram relatados em 2012, mas os países podem diferir nos métodos. As pesquisas são geralmente conduzidas nas capitais dos países e podem não ser nacionalmente representativas.

Os dados são mostrados apenas para os países que relataram um tamanho de amostra maior que 100.

PROGRAMAS COM BASE EM INFORMAÇÕES E DADOS CONCRETOS ESTÃO SENDO AMPLIADOS INADEQUADAMENTE

De acordo com os relatórios dos países, aproximadamente 80% dos usuários de drogas injetáveis avaliados nas pesquisas em 49 capitais dos países têm acesso aos equipamentos seguros e adequados para a injeção de drogas, com acesso similar relatado para homens e mulheres. Entretanto, evidências apontadas por estudos recentemente publicados (2.3) sugerem que a acessibilidade aos programas que fornecem agulhas e seringas é baixa na maioria dos países em que o consumo de drogas entre mulheres é altamente estigmatizado e que o acesso a qualquer serviço relacionado ao HIV entre usuários de drogas do sexo feminino permanece muito baixo comparado aos usuários de drogas do sexo masculino. Além disso, os relatórios dos países indicam que a escala de tais programas é inadequada, com a maioria dos países indicando que os programas fornecem anualmente menos de 100 agulhas por pessoa que consome drogas injetáveis (tabela 2.1). Um estudo separado realizado em 2010 (4) estimou que, globalmente, duas agulhas-seringas (escala 1-4) foram mensalmente distribuídas para cada pessoa que utiliza drogas injetáveis por mês, e outro estudo (5) estima que os usuários de drogas injetáveis utilizam o equipamento de injeção esterilizado em apenas 5% das injeções no âmbito global.

Novas evidências indicam que as mulheres que consomem drogas injetáveis podem enfrentar maiores riscos do que os homens que utilizam essas drogas (6). Especificamente, as mulheres que consomem drogas injetáveis são mais vulneráveis à violência de seus parceiros íntimos, da polícia e de clientes do comércio sexual (7). Combinadas com a falta de moradia (8) e com comorbidades de distúrbios mentais (9), essas vulnerabilidades podem agir simultaneamente para aumentar o risco de exposição ao HIV. Índícios claros apontam que as mulheres consumidoras de drogas injetáveis que vivem com HIV e ficam grávidas têm uma probabilidade substancialmente menor de acessar os serviços para impedir que as crianças adquiram a infecção pelo HIV do que outras mulheres portadoras do vírus.

Os países também protelam a ampliação de outras medidas essenciais de prevenção para os usuários de drogas injetáveis (Tabelas 2.2 e 2.3). Os dados referentes ao uso de preservativos, por exemplo, é menor entre os usuários de drogas injetáveis avaliados nas pesquisas das capitais dos países do que entre os trabalhadores do sexo ou entre os homens que tem relações sexuais com homens. De 56 países que apresentaram dados estatísticos, a média de uso de preservativos entre usuários de drogas

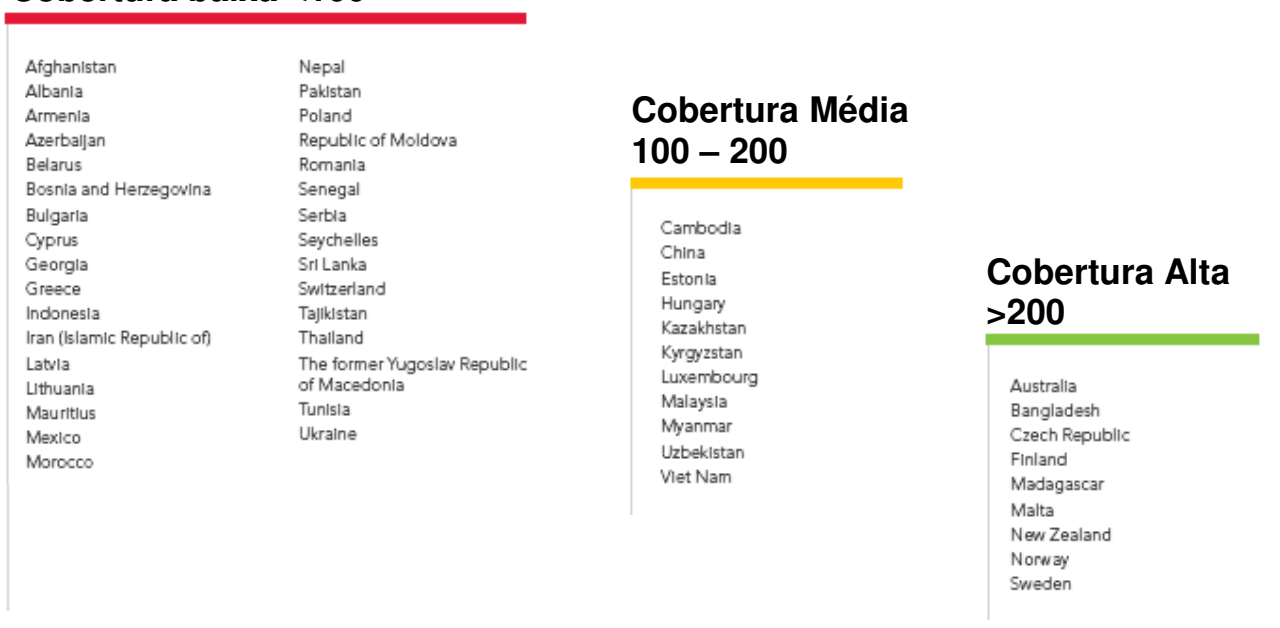
injetáveis é de 40% (30-48%), com apenas 3 países apresentando o índice de uso de preservativos acima de 75%.

Os serviços de teste de HIV também não estão contemplando muitos usuários de drogas injetáveis. Entre os 57 países que apresentaram dados estatísticos, um número médio de 39% (22-60%) dos usuários de drogas injetáveis avaliados nas pesquisas das capitais dos países relataram ter recebido um teste de HIV nos 12 últimos meses, com 8 países apresentando índices de testes de pelo menos 75%.

Tabela 2.1

Número de seringas distribuídas por programas de agulhas e seringas para cada consumidor de drogas injetáveis, dados referentes ao ano mais recente.

