

**Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP**

**Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD**



CPLP  
Comunidade dos Países  
de Língua Portuguesa



DST-AIDS  
HEPATITES VIRAIS



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

**RELATÓRIO FINAL - BRASIL**

**AGOSTO – 2017**

**(Revisto em Abril 2018)**

## ÍNDICE

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
<b>Siglas</b>	3
<b>Lista das Figuras e Gráficos</b>	5
<b>Contexto</b>	6
<b>O Campo no Brasil</b>	7
<b>Notificação de casos de HIV e aids</b>	8
<b>Situação Atual da Epidemia de HIV e aids no país</b>	9
<b>Epidemiologia de HIV e aids entre gestantes</b>	10
<b>Transmissão Vertical</b>	11
<b>Campo Curitiba – Programa Mãe Curitibana</b>	12
<b>Campo Recife</b>	14
<b>Testagem</b>	16
<b>Coinfecções: Tuberculose</b>	19
<b>Coinfecções: Infecções Sexualmente Transmissíveis</b>	20
<b>Tratamento Antirretroviral (TARV)</b>	21
<b>Opção B+</b>	23
<b>Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos</b>	24
<b>Sífilis congênita</b>	26
<b>ONG Parceira</b>	32
<b>Tabela-síntese</b>	34
<b>Conclusões e Recomendações</b>	37
<b>Referências</b>	42
<b>Lista dos participantes das visitas de campo, cargos e instituições</b>	46

## SIGLAS

3TC - Epivir  
 ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids  
 ABC - Abacavir  
 ACI - Assessoria de Comunicação Internacional  
 AHF – Aids Healthcare Foundation  
 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
 ARV – Antirretrovirais  
 ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia  
 AZT – zidovudina  
 BM – Banco Mundial  
 CAM - Centro de Atenção à Mulher  
 CAP - Comportamento, Atitudes e Práticas  
 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
 CDC – Centers for Disease Control and Prevention  
 CD<sub>4</sub> – Cluster Differentiation 4, tipo de linfócito humano  
 CFM - Conselho Federal de Medicina  
 CGSH – Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados  
 CIA - Central Intelligence Agency  
 CID – Código Internacional de Doenças  
 CISAM - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros  
 COA - Centro de Orientação e Aconselhamento  
 COAS - Centro de Orientação Sorológica  
 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
 CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
 CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS  
 CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa  
 CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento ou Centro de Testagem Anônima  
 d4T – Zerti  
 DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
 ddC - Dideoxicitidina  
 DIAHV - Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Aids e Hepatites Virais  
 DINASHE - Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados  
 FDA – Food and Drugs Administration  
 FMI - Fundo Monetário Internacional  
 FSP USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo  
 GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à aids  
 GARPR – Global Aids Response Progress Report  
 GGSTO – Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos  
 GNP+ - Global Network of People living with HIV (Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV)  
 GT – Grupo de Trabalho  
 HEMOPE – Hemocentro de Pernambuco  
 HEMOSE - Centro de Hemoterapia de Sergipe  
 IAS - International Aids Society  
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
 IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira  
 HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy  
 HBV – Vírus da Hepatite B  
 HCV – Vírus da Hepatite C  
 HIV – Vírus da Inunodeficiência Humana  
 HPV - Papiloma Vírus Humano  
 HVTN - HIV Vaccine Trials Network  
 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
 IP USP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis  
 MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report  
 MS – Ministério da Saúde  
 NAPWA - National Association of People Living with aids  
 OMS - Organização Mundial da Saúde  
 ONG – Organização Não-Governamental  
 OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
 PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas  
 PCR - Polymerase Chain Reaction – Reação em cadeia da polimerase  
 PEP - Profilaxia pós-Exposição  
 PEPFAR - U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief  
 PLANASHE - Política Nacional de Sangue e Hemoderivados  
 PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
 PNI - Programa Nacional de Imunizações  
 PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose  
 PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
 PPL – População Privada de Liberdade  
 PPP – Parceria Público-Privada  
 PReP - Profilaxia Pré-Exposição  
 PRÓ-SANGUE – Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados  
 PSE - Programa Saúde na Escola  
 PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
 PVSS – Programa de Vigilância Sanitária do Sangue  
 RAS - Redes de Atenção à Saúde  
 RENAGENO - Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem do HIV-1  
 RN – Recém-Nascido  
 RTR-TB - Rede de Teste Rápido para Tuberculose  
 SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
 SBHH - Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia  
 SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos  
 SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade  
 SIMPAIDS - Simpósio Brasileiro de Pesquisa em HIV/Aids  
 SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
 SIPAT - Semanas Internas de Prevenção a Acidentes de Trabalho e Saúde  
 SISCEL - Sistema de Informação de Exames laboratoriais  
 SISLOG-LAB – Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais  
 SISNET - Sistema de Controle de Envio de Lotes  
 SITE-TB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose  
 STS – Serviço de Transfusão de Sangue  
 SUS - Sistema Único de Saúde  
 SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
 TARV – Tratamento antirretroviral  
 TASP – Tratamento como Prevenção  
 TB – Tuberculose  
 TB MDR – Tuberculose Multirresistente  
 TDF - Tenofovir  
 TRIPS – Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio)  
 TRM – TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose  
 TRUVADA – medicamento com dose fixa combinada de Tenofovir DF e emtricitabina  
 UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais  
 UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids  
 UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
 UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas  
 UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime  
 URE - Unidade de Referência em Exposição

USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - United States Agency for International Development.

USP - Universidade de São Paulo

## Listas das Figuras e Gráficos

Figura 1. Expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(40)</sup>.

Figura 2. Mapa estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil. Fonte: SMS/PR, 2016<sup>(90)</sup>.

Figura 3. Municípios com casos de aids em menores de cinco anos por transmissão vertical em Pernambuco, Brasil, em 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.

Figura 4. Municípios com teste rápido para HIV e sífilis em Maternidades em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 5. Municípios que realizam teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Primária em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 6. Contexto da testagem para HIV, Hepatites Virais, tuberculose e transmissão vertical em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 8. Fluxograma da distribuição dos testes rápidos em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 9. Cascata de Cuidados no Brasil entre 2012 e 2015: porcentagens de pessoas que realizaram diagnóstico, que estão em tratamento e reduziram a carga viral. Fonte: Brasil, 2016<sup>(43)</sup>.

Figura 10. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final e ano de diagnóstico em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 11. Percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

Figura 12. Home page da ONG GESTOS, de Pernambuco. Fonte: [www.gestos.org](http://www.gestos.org), 2016.

Gráfico 1. Série Histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo o ano diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.

Gráfico 2. Série histórica dos casos de aids em menores de cinco anos segundo ano de diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.

Gráfico 3. Percentual de casos novos de tuberculose segundo coinfeção, solicitação e realização do exame anti-HIV no Brasil, entre 2001 e 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(43)</sup>.

Gráfico 4. Oferta e inclusão de novos pacientes em tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014. Fonte: Brasil, 2014<sup>(43)</sup>.

Gráfico 5. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(9)</sup>.

Gráfico 6. Casos de sífilis em gestantes segundo faixa etária em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

Gráfico 7. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade/1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil, 2000-2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(9)</sup>.

Gráfico 8. Série Histórica – Sífilis Congênita em Recife/ Pernambuco, Brasil, de 1999 a 2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

Gráfico 9. Coeficiente de incidência de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo a meta da OMS/OPAS no Brasil, na região Nordeste, no Estado de Pernambuco e nos Municípios prioritários do Estado, por ano de diagnóstico, entre 2007-2013. Fonte: SES/PE, 2016.

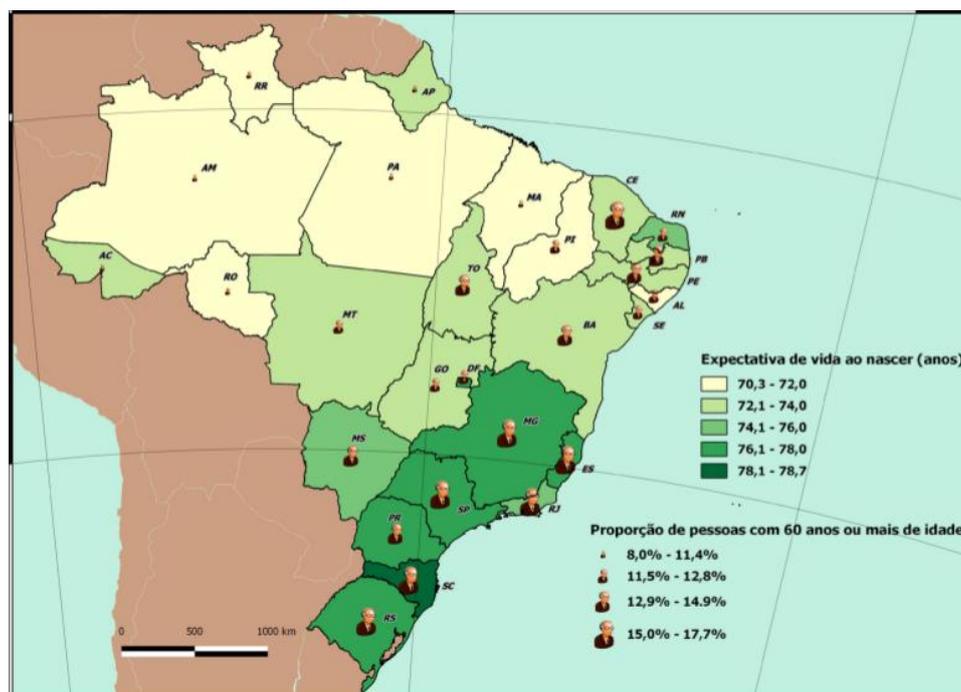
Gráfico 10. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo ano de óbito em Pernambuco, 2000-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

## Contexto

O Brasil é o maior país da América Latina. A área total é de 8.515.780 km<sup>2</sup>, país com dimensões continentais, distribuídos em 27 Estados e 5.565 municípios. É um país urbano, com vastos recursos naturais, porém apresenta desigualdade social, desemprego e corrupção acentuados. Em 1988 o país promulga a Constituição Federal, com temas amplamente debatidos com a sociedade em geral, que assegurou o Serviço Único de Saúde – SUS, assistência à saúde pública e gratuita para todo cidadão brasileiro<sup>(22),(40)1</sup>.

É nesse cenário que tem início a Resposta Brasileira à epidemia de aids, iniciada nos anos 1980, referência mundial em excelência, respeito aos Direitos Humanos e inovações criativas para prevenção e assistência aos doentes. A Resposta Brasileira é pautada em informações científicas atualizadas, seguindo as diretrizes internacionais e participando ativamente de parcerias em capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de estratégias com diversos países da América Latina, África e Europa, além dos Estados Unidos, até a atualidade<sup>(90)</sup>.

Em relação à população, considera-se haver uma tendência de envelhecimento demográfico, que corresponde ao aumento da participação percentual dos idosos na população e conseqüente diminuição dos outros grupos etários. A Esperança de vida ao nascer para o brasileiro é de 75,4 anos em 2015, sendo 79,1 anos para as mulheres e 71,9 anos para os homens, representando uma diferença de 10,0%. Os valores extremos de esperança de vida ao nascer dos homens foram observados em Alagoas (66,5 anos) e Santa Catarina (75,4 anos), e para as mulheres, entre Roraima (74,0 anos) e Santa Catarina (82,1 anos)<sup>(40)</sup>.



<sup>1</sup> Os números entre parêntesis são as referências bibliográficas.

**Figura 1. Expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(40)</sup>.**

Em termos de etnias, é um país bastante miscigenado, sendo os seguintes dados de 2010: 47,7% brancos, 50,7% afrodescendentes, asiáticos 1,1% e indígenas 0,4%. Em 2015, mais da metade das pessoas (53,9%) se declaravam de cor ou raça preta ou parda, enquanto 45,2% se declaravam brancas. A proporção de pessoas por declaração de cor ou raça variou bastante segundo as regiões<sup>(40:17)</sup>.

É importante destacar que, em termos de HIV e aids, o Brasil é o único país de língua lusófona a utilizar a sigla como é denominada no idioma inglês, e não “aids” como em todos os outros. A origem da questão é cultural: a Santa Católica considerada Padroeira do Brasil chama-se Nossa Senhora Aparecida, e milhares de mulheres tem esse nome – e o apelido “Cida”. Portanto, para não associar doença e nome, foi escolhido, já no início da epidemia, que a denominação seria “aids” e não “sida”, que em termos sonoros não tem diferença com “cida”<sup>(44)</sup>.

A religião predominante é a católica (64,6%), seguida dos protestantes (22,2%), espíritas (2,2%) e 8% entre ateus, agnósticos e não-especificados<sup>(40)</sup>.

O Brasil tem uma Lei que determina a gratuidade dos registros civis de nascimento e óbito, a Lei 6.015, de 31/12/1973<sup>(108)</sup>. Esse tema é responsabilidade da Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos da Presidência da República, e considera-se que a gratuidade facilite o acesso de toda a população a esse serviço, que é de suma importância para um país.

### **O Campo no Brasil: Brasília, Recife e Curitiba**

A Pesquisa de Campo no Brasil foi subdividida em três cidades: Brasília, Recife e Curitiba. A previsão inicial era que o trabalho de campo fosse realizado apenas em Brasília, por ser a capital do país e este ter sido o critério adotado em todos os outros países participantes do estudo; porém, após avaliação de todo o processo do Diagnóstico que já havia sido realizado nos outros países durante o segundo semestre de 2015 junto ao Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, verificou-se que em cada sítio a pesquisa de campo incluiu serviços e estratégias considerados “padrão ouro” e a contrapartida, os “lugares com mais dificuldades”, e esse critério não era preenchido apenas com o Campo Brasília. As visitas foram realizadas em 2016, sendo Brasília 23 a 26 de fevereiro, Recife 2 a 5 de maio e Curitiba 3 a 7 de julho.

Desse modo, definiu-se a ampliação do campo Brasil para mais dois sítios, que contemplassem essa diversidade essencial em relação à resposta dada à epidemia de HIV, aids e sífilis congênita: o “padrão ouro”, Curitiba, por ter sido o berço do programa Mãe Curitibana, que por sua vez inspirou o Rede Cegonha, imprescindível nas intervenções para redução da transmissão vertical do HIV, e o “sítio com mais dificuldades”, no caso Recife, escolhidos com base nos índices de incidência e prevalência em HIV e aids e sífilis congênita entre gestantes HIV+ e crianças expostas<sup>(90)</sup>. Foram entrevistados Gestores do Estado, Município, profissionais de saúde e representantes de ONG parceiras, porém não houve agendamento nem entrevistas com líderes religiosos envolvidos na resposta nacional, como foi feito em todos os outros países. Fizeram também parte da coleta de dados de campo as entrevistas com os gestores, diretores e profissionais de saúde do Hospital-Dia de Brasília, do Hospital Materno-Infantil de Brasília e os

coordenadores dos setores de do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Em Recife, fizeram parte do campo as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Centro de Atenção à Mulher (CAM) e Saúde da Criança, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e a ONG GESTOS: Soropositividade, Comunicação e Gênero. Em Curitiba, foram parte da visita de campo a Secretaria Municipal de Saúde, Programa Mãe Curitibana, o Hospital das Clínicas de Curitiba e o Centro de Orientação e Aconselhamento (COA). Foram entrevistados os gestores e profissionais de saúde de cada instituição. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná não participou desse processo, alegando problemas no agendamento.

#### Notificação de casos de HIV e aids

O Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde é responsável pela gestão central das políticas e ações relacionadas ao enfrentamento da epidemia de HIV e aids no Brasil. Vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde. Sua atuação é vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios básicos são a universalidade, a equidade e a integralidade. As ações de prevenção, assistência, logística de medicamentos, organização de diretrizes nacionais, avaliação, publicação de dados e participação em eventos internacionais, parcerias institucionais e controle da epidemia são pactuadas entre a Gestão Federal e os Secretários de Saúde Estaduais e seus respectivos Programas Estaduais, que por sua vez são articulados e integrados aos Programas Municipais<sup>(1),(57),(109),(110)</sup>.

No início de 2014, os estados e municípios foram informados a respeito da inclusão da notificação do HIV na nova Portaria Ministerial que define a lista nacional de notificação compulsória a ser publicada ainda em 2014, para que pudessem iniciar sua implementação. Em setembro de 2014, foi realizada uma reunião com os dirigentes de Vigilância Epidemiológica dos estados e capitais, em que foi discutida a operacionalização da notificação do HIV, que passa a ser obrigatória. A Portaria Ministerial define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional. Nela, estão listadas a *Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids)*, a *Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV* e a *Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)*. Após a publicação dessa portaria, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais elaborou e divulgou uma Instrução Normativa estabelecendo os procedimentos relacionados à notificação de casos de infecção pelo HIV no Brasil<sup>(19)</sup>.

Os casos de aids são registrados em sistemas informatizados, com descrição das características epidemiológicas, sequência de tratamentos e acompanhamento da dispensação de remédios. A notificação de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é realizada desde 1993. Também são utilizados para as notificações os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), selecionando-se os óbitos cuja causa básica foi o HIV/Aids; além disso, o Sistema de Informação de Exames laboratoriais (SISCEL), e Sistema de

Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), aos quais todos os indivíduos registrados nesses sistemas são relacionados<sup>(14),(74)</sup>.

A análise dos dados de aids é elaborada a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e fundamentada na técnica de relacionamento probabilístico. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Departamento de Informática do SUS, DATASUS, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. A partir desses dados são realizadas análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Realiza a produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde, análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas<sup>(90),(102),(106)</sup>.

