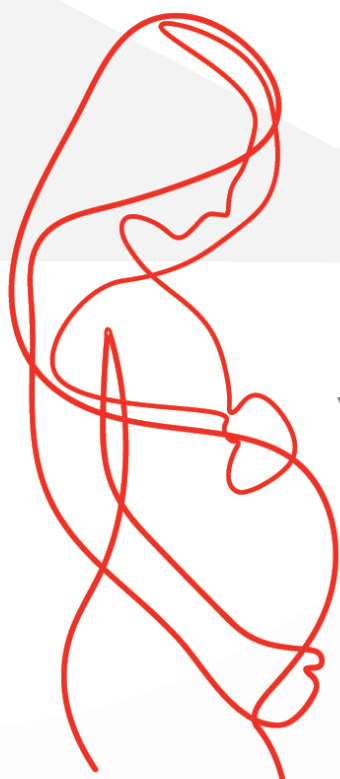


MINISTÉRIO DA SAÚDE



Relatório de Validação da
**Eliminação da Transmissão
Vertical do HIV no Brasil**

Brasília – DF
2025

SUMÁRIO

I.	Siglas e acrônimos	5
II.	Sumário executivo	8
III.	Introdução	12
i.	Histórico	12
ii.	Objetivos da avaliação da validação	13
IV.	Metodologia	14
i.	Composição do Comitê Nacional de Validação e parceiros envolvidos na avaliação nacional de validação	14
ii.	Metodologia e cronograma da análise de validação nacional.....	15
iii.	Composição do Comitê Regional de Validação e parceiros envolvidos na avaliação da validação regional	16
iv.	Metodologia e cronograma da análise da validação regional	16
V.	Contexto do país e perfil epidemiológico	17
i.	Geografia.....	22
ii.	Demografia	22
iii.	Número estimado de gestantes.....	24
iv.	Dados disponíveis sobre as populações relevantes para a transmissão de HIV, sífilis e/ou hepatite B no país, incluindo populações-chave e migrantes	25
v.	Indicadores básicos de saúde e de saúde materno-infantil no país.....	27
a.	Expectativa de vida	27
b.	Taxas de mortalidade materna	28
c.	Taxa de fecundidade.....	28
d.	Tendências em mortalidade infantil, perdas fetais e fatores associados.....	28
vi.	Perfil epidemiológico de HIV, sífilis e/ou HBV no país.....	31
a.	Tendências na carga de doença, prevalência e incidência na população geral por faixa etária e sexo	31
b.	Tendências na carga de doença, prevalência e incidência na atenção pré-natal, por faixa etária.....	33
c.	Modos e fatores determinantes da transmissão do HIV, sífilis e/ou HBV.....	35
VI.	Descrição do sistema de saúde do país	37
i.	Infraestrutura de saúde	38
ii.	Infraestrutura laboratorial.....	40
a.	Oferta de serviços laboratoriais.....	45
iii.	Acesso aos serviços de saúde e custos	49

a.	Acesso universal aos serviços públicos de saúde para cidadãos e não cidadãos, incluindo pessoas deslocadas internamente, apátridas, refugiados, trabalhadores migrantes, imigrantes e outras populações em situação de vulnerabilidade	49
b.	Despesas relacionadas à prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B	49
VII.	Principais achados sobre a eliminação da transmissão vertical (ETV) de HIV, sífilis e/ou HBV ...	51
i.	Relatório sobre os indicadores nacionais de validação	51
a.	Identificação dos sistemas e fontes de dados utilizados	51
b.	Definições de casos para (1) diagnóstico de HIV em adultos e crianças, (2) diagnóstico de sífilis em adultos, (3) sífilis congênita em crianças e (4) HBV em adultos e crianças	53
ii.	Consistência dos dados entre áreas geográficas	55
a.	Como foram identificadas as unidades subnacionais com pior desempenho?	55
b.	Descrição das unidades subnacionais e indicadores com pior desempenho	56
c.	Se os indicadores da unidade subnacional com pior desempenho não atenderam os critérios de validação, que evidências existem de que o programa está trabalhando ativamente para resolver os problemas ou desigualdades nessa unidade?	57
VIII.	Resumo das conclusões sobre os requisitos básicos para a validação	60
i.	Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HIV.	60
ii.	Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para a sífilis	67
iii.	Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HBV (incluindo políticas sobre a disponibilidade e o acesso à vacina contra o HBV)	69
iv.	Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HTLV.	71
v.	Qual é a proporção da oferta de pré-natal e serviços de parto públicos e não públicos? Os serviços são semelhantes em ambos os sistemas?	72
vi.	Qualidade dos dados	75
a.	Completude e representatividade dos dados utilizados nos indicadores de ETV	75
b.	Como são determinados os indicadores de cobertura e de impacto? É obrigatório usar dados programáticos para modelar a confiabilidade dos indicadores de impacto anual para HIV, taxas de sífilis congênita e HBV.	76
vii.	Laboratório	79
a.	Descreva o panorama laboratorial do país	79
b.	Descreva e anexe os algoritmos de testagem relevantes para mães e crianças submetidas a exames de rastreio de HIV, sífilis e HBV.	79
c.	Avaliação Externa da Qualidade (AEQ)	80
viii.	Direitos humanos, igualdade de gênero e participação comunitária	81

a. Descrição dos métodos de coleta e análise de dados relativos aos direitos humanos, igualdade de gênero e participação comunitária para o relatório de validação, incluindo o envolvimento da comunidade.....	81
b. Descreva como as mulheres vivendo com HIV ou HBV participam no planejamento nacional e na avaliação dos serviços de ETV.	81
c. Resumo dos achados nas áreas avaliadas em matéria de direitos humanos, igualdade de gênero e envolvimento comunitário	82
d. Envolvimento comunitário e prestação de contas	93
ix. Potenciais riscos à sustentabilidade da ETV	99
IX. Referências	100
Apêndice – Descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para a doença de Chagas	111

I. SIGLAS E ACRÔNIMOS

AEQ – Avaliação Externa da Qualidade
Aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida
AMA – Área de Monitoramento e Avaliação
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anti-HCV – Anticorpos anti-HCV
Anti-HIV – Anticorpos anti-HIV
Anti-*Treponema pallidum* – Teste treponêmico para o diagnóstico da sífilis
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
ARV – Antirretrovirais
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais
Cams – Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs
CES – Conselhos Estaduais de Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
Cgist – Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
Ciedds – Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Socialmente Determinadas
CIQ – Controle Interno da Qualidade
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CITV – Comitês para a Investigação da Transmissão Vertical
CMS – Conselhos Municipais de Saúde
Cn aids – Comissão Nacional de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs
CNV – Comitê Nacional de Validação
Cofen – Conselho Federal de Enfermagem
Coge – Comissão de Gestão em HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
CT/NG – *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*
CV – Carga viral
DataSUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

Dathi – Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DEDT – Departamento de Doenças Transmissíveis
DF – Distrito Federal
DNV – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de Óbito
DPNI – Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Dsei – Distrito Sanitário Especial Indígena
DSTs – Doenças sexualmente transmissíveis
ENV – Equipe Nacional de Validação
ESF – Estratégia Saúde da Família
ETV – Eliminação da Transmissão Vertical
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
GAL – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HBsAg – Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HBV – Vírus da hepatite B
HGIB – Imunoglobulina anti-hepatite B
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IG – Idade gestacional
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor
ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis
Lacen – Laboratórios Centrais de Saúde Pública
MNCP – Movimento Nacional das Cidades Positivas
MS – Ministério da Saúde
NV – Nascido vivo
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP – Profilaxia pós-exposição
PIB – Produto Interno Bruto
Pnab – Política Nacional de Atenção Básica
PPC – Paridade do Poder de Compra

PrEP – Profilaxia pré-exposição
PSE – Programa Saúde na Escola
RN – Recém-nascido
RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde
RSS – Rede de Saúde Suplementar
SAE – Serviço de Assistência Especializada
Saes – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Saps – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SC – Sífilis congênita
Sesai – Secretaria de Saúde Indígena
Siclom – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Siscel – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
Sisloglab – Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SMI – Saúde materno-infantil
SMS – Secretarias Municipais de Saúde
Suas – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SVSA – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Tarv – Terapia antirretroviral
TR – Teste rápido
TV – Transmissão vertical
UF – Unidade Federativa
Unaid – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids
Unfpa – Fundo de População das Nações Unidas
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP – Área de Vigilância, Informação e Pesquisa
WB – Western blot

II. SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório subsidiou o processo de validação da eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV no Brasil, conduzido de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A certificação representa um importante marco no compromisso do país com a eliminação da TV, particularmente do HIV, e reforça o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da saúde materno-infantil.

O relatório e seu apêndice abrangem indicadores, políticas e programas relacionados a cinco infecções de TV — HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV — no país. No entanto, dada a atual situação epidemiológica da sífilis e as fragilidades na vigilância epidemiológica da hepatite B entre gestantes e crianças expostas — ambas em processo de aperfeiçoamento desde 2024 —, este relatório concentra-se principalmente na transmissão vertical do HIV, visando a certificação da sua eliminação como problema de saúde pública. Sob a liderança da Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (Cgist), juntamente com as Coordenações e Áreas Transversais do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), este relatório foi elaborado com a contribuição de várias partes interessadas dos níveis de gestão municipal e estadual e de sociedades civis e científicas, que deram contribuições substanciais e valiosas ao documento.

O progresso constante e sustentado na prevenção da TV do HIV reflete-se nos indicadores epidemiológicos, como resultado da cobertura adequada de testes e tratamento e da implementação eficaz de políticas de saúde pública e protocolos clínicos. Assim, este relatório mostra que a estratégia de testagem universal brasileira alcançou uma alta taxa de cobertura para o HIV entre gestantes durante o pré-natal, garantindo o diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento. Além disso, o acesso à terapia antirretroviral (Tarv), garantido pelo maior sistema público de saúde universal do mundo, possibilitou a ampla disponibilidade de medicamentos antirretrovirais para gestantes vivendo com HIV e/ou aids, com altas taxas de adesão e supressão viral, conforme evidenciado em vários sistemas de informação. Por fim, os dados nacionais mostram uma redução consistente na taxa de TV de HIV, abaixo do limiar de eliminação de <2%, e a sustentabilidade de políticas consolidadas em vigilância epidemiológica, monitoramento sistemático, treinamento de profissionais de saúde e envolvimento comunitário.