Cobertura baixa <100



Países que não apresentaram dados sobre usuários de drogas injetáveis^a

Algeria	Colombia	Ghana	Lao People's Democratic Republic	Oman	Singapore	Turkey
Andorra	Costa Rica	Guatemala	Lebanon	Panama	Slovakia	Uganda
Argentina	Côte d'Ivoire	Honduras	Libya	Papua New Guinea	Slovenia	Uruguay
Austria	Croatia	Iceland	Malawi	Paraguay	Solomon Islands	United Arab Emirates
Bahamas	Denmark	India	Maldives	Peru	South Africa	United Kingdom
Bahrain	Djibouti	Iraq	Micronesia (Federated States of)	Philippines	Spain	United Republic of Tanzania
Bhutan	Dominican Republic	Ireland	Monaco	Portugal	Sudan	United States of America
Bermuda	Ecuador	Israel	Mongolia	Qatar	Suriname	Vanuatu
Bolivia (Plurinational State of)	Egypt	Italy	Montenegro	Republic of Korea	Swaziland	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Brazil	El Salvador	Japan	Netherlands	Russian Federation	Syrian Arab Republic	Yemen
Brunei Darussalam	Fiji	Jordan	Nicaragua	Samoa	Taiwan, China	Zambia
Canada	France	Kenya	Niger	San Marino	Timor-Leste	
Chile	Gabon	Kiribati	Nigeria	Saudi Arabia	Togo	
	Germany	Kuwait		Sierra Leone	Tonga	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

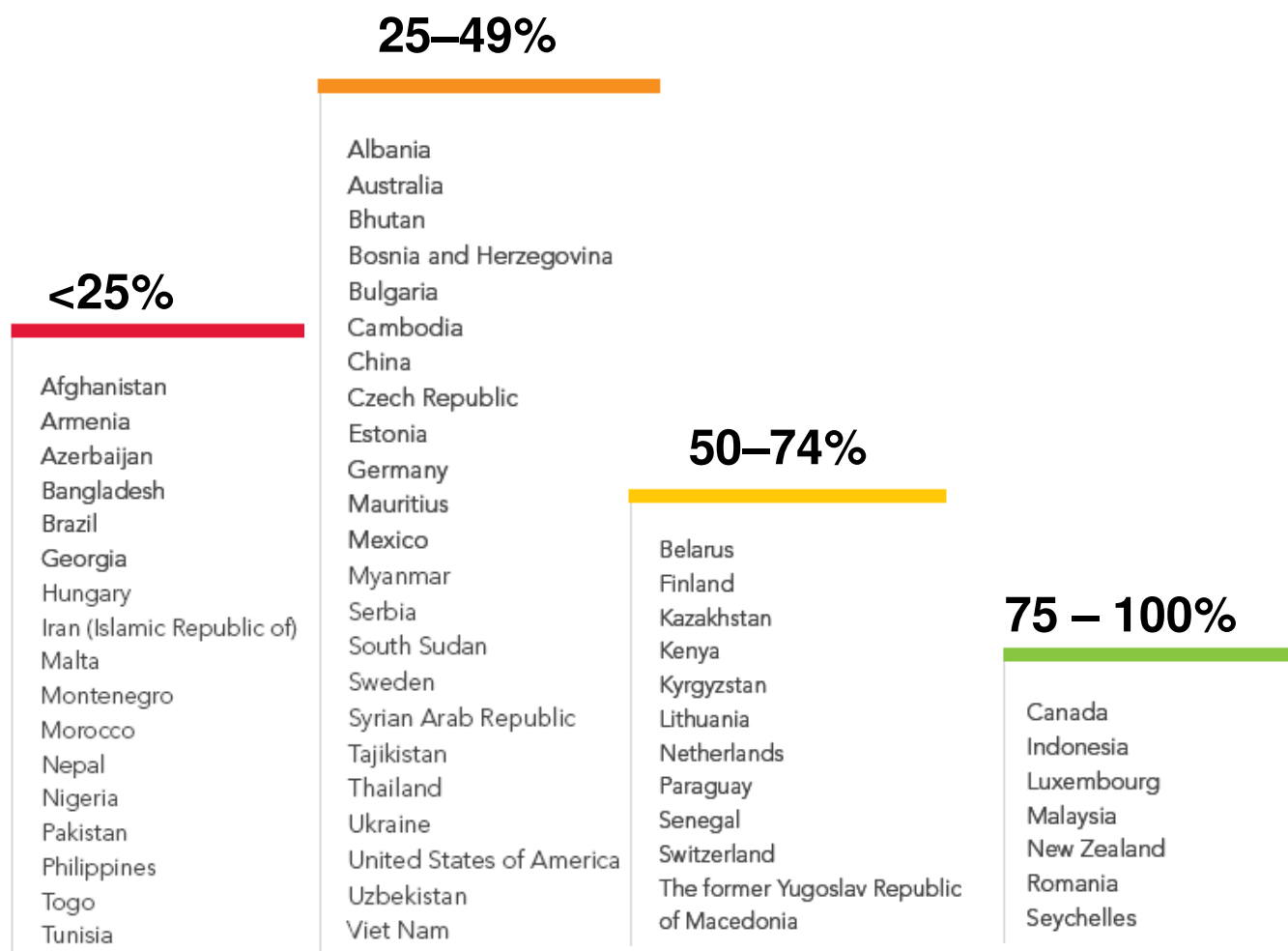
Omã e Eslovênia apresentaram dados sobre o número de seringas distribuídas, mas não disponibilizaram dados sobre o número estimado de pessoas que consomem drogas injetáveis.

Fonte: Relatórios de progresso dos países em 2012 (www.unaids.or/cpr).

Estes dados foram relatados em 2012, mas os países podem diferir nos métodos. As pesquisas são geralmente conduzidas nas capitais dos países e podem não ser nacionalmente representativas.

Tabela 2.2

Dados da cobertura de testes de HIV entre usuários de drogas injetáveis, referentes ao ano mais recente.