A transmissão de dados do SIM é automatizada, utilizando-se a ferramenta de Sistema de Controle de Envio de Lotes (SISNET) gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal, estadual e federal e permite o Backup on-line dos níveis de instalação<sup>(94)</sup>. O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi criado em 1998. É uma ferramenta criada com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais (ARV) e de aprimoramento da qualificação da dispensação<sup>(39)</sup>. Esse sistema permite que o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, secretarias estaduais e municipais de Saúde mantenham-se atualizados em relação ao fornecimento, dispensação de medicamentos aos pacientes em tratamento conforme as recomendações existentes no Consenso Terapêutico Brasileiro, além do controle dos estoques de cada medicamento nas várias regiões do país. As informações de consumo e estoques são fundamentais para que o adequado suprimento aos estados ocorra evitando, assim, a ruptura dos estoques locais e prejuízo no atendimento aos pacientes<sup>(39),(90)</sup>.

### Situação Atual da Epidemia de HIV e aids no país:

Segundo parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia de aids no Brasil é **concentrada**, ou seja, apresenta taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% na população em geral e maior que 5% em subgrupos populacionais de risco acrescido para infecção pelo HIV (Homens que fazem Sexo com Homens, Usuários de Drogas e Profissionais do Sexo Feminino). A epidemia é considerada estável no Brasil, com taxa de detecção relativamente constante em torno de 20 casos por 100.000 habitantes nos últimos cinco anos<sup>(43),(113)</sup>. Os três diferentes sistemas de notificação apresentam diferentes porcentagens de fornecimento de dados - por exemplo, no ano de 2015, do total de 39.113 casos registrados, 56,3% são oriundos do SINAN, 7,4% pelo SIM e 36,3% do SISCEL/SICLOM. Da série histórica de 2000 a 2016, apenas 70,3% são oriundos do SINAN<sup>(8)</sup>. Foram registrados no Brasil, de 1980 até junho de 2016, 548.850 casos de aids entre homens (65,1%) e 293.685 em mulheres (34,9%). No período entre 1980 a 2002, houve aumento entre as mulheres; entre 2003 e 2008, a razão de sexos se manteve em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres<sup>(8),(43)</sup>. Desde o início da epidemia de aids, em 1980, até dezembro de 2015, foram identificados 303.353 óbitos cuja causa básica foi a aids. A maioria dos casos, 60,3%, na região Sudeste, depois região Sul (17,5%), Nordeste (12,6%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,4%)<sup>(8)</sup>.

Em relação à faixa etária, não houve diferenças expressivas em 2015 entre os coeficientes de mortalidade por sexo em indivíduos até 19 anos de idade. Nas demais faixas etárias, o coeficiente de mortalidade é maior em homens. Entre os jovens de 15 a 19 anos e entre os maiores de 50 anos, houve aumento dos óbitos. No sexo masculino, na faixa etária de 20 a 24 anos, a taxa de óbitos aumentou: passou de 2,7/100 mil habitantes em 2006 para 3,3 em 2015<sup>(8),(30),(43)</sup>.

Há algumas iniciativas do Programa de Saúde do Homem, tanto em nível federal como em diferentes Estados – Programa Pai Presente (Curitiba), Pré-Natal do Homem (Recife), incentivo à participação dos homens nas ações de testagem<sup>(90)</sup>. Curitiba tem um programa de Saúde do Homem vinculado ao setor de Programas Crônicos. Os gestores e profissionais de saúde entrevistados avaliam que a diversidade de estratégias de captura precoce auxilie no acesso aos homens, sejam eles os parceiros das grávidas, clientes das profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população em situação prisional ou outros<sup>(49),(52),(90)</sup>. A estratégia em Curitiba é o chamado *Investimento em Tecnologias Leves*: os chamados “Meses Azuis”, *Programa do Pai Presente*, diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, como porta de entrada para acesso à Saúde do Homem, são estratégias de baixo custo e alta efetividade. Nos chamados “meses azuis” há incentivo ao rastreamento de câncer de próstata<sup>(90)</sup>.

O acesso à população masculina é tema transversal e em todos os países participantes deste estudo ficou marcada a dificuldade com o acesso aos homens. No Campo Curitiba, entre 1984 e setembro de 2015 foram notificados 14.683 casos de aids no SINAN, sendo 69% homens e 31% mulheres. A população mais atingida é a de homens brancos, com escolaridade média ou superior, e a categoria de exposição homo e bissexual<sup>(8),(90)</sup>.

#### Epidemiologia de HIV e aids entre gestantes

Com base na prevalência estimada de HIV entre parturientes, o número esperado de mulheres grávidas com HIV no Brasil é de aproximadamente 12.000 casos por ano. A taxa de detecção entre crianças abaixo de cinco anos tem sido usada como um indicador para acessar o número de transmissões verticais. No Brasil, houve uma diminuição significativa de 35,7% nos últimos dez anos<sup>(113),(8),(90)</sup>.

No Brasil, entre o ano 2000 até junho de 2016 foram notificadas 99.804 gestantes com HIV. A taxa de detecção entre mulheres grávidas teve um aumento, de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos para 2,5 em 2013. Quase 40% das gestantes residiam na Região Sudeste (39,8%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (16,2%), Norte (7,4%) e Centro-Oeste (5,7%)<sup>(8)</sup>.

Desde o ano 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta maior número de casos de gestantes HIV+ (28,6%), notificadas no SINAN. Em relação à escolaridade, a maioria das gestantes HIV+ possui o Ensino Fundamental incompleto (30,1%) dos casos notificados; cerca de 45,9% tem cor autodeclarada parda e 38,1%, brancas. Segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano<sup>(8),(113)</sup>.

Em Curitiba foram notificadas 85 gestantes HIV+ em 2015 e 23 até julho de 2016. Se há uma segunda gravidez, há nova notificação. Em 2014 foram dois casos de crianças HIV+, sendo uma de Angola e outra do Haiti; em 2015, uma criança filha de moradora de rua e uma mulher que amamentou o bebê. Importante considerar que *as nutrizes têm replicação viral elevada*<sup>(90)</sup>.

### Transmissão Vertical

As linhas de cuidado da transmissão vertical do HIV e da sífilis deverão fazer parte do processo de definição das Redes de Atenção à Saúde - RAS<sup>2</sup> nos estados e municípios<sup>(11)</sup>. Essa modalidade de transmissão caiu 36% nos últimos seis anos no Brasil, como consequência direta da ampliação da testagem no pré-natal, reforço da oferta de medicação para as gestantes – implementação da Opção B+<sup>(5),(7),(16),(30),(57),(65),(68)</sup>. O Brasil se alinhou às metas mundiais de eliminar a transmissão vertical do HIV (menos de 1% de transmissão) e sífilis (menos de 0,5 casos/1000 nascidos vivos) até 2015 descritas no *Plano Global para Eliminação de Novas Infecções entre as Crianças até 2015 e Manutenção da Sobrevida Materna*<sup>(81)</sup> e *Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis na América Latina e Caribe*<sup>(66)</sup>. A *Iniciativa Regional* tem como objetivo superar o conceito anterior de abordagens separadas para prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis, com enfoque mais dirigido à doença do que à pessoa<sup>(66)</sup>.

Como ambas as condições podem ocorrer na mesma mulher o as intervenções terão impacto em toda a família, formulou-se um documento, desenvolvida para a região das Américas, com identificação das principais estratégias e ações, com enfoque integrado para o enfrentamento da transmissão vertical como problema de saúde pública. O enfoque integrado deve permitir aproveitar todas as oportunidades de diagnóstico da infecção por HIV e sífilis na gestante e implementar uma adequada prevenção, entendendo a mulher em sua dimensão humana e como parte de uma família<sup>(66)</sup>. Iniciativas como o *Projeto Nascer-Maternidades* e a implementação da *Rede Cegonha*, com disponibilização de todos os insumos para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no SUS, ainda há muito a se trabalhar no país<sup>(51),(52),(90)</sup>.

A Rede Cegonha é a estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, que tem mobilizado gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde para assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das ações da Rede Cegonha é a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades dos três níveis de gestão do SUS<sup>(90),(94),(104)</sup>. Em face de todas as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis e da continuada incidência de casos, o Ministério da Saúde recomenda a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical nos municípios, visando analisar oportunidades perdidas de prevenção da transmissão vertical, identificar as possíveis falhas e apontar medidas de intervenção. Para viabilizar a atuação dos comitês, foi elaborado um instrumento de referência, como o “Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical”<sup>(2),(8),(35)</sup>.

<sup>2</sup> Portaria nº 4.279/ GM/MS, de 30 de dezembro de 2010.

Considerando-se a população menor de 13 anos, 93,0% dessa população teve como via de infecção transmissão vertical<sup>(8:8)</sup>. A transmissão vertical do HIV será considerada eliminada quando atingir uma taxa de 2 crianças HIV+ para cada 100 mães soropositivas. Diante disso, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações da Rede Cegonha, promove a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes, para que essas metas sejam atingidas<sup>(35)</sup>.

### Campo Curitiba

Uma estratégia que supera muitas das dificuldades em acessar a gestante HIV+ é o Programa Mãe Curitibana, que inspirou a Rede Cegonha. Iniciado em 1999, tem como objetivo vincular a mãe ao serviço de saúde desde a primeira consulta, realizando testagem para HIV, sífilis, hepatites e exames de diabetes, hipertensão, avaliação nutricional, dentre outras ações<sup>(51),(52)</sup>. Em 2003 Curitiba registrou Transmissão Vertical zero e tornou-se referência nacional e internacional no tema. A Lei do Acompanhante também é considerada um grande facilitador da implementação da estratégia. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem, historicamente, uma posição de vanguarda no SUS. Foi a primeira a adotar a declaração de nascidos vivos; a primeira a adotar um prontuário eletrônico e um cartão de identificação das pessoas usuárias e foi a primeira a adotar tecnologias de gestão da clínica<sup>(61)</sup>. A construção do Programa Mãe Curitibana fez-se ao longo do tempo, com intervenções e estratégias das quais pode-se elencar<sup>(51),(52),(61)</sup>:

*- Instalação da primeira Unidade 24 horas em 1991; Implementação do processo de territorialização e instituição dos distritos sanitários e autoridades sanitárias locais, em 1992; Início da implantação das equipes de saúde da família em 1993; Implantação da central de marcação de consultas em 1994; Curso de gestão de unidades básicas de saúde, 1995; Consolidação do bônus por desempenho, em 1995; Introdução dos agentes comunitários de saúde, em 1999; Implantação do Programa Mãe Curitibana em 1999; Elaboração do protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e Implantação do Protocolo de planejamento familiar em risco reprodutivo em 2000; Implantação do Programa Mulher de Verdade de atenção às mulheres vítimas de violência e Implantação da Rede de Proteção à Criança e ao adolescente em situação de risco para a violência em 2002; Implantação do contrato de gestão com os profissionais da atenção primária à saúde, e Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 2004; Implantação da Unidade Sanitária Mãe Curitibana em 2006; Implantação do Pai Presente e elaboração do protocolo de urgências e emergências em obstetrícia em 2009.*

A Resolução que criou o programa deu as instruções normativas para a operacionalização do Mãe Curitibana relativas às Unidades de Atenção Primária à saúde, à Unidade de Saúde da Mulher, à Central de Marcação de Consultas Especializadas, às maternidades e aos serviços de referência para gestação de risco. Ao longo do tempo, o programa enfrentou e superou dificuldades, como relatos de quase 30% das gestantes peregrinando por diversas maternidades na hora do parto, desorganização dos fluxos, barreiras de acesso ao parto, prática ilegal de cobrança às usuárias do SUS como condição de atendimento, ausência de diagnóstico de riscos e vinculação das gestantes às maternidades por riscos, e as maternidades com maior capacidade tecnológica estavam com leitos ocupados por gestantes de baixo risco, além dos leitos de UTI neonatal estarem ocupados por crianças com prematuridade evitável<sup>(61:5)</sup>.

As gestantes são atendidas ao longo da gestação com toda infraestrutura necessária em termos de exames clínicos e laboratoriais: urina nos três trimestres, glicemia, pressão, humanização do atendimento e indicação de enfermeiras obstétricas para parto normal. É relatada significativa redução de episiotomias, e a presença das Doulas é permitida para acompanhar a gestante. Em função do relato de cerca de 60% das mulheres grávidas não terem planejado sua gestação, há reforço no aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva. O Governo subsidia a implantação de DIU de cobre no pós-parto imediato, até 48 horas depois do bebê ter nascido e outras modalidades de implante anticoncepcional<sup>(90)</sup>. No Programa Mãe Curitibana as mães são atendidas de modo quase artesanal. Na primeira consulta a mulher já sabe em que maternidade terá seu filho. Após 30 semanas de gestação, são organizados grupos com mães e acompanhantes para conhecerem a maternidade, tirarem dúvidas e assim as fantasias e medos são reduzidos – principalmente se for na primeira gestação. As grávidas HIV+ são atendidas diretamente para o Hospital das Clínicas e não entram no fluxo comum de todas as gestantes. Entende-se que a captação precoce auxilie na condição clínica mais favorável, carga viral baixa; a amamentação é suprimida e é fornecido o leite para a criança.

Curitiba tem como populações vulneráveis os moradores de rua e usuários de drogas, em especial crack<sup>(5),(6)</sup>. A estratégia do Consultório de Rua, ou Consultório na Rua, promovida pela Saúde Mental é grande aliada para o acesso às pessoas em situação de vulnerabilidade em geral, vivendo com HIV e aids em particular<sup>(71)</sup>. A Casa da Mulher Brasileira tem trabalhos importantes na resposta aos problemas de violência em geral, violência sexual em particular<sup>(90)</sup>.

A política de saúde do SUS, aplicada em Curitiba, tem base na descentralização, na orientação para as pessoas usuárias e na padronização dos procedimentos, articulados com uma gestão orientada para o desempenho. Há uma forte cultura de desempenho na Secretaria Municipal de Saúde, caracterizada por uma visão compartilhada de instituição que valoriza o trabalho em equipe, a obtenção de resultados para a população e a disponibilidade para solucionar problemas. Essa cultura vem de dois fatores importantes: um conjunto de políticas nacionais desenvolvidas pelo SUS e os sanitaristas que constituem uma rede de profissionais que provê expertise com práticas consistentes com as normativas do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde foi capaz de desenvolver e gerenciar sistemas complexos e usar a tecnologia de informação para coordená-los. O processo gerencial é marcado pela abertura à inovação constante, onde as mudanças são desejadas e sustentadas<sup>(90)</sup>.

O Programa Mãe Curitibana tem uma variável fundamental, que é a sua organização como uma rede de atenção à saúde, superando a (des)organização dos sistemas fragmentados. O grau de integração da rede Mãe Curitibana é exemplo e tem resultados visíveis na redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil, redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. A ampliação do programa Mãe Curitibana para todo o estado do Paraná é a Rede Mãe Paranaense<sup>(18)</sup>:

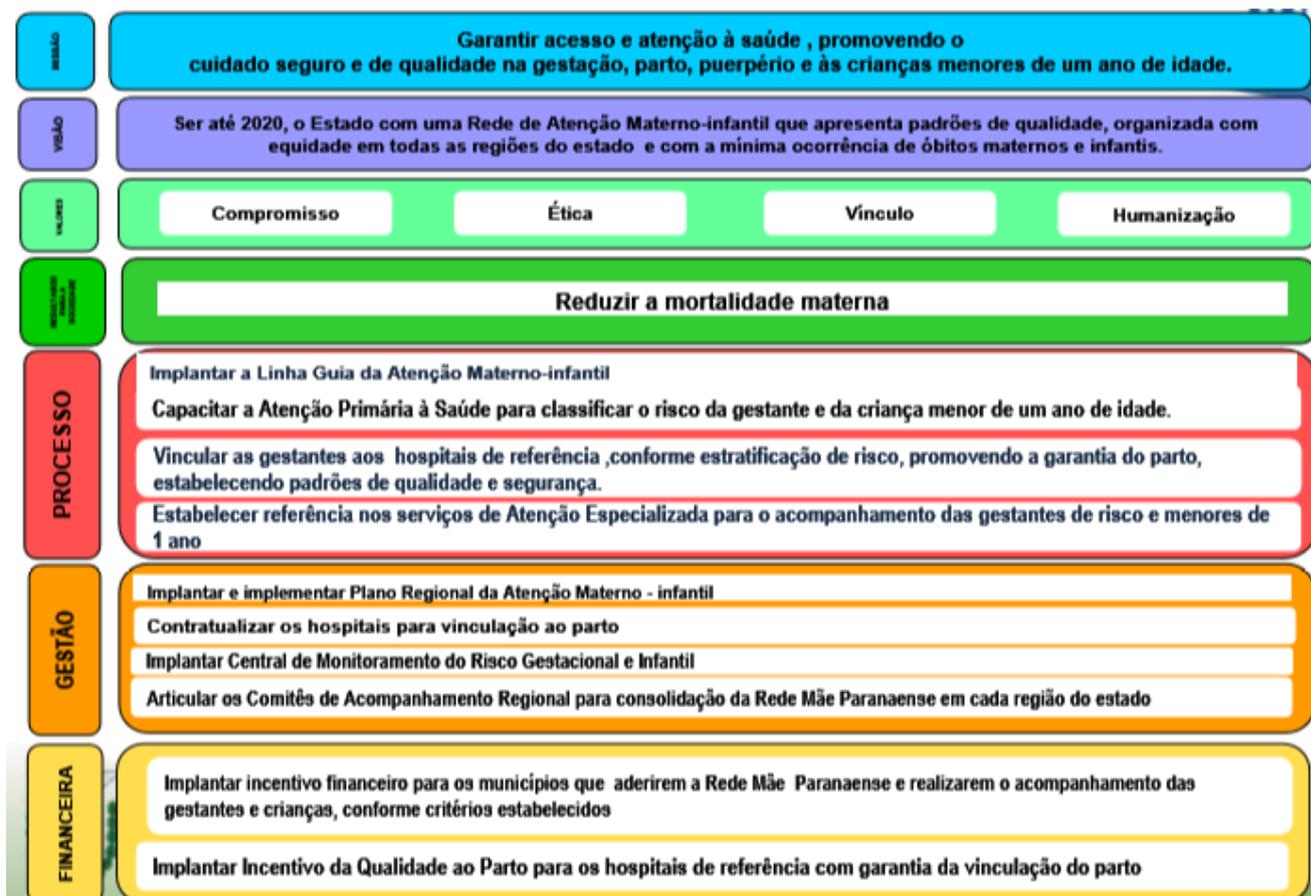


Figura 2. Mapa estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil. Fonte: SMS/PR, 2016<sup>(90)</sup>.