A disponibilidade de sistemas bem estabelecidos de informação sobre o HIV no país, abrangendo os setores de saúde público e privado, permitiu a validação dos dados que sustentam os indicadores de certificação, exceto no que diz respeito à cobertura de testes entre

gestantes. Embora exista um sistema nacional de registros eletrônicos para a Atenção Primária à Saúde (APS), a plataforma ainda está em fase de aperfeiçoamento no que diz respeito ao registro e à análise de dados. Consequentemente, esse indicador foi estimado por meio de cálculos baseados em amostragem, enquanto se aguarda a plena capacidade do sistema para gerar dados confiáveis. Além disso, para aprimorar ainda mais os esforços de vigilância, o Brasil mantém Comitês de Investigação da Transmissão Vertical desde 2006. Esses comitês têm a função de investigar minuciosamente cada caso, incluindo os que envolvem transmissão por amamentação. Eles desempenham um papel fundamental no fortalecimento da rede de saúde, identificando lacunas na prestação de serviços e emitindo relatórios técnicos com recomendações específicas.

Portanto, esperamos que este documento demonstre de forma clara e objetiva o cumprimento de todos os requisitos técnicos, programáticos e de impacto epidemiológico estabelecidos pela Opas/OMS para a certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV como um problema de saúde pública. O sucesso alcançado reflete décadas de investimento contínuo em ações integradas de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado, bem como uma sólida governança intersetorial e mobilização social. Além disso, o Processo de Certificação de estados e municípios para a Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) do HIV, lançado em 2017 e ampliado em 2021 para abranger a sífilis — com a inclusão da possibilidade de conceder selos de boas práticas rumo à eliminação — e ampliado novamente em 2023 para incorporar a hepatite B e a doença de Chagas, destaca-se como uma iniciativa fundamental para a eliminação nacional da transmissão vertical. O processo aumenta a conscientização sobre a questão, mobiliza equipes de saúde, fortalece a vigilância nacional, melhora a organização da rede de saúde materno-infantil e serve como uma iniciativa pedagógica para o aprendizado e o aprimoramento contínuos.

Portanto, afirmamos que a Validação Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV não simboliza apenas uma conquista da Saúde Pública, mas também reitera o compromisso do Brasil com os direitos humanos, o acesso equitativo aos serviços de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no que diz respeito à saúde global e ao fim da epidemia de HIV e aids.

Tabela 0. Metas de impacto e de processo para validação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e/ou hepatite B no Brasil.

		Indicador	Meta	2023	2024	Fontes dos dados
Metas de impacto	HIV	Taxa de transmissão vertical (TV) do HIV (%)	<2%	1,78% (152/8.546)	1,51%** (124/8.166)	Banco de dados relacionado de pessoas vivendo com HIV (Sinan, SIM, Siclom e Siscel) e investigação <i>in loco</i>
		Taxa anual de novas infecções pediátricas por 100.000 nascidos vivos	≤50	5,99 (152/2.537.576)	5,49** (124/2.260.034)	Banco de dados relacionado de pessoas vivendo com HIV (Sinan, SIM, Siclom e Siscel), investigação <i>in loco</i> e Sinasc
	Sífilis	Taxa anual de sífilis congênita (incluindo mortes fetais associadas à sífilis) por 100.000 nascidos vivos	≤50	985,3 (25.002/2.537.576)	Informação indisponível	Sinan
	HBV	Prevalência de HBsAg em crianças ≤5 anos	≤0,1%	0,42/100.000 (69/16.321.909)	Informação indisponível	Sinan (taxa de detecção)
		Taxa de TV de HBV (%)*	≤2%	Não aplicável*	Não aplicável*	Não aplicável
	Todos	Cobertura de pré-natal	≥95%	98,18% (2.491.507/2.537.576)	98,12% (2.217.470/2.260.034)	Sinasc***
Metas de processo	HIV	Cobertura de testagem para HIV entre gestantes	≥95%	95,29% (DP: 1,27 CI 95%: 93,3%-97,1%)	95,21% (DP: 1,10 CI 95%: 93,6%-96,8%)	Análise de amostragem nacional
		Cobertura de terapia antirretroviral em gestantes vivendo com HIV e/ou aids	≥95%	95,05% (8.123/8.546)	95,69% (7.813/8.166)	Banco de dados relacionado de pessoas vivendo com HIV (Sinan, SIM, Siclom e Siscel) e investigação <i>in loco</i>
	Sífilis	Cobertura de testagem para sífilis entre gestantes	≥95%	94,83% (DP: 1,32 CI 95%: 92,9%-96,8%)	95,33% (DP: 1,04 CI 95%: 93,8%-96,9%)	Análise de amostragem nacional

		Cobertura de tratamento adequado em gestantes com sífilis	≥95%	90,4%	Informação indisponível	
	HBV	Cobertura de testagem para HBV entre gestantes	≥90%	93,44% (DP: 1,46 CI 95%: 95,6%-91,3%)	93,30% (DP: 1,38 CI 95%: 91,3%-95,3%)	Análise de amostragem nacional
		Cobertura de tratamento antiviral em mulheres elegíveis com resultado positivo para HBsAg*	≥90%	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
		Cobertura com 3 doses da vacina para hepatite B (HepB3) em bebês	≥90%	87,34%	90,08%	SI-PNI http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html
		Cobertura oportuna da dose ao nascimento da vacina para hepatite B (HepB-D0)	≥90%	84,06%	93,78%	SI-PNI http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

Fontes: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade; Siclom – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; Siscel – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais; DP – desvio padrão; CI – intervalo de confiança.

*Para países que administram uma dose da vacina contra hepatite B aos recém-nascidos de mulheres com resultado positivo para HBsAg de forma seletiva e direcionada.

**Resultados preliminares.

***Dados até outubro de 2025.

III. INTRODUÇÃO

i. Histórico

A eliminação da transmissão vertical (ETV) do HIV, da sífilis, da hepatite B, da doença de Chagas e do HTLV representa um grande desafio em um país de dimensões continentais como o Brasil, que atravessa complexas transformações sociais, econômicas e ambientais. Desde 1989, o país implementou múltiplas estratégias e políticas destinadas a controlar a transmissão vertical (TV), incluindo a melhoria da vigilância de casos; a oferta de testes rápidos e laboratoriais de alta qualidade para diagnóstico e acompanhamento; a garantia de acesso à terapia antirretroviral (Tarv), antibióticos, vacinas e imunoglobulinas; e a expansão dos serviços de saúde para populações vulneráveis [Miranda et al., 2023]. O Brasil faz parte de um grupo de países comprometidos com as metas da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a ETV de HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV como problemas de saúde pública. Para isso, em 2017, o país iniciou o processo de certificação de estados e municípios para a ETV do HIV, lançando no mesmo ano o primeiro Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. Em 2021, esse guia foi atualizado para incluir o processo de certificação de estados e municípios para a ETV da sífilis e, com base nas propostas da OMS, agregou a possibilidade de certificação por meio de Selos de Boas Práticas para a Eliminação. Um ano depois (2022), foi estabelecido o **“Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problemas de Saúde Pública”** em Comissão Intergestores Tripartite (CIT) [Brasil, 2022]. Entre as atividades previstas no Pacto Nacional, está o processo de certificação de estados e municípios para a ETV de HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV.

Adaptada das diretrizes da Opas e da OMS para a certificação de países, a certificação de estados e municípios é uma iniciativa na qual municípios e estados recebem reconhecimento oficial do Ministério da Saúde (MS) por terem alcançado metas específicas na prevenção da transmissão de uma ou mais dessas doenças durante a gestação, o parto e/ou a amamentação. Essas metas são semelhantes às da Opas e da OMS; no entanto, mesmo considerando a realidade da saúde no país, elas são mais rigorosas em certos aspectos. Um exemplo é o atendimento pré-natal: enquanto no Brasil a meta para a eliminação da TV de 95% ou mais envolve pelo menos quatro consultas pré-natais [Brasil, 2024], a OMS exige apenas uma [WHO, 2022].

Em 2024, o Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis foi atualizado novamente, incluindo agora a ETV da hepatite B. Até outubro de 2025, o processo de certificação abrangia uma população de 100.274.766 pessoas [IBGE, 2024], correspondente a sete Unidades Federativas – UFs (Distrito Federal: 2.996.899; Goiás: 7.423.629; Minas Gerais: 21.393.441; Paraná: 11.890.584; Santa Catarina: 8.186.962; Sergipe: 2.299.425; São Paulo: 46.081.801) e os 153 municípios acima de 100.000 habitantes que participaram do processo de certificação de pelo menos uma infecção. Até o final de 2025, a previsão é que a ETV do HTLV também seja incluída na iniciativa de certificação de estados e municípios [WHO, 2022; Brasil, 2024].

Além disso, nos últimos anos, o país tem se empenhado em dar visibilidade à agenda da ETV e promovido discussões sobre a importância de melhorar e integrar a vigilância e a assistência à saúde para o atendimento materno-infantil. Nesse contexto, entende-se que a eliminação da TV envolve determinantes sociais que vão além da capacidade de resposta do setor de saúde. Portanto, abordar os determinantes sociais é uma condição *sine qua non* para reduzir as infecções, particularmente as condições de pobreza, uma vez que tais condições constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, em 6 de fevereiro de 2024, o Decreto Presidencial nº 11.908 [Brasil, 2024(a)] estabeleceu o “Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar”, que visa coordenar diferentes programas sociais intersetoriais para reduzir as desigualdades sociais e inclui, entre seus objetivos e metas, a eliminação da TV de HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV.

ii. Objetivos da avaliação da validação

- Demonstrar o cumprimento das metas de impacto e de processo para a eliminação da transmissão vertical do HIV no Brasil.
- Fornecer informações e descrever as principais políticas para apoiar a análise dos quatro pilares do processo de certificação da ETV:
 - a) Sistemas de dados e vigilância;
 - b) Programas e serviços de saúde;
 - c) Rede de laboratórios e capacidade diagnóstica; e
 - d) Direitos humanos, igualdade de gênero e envolvimento comunitário.