Países que não apresentaram dados sobre usuários de drogas injetáveis^a

Andorra	Croatia	Greece	Libya	Philippines	Solomon Islands	United Republic of Tanzania
Argentina	Cyprus	Guatemala	Luxembourg	Poland	South Africa	Uruguay
Australia	Czech Republic	Honduras	Malawi	Portugal	Spain	Vanuatu
Austria	Denmark	Iceland	Maldives	Qatar	Sri Lanka	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Bahamas	Djibouti	India	Malta	Republic of Korea	Sudan	Yemen
Belgium	Dominican Republic	Iraq	Monaco	Republic of Moldova	Suriname	Zambia
Bermuda	Ecuador	Ireland	Mongolia	Russian Federation	Swaziland	
Bolivia (Plurinational State of)	Egypt	Israel	Netherlands	Samoa	Syrian Arab Republic	
Brunei Darussalam	El Salvador	Italy	Nicaragua	San Marino	Timor-Leste	
Chile	Fiji	Jordan	Norway	Saudi Arabia	Tonga	
Colombia	Finland	Kiribati	Oman	Sierra Leone	Turkey	
Costa Rica	France	Kuwait	Panama	Singapore	Uganda	
Côte d'Ivoire	Gabon	Lao People's Democratic Republic	Papua New Guinea	Slovakia	United Arab Emirates	
	Ghana		Peru	Slovenia	United Kingdom	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Fonte: Relatórios de progresso dos países em 2012 (www.unaids.org/cpr).

LIDERANÇA INSUFICIENTE NA RESPOSTA À AIDS ENTRE CONSUMIDORES DE DROGAS INJETÁVEIS

15%

**FINANCIAMENTOS
NACIONAIS**

Na Europa Oriental e na Ásia Central, as fontes nacionais do setor público investem apenas 15% das despesas em programas de prevenção para os usuários de drogas injetáveis.

A alocação de recursos internos sólidos é o teste mais claro de liderança para suprir as necessidades relacionadas ao HIV dos usuários de drogas injetáveis. Embora o financiamento dos programas de prevenção do HIV para usuários de drogas injetáveis tenha aumentado - dobrando entre 2006-2007 e 2010-2011 em 18 países que disponibilizaram os dados - a maioria deste aumento é resultado dos esforços de doadores internacionais, que representou 92% da despesa total do HIV para usuários de drogas injetáveis em 2010-2011. Na maioria dos países, as fontes nacionais do setor público devem ainda dar prioridade aos programas de financiamento dirigidos às necessidades relacionadas ao HIV dos usuários de drogas injetáveis.

Essas amostras são especialmente evidentes na Europa Oriental e na Ásia Central, que permanecem sendo a chave para o futuro sucesso em alcançar o objetivo global de reduzir pela metade, até 2015, o número de usuários de drogas injetáveis que adquirem a infecção pelo HIV. Em todos os países da região, os doadores externos representam pelo menos 60% das despesas em programas de prevenção do HIV para usuários de drogas injetáveis. Regionalmente, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária é responsável por programas de prevenção para usuários de drogas injetáveis, sendo que as fontes nacionais do setor público representam meros 15% de tal despesa preventiva.

Em relação aos serviços de prevenção para usuários de drogas injetáveis, a quota dos países em que a maioria do financiamento provém de doadores externos é elevada na Europa Oriental e na Ásia Central (10 de 10) e na Ásia e no Pacífico (11 de 13). Em todas as regiões, dos 43 países que relataram despesas com usuários de drogas injetáveis provenientes de fontes doadoras, apenas 8 forneceram mais de 75% das fontes nacionais para programas de prevenção para esta população chave que apresenta um risco mais elevado. Em uma época em que o Fundo Global e a comunidade doadora internacional em geral estão repensando seus métodos de financiamento - com numerosos doadores tomando medidas para restabelecer o apoio aos países com maior escassez de recursos - essas amostras geram uma preocupação profunda a respeito da sustentabilidade dos programas de prevenção para usuários de drogas injetáveis e demanda um aumento de iniciativas nacionais desses programas, principalmente em países de média renda.

¹ Afeganistão (2011), Angola (2011), Argentina (2009), Armênia (2011), Azerbaijão (2011), Bangladesh (2011), Belarus (2011), Brasil (2009), Bulgária (2011), Burundi (2010), Camboja (2009), Colômbia(2011), Geórgia (2011), Gana (2010), Guatemala (2010), Haiti (2011), Índia (2011), Indonésia (2010), Jamaica (2010), Cazaquistão (2011), Quênia (2010), Quirguistão (2011), República Democrática Popular do Laos (2011), Lituânia (2011), Madagascar (2011), Malásia (2011), Ilhas Maurício (2010), México (2009), Mianmar (2011), Nepal (2009), Nigéria (2010), Paquistão (2010), Filipinas (2011), República de Moldova (2011), Romênia (2011), Sri Lanka (2010), Suazilândia (2009), Tadjiquistão (2011), Tailândia (2011), Antiga República Iugoslava da Macedônia (2010), Ucrânia (2010), Uzbequistão (2011) e Vietnam (2010).

DIMINUIR PELA METADE O NÚMERO DE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS QUE ADQUIREM A INFECÇÃO PELO HIV: RUMO A 2015

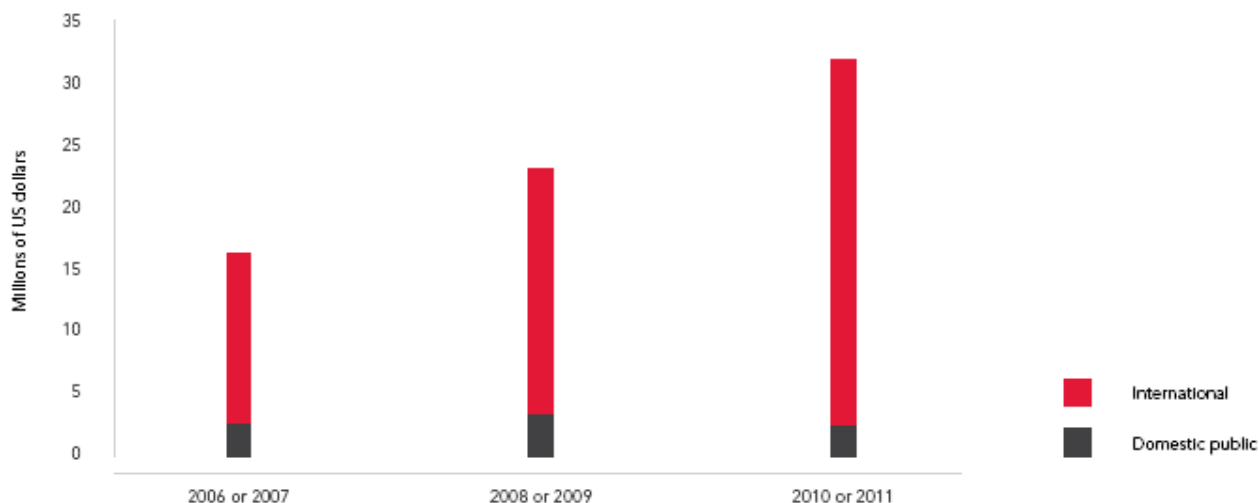
Evidências disponíveis indicam que o mundo está longe do caminho certo para alcançar o objetivo global para usuários de drogas injetáveis. Um empenho substancialmente maior é urgentemente necessário para trazer às estatísticas respostas baseadas em informações e dados concretos. Como muitos países não apresentaram os dados sobre HIV e sobre os usuários de drogas injetáveis, medidas imediatas são necessárias para melhorar o relatório de dados sobre a cobertura de serviços relacionados a epidemiologias agregadas ao sexo e ao HIV para esta população, com o objetivo de assegurar estimativas nacionais de confiança sobre o número total dos usuários de drogas injetáveis. Países que atualmente não se dirigem às necessidades dos usuários de drogas injetáveis em suas estratégias nacionais da AIDS devem implementar medidas imediatas para retificar esse procedimento.