Há uma estratificação do Risco da Gestante<sup>(90)</sup> que pauta as intervenções<sup>(51),(52)</sup>:

(a) Risco Habitual: gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, doença ou agravo, que deverão ser vinculadas aos Hospitais de Risco Habitual; (b) Risco Intermediário: gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais, sociodemográficas e de história reprodutiva anterior, a saber: gestantes negras ou indígenas, gestantes com menos de 15 anos e mais de 40 anos, gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo, gestantes na faixa etária de 15 a 20 anos e com um filho morto anteriormente e/ou com mais de três filhos. Estas serão vinculadas aos Hospitais de Risco Intermediário e (c) Alto Risco: gestantes que apresentam condição clínica pré-existente como hipertensão arterial, dependência de drogas, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias, e demais agravos<sup>(47),(51),(52),(61)</sup>.

#### Campo Recife

Em Recife, a Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde mantém um sistema de vigilância epidemiológica da Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco desde 1987<sup>(90)</sup>. A série histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo ano de diagnóstico está na figura abaixo<sup>(74)</sup>:

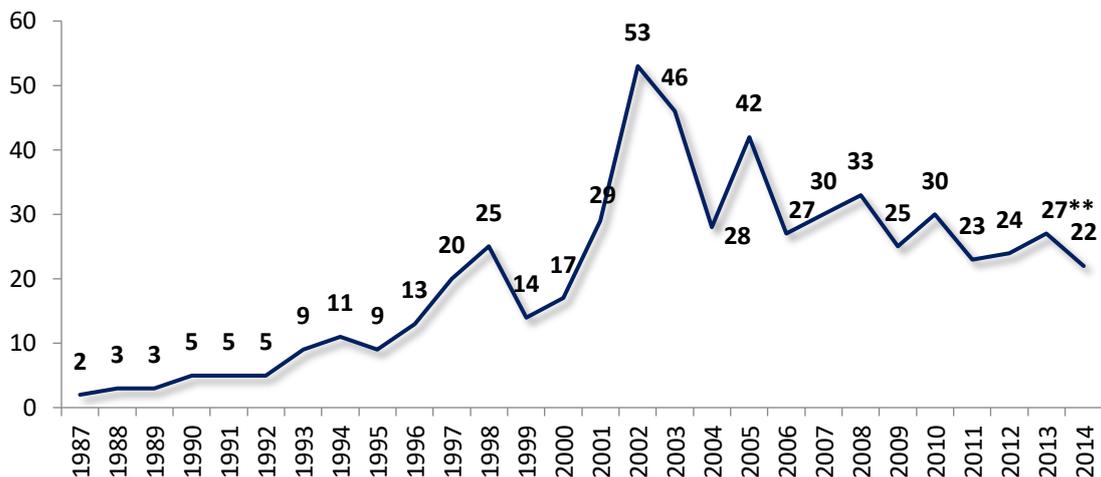


Gráfico 1. Série Histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo o ano diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.

Outro indicador importante é o número de menores de cinco anos com aids no Estado:

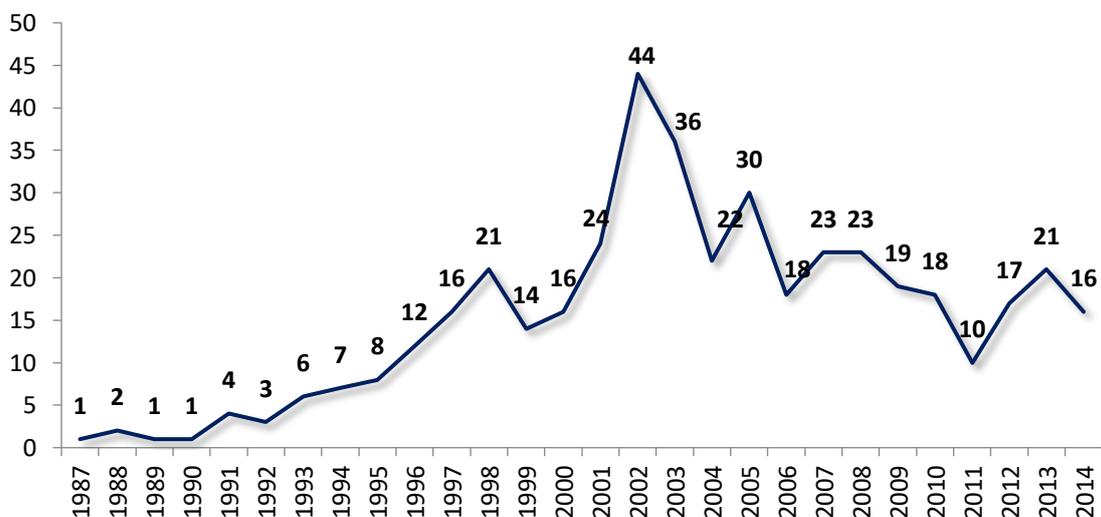


Gráfico 2. Série histórica dos casos de aids em menores de cinco anos segundo ano de diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.

Em Recife existem 8 maternidades, sendo 3 municipais e 5 estaduais. Existem muitos casos considerados “sem encerramento”, pois apenas 42% das pessoas atendidas são mesmo de Recife<sup>(90)</sup>. Foram relatados 10 casos de transmissão vertical em Recife no ano de 2015, e em 2016, nenhum, no IMIP. A *tuberculose* e a *neurotoxoplasmose* são comorbidades importantes entre as pessoas vivendo com HIV e aids<sup>(90)</sup>. Há relatos de falta de medicamentos para infecções oportunistas<sup>(90)</sup>. Pernambuco também realiza, com particular acurácia desde 2010, o mapeamento dos municípios com casos de aids em menores de cinco anos, por transmissão vertical. Os dados mais atualizados estão no mapa abaixo, destacando os municípios de Recife, Ipojuca, Olinda, Petrolina, Bezerros, Paulista, Rio Formoso, Moreno e Ibarajuba<sup>(74)</sup>.



**Figura 3. Municípios com casos de aids em menores de cinco anos por transmissão vertical em Pernambuco, Brasil, em 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016<sup>(74)</sup>.**

O IMIP desenvolveu um projeto chamado Projeto Nascer, em 2003, em que todo o percurso da gestante, do pré-natal, parto, medicação, pós-parto e acompanhamento era cuidado e realizado pela equipe coordenada pelo setor de Obstetrícia. Porém, o projeto não teve sustentabilidade e foi extinto<sup>(90)</sup>. Considera-se que *os médicos tenham uma perda de oportunidade fenomenal nos tantos momentos de contato com as pacientes grávidas HIV+*; com a epidemia de Zika vírus, aumentou a atenção para as grávidas; há casos de rubéola e citomegalovírus vinculados à ocorrência de microcefalia, além da sífilis e da zika. São quatro médicos para 2.000 pacientes<sup>(90)</sup>. Em Recife *o problema da ausência do marido é muito comum, assim como a não-participação do homem na própria manutenção da saúde*. Muitas iniciativas, como o Pré-Natal do Homem, são pouco impactantes e pouco eficazes<sup>(90)</sup>.

### Testagem

Desde 2005 o Ministério da Saúde tem distribuído testes rápidos no SUS em todas as regiões do Brasil. Os testes permitem maior acessibilidade e tem permitido que sejam viabilizados em lugares sem os testes laboratoriais convencionais, em especial para as populações-chave. Os testes rápidos são realizados utilizando-se amostras de sangue ou fluido oral, e não exigem a estrutura de um laboratório, diferentemente dos testes convencionais de HIV, cuja operacionalização é mais complexa, exigindo espaço físico apropriado e infraestrutura tecnológica. Os testes rápidos diminuem o tempo de resposta sobre o resultado, reduzindo a perda de pessoas pós-teste. Para monitorar a distribuição, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOG-LAB), um sistema para controlar a capilaridade dos testes distribuídos nos Estados e Municípios. A proposta deste sistema é prover informações sobre a disponibilidade e qualidade dos testes rápidos nos centros de saúde. Em 2015 foram disponibilizados 8,5 milhões de testes rápidos no Brasil. Em 2016, foram contabilizados mais de 6 milhões até o mês de outubro<sup>(67),(45)</sup>.

Em Curitiba/ Paraná, houve aumento significativo da oferta de testes, especialmente os testes rápidos, feitos tanto pelo COAS como pelos Consultórios de Rua e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). São cerca de 50.000 testes para a rede pública e mais de 50.000 testes para a rede privada, todos centralizados no Laboratório – com resultados em até 3 dias. A testagem para HIV em gestantes em Curitiba teve início em 1999, com o Programa Mãe Curitibana, e em 2003 com o protocolo nacional e a adoção da estratégia *testou, tratou*, as mulheres são 100% acessadas pelos programas de saúde e a transmissão vertical está praticamente zerada no município<sup>(47)(61),(86),(90)</sup>.

Em Recife/Pernambuco, 81 municípios que realizam teste rápido, porém 104 não tem teste rápido nas maternidades<sup>(67),(90)</sup>:

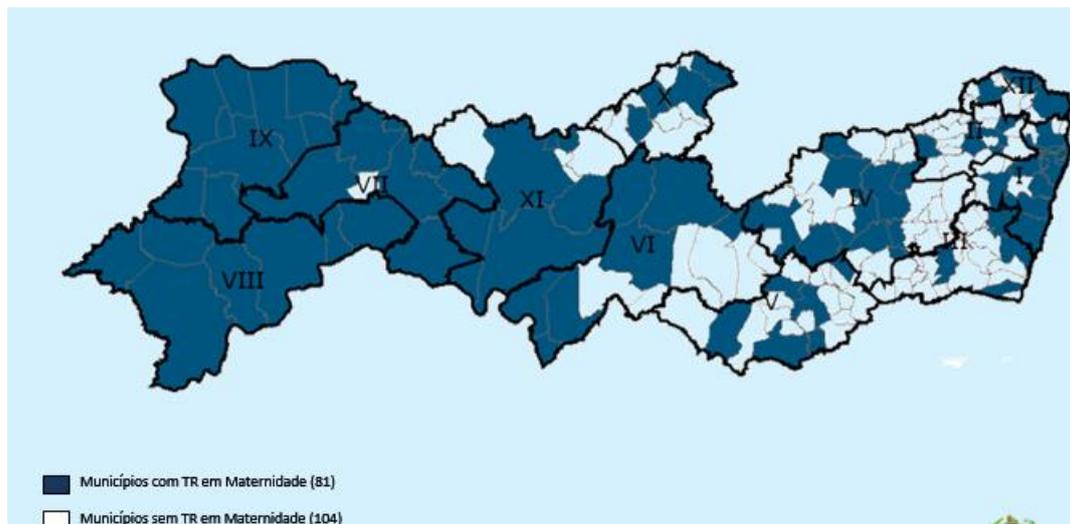


Figura 4. Municípios com teste rápido para HIV e sífilis em Maternidades em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Em relação ao teste rápido para HIV na Atenção Primária, 96 municípios realizam, porém 89 não, como na figura abaixo.

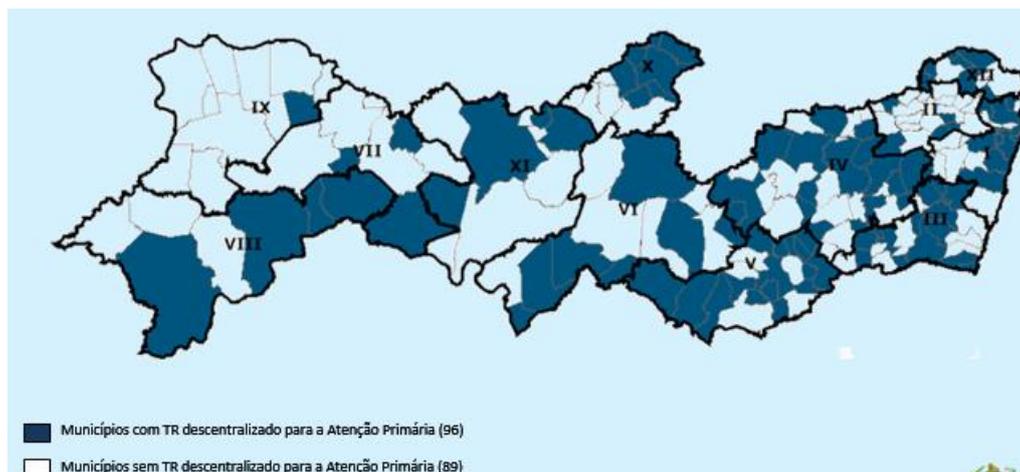


Figura 5. Municípios que realizam teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Primária em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Portanto, o mapeamento da Testagem em Pernambuco está consolidado nos indicadores apresentados abaixo – no total, 319 serviços no Estado fazem o teste rápido<sup>(90)</sup>.

<b>CONSOLIDADO ESTADO DE PERNAMBUCO</b>	<b>Total</b>
Total de Municípios no estado de Pernambuco	<b>185</b>
Total de Municípios que realizam teste rápido (em algum local)	<b>157</b>
Total de Municípios que não realizam teste rápido	<b>28</b>
Municípios com PPTVH implantado na maternidade	<b>81</b>
Total de maternidades ativas com o PPTVH	<b>97</b>
Municípios com referência para TB que realizam teste rápido (em algum local)	<b>50</b>
Municípios com CTA	<b>32</b>
Municípios com PSF de referência para população Indígena (13 PSF)	<b>11</b>
Serviços de Assistência Especializado	<b>37</b>
Unidades Prisionais com testes rápidos	<b>10</b>
<b>Município com teste rápido descentralizado para a Atenção primária</b>	<b>96</b>
<b>NÚMERO DE UPAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO</b>	<b>17</b>

Figura 6. Contexto da testagem para HIV, Hepatites Virais, tuberculose e transmissão vertical em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Pernambuco tinha uma planilha específica para controle dos testes, antes do *Sisgolab*<sup>(90),(106)</sup>. Em 2016, trabalhavam com as duas planilhas, a desenvolvida no Estado e a solicitada pelo Governo Federal. O Fluxo de preenchimento das planilhas e organização da logística dos insumos em Pernambuco está esquematizada abaixo:

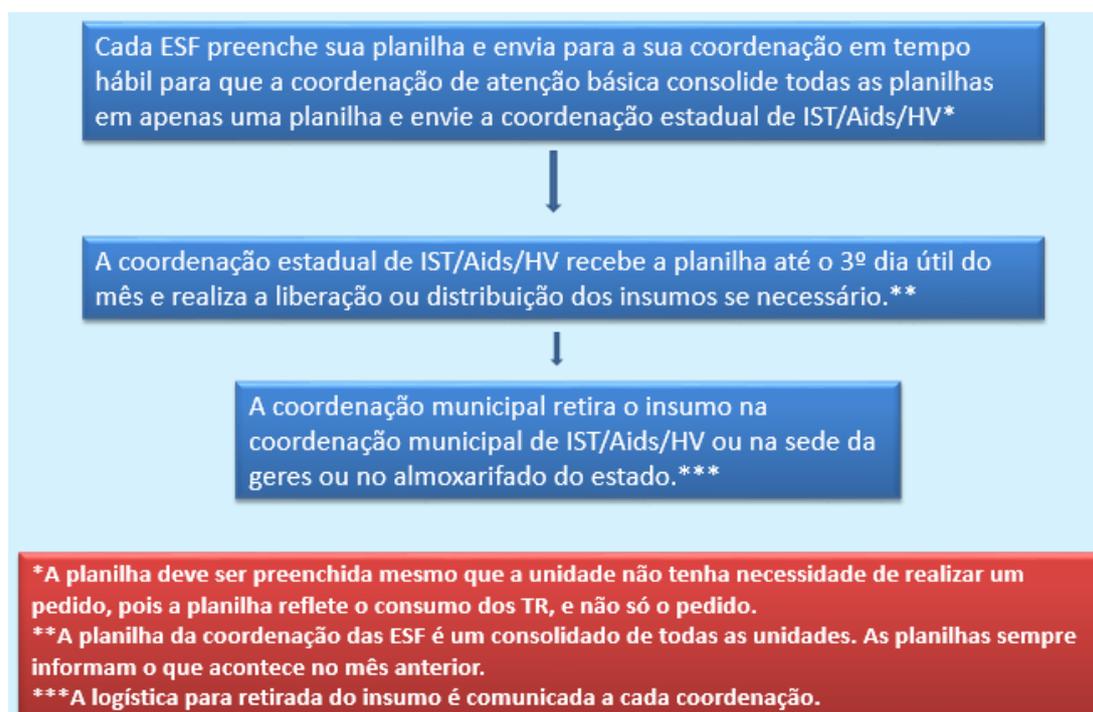


Figura 7. Fluxograma da distribuição dos testes rápidos em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Em todo o Estado de Pernambuco, são mais de 200 grupos de Estratégia de Saúde da Família, sendo 40 no Recife. Há gerências regionais de saúde, que coordenam as ações e estratégias em cada setor específico. A região de Petrolina tem 4 Programas de Saúde da Família, e faz testes rápidos há 14 anos, com 28 unidades básicas dando suporte<sup>(90),(101)</sup>. Segundo os dados disponíveis, Recife tem uma limitação com a logística para medicamentos: *são recebidos na capital e levados ao interior uma vez por mês. Se houver alguma falha ou atraso, o fornecimento é interrompido. Todo mês falta ARV.* Um problema considerado *gravíssimo* é a falta de AZT injetável<sup>(90)</sup>. Não há qualquer estoque-reserva, *pelo menos 3 ampolas de AZT injetável ‘dormindo na maternidade’<sup>(90)</sup>, pois quando aparece uma gestante sem saber sorologia, já “coroando”, é preciso ter as doses<sup>(90)</sup>.* Um dos maiores problemas enfrentados em Recife em relação a Opção B+ é que o Pré-Natal começa tardio. *As unidades básicas que não tem teste rápido têm literalmente uma Cascata de Oportunidades Perdidas. A maternidade oferece o teste para HIV na chegada da gestante; caso seja o resultado seja positivo e a gestante não sabia de sua sorologia, é administrada uma dose de ataque e é realizado novo teste<sup>(90)</sup>.* Em 2013 foram 83.314 parturientes, sendo 336 HIV+, ou seja, 9% de taxa. A maternidade fornece 4 latas de leite, e depois o SAE fornece leite durante seis meses. A Universidade Federal de Pernambuco não tem aids pediátrica, nem gestante HIV+<sup>(90)</sup>.