IV. METODOLOGIA

i. Composição do Comitê Nacional de Validação e parceiros envolvidos na avaliação nacional de validação

Para melhorar a gestão e a rede de saúde do SUS, foram estabelecidas ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento para gestantes, parcerias sexuais e crianças, juntamente com o fortalecimento da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação. Assim, com base no Guia para Certificação da ETV do HIV [Brasil, 2018], foi criado o Comitê Nacional de Validação (CNV) para certificar a eliminação da TV do HIV, conforme a Portaria nº 10, de 29 de março de 2018.

Como parte dos esforços para eliminar a TV de várias doenças, o CNV desempenha um papel essencial na supervisão dos processos de certificação. Ao longo dos anos, o Brasil atualizou suas diretrizes e ampliou o escopo das certificações para incluir outras infecções além do HIV, como sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV. Em 2022, o CNV foi reestruturado para incluir representantes de vários departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), bem como da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes). Esses esforços conjuntos visam garantir a eliminação efetiva da TV dessas doenças e promover a saúde das populações mais vulneráveis.

Assim, o CNV passou a ser composto por:

- I – Três representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), a saber:
 - a) Um representante da Coordenação-Geral de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Cgist)/Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi), que coordena o comitê;
 - b) Um representante do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT); e
 - c) Um representante do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI);
- II – Um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps);
- III – Um representante da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai);
- IV – Um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes);
- V – Um representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);
- VI – Um representante do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (Unaid);
- VII – Um representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef);
- VIII – Um representante do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen);
- IX – Um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- X – Um representante do Conselho Federal de Farmácia (CFF);
- XI – Um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- XII – Um representante da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo);
- XIII – Um representante da Sociedade Brasileira de Imunologia (SBI);
- XIV – Um representante da Sociedade de Medicina Tropical (SMT);

- XV – Um representante da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH);
- XVI – Um representante de uma Organização Não Governamental (ONG) com foco em Direitos Humanos ou Direitos da Mulher;
- XVII – Um representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC);
- XVIII – Um representante da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (Sobep);
- XIX – Um representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP);
- XX – Um representante da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST);
- XXI – Um representante da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI);
- XXII – Um representante do Fundo das Nações Unidas para a População (Unfpa) no Brasil;
- XXIII – Um representante da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD);
- XXIV – Um representante da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (Abenfo); e
- XXV – Oito representantes especialistas em ETV de HIV, sífilis, hepatites virais, doença de Chagas e HTLV das diferentes macrorregiões do Brasil.

ii. Metodologia e cronograma da análise de validação nacional

A equipe da Área de Monitoramento e Avaliação (AMA) do Dathi/SVSA/MS vem trabalhando no monitoramento clínico de pessoas e gestantes vivendo com HIV e/ou aids desde 2019. Entre as análises realizadas pela área está o monitoramento das metas globais propostas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (Unaid) para a eliminação da aids como problema de saúde pública e das gestantes vivendo com HIV e/ou aids em Tarv, entre as quais o monitoramento clínico mostrou uma taxa de cobertura de 95%.

Além do processo de monitoramento por meio do sistema nacional de informações, em 2024 foi implementada uma investigação nacional de rotina para todas as crianças expostas ao HIV que tenham pelo menos dois testes de carga viral (CV) detectáveis ou que estejam em Tarv. Assim, com a inclusão dessa rotina de investigação, verificou-se que a meta de eliminação da TV do HIV (<2%) foi alcançada.

Como resultado, em julho de 2024, o Brasil apresentou um relatório preliminar à Opas/OMS [230600 EPS_fin-P (Web Annex A_ Checklist preliminary assessment EMTCT)], demonstrando que o país havia atingido os critérios globais mínimos e os requisitos fundamentais para a validação da eliminação da TV do HIV, obtendo um *feedback* positivo que incentivou o país a avançar com o pedido oficial em 2025. O CNV foi informado do retorno recebido e os próximos passos foram planejados.

O quadro a seguir resume as principais etapas do processo de validação da ETV brasileira junto à Opas/OMS.

Atividade	Prazo
Processo de certificação de estados e municípios pela eliminação da TV	2017 ao presente
<i>Checklist</i> de validação – análise preliminar	Abril de 2024 a junho de 2024
Envio de informações preliminares sobre a eliminação da TV do HIV no Brasil à Opas/OMS	Julho de 2024
<i>Feedback</i> da Opas ao Brasil	Agosto de 2024
Reunião da equipe da Cgist/Dathi/SVSA/MS com a Opas/OMS sobre os dados brasileiros de eliminação da TV do HIV	Novembro de 2024
Reunião interna do Dathi e subsequente reunião com a Comissão Nacional de Validação (CNV) para apresentação da proposta de certificação do país para a eliminação da TV do HIV, definição de prazos e atividades	Janeiro de 2025
Discussão e definição da metodologia para análise de metas de impacto e de processo, incluindo cobertura de testes mediante amostragem, com protocolo validado pela Opas/OMS	Fevereiro e março de 2025
Elaboração do relatório e análise dos indicadores (taxa de TV, cobertura de Tarv em gestantes, cobertura de testes pré-natais)	Fevereiro a maio de 2025

iii. **Composição do Comitê Regional de Validação e parceiros envolvidos na avaliação da validação regional**

(A ser preenchido pela Opas/OMS)

iv. **Metodologia e cronograma da análise da validação regional**

(A ser preenchido pela Opas/OMS)

V. CONTEXTO DO PAÍS E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O Brasil é um país de grande extensão territorial e de renda média, com aproximadamente 213 milhões de habitantes [IBGE, 2024], o que o torna o país mais populoso da América do Sul e o sexto mais populoso do mundo [Brasil, 2024(b)]. Possui uma população diversificada, composta de várias origens étnicas, decorrente de séculos de migração e intercâmbio cultural. A população inclui pessoas de ascendência indígena, europeia, africana e asiática. De acordo com as classificações oficiais, os brasileiros se autoidentificam por categorias de raça/cor, como “branca”, “parda”, “preta”, “amarela” (asiática) e “indígena”. A imigração desempenhou um papel importante na formação da população brasileira. Após a colonização portuguesa, o Brasil recebeu milhões de pessoas africanas escravizadas, seguidas por grandes ondas de imigrantes da Itália, Alemanha, Espanha, Japão e Oriente Médio no século XIX e no início do século XX [IBGE, 2024; Brasil, 2024(b); Brasil, 2024(c)].

O Brasil faz fronteira com todos os países da América do Sul, exceto Chile e Equador, e está situado majoritariamente no hemisfério sul, possuindo um vasto litoral no Oceano Atlântico, a leste. O país é dividido em cinco macrorregiões geográficas principais: Norte – região que abriga a Floresta Amazônica, sendo rica em biodiversidade e pouco povoada; Nordeste – região conhecida por suas cidades históricas, tradições culturais e clima predominantemente semiárido; Centro-Oeste – a região, que inclui o Pantanal e a capital do país, Brasília, é um centro de agricultura e pecuária; Sudeste – região mais populosa e economicamente desenvolvida, abrigando grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro; Sul – influenciada pela imigração europeia, essa região tem um clima temperado e importantes setores agrícola e industrial [Brasil, 2024(b); Brasil, 2024(c)].

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público e universal que oferece assistência à saúde gratuita à população [Brasil, 1990]. O SUS desempenha um papel central na vigilância de doenças, vacinação e atenção primária; no entanto, apesar dos avanços em saúde pública, determinantes sociais como pobreza, educação, raça e acesso à assistência continuam a impactar os desfechos em saúde.

Quanto ao perfil epidemiológico, o Brasil enfrenta uma tripla carga de doenças: doenças infecciosas (p. ex., HIV, aids, hepatite B e C, sífilis, HTLV, tuberculose, hanseníase e arboviroses como dengue e Zika); doenças crônicas não transmissíveis (p. ex., hipertensão, diabetes, câncer); e agravos decorrentes de causas externas (p. ex., violência e acidentes). A transição epidemiológica está em curso; enquanto as doenças infecciosas persistem em populações vulnerabilizadas, as condições crônicas dominam as estatísticas gerais de morbidade e mortalidade. Além disso, vale ressaltar que o país possui robustos sistemas de informação em saúde (p. ex., Sinan, Sim, Siclom, Siscel, Sinasc, Gal, Sisab) que permitem o monitoramento de indicadores de saúde e apoiam políticas públicas, mesmo com desafios persistentes relacionados à completude, integração e uso oportuno dos dados para a tomada de decisões.

O Brasil é uma nação multiétnica e culturalmente diversa, moldada pelos elementos que constituem sua formação histórica, demográfica e cultural. O país está entre as dez maiores economias do mundo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 11,7 trilhões (US\$ 2,7 trilhões) e uma taxa de crescimento de cerca de 3,4% em 2024 em relação ao ano anterior (2023), de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [IBGE, 2025; IBGE, 2025(a)].

Tabela 1. Indicadores econômicos. Brasil, 2025.