Os governos devem urgentemente destinar novos e maiores recursos aos programas de prevenção baseados em informações e dados concretos para os usuários de drogas injetáveis e intensificar esforços para aumentar a escala de teste do HIV, a terapia de substituição de opiáceos, a distribuição de agulhas e o uso de preservativos.

Fig. 2.2

Despesas de HIV para usuários de drogas injetáveis

18 Países de baixa e média renda com dados disponíveis, relativos ao último ano.



Fonte: Relatórios de progresso dos países em 2012 (www.unaids.org/cpr).

3 INFEÇÃO PELO HIV ENTRE CRIANÇAS E A PRESERVAÇÃO DA VIDA DE SUAS MÃES

O mundo tem empreendido esforços históricos para eliminar novos casos de infecções pelo HIV entre crianças e para reduzir o número de mulheres portadoras do HIV que morrem de causas relacionadas à gravidez. As partes interessadas se reuniram para desenvolver o Plano Global que visa à eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e a preservação da vida de suas mães (1). Em 2011, o mundo progrediu significativamente em avançar rumo ao objetivo de 2015, gerando confiança significativa na viabilidade em eliminar novos casos de infecções entre crianças até 2015.

O NÚMERO DE CRIANÇAS RECÉM-INFECTADAS COM HIV CONTINUA A CAIR

409.000

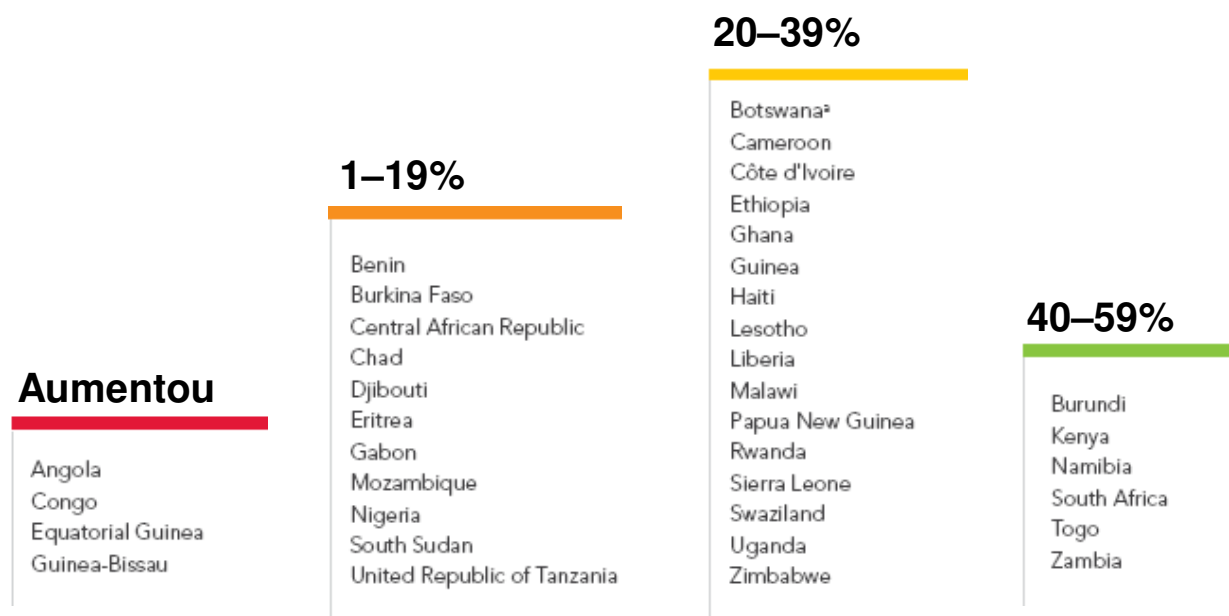
Em 2011, 330 000 [280 000-390 000] crianças adquiriram a infecção pelo HIV. Isso representa uma queda de 43% desde 2003 (quando 560 000 [510 000-650 000] crianças tornaram-se recém-infectadas) e uma queda de 24% desde 2009 (quando 430 000 [370 000-490 000] crianças contraíram a infecção pelo HIV).

Nos três anos de 2009 a 2011, a profilaxia antirretroviral impediu que 409.000 crianças adquirissem a infecção pelo HIV em países de baixa e média renda.

Mais de 90% das crianças que adquiriram a infecção pelo HIV em 2011 vivem na África Subsaariana. Lá, o número de novos casos de crianças infectadas caiu em 24% entre 2009 e 2011. O número de crianças que adquirem a infecção pelo HIV também caiu significativamente no Caribe (32%) e na Oceania (36%), com uma queda mais modesta na Ásia (12%). As quedas também foram modestas na América Latina (24%), na Europa Oriental e na Ásia Central (13%). Apesar disso, estas três regiões já haviam reduzido significativamente os números de novos casos de infecção pelo HIV entre crianças. O Oriente Médio e o norte da África é a única região que ainda não viu uma redução no número de novos casos de infecção entre crianças.