Em relação às comorbidades, a **tuberculose** é a mais importante causa de morbimortalidade em mulheres infectadas pelo HIV ; a maior taxa de coinfeção TB-HIV em mulheres ocorre na idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos de idade. As gestantes infectadas pelo HIV e que desenvolvem TB apresentam risco 2,5 vezes maior de transmissão do HIV para o RN que as gestantes infectadas pelo HIV e sem TB<sup>(34)</sup>. Estima-se que 60% dos pacientes com aids no Brasil estejam com coinfeção com tuberculose. Cerca de 17% de pessoas são diagnosticadas como HIV+ dentre os novos casos de tuberculose no país<sup>(43)</sup>,<sup>(59),(4),(10),(14),(24),(28),(36),(77),(78),(84),(85),(87),(89)</sup>. As populações mais vulneráveis, tem risco relativo aumentado. As Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA), 28 vezes<sup>(4),(28)</sup>. A testagem para HIV entre pacientes com tuberculose em 2014 foi de 56.981 pessoas, e 16.000 pessoas foram diagnosticadas com tuberculose entre pessoas vivendo com HIV. Pessoas vivendo com HIV que foram testadas para tuberculose totalizaram 37.540 casos em 2014<sup>(36),(43)</sup>.

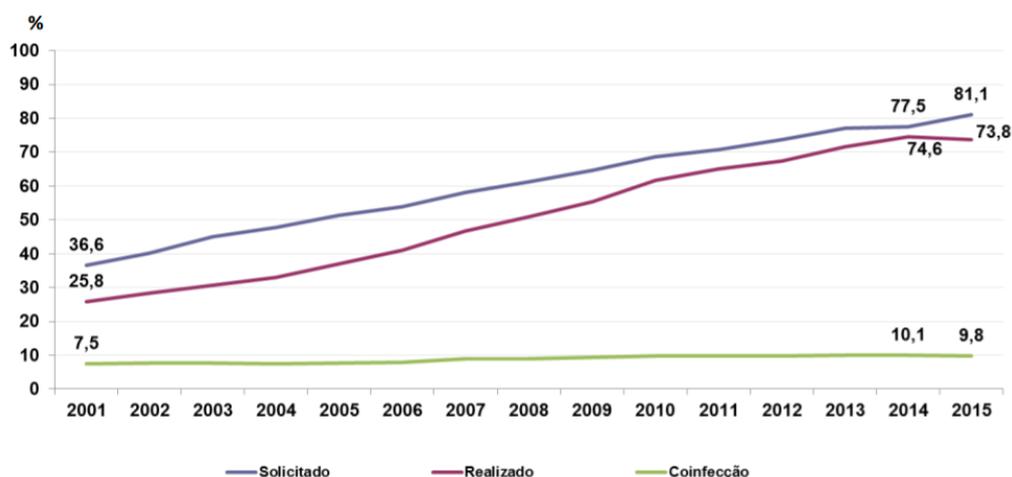


Gráfico 3. Percentual de casos novos de tuberculose segundo coinfeção, solicitação e realização do exame anti-HIV no Brasil, entre 2001 e 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(43)</sup>.

Os dados epidemiológicos da Tuberculose e coinfeção com HIV são:

Unidade da Federação	Coefficiente de incidência (/100 mil hab.)	Coefficiente de mortalidade (/100 mil hab.) <sup>a</sup>	Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%)	Realização de testagem para HIV em casos novos (%)	Coinfeção TB-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera <sup>a</sup> (%)	Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera <sup>a</sup> (%)
Rondônia	30,5	1,5	13,3	68,2	9,7	69,7	14,0
Acre	43,8	3,6	12,2	80,3	1,7	87,3	2,8
Amazonas	68,4	3,5	14,0	53,7	16,2	73,0	15,9
Roraima	24,8	1,4	50,0	74,8	8,1	77,9	5,9
Pará	39,2	2,8	14,9	51,3	7,7	71,1	9,6
Amapá	23,0	1,4	19,0	71,7	8,7	71,8	11,3
Tocantins	11,2	1,6	7,1	71,9	9,6	75,7	5,2
<b>Região Norte</b>	<b>44,4</b>	<b>2,7</b>	<b>14,5</b>	<b>56,2</b>	<b>10,8</b>	<b>72,7</b>	<b>11,3</b>
Maranhão	24,9	2,3	23,2	66,1	8,4	73,5	10,8
Piauí	15,4	2,4	13,0	53,1	5,5	74,2	6,0
Ceará	37,0	2,5	20,1	47,9	7,1	74,2	9,9
Rio Grande do Norte	29,7	2,1	8,7	53,6	11,2	57,9	7,4
Paraíba	22,1	1,5	9,3	63,7	7,8	64,3	13,4
Pernambuco	48,5	3,8	13,3	50,7	12,0	71,1	11,0
Alagoas	30,6	3,3	13,3	44,5	9,2	68,3	10,5
Sergipe	23,8	2,0	20,4	62,5	4,9	74,3	13,3
Bahia	30,7	2,7	19,0	49,4	6,3	65,7	9,1
<b>Região Nordeste</b>	<b>31,6</b>	<b>2,7</b>	<b>16,3</b>	<b>52,2</b>	<b>8,5</b>	<b>69,5</b>	<b>10,1</b>
Minas Gerais	17,4	1,1	16,6	53,1	10,3	67,2	9,0
Espírito Santo	24,8	2,2	57,4	73,3	9,0	76,7	10,5
Rio de Janeiro	60,9	5,0	12,3	57,6	9,9	68,0	13,0
São Paulo	36,9	2,0	56,3	75,1	9,0	82,8	9,9
<b>Região Sudeste</b>	<b>36,2</b>	<b>2,4</b>	<b>38,0</b>	<b>66,8</b>	<b>9,4</b>	<b>75,5</b>	<b>10,9</b>
Paraná	18,7	1,2	47,0	82,0	12,5	79,2	8,9
Santa Catarina	26,2	0,9	46,9	80,5	19,1	74,3	11,2
Rio Grande do Sul	42,4	2,0	28,0	77,2	20,3	63,8	15,1
<b>Região Sul</b>	<b>29,6</b>	<b>1,4</b>	<b>33,2</b>	<b>79,0</b>	<b>18,2</b>	<b>69,6</b>	<b>12,8</b>
Mato Grosso do Sul	30,7	2,4	52,7	62,8	10,9	63,6	9,7
Mato Grosso	43,2	1,9	16,3	40,2	4,8	70,0	9,3
Goiás	11,0	1,1	49,5	57,2	9,4	68,2	11,5
Distrito Federal	11,7	0,7	15,4	74,3	14,4	71,9	7,2
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>21,4</b>	<b>1,4</b>	<b>33,3</b>	<b>53,1</b>	<b>8,3</b>	<b>68,2</b>	<b>9,8</b>
<b>Brasil</b>	<b>33,5</b>	<b>2,3</b>	<b>30,1</b>	<b>62,7</b>	<b>10,4</b>	<b>72,5</b>	<b>10,9</b>

Figura 8. Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas unidades da federação do Brasil, 2014. Fonte: MS, 2016<sup>(1)LINK</sup>.

### Infecções Sexualmente Transmissíveis

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, muitas vezes causando aborto, parto pré-termo, doenças congênitas ou morte do Recém-Nascido. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes. Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento), mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros)<sup>(34),(45)</sup>.

Todas as gestantes com HIV devem ser testadas para Sífilis, na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores); em caso de abortamento e Hepatite B, a testagem deve ser oferecida para mulheres grávidas uma vez que a intervenção pós-natal pode reduzir o risco de transmissão vertical<sup>(19),(11),(16),(30),(32),(35),(45),(49),(61),(68),(95)</sup>. Alguns Estados e Municípios trabalham com a Abordagem Sindrômica das IST, como por exemplo Recife, em articulação com a Estratégia Saúde da Família. Essa possibilidade aumenta de fato a capilaridade das ações em saúde, ampliando o acesso da população ao sistema, com realização de diagnósticos e tratamentos de modo ágil e breve. O diagnóstico das IST é uma porta de entrada muito importante para se vincular a população aos serviços de saúde e às técnicas de autocuidado, prevenção não apenas das doenças mas também o trabalho de saúde sexual e reprodutiva<sup>(73),(74),(90)</sup>.

### Tratamento antirretroviral (TARV)

O Brasil foi o terceiro país no mundo a adotar a estratégia de Tratamento como Prevenção em suas recomendações nacionais. O tratamento antirretroviral no Brasil está preconizado para toda pessoa com sorologia positiva para o HIV, independentemente de outros indicadores clínicos e laboratoriais. Essa estratégia é conhecida como “Testar e Tratar”, sendo o tratamento também utilizado como uma forma de prevenção<sup>(64),(65),(66),(83),(87),(90)</sup>.

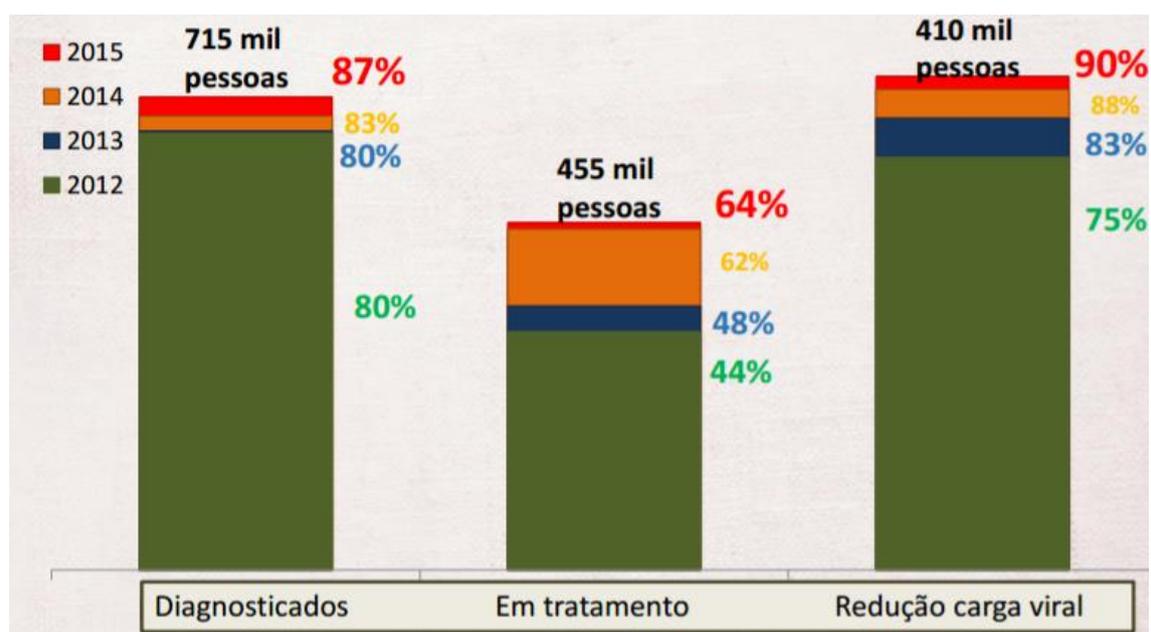
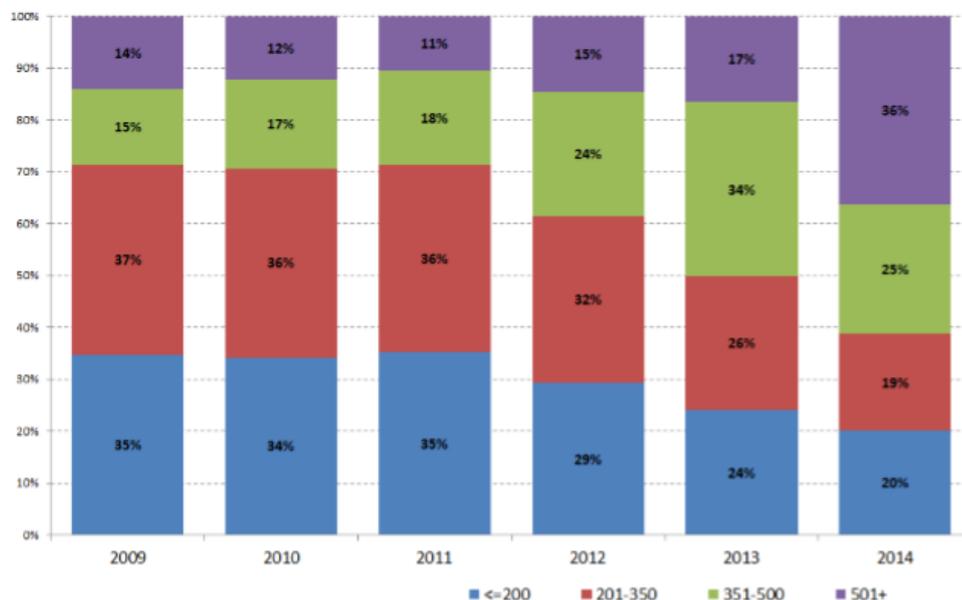


Figura 9. Cascata de Cuidados no Brasil entre 2012 e 2015: porcentagens de pessoas que realizaram diagnóstico, que estão em tratamento e reduziram a carga viral. Fonte: Brasil, 2016<sup>(43)</sup>.

Até dezembro de 2014, mais de 400.000 pessoas estavam recebendo tratamento antirretroviral no Brasil pelo Sistema Único de Saúde. Não há dados específicos sobre o número de pessoas em tratamento em sistema de saúde suplementar, e estima-se que mesmo os pacientes atendidos na rede particular peguem os medicamentos diretamente no SUS<sup>(43),(33),(21)</sup>.

Desde dezembro de 2013, quando o Consenso – Protocolo Clínico-Terapêutico para Manejo da infecção de HIV em adultos foi publicado, a recomendação para iniciar o tratamento dependia da quantificação do CD<sub>4</sub>+. Agora, a recomendação é que *seja oferecido para todas as pessoas diagnosticadas com HIV*<sup>(43)</sup>.



**Gráfico 4 . Oferta e inclusão de novos pacientes em tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014.**  
Fonte: Brasil, 2014<sup>(43)</sup>.

O protocolo para gestantes refere-se ao diagnóstico inicial, tratamento medicamentoso durante o período pré-natal, parto e puerpério, realização de cesariana e supressão química da amamentação, com fornecimento de fórmula láctea<sup>(30),(19),(16)</sup>. Quando o esquema antirretroviral for modificado por qualquer motivo, o seguimento virológico (acompanhamento com carga viral) deve ser realizado entre quatro e oito semanas após a mudança de esquema e a partir da 34ª semana, para definir a via de parto. O Ministério da Saúde sistematizou os itens essenciais para o manejo clínico da gestante infectada pelo HIV no *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*<sup>(34)</sup>, 2015, em que podem ser encontradas as referências para anamnese, opções de esquemas terapêuticos e principais reações adversas possíveis, além das diretrizes para parto e amamentação<sup>(34)</sup>. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada<sup>(34),(90)</sup>.

Nos campos de Brasília, Recife e Curitiba foi unânime nos relatos dos profissionais de saúde o grande número de reclamações das pacientes sobre os efeitos colaterais dos medicamentos

## Opção B+

A Opção B+, também chamada Estratégia B+, está implementada em todo o Brasil e está ativa em todas as regiões, tendo como grande estratégia auxiliar e suporte a Rede Cegonha, que é uma estratégia que visa assegurar a todas as brasileiras um atendimento adequado, seguro e humanizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e pós-parto, até a atenção infantil<sup>(18-3)</sup>.

Em Curitiba, capital do Paraná e “berço” da Rede Cegonha, a visita de campo foi realizada em maternidades de referência para *alto risco*, como é considerada a gestante HIV+. Toda gestante ao fazer o pré-natal já sabe em qual maternidade será realizado seu parto. A família é convidada a conhecer o hospital para familiarizar-se com o ambiente em que a gestante será acolhida, os profissionais de saúde responsáveis, o que dá maior tranquilidade e segurança tanto para a gestante como para a família<sup>(47),(51),(52)</sup>. Em Curitiba, todas as gestantes HIV+ são encaminhadas para as maternidades de referência, que atendem gestação de alto risco. Nesses hospitais, as equipes são treinadas e experientes no manejo clínico da gestante e no seguimento das crianças. O monitoramento é constante, sistematizado mensalmente em gráficos com os coeficientes/ 1.000 nascidos vivos. Entre 2015 e 2016 a taxa de mortalidade infantil foi de 8,6/1.000 nascidos vivos. Foram 12.056 nascidos vivos e 104 óbitos<sup>(90)</sup>. O coeficiente perinatal é de 11,9/1.000 nascidos vivos, e o Coeficiente de Natimortalidade é de 7,0/1.000 nascidos vivos, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba<sup>(9),(90),(113)</sup>.