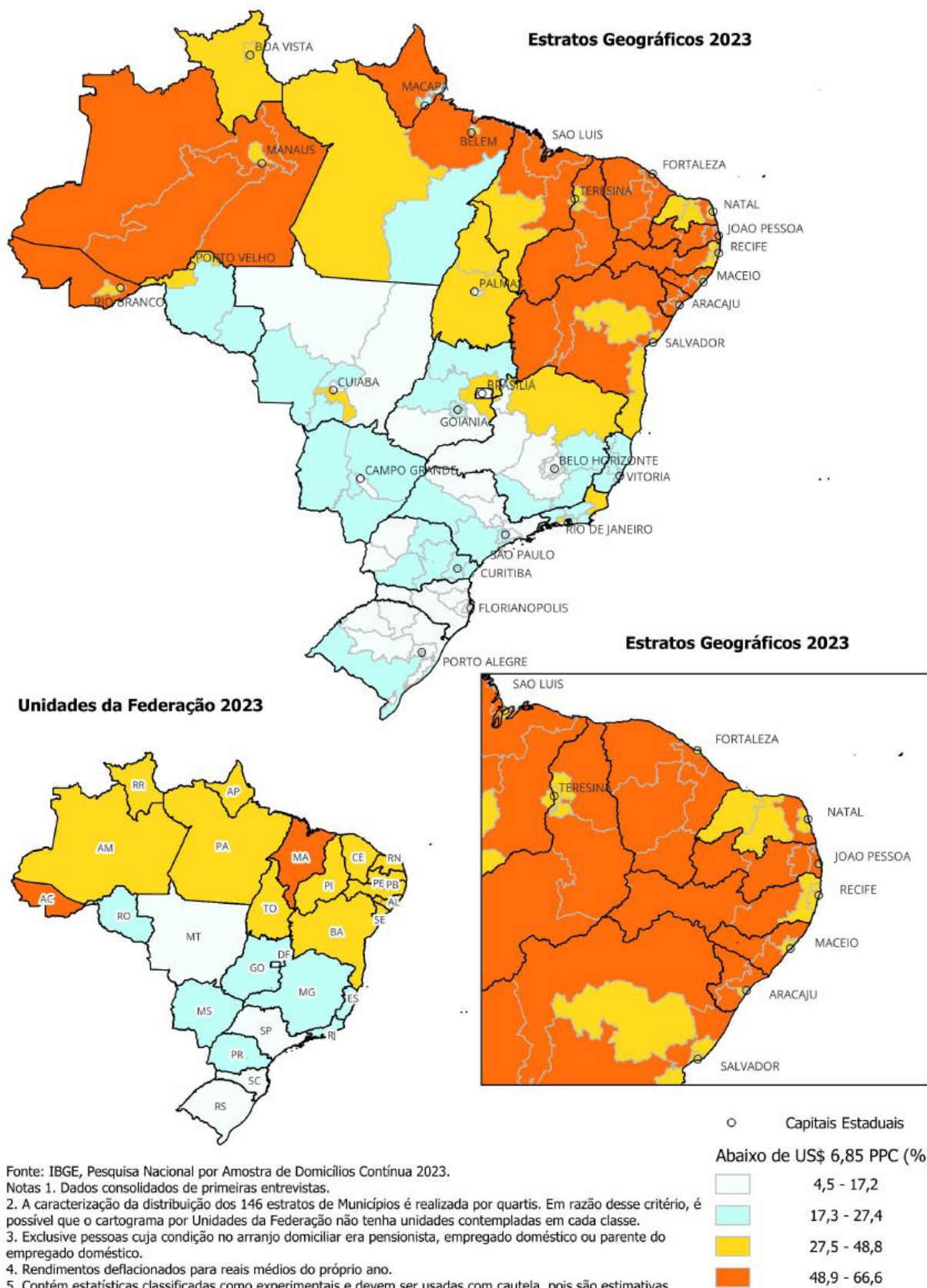
Indicador econômico	Ano	Descrição	Valor
Produto Interno Bruto (PIB)	2024	Em US\$	2,7 trilhões
PIB per capita	2024	Em US\$ por pessoa	10.300
Taxa de crescimento do PIB	2023	% anual	2,9%
Taxa de desemprego total	2024	% da força de trabalho	6,6%
Inflação	2024	IPCA acumulado anual (%)	4,8%

Fonte: IBGE, 2025.

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor.

Embora as medidas distributivas e as políticas sociais adotadas pelo governo tenham reduzido as taxas de pobreza e pobreza extrema, as desigualdades sociais persistem e se concentram em determinadas regiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentam o maior número de pessoas vivendo com US\$ 6,85 por dia, de acordo com o indicador de Paridade de Poder de Compra (PPC), utilizado pelo Banco Mundial para comparações entre países [IBGE, 2024(a)]. Também é importante observar que as desigualdades estão presentes nas microrregiões urbanas das principais cidades brasileiras. Essas áreas representam aglomerados com taxas significativas de pobreza e populações vivendo abaixo da linha de pobreza (Figura 1).

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda, utilizado para subsidiar a implementação e o monitoramento de políticas públicas de proteção social, incluindo programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinados aos segmentos mais vulneráveis da população. O acesso a esses benefícios depende de certos critérios que os beneficiários devem cumprir, tais como: manter em dia a caderneta de vacinação básica; garantir que os filhos menores estejam devidamente matriculados em instituições de ensino; e garantir que as gestantes estejam vinculadas aos serviços de pré-natal da rede pública de atenção primária à saúde do SUS [Brasil, 2024(d); Brasil, 2024(e)]. Esses critérios facilitam a integração e a cooperação entre os dois principais sistemas de proteção social voltados à redução da pobreza no país: o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) [Brasil, 2024(f)]. Ambos os sistemas atuam de forma integrada para ajudar a enfrentar e superar as dificuldades vivenciadas pelas famílias e comunidades (Figura 2).



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023.

Notas 1. Dados consolidados de primeiras entrevistas.

2. A caracterização da distribuição dos 146 estratos de Municípios é realizada por quartis. Em razão desse critério, é possível que o cartograma por Unidades da Federação não tenha unidades contempladas em cada classe.

3. Excluídas pessoas cuja condição no arranjo domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

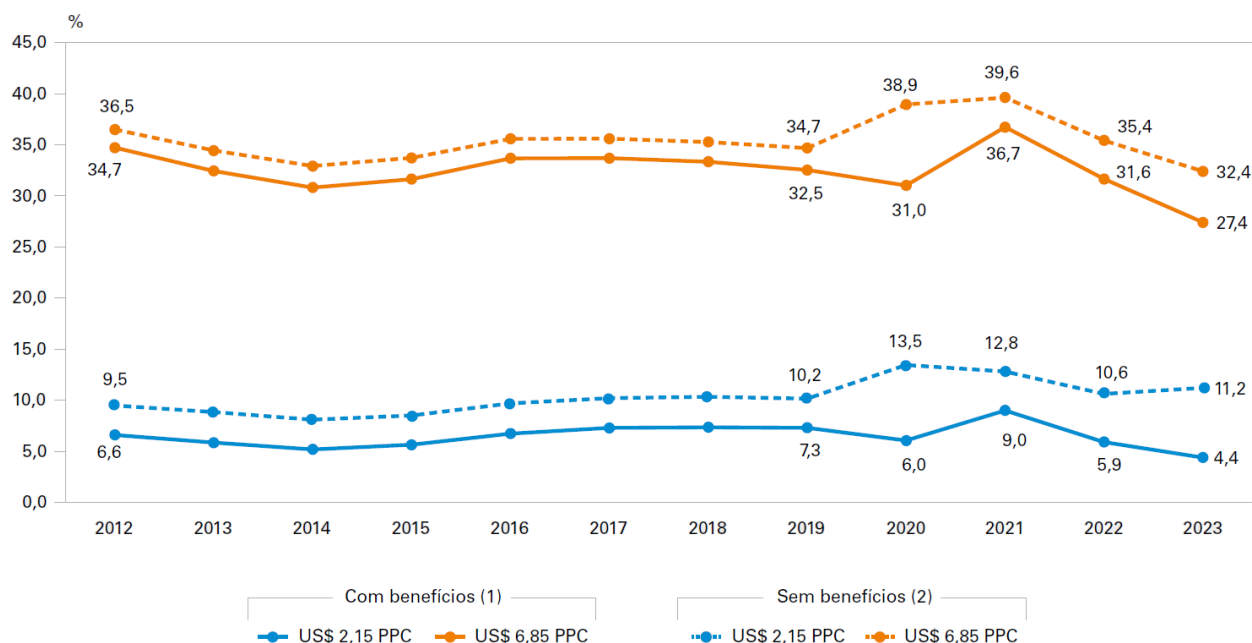
4. Rendimentos deflacionados para reais médios do próprio ano.

5. Contém estatísticas classificadas como experimentais e devem ser usadas com cautela, pois são estimativas novas que ainda estão em fase de teste e sob avaliação. São desenvolvidas e publicadas visando envolver os usuários e partes interessadas para avaliação de sua relevância e qualidade.

Figura 1. Proporção de pessoas com renda familiar per capita inferior a US\$ 6,85 (PPC), por estratos geográficos e Unidades Federativas. Brasil, 2023.

PPC – Paridade de Poder de Compra.

Fonte: IBGE – Resumo de Indicadores Sociais. Brasil, 2024.



Notas: 1. Dados consolidados de primeiras visitas de 2012 a 2019 e 2023 e das quintas visitas de 2020 a 2022.

2. Excluídas as pessoas cuja condição no domicílio era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

3. Taxa de conversão da paridade de poder de compra para consumo privado, R\$ 2,33 para US\$ 1,00 PPC 2017, valores diários tornados mensais e inflacionados pelo IPCA para anos recentes.

(1) Benefícios de programas sociais incluem: Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada - BPC, Auxílio Emergencial e outros programas sociais governamentais. (2) Exercício simulado com rendimento domiciliar *per capita* sem a presença de benefícios de programas sociais.

Figura 2. Proporção de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza acessando programas sociais no Brasil, 2012-2023.

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2023. Desigualdades Regionais e Pobreza Extrema. IBGE, Brasil.

Os maiores centros urbanos do país coexistem com situações sociais extremas. De acordo com dados publicados pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o país registrou recentemente um aumento de 25% no número de pessoas em situação de rua. Em 2023, havia aproximadamente 262 mil pessoas nessa condição, chegando a cerca de 328 mil pessoas em 2024 [Agência Brasil, 2025].

Parte desse aumento pode ser atribuída ao fortalecimento do principal instrumento do governo federal para o registro e a identificação da população em situação de rua, o Cadastro Único (CadÚnico) [Brasil, 2025], que ampliou a capacidade de monitoramento desse contingente e de subsidiar a tomada de decisão e a adoção de políticas de proteção social. Por outro lado, é importante destacar que há uma insuficiência de políticas multissetoriais voltadas para atender às necessidades dessa população, como moradia, emprego, educação e implementação de medidas de redução de danos relacionadas ao uso de drogas. A região Sudeste concentra 63% da população em situação de rua do país, aproximadamente 205 mil pessoas, seguida pela região Nordeste, com 14%, ou cerca de 47 mil pessoas. O CadÚnico fornece informações sobre pessoas em situação de rua beneficiárias do PBF por grupos populacionais específicos, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 2. Cadastro Único (CadÚnico) segundo populações específicas e/ou tradicionais. Brasil, 2025.