Em países com epidemias generalizadas que representam a maioria esmagadora de crianças recém-infectadas, os principais ganhos ocorreram durante a última década. Em seis países (Burundi, Quênia, Namíbia, África do Sul, Togo e Zâmbia), o número de crianças recém-infectadas diminuiu de 40-59% no período de 2009 a 2011. Em 16 outros países, quedas de 20-39% ocorreram durante o mesmo período.

Diminuição da porcentagem entre 2009 e 2011 do número de crianças (0-14 anos) que adquiriram a infecção pelo HIV nos países com epidemias generalizadas



Fontes: Estimativas do UNAIDS

¹Nota: o ano de referência para o Plano Global é de 2008. Alguns países já tinham feito progressos importantes na redução do número de novas infecções pelo HIV entre crianças nos anos anteriores a 2009, notavelmente Botsuana que, em 2009, já oferecia 92% de cobertura de medicamentos antirretrovirais para mulheres grávidas. Em países com alta cobertura, novas quedas no número de infecções pelo HIV entre crianças são mais difíceis de alcançar.

O progresso não foi universalmente visível, no entanto, ressaltando a importância da ação intensificada para atingir a meta global de zero novas infecções entre crianças até 2015. Em 11 países, o número de crianças recém-infectadas diminuiu modestamente em 1-19% desde 2009, e isso, na realidade, aumentou em quatro países: Angola, Congo, Guiné Equatorial e Guiné-Bissau (tabela 3.1).

Embora as reduções no número de adultos que adquirem a infecção pelo HIV estejam ajudando a reduzir o risco de as crianças contraírem o vírus, ganhos recentes em considerar as terapias antirretrovirais e os serviços de prevenção baseados em alimentação infantil são as medidas principais responsáveis para a forte redução no número de crianças recém-infectadas. Nos três anos de 2009 a 2011, a profilaxia antirretroviral impediu que 409 000 crianças adquirissem a infecção pelo HIV em países de baixa e média renda.

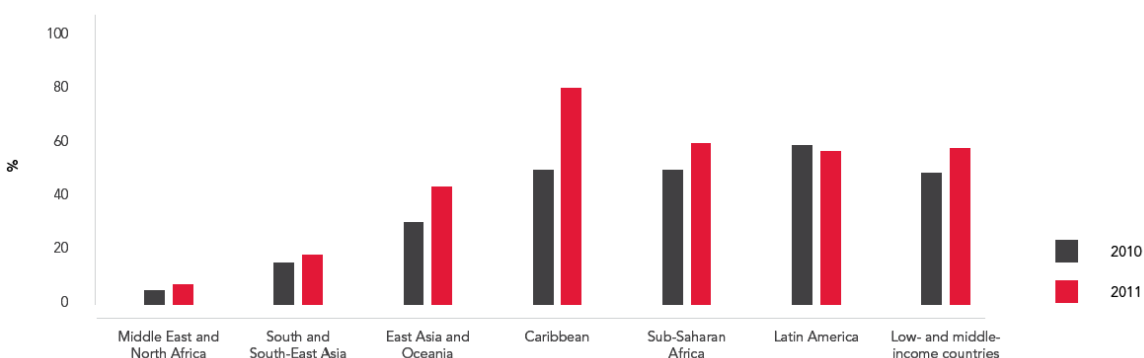
UM MODELO PARA ELIMINAR NOVAS INFECÇÕES PELO HIV ENTRE CRIANÇAS

Quatro ações-chave são recomendadas para reduzir o número de crianças que adquirem a infecção pelo HIV: (1) reforçar serviços preliminares de prevenção do HIV para assegurar que as mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros evitem a contaminação do HIV, (2) realizar etapas (tais como fornecer contraceptivos e aconselhamento) para alcançar a necessidade não satisfatória do planejamento familiar entre as mulheres que vivem com HIV, (3) fornecer testes de HIV, aconselhamento e medicamentos antirretrovirais em tempo hábil às mulheres grávidas que vivem com o HIV para impedir a transmissão a suas crianças e (4) assegurar o cuidado apropriado e em tempo hábil do HIV, o tratamento e o suporte para as mulheres que vivem com HIV, para as crianças que vivem com HIV e para as suas famílias.

Com respeito a impedir que as crianças adquiram a infecção pelo HIV, o último modelo está evoluindo rapidamente na medida em que novas evidências surgem a respeito dos métodos mais eficazes de reduzir o risco da transmissão. Da mesma forma, os países precisam adaptar os sistemas e as abordagens existentes na medida em que novas evidências tornam-se disponíveis. As decisões críticas incluem se se deve manter a terapia antirretroviral tripla ao longo da vida para as mulheres grávidas que vivem com HIV que iniciam o tratamento com contagem de CD4 acima de 350/ml, ou se se deve incluir o Efavirenz em regimes de combinação para mulheres grávidas e o tipo e a duração do número de práticas de alimentação infantil para maximizar os benefícios de prevenção para a criança.

Fig 3.1

Porcentagem das mulheres grávidas que vivem com o HIV e que recebem regimes antirretrovirais eficazes para impedir a transmissão de mãe para filho, por região, 2010 e 2011



A cobertura feita para a Europa Oriental e Ásia Central não é relatada porque os dados não foram validados completamente

Fontes: Relatórios de progresso dos países de 2012 (www.unaids.org/cpr) e estimativas da UNAIDS.