## Protocolo com Validação de Sociedades

Curitiba inovou ao implementar seus protocolos de atenção à saúde materno-infantil com o aval da comunidade científica: Sociedade Paranaense de Pediatria, junto com a Sociedade de Ginecologia, realizaram avaliações por escrito, documentadas, relativas à parte pediátrica do tratamento, adesão e prevenção. Essa é uma estratégia muito importante para implementação de Boas Práticas, pois além da base científica para as decisões, ainda tem-se uma das características mais importantes na Saúde Pública, em particular no SUS, o *controle social*<sup>(51),(52),(90)</sup>.

## Campo Recife

Em relação à efetiva implementação da Opção B+, são reportadas algumas dificuldades em relação à logística de medicamentos na região Nordeste, por conta da periodicidade (por vezes mensal) de envio de insumos das capitais para as regiões do interior<sup>(90)</sup>. O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, o CISAM de Recife, atende entre 8 e 14 gestantes por dia, e também faz o acompanhamento do pai. São quase 5.000 pacientes por ano. Iniciaram a Opção B+ em julho de 2015. Ao atender mulheres grávidas HIV+, transformaram-se em Serviço de Alto Risco. Realizam pré-natal para adolescentes de 15 e 16 anos. Prestam assistência a mulheres privadas de liberdade do Presídio Feminino do Bom Pastor. Já atenderam 120 pacientes nos últimos 3 anos. Realizam sorologia para as IST. O CISAM não tem aparelho de raio x e encaminha os casos suspeitos de tuberculose para outros locais<sup>(90)</sup>.

<sup>3</sup> Conforme a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

## Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos

Em 1987 foi notificado o primeiro caso pediátrico em Recife. As gestantes são acompanhadas no SAE materno-infantil, que tem dois pediatras e um infectologista; *o serviço oferece acompanhamento para os maridos e parceiros das gestantes que também queiram*<sup>(90)</sup>. A questão central é que as mães aceitem a doença para manterem a terapia e tratem dos filhos expostos. O serviço de saúde pública visitado, Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), é considerado um SAE completo, tem dois pediatras, quatro infectologistas, um ginecologista, duas enfermeiras, uma assistente social, dois dentistas um psicólogo. Não realizam reunião de equipe. Consideram *a baixa escolaridade o principal fator para não-adesão e abandono do seguimento dos recém-nascidos*<sup>(90)</sup>. *Garantir a boa adesão implica em conhecimento, diálogo, acesso, confiança e uma relação horizontal com o paciente, em que o que ele pensa, sente e não-entende é respeitado e esclarecido*<sup>(90)</sup>.

No Campo Recife foram apresentadas estratégias importantes para adesão: no IMIP, a realização de grupos de adesão para adolescentes que foram infectados por Transmissão Vertical e grupos de adesão para gestantes; na ONG Gestos há grupos de adesão, ativismo e saúde em geral, com pessoas soropositivas, porém tratando de temas diversos, desde nutrição e saúde bucal até adesão ao tratamento de aids propriamente dito; grupos de mulheres com materiais de sex shop; grupos de agentes comunitárias de saúde com brindes da MAC cosméticos, como espaço inicial de diálogo e acesso às diferentes populações<sup>(90)</sup>. Pernambuco tem 185 municípios, contando com a capital Recife e com o arquipélago de Fernando de Noronha. Segundo os gestores entrevistados, poucas Unidades Básicas de Saúde querem trabalhar com aids, *há uma grande resistência no Estado como um todo*<sup>(90)</sup>.

São mencionadas as Perdas de Oportunidade de Intervenção, decorrentes da baixa adesão e da dificuldade na retenção. Estima-se uma perda entre 35 e 60% de pessoas entre a testagem e a primeira consulta médica<sup>(90)</sup>. Em Recife, no IMIP, não se faz busca ativa com gestante e adulto. Apenas com as crianças, após 3 meses de falta o Serviço Social é acionado. Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados, não há controle desta variável pelo SICLOM – porém, no Guia Rápido para utilização do sistema, há campo previsto para as maternidades.

### *“Perdidas de Vista mesmo sendo vistas”*

No Campo Curitiba foram elencadas estratégias específicas para Revelação Diagnóstica, importante componente da adesão, tanto a chamada Primeira Revelação (médico ou profissional de saúde para o paciente) como as *Revelações subsequentes, para família, amigos, escola, etc.* As estratégias compreendem diálogo com longa abrangência de tempo, disponibilização de canais de comunicação específicos, como whats app, mensagens no celular, e-mails, assim como o preparo do profissional para compreender em que momento da vida o paciente está, e adequar sua abordagem a esse contexto. Ao atender *três gerações de pessoas com HIV*, os profissionais sentem que as reações são imprevisíveis, oscilando da mais completa negação, com pensamento mágico orientando uma suposta cura, até a adesão quase imediata, fruto da convivência com outras pessoas soropositivas desde sempre<sup>(90)</sup>.

Um desafio ao se atender as mulheres grávidas HIV+ é dar visibilidade às suas complexas redes de inserção social. Em Curitiba, os diferentes setores da saúde dialogam em encontros e uma rotina de Reuniões Mensais em que são compartilhados dados epidemiológicos, Boas Práticas, dificuldades, parcerias e ideias. Essas reuniões são realizadas *em local fixo, contando com registro em ata e posterior divulgação por e-mail para todos os participantes*<sup>(90)</sup>. Nos Comitês Distritais são estruturadas ações para redução da Mortalidade Infantil, como a Busca Ativa de crianças faltosas em vacina. Mesmo com limitação de Recursos Humanos, a educação continuada e a captação precoce são mantidas e incentivadas.

As complexidades relativas à atualização do Programa Mãe Curitibana são debatidas exaustivamente nessas reuniões, bem como são apresentadas soluções, propostas e as boas ideias são amplamente divulgadas e incentivadas. É uma boa prática e que contribui para que a *invisibilidade das mulheres seja desconstruída*<sup>(90)</sup>.

### Adesão Pediátrica

Em Curitiba, há atenção especial à adesão pediátrica. Os profissionais de saúde que trabalham desde o início da epidemia relatam estar acompanhando a terceira geração de crianças expostas. Para a adesão pediátrica, há que se considerar que a criança depende integralmente dos cuidadores, que precisam ter entendimento, conhecimento da doença. Também é da máxima relevância o vínculo entre mãe e bebê. *Uma questão importante quando se trabalha a adesão pediátrica é a da culpa, muito forte nas mães cujos filhos tem HIV por transmissão vertical. O trabalho do profissional de saúde precisa ter como foco a desculpabilização dessa mãe, ou ainda, permitir todas as formas de resignificação dessa culpa – construir-se um passado com os olhos do presente, com vistas ao futuro*<sup>(3)</sup> - e aumento da adesão ao tratamento<sup>(58),(59),(90)</sup>.

A *palatabilidade da medicação* também tem grande influência na adesão pediátrica. Medicamentos com gosto ruim em geral são logo abandonados. *Os esquemas terapêuticos precisam ser pensados em função do desenvolvimento infantil, comorbidades, sendo negociados e discutidos com os pais ou responsáveis para que os medicamentos e a rotina de exames estejam adaptados da melhor forma possível às condições daquela família*<sup>(90)</sup>.

A questão da *revelação diagnóstica* é muito importante. Precisa ser individualizada, e é preciso conhecer o momento do paciente para que a revelação seja o menos avassaladora possível. *Sempre provoca alguma mudança, quando não uma reviravolta na vida da pessoa que recebe o diagnóstico. São muitas decisões a se tomar: revelar ou não esse diagnóstico para a família, para a escola, para o grupo social de apoio? Em caso afirmativo, quando e como? Ainda prevalece o pensamento mágico em boa parte da população com menor grau de escolaridade. A adesão também não é mágica*<sup>(58),(59),(90)</sup>. Fatores da relação médico-paciente como tempo de consulta, fornecimento do número de um contato mais próximo, como o telefone celular da médica para o paciente, a acolhida, a confiança, são essenciais para a boa adesão<sup>(58)</sup>. São trabalhosos, mas o resultado é visível. *A criança muitas vezes pergunta: “O que eu tenho?”. Essa explicação é decisiva para a compreensão do diagnóstico. É o trabalho educativo essencial para o autocuidado permanente*<sup>(90)</sup>.

A equipe do serviço de saúde muitas vezes auxilia a mãe HIV+ a elaborar as explicações para a não-amamentação e conseguir enfrentar a família: esquemas artesanais para a pergunta *Por que não vai amamentar?* Por exemplo, “estou tomando remédio muito forte, que se amamentar ao mesmo tempo, dá risco de hemorragia”, ou “um remédio que tomei no parto fez secar o leite”, e assim por diante. Ainda há pressão das famílias para que as mães amamentem, ainda há preconceito com o HIV, e ainda muitas mulheres escondem sua sorologia mesmo dos parentes mais próximos, por medo do estigma<sup>(90)</sup>.

### Sífilis congênita

A notificação compulsória da gestante com sífilis em todo o território nacional foi instituída em 2005<sup>4</sup>. No Brasil, na última década, observou-se um aumento da notificação de casos de sífilis em gestantes, o que pode ser considerado como produto do aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápidos<sup>(34)</sup>.

Em 2015 foram disponibilizados 6.169.145 testes rápidos para sífilis no Brasil. A notificação compulsória da sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída em 1986<sup>5</sup>; a de sífilis adquirida, em 2010<sup>6</sup>. A sífilis congênita, apesar de ser um agravo evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias são medidas simples e efetivas na sua prevenção. A sífilis é um agravo com diagnóstico, tratamento e cura conhecidos<sup>7</sup> e todos os insumos necessários estão disponíveis no SUS. A Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis para as gestantes do país<sup>(51),(52)</sup>.

No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN um total de **169.546 casos de sífilis em gestantes**, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste<sup>(9)</sup>. Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste. Em 2013, foram registrados no SINAN 21.383 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4/1.000 nascidos vivos. Também foram notificados 161 óbitos por sífilis congênita em menores de um ano no Brasil – um coeficiente de 5,5/1.000 nascidos vivos<sup>(9)</sup>. No Brasil, em 2015, observou-se que **32,8% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no 3º trimestre de gestação**, percentual maior na região Norte (49,7%)<sup>(9)</sup>. Nas regiões Sudeste e Sul, a maior parte das gestantes foi diagnosticada com sífilis no 1º trimestre da gestação – respectivamente 36,8% e 38,7%. Na série histórica de 2005 a 2016, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis eram da faixa etária de 20 a 29 anos e 46,7% declararam ser da raça/cor parda, enquanto que, na série de 2007 a 2016, 20,9% declararam ter escolaridade de 5ª à 8ª série incompleta. Ressalta-se que em 29,9% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada<sup>(9)</sup>.

<sup>4</sup> Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005.

<sup>5</sup> Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.

<sup>6</sup> Portaria nº 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010.

<sup>7</sup> Exceção à sífilis terciária, muitas vezes apenas tratável.

Em Curitiba, a vigilância da Sífilis é considerada um grande desafio. Para uma população de 1.751.907 pessoas, a estrutura de saúde conta com<sup>(90)</sup>:

- 109 UBS, sendo que em 52% há programas de Estratégia de Saúde da Família
- 10 distritos sanitários
- 5 centros de especialidades
- 1 Centro de Testagem e Aconselhamento/ Centro de Orientação e Aconselhamento, referência em HIV, aids e Hepatites Virais
- 9 UPAs 24h
- 2 Hospitais Municipais
- 1 Laboratório Municipal
- 12 CAPS
- 4 Equipes de Consultório de Rua

O monitoramento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita *teve início em 2016. Na primeira consulta são feitos os testes para HIV e sífilis, dentre outros, no Programa Mãe Curitibana.* Com o diagnóstico, é iniciado o tratamento com penicilina. Uma das estratégias para atuação em saúde pública em Curitiba é o chamado **Investimento em Tecnologias Leves**: cuidados com a ambiência, incentivo à atuação das Doulas Comunitárias, cartazes com imagens agradáveis, espaços amplos bem cuidados, tem resultados positivos evidentes<sup>(47),(51),(52),(90)</sup>.

*Para toda ficha, uma ação*

Em Curitiba, todas as fichas solicitadas aos profissionais de saúde são compreendidas como instrumentos para intervenções e ações. Por isso, não há relatos de “má vontade” para preenchimento de dados. Os profissionais são capacitados, atualizados e compreendem as razões pelas quais os dados são imprescindíveis para a atenção à saúde de todos, dos pacientes com HIV, aids e sífilis em particular. São garantidos os tratamentos da mulher, da criança e do parceiro – e considera-se relevante indagar quantos parceiros essa gestante tem ou teve, pergunta da máxima importância para se construir uma resposta significativa à grande quantidade de casos notificados de sífilis. As equipes consideram essencial compartilhar Boas Práticas. Em relação à sífilis, se o parceiro não é tratado, reinfecta – porém, culturalmente, *a parceira fica como inadequada!*<sup>(90)</sup>

#### Grávidas Privadas de Liberdade

Em Curitiba há intervenções sistemáticas nos presídios, tanto para diagnóstico como para tratamento. Os tratamentos para sífilis e aids estão, segundo os gestores, ainda aquém do que é efetivamente possível e desejável, mas os esforços somados para essa população se traduzem em ações da maior importância, como por exemplo, o empenho para que todos os presos sejam testados e tratados para HIV e sífilis. No presídio feminino, o tratamento é feito e a criança recém-nascida que foi exposta ao HIV e/ou sífilis fica durante 10 dias no hospital, por conta dos riscos de infecções. Existem ações e diretrizes para atendimento a essa população preconizados na política municipal, o que é muito e diferente da rotina de muitas outras capitais do país<sup>(90)</sup>.

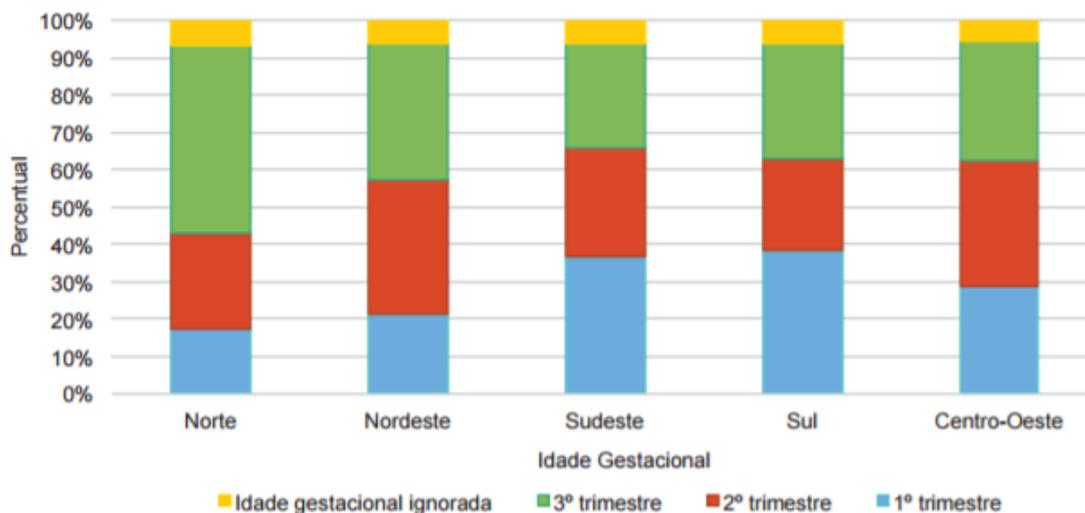


Gráfico 5. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(9)</sup>.

Com relação ao esquema de tratamento prescrito à gestante, em 2015, para 86,2% foi prescrita penicilina benzatina (pelo menos 1 dose), 2,8% outro esquema, em 5,9% não foi realizada a prescrição, e em 5,1% não há informação (ignorado)<sup>(26),(108)</sup>. De 2012 a 2015, o percentual de gestantes que não tiveram registro de prescrição de tratamento apresentou uma tendência de queda (em 2012, -7,4% e em 2015, - 5,9%). Todas as regiões apresentaram queda no percentual de gestantes que não tiveram registro de prescrição de tratamento em relação ao ano anterior (2014-2015)<sup>(9)</sup>. No Campo Recife, a prevalência de sífilis é de 18,8/1000 habitantes, enquanto a recomendação da OMS é de 0,5. *A sífilis em gestante é menos notificada. Há um déficit de VDRL, e portanto um subdiagnóstico*<sup>(90)</sup>. Em 2014 foram reportados 767 casos de sífilis. Foram 1.209 casos de sífilis em gestantes no Recife em 2014, e 9.088 casos de sífilis congênita recente<sup>(9),(73),(90)</sup>.