Grupos familiares	Famílias registradas (fevereiro 2025)	Famílias registradas recebendo PBF (março 2025)
Povos indígenas	311.474	240.100
Povos ciganos/Romani	17.778	9.473
Comunidades quilombolas	401.882	278.798
Povos ribeirinhos	199.257	148.816
Extrativistas	64.677	51.924
Pescadores artesanais	463.960	364.038
Agricultores familiares	2.742.185	1.928.059
Assentados da reforma agrária	195.812	90.287
Acampados	58.858	27.545
Pessoas em situação de rua	320.386	238.208
Afetados por empreendimentos de infraestrutura	21.177	9.717
Coletores de materiais recicláveis	505.633	374.643
Beneficiários do programa nacional de crédito fundiário	4.091	1.825
Famílias de detentos no sistema penitenciário	39.039	24.578
Famílias pertencentes a comunidades de terreiros	13.204	8.195
Total	5.054.172	3.530.236

Fonte: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome: Relatório de Programas e Ações, 2025.
PBF – Programa Bolsa Família.

O país também possui desigualdades regionais significativas, com as regiões Norte e Nordeste apresentando níveis de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferiores aos observados nas regiões Sul e Sudeste. Essa desigualdade se reflete no setor da saúde, seja na disponibilidade de serviços, na infraestrutura de saúde ou no acesso da população à atenção primária e especializada. Da mesma forma, as taxas de mortalidade geral e infantil evidenciam essas desigualdades, com as regiões Norte e Nordeste mostrando taxas mais elevadas em comparação com as outras regiões do país. Por exemplo, enquanto em 2024 a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 12,4 por 1.000 nascidos vivos (NV), nas regiões Norte e Nordeste essa taxa era de 16,9 e 15,3 mortes por 1.000 NV, respectivamente [Brasil, 2024(g)].

Portanto, o SUS enfrenta desafios influenciados por fatores como envelhecimento da população, transição epidemiológica e desigualdades sociais. As doenças não transmissíveis representam a questão de saúde pública mais significativa no país [Brasil, 2025(a)], sendo responsáveis por mais da metade de todas as mortes no território. Essas doenças são geralmente representadas por quatro grupos principais de enfermidades, que são as doenças cardiovasculares,

as doenças respiratórias crônicas, o diabetes e o câncer, cujos fatores de risco e proteção comuns são geralmente caracterizados por hábitos de vida que atuam como determinantes no processo saúde-doença da população.

i. Geografia

Em termos geográficos, o Brasil é um país continental, com uma extensão territorial de 8.510.346 km², cujas fronteiras terrestres com outros países se estendem por 16.886 km. Sua organização territorial e político-administrativa é federativa, compreendendo cinco grandes regiões geográficas, 27 UFs (26 estados mais o Distrito Federal – DF) e 5.570 municípios [IBGE, 2024(b)]. Esse vasto território abriga vários biomas: a Amazônia (>40% do território nacional), a Mata Atlântica (13%), o Cerrado (24%), a Caatinga (10%), o Pantanal (2%) e o Pampa (2%) – Figura 3. Alguns desses biomas são sensíveis aos impactos associados à expansão das atividades agropecuárias e a outras frentes de uso e ocupação do solo, como atividades madeireiras e mineradoras [IBGE, 2024(c)].

ii. Demografia

A população brasileira em 2025 foi estimada em 213.421.037 pessoas [IBGE, 2024]. Esse total é composto de 104.046.624 homens e 109.374.413 mulheres, com predomínio da faixa etária de 25 a 44 anos para ambos os sexos. A partir de 2030, espera-se que as taxas de crescimento populacional diminuam mais acentuadamente. Essa transição demográfica trará impactos significativos ao sistema de previdência social do país, devido ao aumento progressivo da população idosa [IBGE, 2024; IBGE, 2024(b)].

De acordo com o último censo do IBGE (2022), o país tem 151.547.694/162.951.492 (93,0%) de sua população alfabetizada; 177.508.417/203.080.756 (87,4%) pessoas vivendo em áreas urbanas; e uma população indígena de 1.694.836/203.080.756 (0,8%) milhões de pessoas, sendo 1.227.642/203.080.756 (0,6%) autodeclaradas indígenas por cor/raça. Esses povos indígenas são formados por diversos grupos étnicos [IBGE, 2024(b)].

Além disso, a composição demográfica também inclui um número significativo de pessoas autodeclaradas pardas (92.083.286/203.080.756, 45,3%) e pretas (20.656.458/203.080.756, 10,2%), seguidas por brancas (88.252.121/203.080.756, 45,4%) e amarelas (descendentes de asiáticos) (850.130/203.080.756, 0,4%), de acordo com a classificação utilizada pelo IBGE, que coleta dados sobre raça/cor por meio de autodeclaração do entrevistado [IBGE, 2024(b)]. As pessoas pretas e pardas representam mais da metade da população total do país. Por outro lado, uma parte significativa da população é composta por descendentes de colonizadores portugueses e imigrantes de vários fluxos migratórios internacionais ao longo da história do país [Brasil, 2024(c)].

A diversidade cultural é evidente nas expressões artísticas, religiosas e culinárias do Brasil, que mostram a rica herança cultural da nação. No entanto, é importante destacar que essa diversidade não exclui as desigualdades sociais e o racismo, que persistem e continuam sendo elementos centrais no debate sobre a identidade nacional.

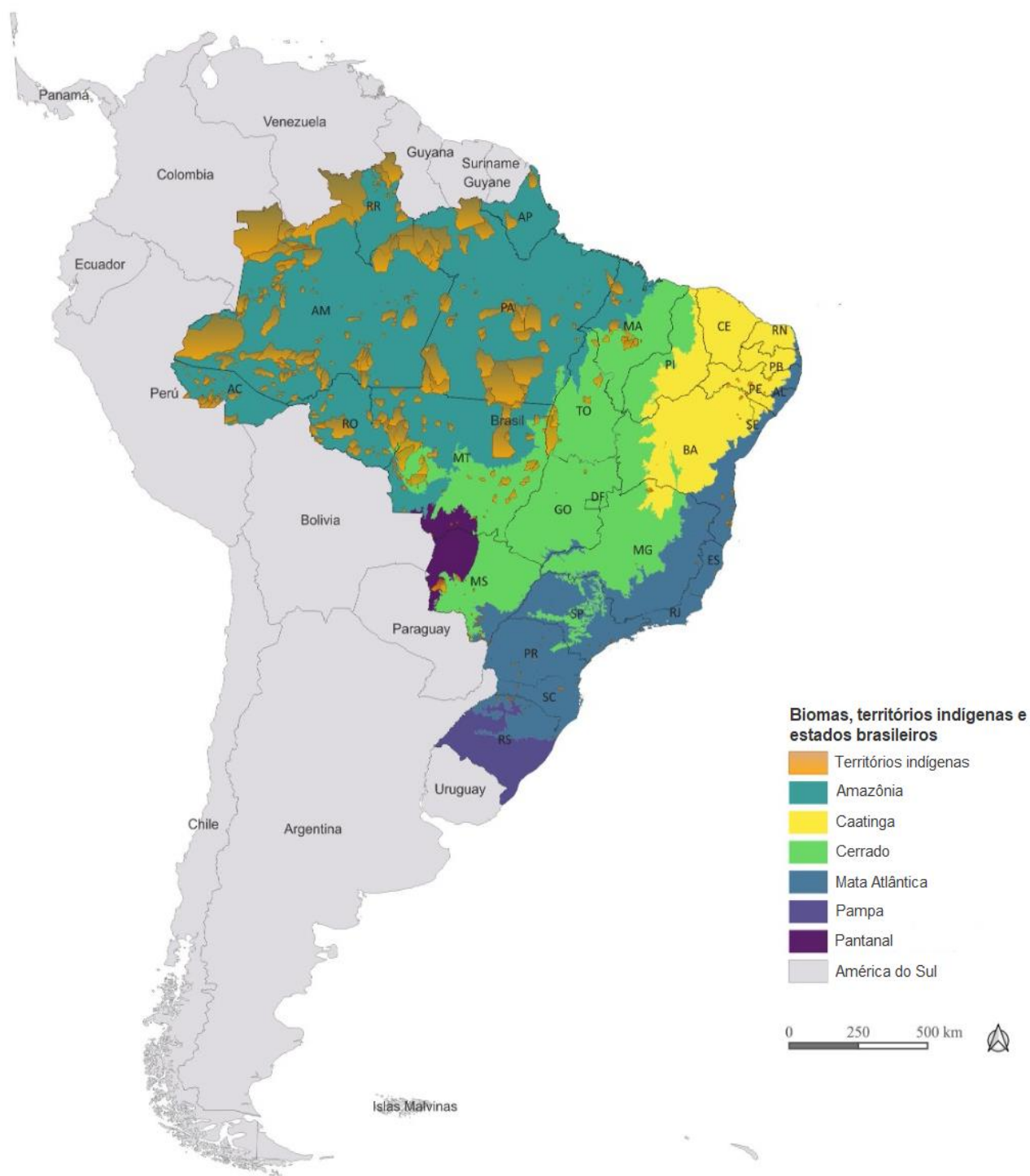


Figura 3. Biomias, territórios indígenas e estados brasileiros, 2025.

Fonte: desenvolvido pela Cgist/Dathi/SVSA/MS usando o software QGIS 3.31.11. *Shapefiles* obtidos de MapBiomias Brasil:

<https://brasil.mapbiomas.org/downloads/>

As siglas dos estados são as seguintes: AC – Acre; AL – Alagoas; AM – Amazonas; AP – Amapá; BA – Bahia; CE – Ceará; DF – Distrito Federal; ES – Espírito Santo; GO – Goiás; MA – Maranhão; MG – Minas Gerais; MT – Mato Grosso; MS – Mato Grosso do Sul; PA – Pará; PB – Paraíba; PE – Pernambuco; PI – Piauí; PR – Paraná; RJ – Rio de Janeiro; RN – Rio Grande do Norte; RO – Rondônia; RR – Roraima; RS – Rio Grande do Sul; SC – Santa Catarina; SE – Sergipe; SP – São Paulo; TO – Tocantins.