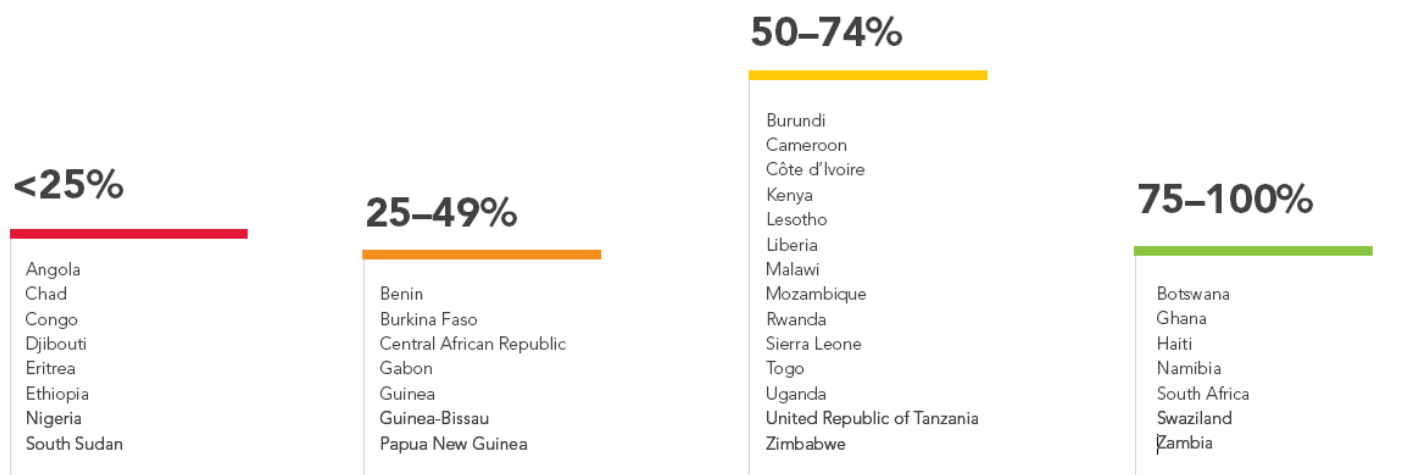
Poucas evidências indicam que os programas de redução de gravidez indesejada tenham substancialmente sido modificados desde o advento dos programas de prevenção de crianças na aquisição da infecção pelo HIV. Apenas 5 de 15 países da África Subsaariana com pesquisas domiciliares nacionais disponíveis mostrou um declínio de mais de 5 pontos percentuais na necessidade insatisfeita para o planejamento familiar entre 2000 e 2011.

Em países de baixa e média renda, a cobertura dos regimes antirretrovirais eficazes para a prevenção da transmissão de mãe para filho alcançou 57% [51-64%] em 2011. Apesar de os países de alta-renda terem mantido por muito tempo a cobertura quase universal de medicamentos antirretrovirais para mulheres grávidas, somente o Caribe se aproximou analogamente aos altos níveis de cobertura em 79% [67-97%] (Fig.3.1). Na África Subsaariana, lar de 92% das mulheres grávidas que vivem com o HIV, a percentagem de mulheres grávidas vivendo com HIV que receberam terapia antirretroviral ou profilaxia agora é de 59% [53-66%]

A cobertura relatada é considerada substancialmente mais baixa no sul e no sudeste da Ásia (18% [13-23%]) e no Oriente Médio e no norte África (7% [6-9%]). No entanto, os padrões de fertilidade entre as mulheres nas populações com comportamentos que aumenta o risco de transmissão do HIV não são bem compreendidos em países com epidemias concentradas, criando dificuldade em estimar a cobertura do serviço por causa da dificuldade em estimar o número de mulheres grávidas que vivem com o HIV nesses contextos.

Tabela 3.2

Porcentagem das mulheres grávidas que recebem regimes antirretrovirais (excluindo a dose única de nevirapina) para impedir a transmissão de mãe para filho nos países com uma epidemia generalizada, 2011



Fontes: Relatórios de progresso dos países de 2012 (www.unaids.org/cpr) e estimativas da UNAIDS.

A porcentagem dos pares de mulheres grávidas e de bebês que recebem medicamentos antirretrovirais para impedir a transmissão de mãe para filho excede 50% na maioria dos países com epidemias generalizadas com dados disponíveis. A cobertura de regimes antirretrovirais excede 75% em 8

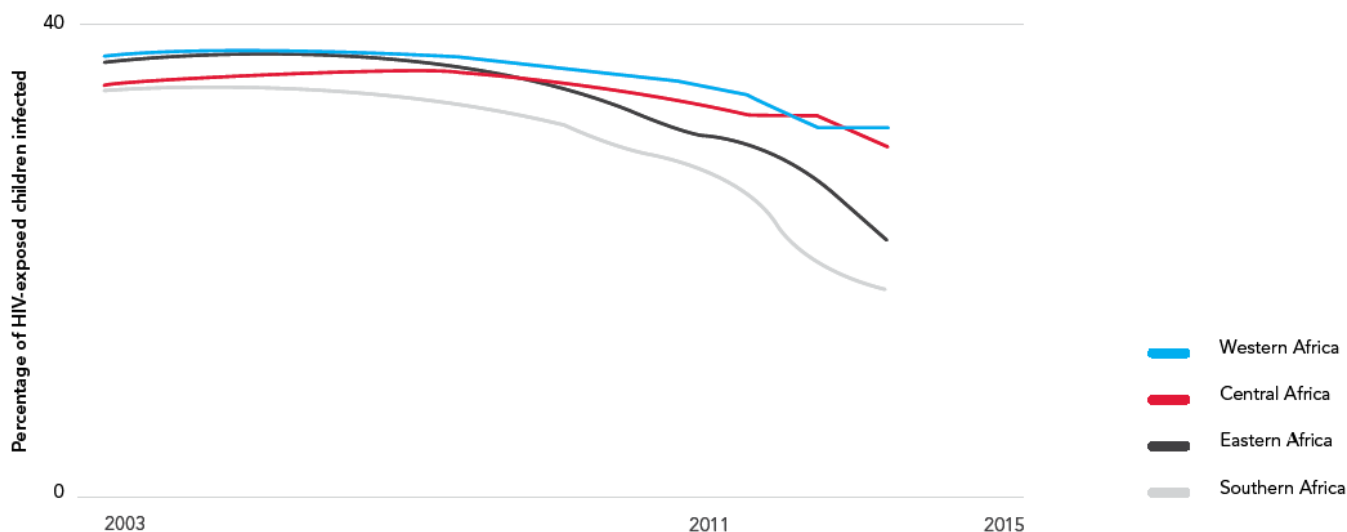
países com epidemias generalizadas, com um adicional de 13 países que relatam a cobertura de 50% a 74% (tabela 3.2).

Nas populações de aleitamento materno, fornecer medicamentos antirretrovirais para a mãe ou para o bebê durante a amamentação também é de suma importância para evitar a transmissão para a criança (2). Dentre os 21 países prioritários do Plano Global na África Subsaariana, a proporção de pares de mulheres e bebês que vivem com HIV supridos com a profilaxia durante a amamentação aumentou desde 2009.