Em relação à faixa etária, a mais vulnerável, dentre as gestantes, à sífilis é a de 20 a 29 anos:

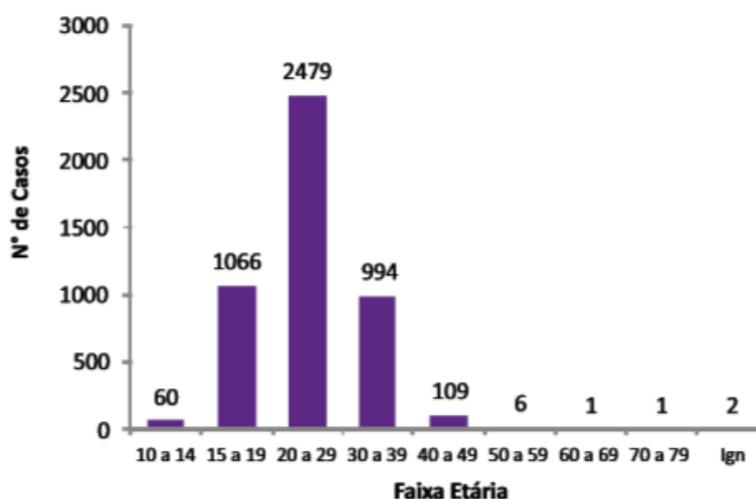
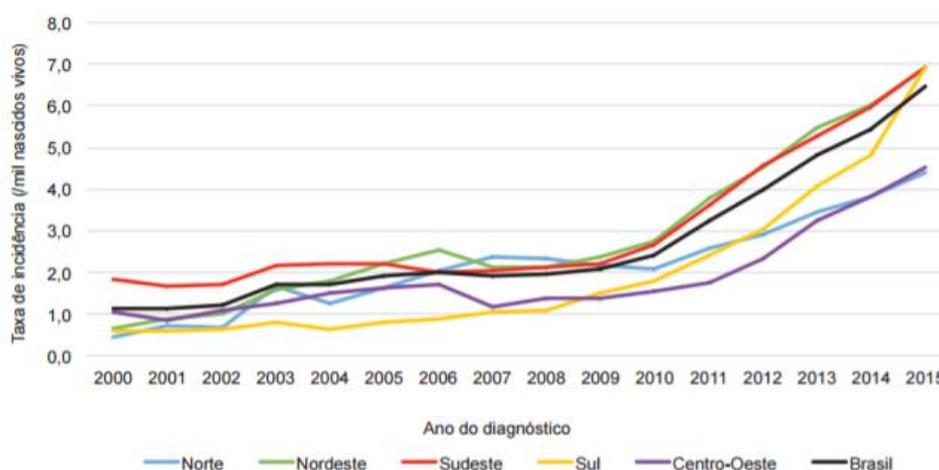


Gráfico 6. Casos de sífilis em gestantes segundo faixa etária em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

De 1998 a junho de 2016, foram notificados no SINAN **142.961 casos de sífilis congênita** em menores de 1 ano de idade, dos quais 64.398 (45,0%) eram residentes na região Sudeste, 44.054 (30,8%) no Nordeste, 14.300 (10,0%) no Sul, 11.846 (8,3%) no Norte e 8.363 (5,8%) no Centro-Oeste. Em 2015, foram notificados 19.228 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, a maioria dos quais (42,6%) residiam na região Sudeste, seguida pelo Nordeste (30,0%), o Sul (14,3%), o Norte (7,4%) e o Centro-Oeste (5,8%)<sup>(9)</sup>. No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa era de 2,0 casos/mil nascidos vivos; e em 2015, subiu para 6,5 casos/mil nascidos vivos<sup>(9)</sup>. Esse aumento pode ser decorrente do incremento e ampliação do diagnóstico. Em 2011, a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano no Brasil foi de 3,3 casos/1000 nascidos vivos, sendo que as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, respectivamente 3,8 e 3,6<sup>(9)</sup>.

Em 2015, observou-se uma **taxa de incidência de 6,5 casos/mil nascidos vivos** no Brasil, sendo que as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram as maiores taxas (6,9 casos/mil nascidos vivos), seguidas das regiões Centro-Oeste (4,5 casos/mil nascidos vivos) e Norte (4,4 casos/mil nascidos vivos)<sup>(9),(15)</sup>. Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2015, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (51,8%), seguindo-se as faixas etárias de 15 a 19 anos (23,7%) e de 20 a 30 anos (18,8%)<sup>(9),(15)</sup>.

Em 2015, foram diagnosticados 18.938 casos de sífilis congênita (98,1%) em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 92,8% foram classificados como sífilis congênita recente, sendo 3,6% como caso de aborto por sífilis, 3,4% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia<sup>(9)</sup>.



**Gráfico 7. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade/1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil, 2000-2015. Fonte: Brasil, 2016<sup>(9)</sup>.**

Diante dos dados epidemiológicos apresentados e das evidências científicas, constatou-se que o benefício da utilização da penicilina benzatina supera os riscos de reações adversas. O risco de anafilaxia em estudo de metanálise foi de 0,002%, ou seja, 0 a 3 casos/ 100.000 pacientes tratados segundo o Relatório sobre a Recomendação da Incorporação da Penicilina para a Prevenção da Sífilis Congênita, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC)<sup>(26),(107)</sup>.

No Campo Recife, a sistematização dos dados no Boletim Epidemiológico de Sífilis traz os dados atualizados sobre a situação da sífilis congênita no estado de Pernambuco<sup>(74)</sup>:

Diagnóstico Final	Ano de Diagnóstico																Total
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Sífilis Congênita Recente	455	407	471	403	608	575	661	614	526	354	374	423	600	668	820	1129	9088
Sífilis Congênita Tardia	3	7	11	14	26	3	1	1	2	1	6	3	1	4	0	1	84
Aborto	0	0	1	0	1	5	12	10	7	21	27	30	49	34	48	59	304
Natimorto	15	22	33	23	31	12	30	27	43	31	24	30	28	48	82	69	548
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>436</b>	<b>516</b>	<b>440</b>	<b>666</b>	<b>595</b>	<b>704</b>	<b>652</b>	<b>578</b>	<b>407</b>	<b>431</b>	<b>486</b>	<b>678</b>	<b>754</b>	<b>950</b>	<b>1258</b>	<b>10024</b>

Figura 10. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final e ano de diagnóstico em Pernambuco, 1999-2014.

Fonte: SES/PE. 2016.

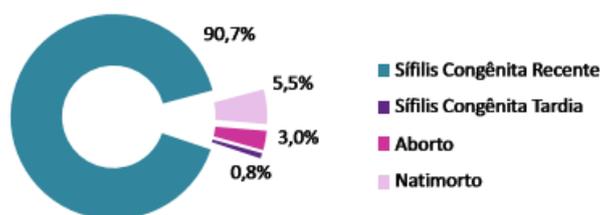


Figura 11. Percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

A série histórica está sistematizada a partir de 1999:

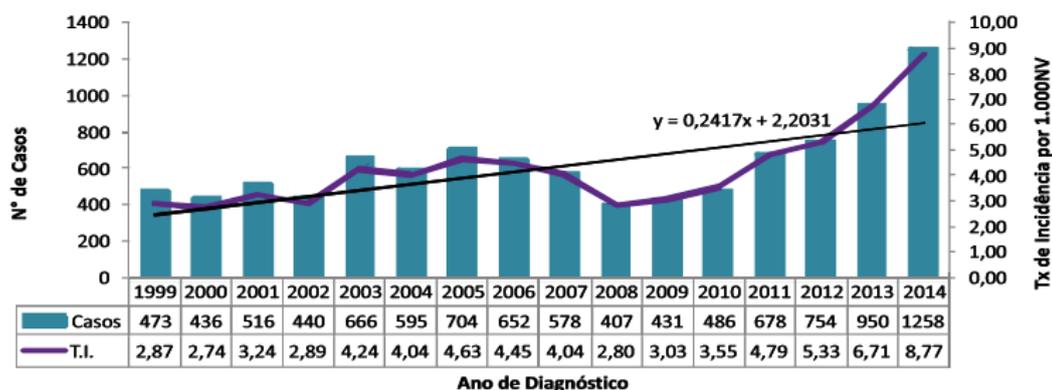


Gráfico 8. Série Histórica – Sífilis Congênita em Recife/ Pernambuco, Brasil, de 1999 a 2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

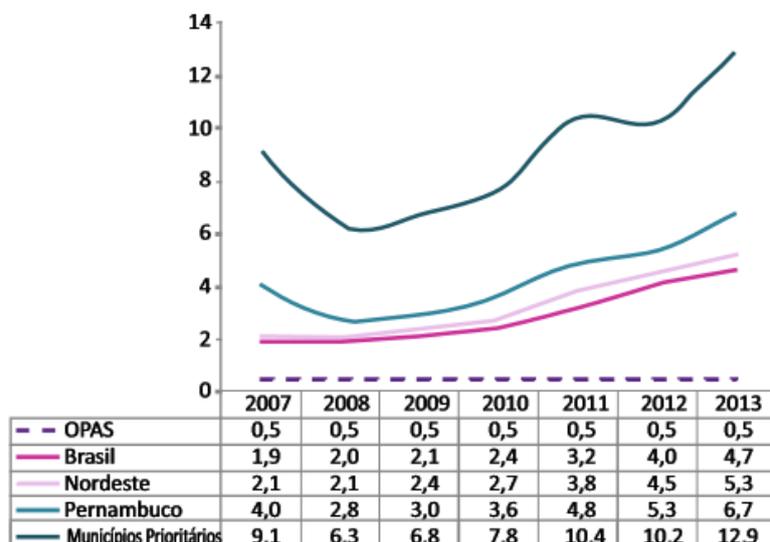


Gráfico 9. Coeficiente de incidência de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo a meta da OMS/OPAS no Brasil, na região Nordeste, no Estado de Pernambuco e nos Municípios prioritários do Estado, por ano de diagnóstico, entre 2007-2013. Fonte: SES/PE, 2016.

Quanto à mortalidade infantil (em menores de 1 ano de idade) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2015, o número de óbitos declarados no SIM foi de 1.903. Destes, 826 (43,4%) ocorreram na região Sudeste, 605 (31,8%) no Nordeste, 215 (11,3%) no Norte, 186 (9,8%) no Sul e 71 (3,7%) no Centro-Oeste<sup>(9)</sup>. Em 2015, foi declarado no SIM um total de 221 óbitos por sífilis em crianças menores de 1 ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 7,4 por 100 mil nascidos vivos. No *Campo Recife*, a taxa de mortalidade por sífilis congênita está apresentada com indicadores do Estado de Pernambuco; o primeiro óbito por sífilis congênita no estado ocorreu no ano 2000, quando 08 óbitos foram notificados. Em 2014, 70 crianças morreram por sífilis em Pernambuco, com total acumulado de 477 crianças desde o ano 2000<sup>(73)</sup>.

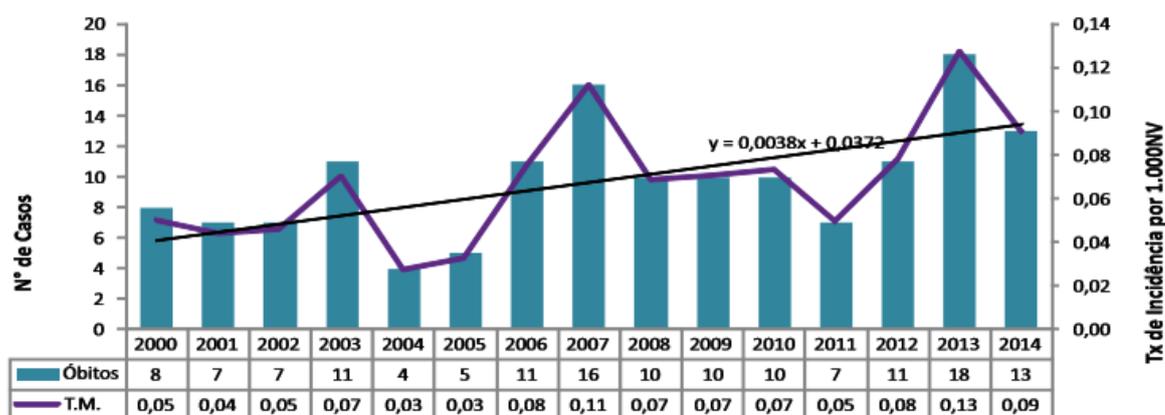


Gráfico 10. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo ano de óbito em Pernambuco, 2000-2014. Fonte: SES/PE, 2016<sup>(73)</sup>.

A sífilis congênita é um agravo que tem diagnóstico, tratamento e cura, e uma estratégia preconizada é a de se inserir as ações preventivas e os tratamentos às ações já implementadas em HIV e aids<sup>(90)</sup>.

## ONG Parceira

O Brasil tem tradicionalmente Organizações Não-Governamentais atuantes e parceiras na luta contra o HIV e aids; a atuação das assim chamadas ONG/Aids no Brasil é referência internacional<sup>(22)</sup>. A ONG GESTOS, de Recife/ Pernambuco é uma das ONG mais atuantes, com iniciativas originais e importantes que acompanham a dinâmica da resposta nacional à epidemia, dando visibilidade e voz aos excluídos, criando estratégias para enfrentar as novas propostas de prevenção e lutando por todos os meios contra o estigma, a discriminação e as desvalias que as pessoas portadoras de HIV ainda enfrentam no país de modo geral, em Pernambuco em particular<sup>(90),(112)</sup>.



Figura 12. Home page da ONG GESTOS, de Pernambuco. Fonte: [www.gestos.org](http://www.gestos.org), 2016.

A ONG foi criada em 1993 e trabalha desde então com as questões relativas aos direitos das Pessoas Vivendo com HIV e aids: Assessoria Jurídica, Atendimento Psicológico, Prevenção em comunidades, empresas. Lida com as dificuldades de financiamento – projetos aprovados em 2014, por exemplo, *até maio de 2016 não havia chegado o dinheiro*<sup>(90)</sup>. Há muita procura pelos serviços de apoio jurídico, mas ali também são realizadas oficinas de arte, teatro, com mulheres com HIV, o que chamam de *estratégias de porta-a-porta*, levando informações e insumos de prevenção para diversos locais não acessados por aparelhos do governo<sup>(90)</sup>.

Como estratégia preventiva com as mulheres, por exemplo, a *Tarde das Mulheres*, em que são trabalhados temas de prevenção e adesão com brindes obtidos em sex shops parceiros. As mulheres podem trabalhar, experimentar e conhecer melhor as possibilidades de prevenção não apenas às IST e aids, mas em relação à violência e desigualdade de gênero<sup>(112)</sup>. Outra parceria interessante, com o Instituto MAC (de cosméticos), em que as Agentes Comunitárias de Saúde ganham batons como brindes e a partir dos vínculos estabelecidos com as mulheres e jovens, incluindo filhas de pessoas vivendo com HIV e aids, e trabalham questões da prevenção<sup>(90),(112)</sup>.

O atendimento psicológico, jurídico e social é realizado de modo ininterrupto desde o ano 2000. Também existe parceria com uma ONG alemã para atendimento social. A ONG realiza visitas hospitalares, domiciliares, e a atuação mais forte em 2016 era a formação do chamado *GT Ativismo*, Grupo de Trabalho composto por 12 pessoas vivendo com HIV e aids, com objetivo de formação em ativismo político. São realizadas reuniões periódicas com temas da política, tendo como base as lutas necessárias quanto a patentes, financiamento, na perspectiva “saúde não é comércio”<sup>(90),(112)</sup>. A aids é considerada *um detalhe em tudo isso*<sup>(90)</sup>.

Há muitos casos de tuberculose, tuberculose multidrogarresistente também. O trabalho da ONG neste momento abrange, além do GT Ativismo, trabalhos com população trans em geral, adesão, grupo de mulheres, grupo de homens, questões de remanejamento, medicação, participação em todos os espaços políticos: conselhos, conferências nacionais e internacionais<sup>(5)</sup>. Outros grupos importantes são o GT de jovens ativistas soropositivos, o Movimento Nacional de Cidadãs Positivas, a questão da Saúde da Mulher<sup>(90),(112)</sup>.

Em relação às grávidas soropositivas, uma ação recente da ONG foi uma intervenção junto ao Ministério Público para garantia do fornecimento de leite nas maternidades. *Houve falta de leite, as mulheres HIV+ que tinham bebê e saíram estavam sem leite e sem amamentar, pelo protocolo.* A ONG, além de assegurar maior número de doações (e imediatas, frente à urgência da situação), conseguiu agilizar a concretização de alguns contratos com os fornecedores<sup>(90)</sup>. Em alguns serviços de saúde, *o intervalo entre a realização de um exame clínico e a consulta acaba sendo de seis meses.* A ONG auxilia para que esse intervalo seja reduzido e não ocorra nem a falha terapêutica nem a positividade em meio ao pré-natal. Um caso relatado, *de uma gestante em que foi pedido o teste no primeiro trimestre, e no segundo trimestre o resultado ainda não havia chegado; foi solicitado outro teste, cujo resultado também não veio – e ao final, a criança nasceu soropositiva.* Esse caso foi considerado uma exceção, e a gestante só procurou a ONG por orientação de uma amiga, que abriu processo contra o laboratório do Estado de Pernambuco, e essa mulher resolveu também processar, com suporte da ONG<sup>(90)</sup>.

Há consenso sobre a invisibilidade das mulheres com aids, em especial das mulheres trans e das gestantes. *Perdidas de vista mesmo sendo vistas,* afirma a gestora; *são as mulheres das burcas invisíveis*<sup>(90)</sup>. Ainda prevalece o machismo na rotina de revelação diagnóstica, assistência e prevenção, em que muitas mulheres se recusam a falar de seus diagnósticos para os cônjuges ou pais de seus filhos, por temor de perder sustento, status, condição de casadas<sup>(90)</sup>.