Tabela 3. Indicadores demográficos, ano avaliado, descrição e valor correspondente. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo demográfico. Brasil, 2025.

Indicador	Ano	Descrição	Valor
População	2023	População estimada	211 milhões de habitantes
Taxa de crescimento populacional	2023	Crescimento anual (%)	0,4%
Expectativa de vida	2023	Em anos	72 anos
Taxa de pobreza (pessoas vivendo com US\$ 2,15/dia)	2024	% da população	3,5%
Taxa de analfabetismo	2023	% da população ≥15 anos	7,0%
Taxa de homicídio intencional	2024	Taxa por 100.000 habitantes	18,2

Fonte: Agência Brasil, 2025.

iii. Número estimado de gestantes

Para a estimativa do quantitativo de gestantes no país, a referência utilizada é o número de nascidos vivos registrado pelo Sistema de Informações sobre Nascimentos Vivos (Sinasc). Tal se deve porque, ao contrário da projeção populacional do IBGE, o Sinasc baseia-se no número absoluto de nascidos vivos no país. Trata-se de um sistema oficial, implementado em 1990, obrigatório para os fins descritos no artigo 51 da Lei nº 6.015/1973, que trata da emissão de certidões de nascimento pelo Cartório de Registro Civil (artigo 11 da Portaria nº 116 MS/SVS/2009) e no inciso IV do artigo 10 da Lei nº 8.069/1990, com validade nacional conferida pela Lei nº 12.662/2012. Nesse sentido, o Sinasc é um importante sistema que apoia o desenvolvimento, a formulação, o monitoramento e a avaliação de políticas relacionadas à saúde materno-infantil no país, tanto no setor público quanto no privado [Brasil, 1973; Brasil, 2009; Brasil, 2012].

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é impressa e distribuída aos estados exclusivamente pelo Ministério da Saúde (MS). Ela deve ser preenchida em três vias (1 – Departamento de Saúde; 2 – Cartório de Registro Civil; 3 – responsável legal pela criança), sequencialmente pré-numeradas, por profissionais de saúde ou parteiras tradicionais (reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde) no caso de partos hospitalares ou domiciliares. Os formulários são coletados regularmente pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Além das variáveis sociodemográficas, a DNV também inclui variáveis como número de consultas de pré-natal, tipo de parto, anomalias congênitas, índices de Apgar no 1º e no 5º minuto de vida, entre outras. Os dados públicos sobre nascidos vivos estão disponíveis na seção Estatísticas Vitais – TabNet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) [Brasil, 2022(a); Brasil, 2024(g)]. Portanto, o número estimado de gestantes no Brasil para 2021, 2022 e 2023, usando o número de NV como *proxy* [Brasil, 2024(g)], foi o seguinte:

- 2022: 2.677.101 (macrorregiões – Norte: 309.362; Nordeste: 766.074; Sudeste: 1.009.734; Sul: 362.921; Centro-Oeste: 229.010)
- 2023: 2.561.922 (macrorregiões – Norte: 289.158; Nordeste: 708.975; Sudeste: 979.681; Sul: 359.781; Centro-Oeste: 224.327)
- 2024: 2.537.576 (macrorregiões – Norte: 284.197, 11,2%; Nordeste: 703.448, 27,7%; Sudeste: 966.160, 38,1%; Sul: 357.612, 14,1%; Centro-Oeste: 226.159, 8,9%).

iv. Dados disponíveis sobre as populações relevantes para a transmissão de HIV, sífilis e/ou hepatite B no país, incluindo populações-chave e migrantes

A infecção pelo HIV e a aids no Brasil estão presentes em todo o território nacional, mas se intensificam em segmentos específicos da população – o que caracteriza a epidemia do país como concentrada, com uma taxa de detecção do vírus de aproximadamente 0,4% na população geral [Brasil, 2017]. A Figura 4 mostra as populações mais afetadas pela infecção pelo HIV, reconhecidas pelo MS como populações-chave, as quais, devido principalmente a fatores estruturantes, são mais vulnerabilizadas à infecção pelo HIV. Para esses grupos, as ações de prevenção e resposta ao HIV devem ser priorizadas.

Em geral, as doenças infecciosas afetam predominantemente pessoas vivendo em situação de pobreza, sendo que desigualdades históricas e estruturais fazem com que populações negras (pretas e pardas) e indígenas estejam desproporcionalmente representadas entre os grupos socialmente mais vulneráveis no Brasil. Ao analisar a distribuição dos casos de aids nos últimos dez anos por raça/cor, observa-se que a proporção de casos entre pessoas negras (pretas e pardas) aumentou de 50,3% em 2011 para 62,3% em 2021, correspondendo a um acréscimo de 12 pontos percentuais [Lua et al., 2023; Brasil, 2024(h)].

Uma tendência semelhante é observada para a mortalidade: entre 2011 e 2021, houve um aumento de aproximadamente 8% na proporção de óbitos entre indivíduos negros, com uma proporção maior entre mulheres negras. Em 2011, 52,6% das mortes relacionadas à aids ocorreram entre indivíduos negros (38,8% pardos e 13,8% pretos) e, em 2021, 60,5% (46,5% pardos e 14,0% pretos) [Brasil, 2024(h)].

Em 2021, a proporção de gestantes vivendo com HIV que se identificaram como negras aumentou significativamente, das quais 52,8% eram pardas e 14,8% pretas. A tendência de casos de HIV entre gestantes pardas vem aumentando desde o início da série histórica, e a proporção de gestantes pretas também aumentou entre 2011 e 2021. Em 2021, entre as gestantes notificadas, a maior proporção de mulheres negras estava na faixa etária de 15 a 29 anos (69,6%), sendo 13,8% e 55,8% mulheres jovens pretas e pardas, respectivamente [Brasil, 2024(h)].

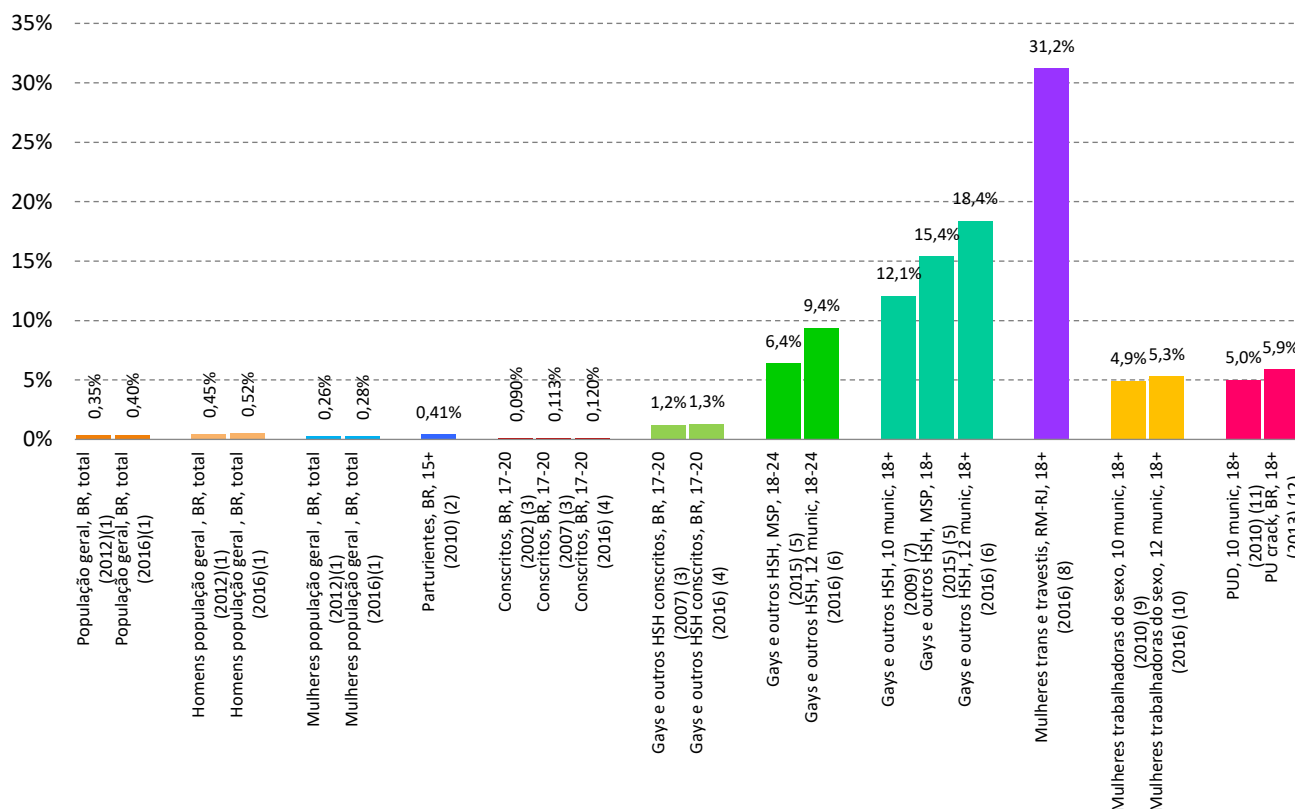


Figura 4. Prevalência de HIV por população, segundo estudos selecionados. Brasil, 2007-2016.

HSH – homens que fazem sexo com homens; PUD – pessoas que usam drogas.

Fontes: (1) Brasil. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília, 2016; (2) Pereira et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. BMC Infect Dis. 2017 Jul 5;17(1):469; (3) Szwarcwald et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. Cad. Saúde Pública, 2011;27(suppl. 1): s19-s26; (4) Sperhake et al. Apresentação realizada no Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, 2017; (5) Veras et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. AIDS Behav. 2015 Sep;19(9):1589-98; (6) Kerr et al. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, 2017; (7) Kerr et al. HIV among MSM in a large middle-income country. AIDS. 2013;27(3):427-35; (8) Grinsztejn et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. The Lancet HIV 2017;3018(17)30015-2; (9) Damacena et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011;57(Suppl 3):S144-52; (10) Szwarcwald et al. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre mulheres profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de IST, HIV/aids e Hepatites Virais, 2017; (11) Bastos et al. 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. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, HIV/Aids e Hepatites Virais, 2010; (12) Bastos et al. 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: Fiocruz; 2014. 224 p.