A fig.3.2 ilustra as taxas de transmissão entre as crianças em diferentes sub-regiões da África Subsaariana. Como os resultados demonstram, algumas regiões fizeram grandes progressos: o sul da África, a sub-região da África Subsaariana com a cobertura mais elevada dos serviços para impedir que as crianças adquiram a infecção pelo HIV, alcançou a menor taxa de transmissão pós-amamentação (17%). A sub-região da África central e ocidental, por outro lado, ainda tem taxas de transmissão próximas a 30% por causa da baixa cobertura de serviços, especialmente para a profilaxia durante o período de amamentação.

Fig. 3.2

Tendências nas taxas de transmissão de mãe para filho por sub-região na África Subsaariana, 2000-2011.



Fonte: Estimativas do UNAIDS.

Para as crianças que realmente se contaminam com o HIV, as diretrizes internacionais recomendam que todas as crianças menores de dois anos iniciem imediatamente a terapia antirretroviral, considerando as crianças mais velhas sigam orientações diferentes com base em seus níveis de CD4 (3). Em 2011, somente 28% [25-31%] das crianças entre 0 e 14 anos que eram elegíveis recebiam os medicamentos que podem salvar vidas. Dependendo da idade da criança quando infectada, isso poderia significar a morte dentro de menos de um ano (4).

30%

COBERTURA DO
TRATAMENTO

Assegurar o acesso ao tratamento para as mães que vivem com o HIV beneficia não só as próprias mães, mas também seus filhos, já que estudos indicam que as crianças cujas mães morrem também têm um risco aumentado de morte, independentemente do status de HIV da criança. A porcentagem de 2011 para o tratamento elegível entre mulheres grávidas que vivem com HIV e que estejam recebendo terapia antirretroviral para sua própria saúde foi de 30% [27-32%] - mais baixo do que a cobertura estimada para todos os adultos elegíveis para a terapia antirretroviral (de acordo com as diretrizes da OMS) de 54% [51-59%]. A pesquisa qualitativa é necessária para determinar o porquê, apesar de níveis mais elevados de acesso ao serviço de saúde, as mulheres grávidas não estão iniciando, ou não está sendo relatada, a terapia antirretroviral. Estimativas recentes sugerem que as mortes relacionadas à gravidez entre as mulheres que vivem com HIV diminuíram de 46 000 em 2005 para um número estimado de 37 000 em 2010. Mais esforço são necessário para assegurar que as mulheres grávidas que fizeram o teste de HIV durante o período pré-natal façam também o teste de elegibilidade da terapia antirretroviral.

Apenas 30% das mulheres grávidas elegíveis estavam recebendo terapia antirretroviral para sua própria saúde em 2011, em comparação com 54% de todos os adultos elegíveis.

Uma vez que as mulheres grávidas que vivem com HIV têm um risco muito maior de desenvolver a tuberculose, o exame de tuberculose, a prevenção e o controle da infecção são componentes integrais do pacote de cuidados para eliminar a transmissão de mãe para filho. O risco de desenvolver a tuberculose ativa é mais de 10 vezes maior entre as mulheres grávidas que vivem com o HIV do que entre as mulheres grávidas HIV-negativas. Além disso, a tuberculose é associada com uma variedade de resultados obstétricos e perinatais extremamente precários, inclusive mais que o dobro do risco de transmissão do HIV para o nascituro, um número de 2.2 - a 3.2 - vezes maior do risco de mortalidade materna e um número de 3.4 vezes maior do risco de mortalidade infantil (5). Uma vez que a terapia antirretroviral reduz o risco de tuberculose em 65 %, independentemente da contagem de CD4, combinar a terapia antirretroviral precoce com check-ups regulares de tuberculose em cada consulta médica ajuda a garantir que mães elegíveis sejam providas de tratamento preventivo com isoniazida ou tratamento precoce para tuberculose ativa, dando a ambos, mãe e criança uma chance muito maior de sobrevivência.

As mulheres grávidas que vivem com o HIV em contextos de crise humanitária apresentam um risco particular. Para alcançar o objetivo de nenhuma criança nascer com o HIV e para preservar a vida de suas mães, os atores humanitários devem aumentar os serviços de prevenção e garantir que as mulheres deslocadas à força tenham acesso aos serviços de prevenção do HIV, de tratamento de cuidados e de apoio.

POLÍTICAS NACIONAIS PRECISAM DE REFORÇO

Dentre os 22 países prioritários incluídos no Plano Global¹, 21 desenvolveram metas nacionais para impedir que novas crianças se tornem infectadas com o HIV e alinharam suas estratégias nacionais com os elementos do Plano Global. Entretanto, evidências disponíveis revelam deficiências persistentes em estruturas políticas e práticas clínicas em muitos destes países. Em 2011, por exemplo, 32 países (incluindo 12 países com uma alta carga de infecção pelo HIV) informou que eles ainda estavam fornecendo a algumas mulheres grávidas regimes de dose única de nevirapina de qualidade inferior para impedir crianças de adquirir a infecção pelo HIV.

Embora a amamentação seja a norma por toda a África Subariana e em muitas outras partes do mundo, apenas 10 de 43 países nesta região relataram o número de mulheres que estavam amamentando ou de bebês que estavam recebendo profilaxia antirretroviral durante a amamentação. Estes resultados decepcionantes talvez possam ser explicados em parte pelos fracos mecanismos de emissão dos relatórios, mas também tendem a refletir os desafios que os países estão experimentando em unir mulheres que estão amamentando com os serviços e o apoio tanto nos níveis de instalações quanto nos níveis de comunidade.

A liderança nacional e global na busca para eliminar novas infecções entre crianças também precisa melhorar. Treze dos 22 países prioritários do Plano Global informou sobre as tendências de gastos em serviços para impedir que novas crianças se tornem infectadas com o HIV entre 2008 e 2010. Os recursos empregados em programas para impedir as crianças de adquirir a infecção pelo HIV têm aumentado em alguns países (Botsuana, Burundi, Camarões, Gana e Quênia), mas as quedas no financiamento (Angola, Chade e Namíbia) ou nos padrões inconsistentes de gastos (República Democrática do Congo, Lesoto, Índia e Nigéria) são relatadas em outros lugares, de acordo com o relatório de despesas da AIDS.

ELIMINAÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES DO HIV ENTRE CRIANÇAS E A GARANTIA DE VIDA DE SUAS MÃES: EM DIREÇÃO A 2015

Alcançar a cobertura de 57% dos serviços para impedir que as crianças adquiram a infecção pelo HIV representa um grande feito. Entretanto, alcançar o objetivo global de eliminar novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 exigirá não somente esforços acelerados em aumentar os serviços para impedir que as crianças adquiram a infecção pelo HIV, mas também em realizar medidas para garantir que todos os elementos programáticos do Plano Global sejam totalmente implementados. Em particular, atingir objetivos globais será impossível sem impedir que as mulheres em idade reprodutiva adquiram a infecção pelo HIV e permitir que as mulheres que vivem com HIV tomem decisões sobre sua vida reprodutiva. Os regimes profiláticos mais eficazes devem ser usados, e os esforços de prevenção devem se estender além do período pré-natal para englobar também a duração do período de amamentação (6).

¹Os países prioritários do Plano Global incluem: Angola, Botsuana, Burundi, Camarões, Chade, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Índia, Quênia, Lesoto, Malaui, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue

O diagnóstico precoce e o tratamento serão fundamentais para melhorar a sobrevivência de crianças expostas ao HIV e para garantir programas de alta qualidade. Os parceiros deverão colaborar para treinar novamente as enfermeiras e garantir que todos os departamentos clínicos tenham acesso aos medicamentos essenciais.

A intensificação de esforços é necessária para entregar em tempo hábil, um tratamento de alta qualidade e cuidados para as mulheres que vivem com HIV. Uma estimativa de 70% [68-73%] de mulheres grávidas com contagens de CD4 abaixo de 350/ml não estão recebendo a terapia antirretroviral - uma amostra que prejudica a saúde das mulheres, bem como os esforços globais para impedir a transmissão para seus filhos.

Evidências crescentes indicam a prudência em continuar a fornecer às mães que vivem com o HIV, os mesmo regimes de combinação de profilaxia que elas tomam durante a gravidez, para o resto de suas vidas (opção B +). Esta abordagem tem o potencial de reduzir as taxas de transmissão para futuros nascimentos, reduzir as chances de transmissão para parceiros sexuais, melhorar a sobrevivência materna e promover regimes de tratamento simplificado (7). É essencial que este seja executado com o consentimento das mulheres e de uma maneira baseada em seus direitos.

Integrar os serviços abrangentes de prevenção e de terapia antirretroviral com serviços de saúde maternal, neonatal e infantil irão melhorar a eficiência e a eficácia de todas as intervenções. Com serviços compactos, as mulheres tendem a obter os serviços que elas exigem e a eficiência do serviço será reforçada (8). A integração de serviços é especialmente importante em países com epidemias generalizadas de HIV, uma vez que o tratamento do HIV é um fardo considerável para os sistemas de saúde já precários.

Esforços adicionais também são necessários para minimizar os obstáculos sociais e estruturais à intensificação da síndrome. Os programas comunitários que orientam as mães, que apoiam a visibilidade, que promovem a participação de homens e rapazes e que reduzem o estigma e a discriminação são todos críticos para promover o acesso aos serviços essenciais e para amparar as famílias. Além disso, mesmo em países que têm alcançado altos níveis de cobertura do serviço, esforços conjuntos são necessários para atingir as populações mais marginalizadas e vulneráveis, como mulheres que usam drogas, mulheres que vendem sexo, mulheres na prisão, imigrantes ilegais e minorias étnicas. Nos grupos marginalizados, que muitas vezes são excluídos pelos principais serviços de saúde materno e infantil, as taxas de transmissão do HIV de mãe para filho são quase 2,5 vezes maiores do que da população geral (9).

Compromisso, inovação e envolvimento das comunidades afetadas serão necessários para aliviar o estigma que intimida as mulheres que vivem com HIV e as mulheres vulneráveis em frequentar o atendimento pré-natal. Ao reconhecer uma oportunidade única para eliminar novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015, parceiros nacionais e internacionais também precisam garantir que as prioridades de saúde concorrentes não desencorajem o apoio para os serviços de prevenção do HIV.

2,5x

As crianças de populações marginalizadas estão sujeitas a taxas de transmissão do HIV quase 2,5 vezes maiores do que da população geral.

CONCLUSÃO

A tradução do Relatório Global do UNAIDS significou uma experiência única para colocar em prática o conhecimento adquirido ao longo dos anos como estudante do curso de Letras – Tradução da Universidade de Brasília. A prática tradutória fora do ambiente acadêmico se configura de maneira mais pragmática do que teórica e, nesse sentido, propicia situações nunca antes vivenciadas durante a graduação.

As reflexões teóricas realizadas durante a tradução do Relatório Global auxiliou as escolhas e decisões frente aos desafios tradutórios encontrados ao longo do texto. De certa forma, as teorias de Arrojo e os procedimentos técnicos propostos por Barbosa dialogam entre si em diferentes épocas e contextos histórico-culturais e, nesse sentido, é intrigante perceber como cada um complementa o modelo e as ideias do outro o que possibilita realizar uma tradução que pode ser legitimada e justificada em diferentes situações.

Em suma, a prática tradutória se estabelece como uma possibilidade de ampliação de mundos e de criação de sentidos na medida em que são aplicados conhecimentos teóricos e práticos complementares. O tradutor é responsável pelas escolhas realizadas, mas não deve sentir-se culpado em não atingir as expectativas do leitor já que a teoria o respalda nesse sentido. Sendo assim, a união entre a teoria e a prática é fundamental para que o tradutor sintasse-se seguro e livre para mostrar sua própria identidade dentro do texto traduzido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROJO, Rosemary. *Oficina de tradução, a teoria na prática*. 5. ed. São Paulo. Ática: 2007

BARBOSA, Heloísa Gonçalves. *Procedimentos Técnicos da Tradução – uma nova proposta*. 2. Ed. Campinas, SP. Pontes, 2004

COLLINS pocket dictionary. Dicionário inglês-português. Harper Collins Publishers, 1995

LINGUEE – Dicionário Inglês – Português e outros idiomas. Disponível em: <www.linguee.com.br> Acesso em fevereiro 2013.

THE OXFORD advanced learner's dictionary. Oxford: Oxford University Press, 2005.