A adesão é trabalhada também num grupo chamado *Hora, Bolas!*, em que o trocadilho do nome refere-se à necessidade de se tomar medicação em horário correto. O grupo ocorre uma vez por mês, na última terça-feira, e trata de diversos temas: saúde dental, saúde em geral, nutrição, não é específico ou restrito a se trabalhar questões do HIV e da aids. A Gestos promove e incentiva o uso da camisinha feminina, ação com eficácia comprovada (a mesma da camisinha masculina) não apenas para prevenir o HIV, mas muitos outros patógenos. A camisinha feminina foi lançada no Brasil em 1997 e é uma importante opção de prevenção, pois facilita a negociação da prática do sexo seguro, pois pode ser colocada pela mulher antes mesmo da relação sexual começar. O preservativo feminino é distribuído no país, embora em volume muito menor do que o masculino. Alguns ativistas afirmam que o preservativo feminino “devolve à mulher a responsabilidade pelo cuidado”, porém a Gestos investe na popularização do uso desse importante meio preventivo<sup>(79),(90)</sup>.

Desde 2003 a Gestos vem mobilizando a sociedade civil nacional para o monitoramento das metas acordadas pelo Brasil na Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral Extraordinária das Nações Unidas (UNGASS) de 2001. Em 2007 a Gestos replicou o processo e metodologia da experiência nacional para dezesseis países, numa primeira fase, e doze países na segunda fase de consolidação de um plano de advocacy e estabelecimento de uma rede internacional de ativistas da região sul<sup>(90)</sup>.

Tabela-síntese - Brasil

<b>1</b>	<b>GERAL</b>	<b>Números</b>	<b>Referências<sup>8</sup></b>
<b>1.1</b>	População residente	204,9 milhões de habitantes	40
		51,03% Mulheres	
		48,97% Homens	
		205.823.665	40,93
	Taxa de crescimento anual	1,0%	40
<b>1.2</b>	População urbana	85,7%	40,93
	Taxa de urbanização	1,17%/ ano	40 e 40,93
<b>1.3</b>	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	75,4	40
	Homens	71,9	
	Mulheres	79,1	
	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	73,8	40,93
	Homens	70,2	
	Mulheres	77,5	
<b>1.4</b>	Taxa de fecundidade total	1,72 filho/mulher	40
	Taxa de fecundidade mulheres 15-19 anos	59,4 filhos/1000 mulheres	40
	Idade média gestacional	20-29 anos	106
<b>1.5</b>	Taxa de crescimento da população	0,75%	40,93
<b>1.6</b>	Número de nascidos vivos	2.979.259 (2014)	106
	Taxa de nascimentos	14,3 nascimentos/1.000 pessoas	40,93
	Taxa de natalidade	14,16/1.000 habitantes	40
<b>1.7</b>	Prevalência de contracepção	80,3%	40,93
<b>1.8</b>	Partos com especialistas (%)	97,85 % (2009)	106
	Total de partos – tipo cesariana	1.697.954 (2014)	
	Total de partos – tipo vaginal	1.277.175 (2014)	
	Total de partos – tipo ignorado	4.130 (2014)	
	Taxa de cesarianas – rede pública	40% - 53,7%	92,109
	Taxa de cesarianas – rede particular	84,6% - 88%	92,109
<b>1.9</b>	Crianças menores de 5 anos abaixo do peso	2,2%	40,93
	Mortalidade < 5 anos de idade	60,1%	40
<b>1.10</b>	Taxa Bruta de Mortalidade/ 1.000 pessoas	20,9 mortes/1.000 pessoas que atingiram os 15 anos	40
	Taxa de Mortalidade infantil	13,82/ 1.000 nascidos vivos	40
		18/1.000 nascidos vivos	40,93
<b>1.11</b>	Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	44/100.000 nascidos vivos	40,93
<b>2</b>	<b>GESTANTES - PTV</b>		
<b>2.1</b>	Cobertura de Pré-Natal, ao menos uma consulta	97%	43
<b>2.2</b>	% de gestantes testadas para HIV	80%	113
<b>2.3</b>	Estimativa de % de gestantes HIV+ TARV	70,2%	43
<b>2.4</b>	Taxa de transmissão vertical HIV	4,5%	75

<sup>8</sup> Ver **Referências**, página 42.

<b>3 HIV/AIDS e SÍFILIS</b>			
<b>3.1</b>	Sítios sentinela	849 (SICLOM)	114
	Pacote Estatístico	SICLOM + SINAN + SISCEL + PREVINI + SISGENO + SIM	114
	Tipo de epidemia	Concentrada	114
<b>3.2</b>	Conhecimento sorologia	715.000	114
	Centros de Aconselhamento e Testagem (CAT)	517	106
	Testagem para HIV (cobertura)	87%	114
	Testes em crianças até 2 meses do nascimento (%)	48%	113
	Infecções evitadas pelo Programa de Prevenção à Transmissão Vertical	1.668 (2015)	
<b>3.3</b>	Incidência do HIV e Aids	0,0387	
	Novos casos de infecção pelo HIV	44.175	
	Incidência de casos de infecção pelo HIV por Transmissão Vertical	0,1	43
	Prevalência do HIV - Geral	0,58%	40,93
		0,5791 (2015)	113
	Número de pessoas com HIV	826.698	113
	Número de casos de aids	842.710 (1980-2016)	101
		826.000	40,93
	Homens	548.850	101
	Mulheres	293.685	101
	Gestantes HIV+	99.804	8
<b>3.4</b>	Transmissão sexual	92%	101
	Transmissão vertical	2,5 casos/100.000 habitantes	8
<b>3.5</b>	Número de pessoas vivendo com HIV	15.885 (2016)	101
	Adultos entre 15 e 24 anos	2.009	
	Menores de 5 anos	152	
	Grávidas soropositivas para HIV	3.763	
<b>3.6</b>	Órfãos por causa da doença	101.202	113
<b>3.7</b>	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	234.725 (1980-2015)	101
		15.281 (2015)	113
	Coeficiente de mortalidade bruta por aids/ 100.000 habitantes	6.0	101
		5,6/100.000	114
<b>3.8</b>	Casos de sífilis notificados em gestantes	15.247	9
	Número total de casos de sífilis congênita notificados	9.201	9
	% sífilis congênita em crianças cujas mães fizeram pré-natal	79,5% mães em pré natal	9
	Cobertura de tratamento com penicilina nas gestantes com sífilis	86,3%	75
	Óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano/100.000 nascidos vivos	221	9
<b>4</b>	<b>TARV</b>		
<b>4.1</b>	Cobertura de TARV	55,39%	113
		64%	114

	Cobertura ARV para gestantes HIV+	123.648 (2015)	113
	% de grávidas recebendo ARV para prevenir a Transmissão Vertical	10.541	
	% de gestantes precisando de ARV para prevenir a transmissão vertical	8.525	
	% de crianças nascidas de mulheres HIV+ recebendo teste para HIV nos 2 meses após o nascimento	48%	
<b>4.2</b>	População em TARV	497.980	113
		489.000	114
	Retenção – 12 meses em ARV	77%	113
	Serviços de Assistência Especializada (SAE)	712	106
<b>5</b>	<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
<b>5.1</b>	Leitos hospitalares	2,3/ 1.000	40,93
		2,26/1.000 (2010)	40
	Leitos hospitalares – SUS	337.243	106
	Leitos hospitalares – Não-SUS	155.906	
	Leitos hospitalares – Total	439.472	
	Número de Hospitais	6.706	
	Número de Centros de Saúde	297.014	
<b>5.2</b>	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	462.019	106
	Número de médicos/ 1.000 habitantes	1,89	40,93
	Psiquiatras	36.843	106
	Número de enfermeiros	1,6 milhões	40
	Número de enfermeiros/ 100.000 habitantes	232.558	106
	Dentistas	219.575	99
	Farmacêuticos	195.022	98
	Técnicos de laboratório		
	Psicólogos	284.349	100
	Outro pessoal técnico superior	116.733	106
<b>6.0</b>	<b>ONG Parceiras</b>	<b>ABIA, GAPA, Pella Vidda</b>	<b>114</b>
	Pernambuco	Gestos	Visita de campo
	Paraná	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids, Grupo Rede Solidarieidade	Visita de campo deste projeto

## Conclusões e Recomendações

Em relação à Opção B+ para as gestantes infectadas pelo HIV, o Brasil tem a estratégia implementada e não há relatos de outros esquemas terapêuticos que não este; o protocolo para prevenção da transmissão vertical na amamentação e parto é seguido. A Resposta Nacional à epidemia de HIV e aids no Brasil segue dois princípios essenciais: está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e segue as diretrizes de Direitos Humanos.

### Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

Um aspecto positivo é que o Brasil tem uma construção da Resposta Nacional à Epidemia de HIV e aids com base em evidências científicas, com participação dos gestores e serviços nos aspectos políticos, técnico-científicos e socioculturais da sociedade brasileira para que o enfrentamento à epidemia respeite os Direitos Humanos e atenda às diretrizes do Sistema Único de Saúde, permitindo a melhor atenção possível à população. O país também está, desde as origens da epidemia, alinhado com as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde, quando não, pautando e apresentando para o mundo estratégias inovadoras e bem-sucedidas no Brasil, além de compartilhar dificuldades e pensar conjuntamente em soluções nos diferentes fóruns internacionais.

A lógica de cuidado com a notificação, sistematização e avaliação dos dados epidemiológicos e sua acurácia e o diálogo entre os diferentes sistemas de notificação de agravos do país é um ponto positivo. A estrutura de uma autoridade nacional única em nível federal, com autonomia para manejo de recursos e capacidade de decisão, o Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, os pares nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que permitem a capilaridade das ações, a parceria com a Sociedade Civil Organizada, tudo isso permite um fluxo de planos operacionais que pode ser considerado uma Boa Prática.

A elaboração de Planos Nacionais é um padrão nas respostas nacionais em todos os países pesquisados. Os planos são compromissos firmados entre gestores, população e Governo, trazendo as principais estratégias de consolidação e pactuação de ações a serem implementadas ou as ações já em andamento, mas que se mostram dispersas e irregulares. Essas ações, com os planos, ampliam-se em escala nacional, garantindo sua consolidação e manutenção. A pactuação dos diferentes níveis é incentivada. Os Conselhos, Comissões e Comitês de consulta e decisão na saúde, nos três níveis de governo - e nos quais a Sociedade Civil tem lugar cativo - simbolizam essa importante disposição. É um aspecto positivo e diferencial no país. Uma boa prática é a implementação de ações pautadas e apoiadas por Sociedades e Conselhos de Especialistas, como por exemplo Sociedade de Pediatria, Conselho de Psicologia, em que as ações são pensadas e avaliadas com critérios científicos e consideração às nuances culturais. O Brasil participa e adere às inovações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, como as estratégias de Prevenção Combinada, Tratamento como Prevenção, Profilaxia Pré-Exposição e Profilaxia Pós-Exposição.

A expansão do atendimento dos pacientes com HIV e aids para a Atenção Básica tem seguido a lógica, de priorizar o trabalho em equipe e estabelecimento dos protocolos discutidos e normatizados pelo nível federal. Todos os gestores e profissionais de saúde entrevistados consideram a estratégia de realização de supervisões institucionais periódicas essenciais para compartilhamento de estratégias bem-sucedidas e problemas enfrentados.

Como Boas Práticas pode-se elencar a implementação das chamadas Tecnologias Leves, com cuidados de aprimoramento nas relações interpessoais, nas adequações de vocabulário e trabalho na ambiência dos serviços, em que os recursos já existentes são remanejados, ações combinadas para otimização de recursos – implementados em Curitiba – podem ser divulgados e incentivados para todo o país. *Para toda ficha tem uma ação...* é uma frase que sintetiza e simboliza um zelo com o profissional de saúde, pois traz a eles o sentido do que estão fazendo, a importância do correto registro para o planejamento das ações, construção de boletins epidemiológicos, que por sua vez pautam políticas. A parceria com os Consultórios de Rua e Na Rua apresentada em Curitiba mostra-se outra Boa Prática para acesso a populações vulneráveis. O papel da ONG Gestos em Recife demonstra como é possível seguir em parceria com as ações já implementadas e inovar.

É consensual a dificuldade de acesso aos homens para cuidados em saúde em geral. A criação no Brasil do Programa de Saúde do Homem é uma iniciativa importante, que merece ser melhor divulgada para a população em geral.

Outro aspecto positivo é a construção de uma resposta brasileira à epidemia de sífilis e sífilis congênita nestes últimos anos. O Brasil é o único país da CPLP a ter um Boletim Epidemiológico exclusivo para sífilis, com todos os dados epidemiológicos atualizados em escala nacional e com detalhamento das informações por estado. É um dos aspectos positivos a ser compartilhado com outros países; o Brasil é signatário do compromisso de eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV frente a OPAS. O Brasil, embora com relatos de falta de teste rápido para sífilis nas maternidades, limitações no acesso ao tratamento em geral, seguimento dos recém-nascidos expostos em particular, o fato de ter sido amplamente divulgado em todas as mídias que estava enfrentando a doença foi um avanço.

O Campo Recife merece destaque pela primorosa sistematização dos dados relativos à sífilis no município, bem como no Estado de Pernambuco. O Boletim Epidemiológico lançado em 2016 traz informações relevantes não apenas da situação atual da epidemia, mas também das séries históricas.

Como o Brasil tem, definido por Lei, a gratuidade na emissão das primeiras vias das certidões de nascimento e óbito, considera-se um ponto facilitador para que os cálculos populacionais – e conseqüentemente epidemiológicos – sejam ainda mais fidedignos. Todos os cálculos em Epidemiologia têm como base o número total de nascimentos e o número de óbitos num determinado tempo e local. Os prazos para registro de nascimento vão de 15 dias até 45 dias (quando apenas a mãe está disponível para realizar o registro).

Em relação aos Bancos de Sangue, o Brasil tem um controle apurado e capilarizado, com critérios de biossegurança para coleta, armazenamento e distribuição do sangue doado. A doação voluntária e a extinção da doação remunerada são avanços políticos importantes e que têm reflexos diretos na qualidade de sangue em todo o país, junto à testagem de todo sangue recebido.

Uma Boa Prática presente em todos os campos pesquisados no Brasil é a da estruturação dos Grupos de Adesão nos serviços de saúde e ONG parceiras: Grupos para gestantes HIV+, Grupos para Jovens que foram infectados em Transmissão Vertical, Grupos para pessoas que Convivem com pessoas com HIV, Grupos de Ativismo, Grupos de Mulheres Trans, Grupos de gestantes pós-parto, apresentam-se como auxiliares nos processos de adesão e retenção, tratando não apenas do tema aids, mas trazendo diferentes temas para discussão nos encontros, tais como nutrição, autocuidado pós-parto, outras questões de saúde, práticas de promoção de atividades físicas e de lazer, investindo e apostando na motivação para seguir com medicamentos mesmo quando a carga viral já está indetectável.

Uma Boa Prática que o Brasil tem é a formação de Recursos Humanos para a área de Saúde Pública. Em todos os países da CPLP participantes deste diagnóstico houve referência a parceria com o Brasil para incremento tecnológico, educacional e vários (Portugal, Angola, Moçambique e Cabo Verde) mencionaram fornecimento de medicamentos do Brasil como imprescindível.

Os Programas Mãe Curitibana, Mãe Paranaense e Rede Cegonha, mantendo suas características de capilaridade, parceria e tecnologia, são propostas essenciais para o enfrentamento da epidemia de HIV e aids, bem como resposta à epidemia de sífilis no país.

### **Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade**

As estratégias de Prevenção Combinada ainda não estão implementadas e divulgadas de modo maciço para a população; o calendário fixo de campanhas de carnaval e Dia Mundial pode ser ampliado e reavaliado, para que haja alinhamento com as novas diretrizes de prevenção – o desdobramento da campanha do carnaval já é um ponto favorável. O *Tratamento como Prevenção* promove discussões sobre o que é tratamento, o que é cura e por que o antirretroviral pode ser utilizado para se prevenir o agravamento e alastramento da doença.

Um tema relevante é a pouca ênfase à camisinha feminina. Na contramão dessa tendência, a ONG Gestos, de Recife, realiza incessante trabalho de apresentação, incentivo e disponibilização da camisinha feminina.

Um ponto de extrema vulnerabilidade na Resposta Brasileira à Epidemia de HIV e aids é a questão da População Privada de Liberdade, seja masculina ou feminina. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento para essa população ainda estão incipientes frente à demanda e à complexidade das possíveis intervenções. Em Recife, a síntese verbalizada: *População carcerária não é população-chave no Brasil.*

Outro ponto de vulnerabilidade que pode ser enfrentado é a porcentagem de **Perdidos de Vista** que ainda se verifica: pessoas que realizam o teste, mas não pegam o resultado; pessoas que pegam o resultado, mas não iniciam tratamento; pessoas que iniciam o tratamento e abandonam. Não há dados a respeito dessa perda de adesão e retenção. Há pouca divulgação das boas práticas de Busca Ativa, como por exemplo a busca por crianças que faltam à vacinação, e se otimizar os recursos incluindo busca ativa de má adesão ou abandono.

A despeito dos esforços para enfrentamento da sífilis congênita, 32% das mulheres grávidas tiveram diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre de gravidez; pode ser importante ação incorporar-se o enfrentamento da sífilis ao enfrentamento do HIV. Se 62,3% dos parceiros de mulheres diagnosticadas com sífilis não terem sido tratados para a doença, o acesso aos parceiros precisa ser incentivado, assim como a notificação para sífilis.

Um ponto de vulnerabilidade é a falta de dados epidemiológicos específicos sobre coinfeção entre gestantes HIV+, em especial coinfeção HIV/TB, HIV/sífilis e HIV/Hepatites. Outros aspectos que podem ser melhorados para os pacientes coinfectados TB/HIV são a testagem (aumentar a testagem de HIV entre os pacientes com tuberculose e vice-versa), e a clareza no fluxo da medicação.

Em relação aos dados sobre Recursos Humanos em Saúde, não há uniformização dos dados no SUS. Para se obter o número total de profissionais de saúde no Brasil por categoria, foi necessário recorrer aos Conselhos Federais das categorias.