Da mesma forma, a população jovem tem sido particularmente afetada pela infecção pelo HIV no Brasil: 23% das novas infecções nos últimos dez anos ocorreram em indivíduos com idades entre 15 e 24 anos [Brasil, 2024(h)]. Vários estudos mostram que a epidemia aumentou entre homens com idades entre 15 e 24 anos, onde se concentra o maior número de casos [Grangeiro et al., 2023]. De acordo com Grangeiro et al. (2023), um novo contexto de interações emocionais e sexuais surgiu nos últimos anos, o que, teoricamente, favorece comportamentos associados a uma maior circulação do HIV, ISTs e hepatites virais, destacando a necessidade de construir políticas participativas baseadas na proteção e promoção dos direitos humanos e voltadas para a redução das vulnerabilidades e desigualdades.

No que concerne à sífilis, no Brasil a doença está disseminada na população geral (sífilis adquirida), mas concentra-se predominantemente entre adultos jovens de 20 a 29 anos, em ambos os sexos, faixa em que atingiu as seguintes proporções: 38,6% (66.415/172.277) em 2021; 37,2% (80.782/217.043) em 2022; 36,8% (88.550/240.902) em 2023; e 36,3% (8.987/24.730) em 2024 (dados preliminares). A proporção de casos de sífilis adquirida entre indivíduos que se identificaram como pretos e pardos foi de 50,2% em 2011 e aumentou para 59,0% em 2021, indicando um crescimento significativo. Além disso, em 2021, a frequência relativa de casos de sífilis entre a população negra foi maior em todas as faixas etárias, especialmente entre os jovens [Brasil, 2024(i)].

Quanto às gestantes com sífilis, a proporção das que se identificaram como pardas variou de 51,6% em 2011 para 56,9% em 2021. Houve uma ligeira diminuição na proporção de gestantes pretas, de 14,5% em 2011 para 12,7% em 2021. Comparando 2013 e 2023, mais de 60% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram pretas e pardas. Em 2021, em todas as faixas etárias, a proporção de pretas e pardas entre as gestantes diagnosticadas com sífilis foi superior a 50% [Brasil, 2024(i)]. Além disso, entre mulheres transgênero e travestis, há evidências de uma prevalência significativa de sífilis adquirida. O risco de contrair sífilis é maior entre indivíduos transgênero pretos e pardos, com baixo nível de escolaridade ou que se dedicam ao trabalho sexual, o que torna esse grupo outra população vulnerabilizada e importante para a disseminação da sífilis no país [da Rocha et al., 2024].

Em 2011, 42,4% dos casos notificados de hepatite B no Brasil ocorreram entre indivíduos que se identificavam como pardos (34,6%) e pretos (7,8%); em 2021, a proporção combinada subiu para 62,8%, sendo 43,2% pardos e 19,6% pretos. No período, entre os indivíduos pretos e pardos, a proporção de mulheres com hepatite B foi consistentemente superior à dos homens. Na faixa etária de até 39 anos, a proporção de indivíduos pretos e pardos somados ultrapassou 60%, chegando a 67,4% entre os jovens de 15 a 29 anos (53% pardos e 14,4% pretos). Entre os indivíduos com 50 anos ou mais, a proporção de indivíduos pretos e pardos foi de 45,3% [Bahia, 2023; Brasil, 2024(j)].

Em relação à população migrante, um estudo realizado com imigrantes e refugiados no Brasil encontrou uma prevalência de 5,8% para hepatite B, 2,3% para sífilis e 0,7% para HIV [Silva et al., 2023]. Fatores como barreiras linguísticas, acesso limitado a serviços de saúde, condições precárias de vida e falta de conhecimento sobre os sistemas de saúde locais podem contribuir para a vulnerabilidade dessa população.

v. Indicadores básicos de saúde e de saúde materno-infantil no país

a. Expectativa de vida

A esperança de vida ao nascer no Brasil está aumentando. Em 2021, a duração média de vida no país era de 72,8 anos (69,3 anos para homens e 76,4 anos para mulheres); em 2022, subiu para 75,4 anos (72,1 anos para homens e 78,8 anos para mulheres) e, em 2023, atingiu 76,4 anos (73,1 anos para homens e 79,7 anos para mulheres). A variação na esperança de vida ao nascer, entre 1940 e 2023, foi positiva em 30,9 anos [IBGE, 2023].

b. Taxas de mortalidade materna

O pré-natal desempenha um papel crucial na prevenção e redução da mortalidade materno-infantil, bem como na minimização de desfechos perinatais adversos. A captação precoce das gestantes para o início do cuidado, juntamente com a realização oportuna dos exames recomendados para cada período gestacional, a coleta abrangente do histórico clínico e exames físicos, bem como a tomada de decisões imediatas, permitem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de complicações clínicas e obstétricas. Essas medidas contribuem para o monitoramento da evolução da gravidez, a implementação de ações preventivas específicas e a redução da exposição materna e fetal a fatores de risco. Entre 2021 e 2023, a taxa de mortalidade materna (mortes maternas e maternas tardias) segundo residência, por 1.000 NV, foi de 1,27 ($3.403/2.677.101 \times 1.000$) em 2021, 0,6 ($1.636/2.561.922 \times 1.000$) em 2022 e 0,6 ($1.586/2.537.576 \times 1.000$) em 2023 [Brasil, 2024(k)].

A análise dos perfis de mortalidade materna por raça/cor da pele para os anos de 2010 e 2015 revelou que as doenças cerebrovasculares e as doenças cardíacas isquêmicas foram a primeira ou a segunda causa mais frequente de morte em todos os grupos, exceto entre a população indígena. Nesse grupo, as principais causas de morte materna foram pneumonia resultante de influenza e sinais, sintomas e achados clínicos e laboratoriais anormais não classificados em outra categoria [Brasil, 2024(k); Brasil, 2023; Brasil, 2023(a)].

c. Taxa de fecundidade

Nos últimos dez anos, a taxa de fecundidade total do Brasil — o número médio de filhos nascidos de mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos) — diminuiu 9,8%, passando de 1,74 em 2013 para 1,57 filhos por mulher em 2023 (Figura 5).

d. Tendências em mortalidade infantil, perdas fetais e fatores associados

A mortalidade infantil, definida como o óbito de crianças antes de um ano de idade, está associada a múltiplos fatores interligados. No Brasil, as mortes infantis relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde são consideradas evitáveis. Entre elas estão as mortes causadas por infecções preveníveis mediante vacinas, sífilis congênita, transmissão vertical do HIV, diarreia e desidratação, desnutrição e cuidados inadequados durante o parto e ao recém-nascido. Entre 2013 e 2023, foram registrados 386.198 óbitos infantis, representando uma redução de 17,8% entre 2013 (38.966 casos) e 2023 (32.017 casos) [Brasil, 2024(h); Brasil, 2024(k)]. A taxa de mortalidade infantil em 2023 foi de 12,6 por 1.000 NV ($32.017/2.537.576 \times 1.000$), conforme a Figura 6.

As perdas fetais, ou mortes fetais (abortos espontâneos e natimortos), estão associadas a uma série de fatores que envolvem insuficiência de cuidados pré-concepcionais, assistência adequada durante a gestação e acesso a serviços de saúde de qualidade. No Brasil, entre 2013 e 2023, foram registrados 330.002 abortos espontâneos, uma redução de 17,0% quando se comparam 2013 (31.981 casos) e 2023 (26.545 casos) (Figura 6) [Brasil, 2024(h); Brasil, 2024(k)]. A taxa de mortalidade fetal foi de 10,4 perdas fetais por 1.000 nascimentos (NV + óbitos fetais).

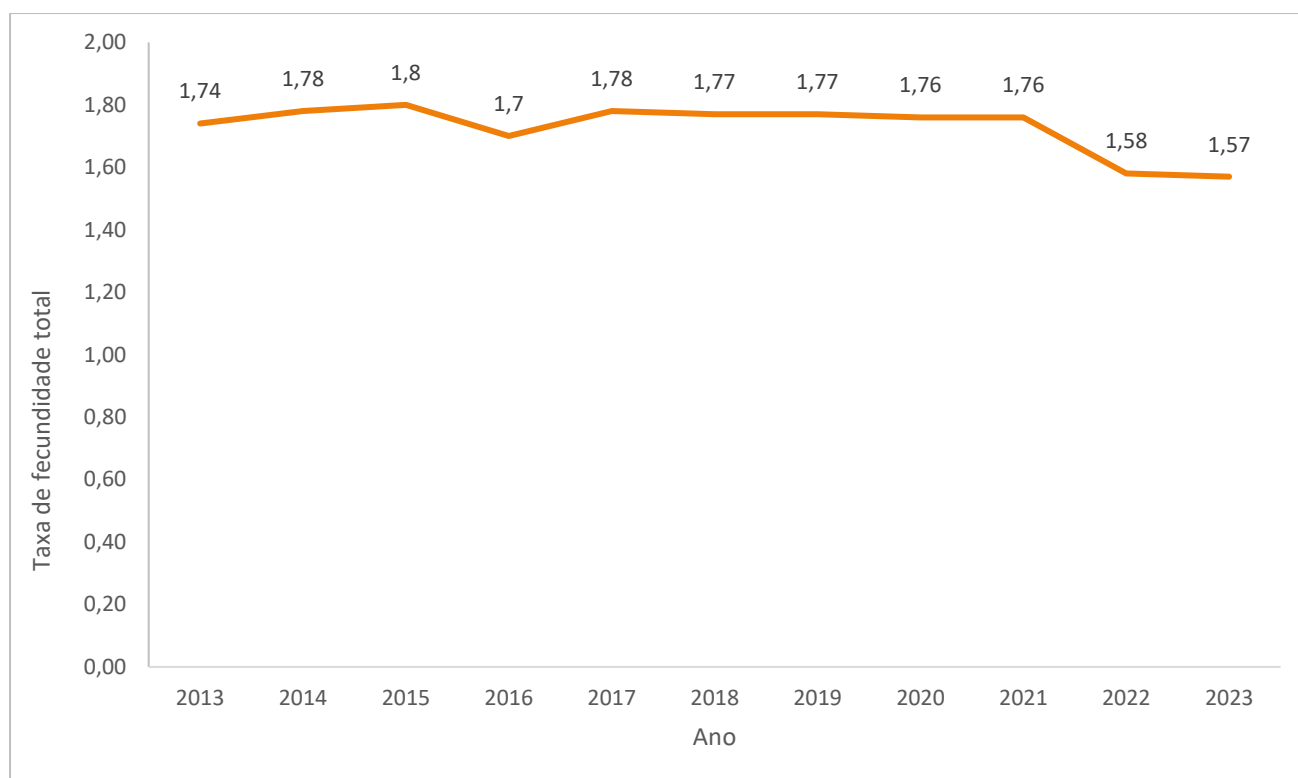


Figura 5. Taxa de fecundidade total, por ano. Brasil, 2013 a 2023.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