Em relação ao site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, embora haja um acervo significativo, atual e relevante, falta agilidade ao sistema. Buscas por dados e documentos resultaram em “file not found”, algumas palavras-chave que não trazem resultado, pouca ou nenhuma praticidade na obtenção de informações. Muitas preciosidades do acervo de artigos, manuais, eventos, trabalhos científicos, estão dispersos e ficam praticamente inacessíveis. O mecanismo de busca é muito pouco eficiente. Informações simples de caráter geral, como por exemplo o número total de CTA do país, são complexas e nem sempre obtidas sem que se amplie muito a pesquisa, retornando para o próprio Google – por exemplo, para se buscar o número total de CTA do país, vários caminhos dentro do site foram trilhados (e o dado foi obtido em uma reportagem arquivada no próprio site do Departamento).

Os indicadores epidemiológicos podem ser melhor divulgados e apresentados tanto nos boletins como no site de modo mais didático e acessível. Há muito investimento em tempo e dinheiro. Os Boletins são acurados e bem-realizados, porém há uma ênfase explícita ao indicador *taxa de detecção*, em detrimento de indicadores igualmente ou mais importantes em termos epidemiológicos como *incidência*, *prevalência*, *mortalidade*. Os dados são fixos e não permitem a construção de gráficos ou tabelas com diferentes cruzamentos.

Em Brasília, um dos principais hospitais visitados recebe pessoas de diversas regiões, que levam até dois dias para se deslocar até lá. O próprio hospital de referência não tem seu sistema informatizado, tendo todos os seus prontuários em papel, cuidadosamente arquivados em sala única.

O diálogo entre Saúde Pública e Saúde Suplementar ainda precisa ser estruturado e transparente na conjugação dos dados epidemiológicos, número de profissionais de saúde e ações realizadas. Embora o Brasil já enfrente a epidemia de aids há mais de três décadas, ainda há profissionais de saúde que se recusam a atender populações mais vulneráveis ou estigmatizadas.

Em síntese, quanto aos três campos pesquisados, são pontos de vulnerabilidade:

- A não-informatização do Hospital-Dia de Brasília e a concentração dos prontuários em papel e em uma única sala;
- As dificuldades em Recife com a logística dos medicamentos e a falta de um único aparelho de Raio X no CISAM, bem como o manejo das coinfeções; as questões de recusa dos profissionais de enfermagem em relação à aplicação da penicilina, mesmo com o parecer favorável do Conselho Federal de Enfermagem;
- As dificuldades com o momento atual e a sustentabilidade das ações do projeto Mãe Curitibana e integração com equipes de Saúde da Família, CAPS e ONG parceiras no cotidiano das gestantes infectadas pelo HIV, em especial àquelas em situação de rua e situação prisional.
- As populações de rua e carcerária são as menos beneficiadas pelas estratégias e ações em prevenção e assistência, mesmo as mais capilarizadas relacionadas a trabalhos das ONG ou das equipes de Saúde da Família. Há ações sustentáveis em alguns presídios através do Programa de Tuberculose, ações já estruturadas com população em situação de rua pelos Consultórios de Rua que poderiam servir como modelo.

## Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução no 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 dez. 2010a. Seção 1. p. 119.
2. ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY STEERING COMMITTEE. **Antiretroviral Pregnancy Registry international interim report for 1 Jan 1989-31 July 2014**. Disponível em: <<http://www.APRegistry.com>>.
3. AULAGNIER, Piera. **Uma Intérprete em Busca de Sentido**. São Paulo: Ed. Escuta, 2001.
4. BARREIRA, Dráurio. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil, 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2016. 23p.
5. BASTOS, F. I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros**. Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
6. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
7. BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
8. BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV e aids, 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano V nº 1 – 27ª. a 53ª. semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2015; 01ª a 26ª. semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2016. Brasília: Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais., 2016. ISSN: 1517-1159. 64p.
9. BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – Volume 47 Nº 35 - 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. 28p.
10. BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose – Volume 46 Nº 9 – 2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. 19p.
11. BRASIL. **Brasil chegando a zero. Diretrizes para Qualificação das Linhas de Cuidados da Transmissão Vertical do HIV, da Hepatite B e da Sífilis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Brasília: 2013. 34p.
12. BRASIL. **Caderneta da Gestante**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
13. BRASIL. **Características Étnico-raciais da População: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça, 2008**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: ISBN 978-85-240-4201-0 (cd-rom) e ISBN 978-85-240-4200-3 (meio impresso). IBGE, 2011.
14. BRASIL. **Carta de Brasília sobre as atividades colaborativas entre tuberculose e HIV/AIDS no Brasil**. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Tuberculose. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 fev 3]. Disponível em: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/>
15. BRASIL. **Combate à sífilis congênita. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 24p.
16. BRASIL. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município (Guia do Gestor)**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008.

17. BRASIL. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. *Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências*. Brasília, Ministério da Saúde. Seção 1, n. 108, 9 jun. 2014. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.
18. BRASIL. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília, Ministério da Saúde. Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 19 mar. 2015.
19. BRASIL. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 2. ed.
21. BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs>>.
22. BRASIL. **Histórias da Luta contra a aids**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 287p. ISBN 978-85-334-2191-2.
23. BRASIL. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 176 p., il.
24. BRASIL. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284p.
25. BRASIL. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
26. BRASIL. **Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação nº 150, janeiro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
27. BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: ISBN 978-85-240-4334-5. IBGE, 2014.
28. BRASIL. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2016. 43 p.
29. BRASIL. **Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados: PLANASHE 1988/1991**. Brasília, DF, 1988.
30. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 135p.
31. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções**. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 124p.
32. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>.

33. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 240p.
34. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2015. 140p.
35. BRASIL. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical: HIV, sífilis congênita precoce e Hepatites B e C**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2015. 84p.
36. BRASIL. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
37. BRASIL. **Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
38. BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 8. ed., 200 p.
39. BRASIL. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON). Guia de referência rápida**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013. 33p.
40. BRASIL. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, número 36. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. ISSN 1516-3296; ISBN 978-85-240-4402-1 (Versão impressa).
41. BRASIL. **Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais - SISLOG-LAB. Teste Rápido – HIV – Manual de Utilização do SISLOG-LAB=Teste Rápido. Versão: 2012**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013. 24p.
42. BRASIL. **Técnico em hemoterapia: livro texto**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 292 p.: il. ISBN 978-85-334-1988-9.
43. BRASIL. **The Brazilian Response to HIV and AIDS - Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) Narrative Report** – Brasília, DF – June, 2015.
44. CASTILHO, Euclides. *Aids, sida ou cida: como ficam as nossas Cidas* Paper, s/d.
45. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS DE SÃO PAULO. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita**. Coordenação das Ações para Eliminação da TV do HIV e sífilis. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Março 2016. 17p.
46. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; CREMESP; Conselho Federal de Medicina, 2015. ISBN: 978-85-89656-22-1. 285p.
47. COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
48. DE SANTIS, M.; CARDUCCI, B.; DE SANTIS, L. et al. Periconceptional exposure to efavirenz and neural tube defects. **Archives of internal medicine**, [S.l.], v. 162, n. 3, p. 355, 11 fev. 2002.
49. DUCCI, L. - **O sistema de saúde em Curitiba**. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 200
50. FORD, N.; MOFENSON, L.; SHUBBERZ. et al. *Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis*. **AIDS, London**, v. 28, supl. 2, p. S123-31, mar. 2014.

51. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. *Rede Mãe Paranaense*. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.
52. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. *Linha Guia - Rede Mãe Paranaense*. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.
53. HAVERKOS, MD. & CURRAN, James W. *Cancer Journal for Clinicians*, Vol 32 (6) November/December 1982. pp 330-339.
54. JUNQUEIRA, P.C. et al. *História da Hemoterapia no Brasil*. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2005;27(3):201-2017.
55. JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da hemoterapia no Brasil. In.: BORDIN, J. O.; LANGHI JÚNIOR, D. M.; COVAS, D. T. *Hemoterapia: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 535-540.
56. KERR, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
57. LAURINDO-TEODORESCU, L. *Histórias da aids no Brasil v.1, 2 e 3*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. ISBN 978-85-334-2392-3
58. LIMA, H.M.M. *Adesão ao Tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2012.
59. LIMA, H.M.M. *Nem Tudo é Doença: reflexões sobre educação e saúde no século XXI*. São Paulo: Iglu Editora, 2010.
60. LIMA, H.M.M. – *Educação e Saúde: as Campanhas massivas de aids do Governo Federal como veículo de produção de sentidos*. J. bras.aids; 3(3): 7-26, set. 2002.
61. MENDES, E.V. *Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná*. Trabalho apresentado à Organização Pan-Americana de Saúde como produto do contrato BR/CNT/0900947.001. Outubro de 2009.
62. MIRANDA, A.E.B. (coord). *Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil*. Vitória: UFES, Proex, 2015. ISBN 978-85-65276-16-0.
63. MORITA, M.C., HADDAD, A.E., ARAÚJO, M.E. – *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010. 96p. ISBN 978-85-88020-54-2.
64. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Department of Health and Human Services (DHHS). *Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents*. Disponível em: <[https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult\\_oi.pdf](https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf)>.
65. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). *Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States*. Disponível em: <<http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>>.
66. OPS, CLAP y UNICEF. *Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la SÍFILIS CONGÉNITA en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual*. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva – CLAP/SMR. Montevideo: clap/smr2009. ISBN 978-92-75-32990-0. 33p.
67. PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS/HV DE PERNAMBUCO. *Situação atual da epidemia de HIV e aids em Pernambuco, testes rápidos e transmissão vertical*. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Paper, Maio de 2016.
68. RIO GRANDE DO SUL. *Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/ Escola de Saúde Pública, 2016. 68p.
69. RUFFINO-NETTO, Antonio - *Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas*. Informe Epidemiológico do SUS 2001: 10(3): 129-138.
70. SANTOS, L. G. *Hemope e pró-sangue: duas decisões, um caminho*. Recife: Edupe, 2002.

- 71.SANTOS, NTV. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco/** Naide Teodósio Valois Santos; Renata Barreto Fernandes de Almeida; Ana Maria de Brito. - Recife: s.n, 2016. 38 p. : illus., tab., 30 cm.
- 72.SCHECHTER, M. **Profilaxia pré e pós-exposição: uso de drogas antirretrovirais para a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo HIV.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases (BJID). Vol 2. Nº 4. Agosto 2016.
- 73.SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Boletim Sífilis.** Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Doenças e Agravos. Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST. Ano 5, Nº 1, 1º semestre. Janeiro, 2016.
- 74.SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco.** Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. Paper, Maio de 2016.
- 75.SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Guia de referências técnicas e programáticas para eliminação da transmissão vertical do HIV.** São Paulo, 2014. 240p. ISBN: 978-85-99792-23-0.
- 76.SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Religiões Brasileiras, políticas de saúde e a resposta à epidemia de aids.** São Paulo, CRT DST/Aids, 2014.
- 77.SOUZA, Káren Mendes Jorge. **Discursos sobre a tuberculose: significação por e para sujeitos.** Doutorado em Ciências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, EE-USP, 2012.
- 78.SOUZA, Káren Mendes Jorge. **Abandono do tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, UFPB. 2008.
- 79.SZWARCWALD, C. L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.** Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
- 80.UNAIDS. **2<sup>nd</sup> International Policy Dialogue on HIV/Aids. HIV/Aids and Injection Drug Use and The Question of Complacency.** Government of Poland; Canadian International Development Agency. Warsaw, 2003.
- 81.UNAIDS. **Chegando a Zero. Estratégia para 2011 a 2015.** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Brasília: UNAIDS, 2010. ISBN 978-92-9173-883-0. 68p.
- 82.UNAIDS. **Plano Global para Eliminar Novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas – 2011-2015.** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Brasília: UNAIDS, 2011. 48p.
- 83.WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.** Geneva: WHO, 2013.
- 84.World Health Organization. **Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Feb 12]. Disponível em: [http://www.who.int/tb/post2015\\_TBstrategy.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1)
- 85.World Health Organization. **Global tuberculosis report 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014.
- 86.WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems.** Geneva: WHO, 2012.
- 87.WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Programmatic Updates: Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants.** Geneva: WHO, 2012.

88. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: WHO, 2007.
89. World Health Organization. *The Stop TB Strategy: vision, goal, objectives and targets* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015.
90. Dados obtidos nas visitas de campo, analisados e considerados qualitativamente consensuais.

#### Links:

91. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>
92. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1) = Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas
93. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> - Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população Brasileira – 2016. IBGE.
94. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf).
95. <http://portal.cfm.org.br/>
96. <http://portalsaude.saude.gov.br/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias/6772-organograma-estrutura-e-competencias.html>
97. <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/enfermagem-deve-administrar-medicamento-para-sifilis>
98. <http://www.cff.org.br> – conselho federal de farmácia do Brasil
99. <http://www.cfo.org.br> – conselho federal de odontologia do Brasil
100. <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/> - conselho federal de psicologia do Brasil
101. <http://www.indicadores.gov.br>
102. <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>
103. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/100/apresentacao-programa-nacional-de-controle-da-tuberculose-no-brasil-\[100-101209-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/100/apresentacao-programa-nacional-de-controle-da-tuberculose-no-brasil-[100-101209-SES-MT].pdf)
104. [www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gestor](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gestor) - Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita
105. <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/> - dados sobre os Psicólogos do Brasil
106. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> – dados sobre o SIM
107. [www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/ p\\_relatorio\\_penicilina\\_sifilis\\_congenita\\_secreta\\_38035.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secreta_38035.pdf)>.
108. [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6015original.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm)
109. [www.portalsaude.saude.gov.br/index.php](http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php)
110. [www.saude.gov.br/tuberculose](http://www.saude.gov.br/tuberculose)
111. [www.saude.gov.br/bvs/monitoramento\\_hiv](http://www.saude.gov.br/bvs/monitoramento_hiv)
112. [www.gestos.org](http://www.gestos.org)
113. <http://www.aidsinfonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>
114. [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

### Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo no Brasil

#### A) Campo Brasília

Nome	Instituição - Cargo
<b>Adele Benzaken</b>	DIAHV - Diretora (à época, Vice-Diretora)
<b>Alexsana Tresse</b>	DIAHV - CIE
<b>Daniela Cerqueira B Moura</b>	DIAHV - CAT
<b>Denise Arakaki</b>	Diretora Programa Nacional de Tuberculose - à época, diretora - Hospital-Dia em Brasília
<b>Eduardo Malheiros Ferreira</b>	Coordenador de Logística do DIAHV
<b>Fábio Caldas de Mesquita</b>	OMS (2017) À época, Diretor do DIAHV
<b>Fábio da Silva Sartori</b>	DIAHV - ACI
<b>Fernanda Dockhorn</b>	Hospital - Dia Brasília
<b>Gerson Fernandes</b>	DIAHV - CIE
<b>Isaac Barbosa Vergne</b>	MS - AISA
<b>João Paulo Toledo</b>	DIAHV - CAT
<b>José Boullosa Alonso Neto</b>	Hospital- Dia Brasília
<b>Josi Paz</b>	DIAHV - ACI
<b>Juliana Givisiez</b>	DIAHV - ACI
<b>Leidijany Costa</b>	Hospital - Dia Brasília
<b>Lucia nagata</b>	Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMI)
<b>Luís Henrique R. Sousa</b>	Hospital - Dia Brasília
<b>Marcelo Freitas</b>	DIAHV
<b>Márcia Caldas</b>	Hospital-Dia Brasília
<b>Maria Fernanda Navarro</b>	Hospital-Dia Brasília
<b>Mauro Figueiredo</b>	DIAHV - ACI
<b>Mayara Zenni</b>	DIAHV - CAT
<b>Rosally Costa</b>	Reprodução Assistida Hosp. Materno-Infantil de Brasília

#### B) Campo Recife

Nome	Instituição - Cargo
<b>Alberto Enildo O. M. Silva</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Coordenador
<b>François Figueiroa</b>	Secretaria de Estado da Saúde - PE Coordenador do Programa Estadual de DST/Aids
<b>Gerlane Alves P. da Silva</b>	Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Centro de Atenção à Mulher (CAM) e Saúde da Criança - IMIP - Médica
<b>Grazielle Vasconcelos</b>	Secretaria de Estado da Saúde - PE Programa Estadual de DST/Aids
<b>Helenice V. Antunes Maciel</b>	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros CISAM/ UPE - Enfermeira
<b>Josineide de Meneses Silva</b>	GESTOS: Soropositividade, Comunicação e Gênero - Coordenadora de Programas
<b>Maria Goretti de Godoy Sousa</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Sanitarista

<b>Natanaelson Gomes Júnior</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Aconselhador
<b>Natatia Gonçalves Menezes Barros</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Gerente de Vigilância Epidemiológica
<b>Rafaela de Sá</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV
<b>Valéria Menezes</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Enfermeira

## C) Campo Curitiba

<b>Nome</b>	<b>Instituição - Cargo</b>
<b>Dulcimary Dias Bittencourt</b>	Hospital das Clínicas - Curitiba
<b>Edson Gomes Tristão</b>	Hospital das Clínicas - Curitiba
<b>Everson Ribeiro de Lima</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Enfermeiro - Programa Mãe Curitibana
<b>Juliane Cardoso Villela</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Coordenadora COA
<b>Liza Bueno Rosso</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Coordenadora DST/Aids
<b>Maria Antonia Dilay Oba</b>	Secretaria Municipal de Saúde - USE Mãe Curitibana - Médica
<b>Wagner A. B. Dias</b>	Secretaria Municipal de Saúde - Coordenador Mãe Curitibana

**Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima**

**Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).**

**Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).**

**Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.**

**Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>**

**Contatos: [helenali@usp.br](mailto:helenali@usp.br) / +55 11 98332.1234.**