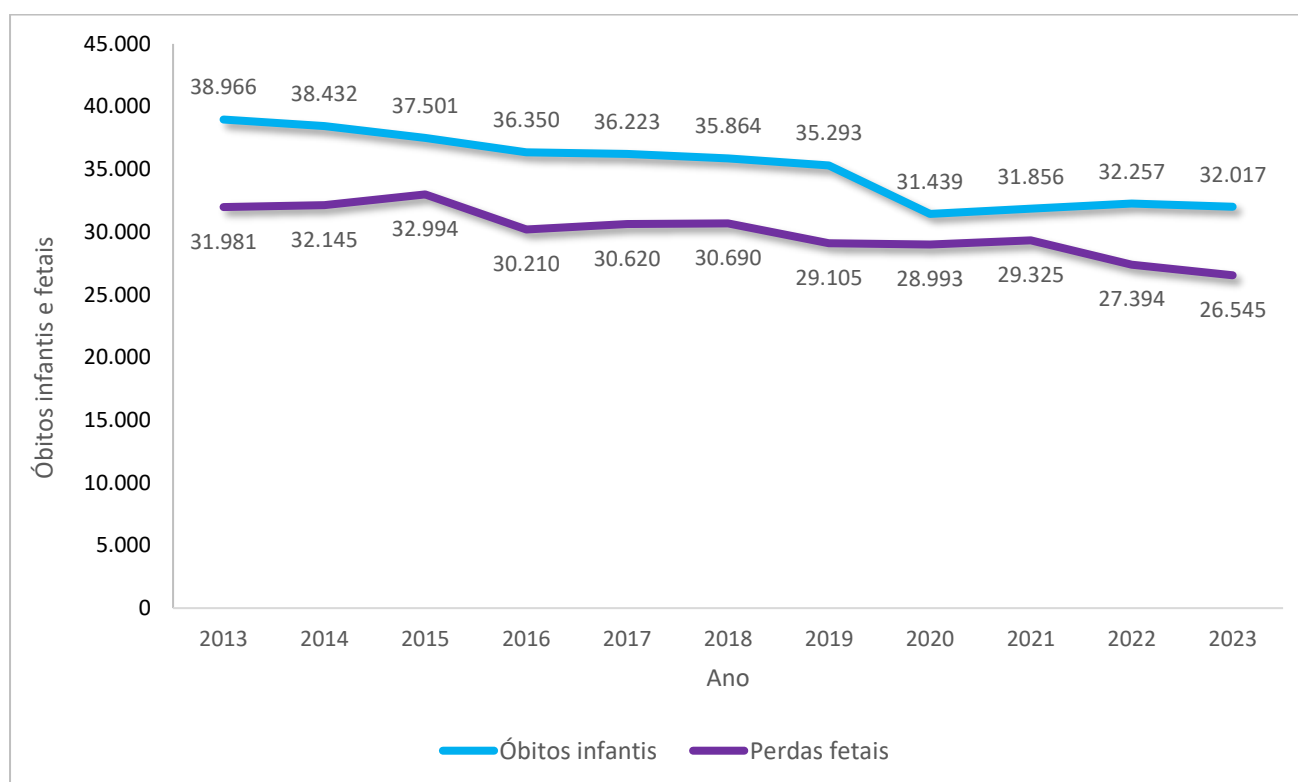


Figura 6. Número de óbitos infantis e perdas fetais por ano de nascimento. Brasil, 2013 a 2023.

Fonte: Cgist-VIP/Dathi/SVSA/MS.

A redução dessas ocorrências ao longo do período ensejou uma análise de tendências mediante um modelo de regressão polinomial com médias móveis para perdas fetais e óbitos infantis, tendo como variável dependente (Y) a média móvel e como variável independente (X) o tempo (ano do evento), centrado no ponto médio da série. O ajuste do modelo foi avaliado usando o coeficiente de determinação (r^2), a análise residual e os valores de p ($<0,05$). Entre 2013 e 2023, as mortes infantis apresentaram uma tendência de queda na média móvel, de acordo com um modelo de primeira ordem: $[Y = 35.034,78 - 856,01X; r^2 = 0,96; p < 0,001]$. Da mesma forma, os casos de perdas fetais também demonstraram uma tendência de declínio na média móvel, seguindo um modelo de primeira ordem: $[Y = 30.126,48 - 554,83X; r^2 = 0,99; p < 0,001]$ (Figura 7).

A queda na mortalidade infantil no Brasil é resultado de uma combinação de ações intersetoriais, melhorias no sistema de saúde e avanços sociais. Entre os principais fatores que contribuíram para esse resultado estão: a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF); a criação da Rede Cegonha (estratégia nacional voltada à saúde materno-infantil), hoje substituída pela Rede Alyne; a expansão das campanhas de imunização, resultando na redução das doenças evitáveis por vacinas; a promoção e o apoio ao aleitamento materno; o acesso à assistência no pré-natal, no parto e no pós-parto, e à atenção à saúde infantil (puericultura); programas de transferência de renda (como o PBF); maior acesso a água potável e saneamento básico; processos de urbanização; programas como o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido (Método Canguru); fortalecimento da vigilância epidemiológica por meio da notificação e investigação de mortes infantis e fetais e da atuação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil; políticas de combate à fome e à desnutrição; melhoria da educação básica; políticas voltadas para a saúde da mulher e da criança.

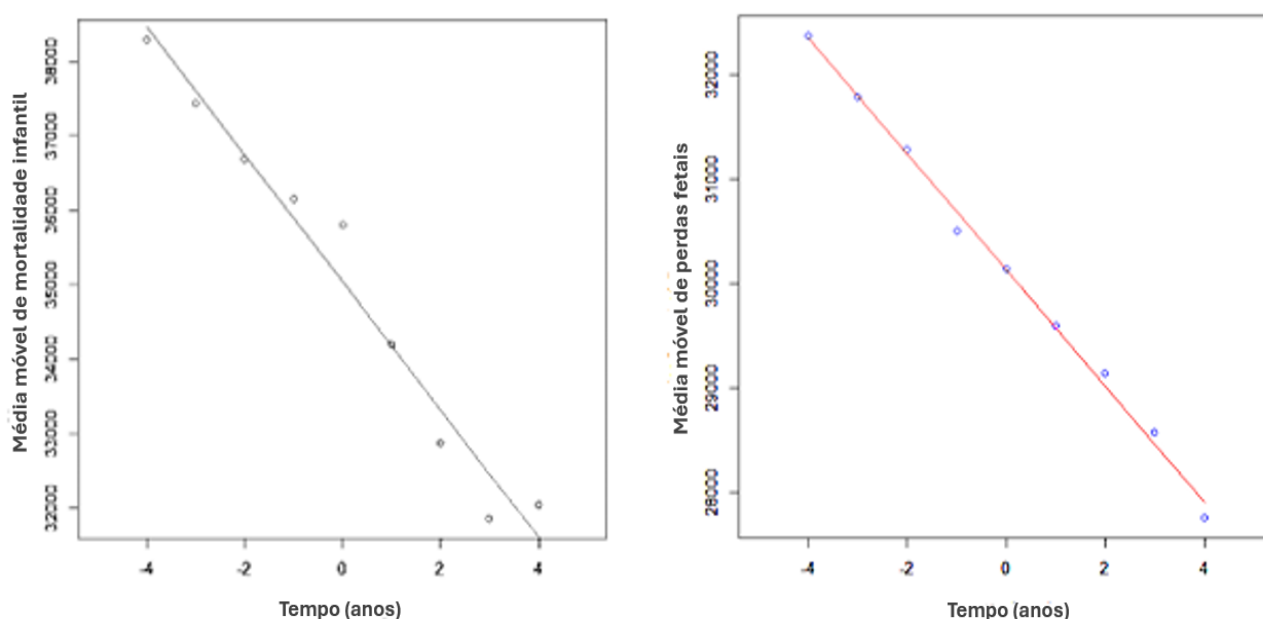


Figura 7. Tendência na média móvel de mortes infantis (A) e perdas fetais (B). Brasil, 2013 a 2023.

Fonte: VIP/Dathi/SVSA/MS.

A redução das mortes fetais reflete os avanços na assistência materna, particularmente a ampliação do acesso ao pré-natal; o diagnóstico e tratamento oportunos de infecções (como sífilis, HIV, toxoplasmose, hepatites virais, infecções do trato urinário e outras ISTs); a prevenção da transmissão vertical dessas condições; o manejo de doenças maternas crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças renais, cardiovasculares e autoimunes); o acompanhamento adequado de gestantes com histórico de complicações obstétricas; a promoção de hábitos de vida saudáveis; o fortalecimento da vigilância e a investigação de mortes fetais e neonatais, permitindo a identificação de causas evitáveis e a implementação de medidas corretivas.

vi. Perfil epidemiológico de HIV, sífilis e/ou HBV no país

a. Tendências na carga de doença, prevalência e incidência na população geral por faixa etária e sexo

Com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), é possível identificar e mapear as características epidemiológicas das populações vivendo com HIV, aids, sífilis e/ou hepatite B no Brasil.

HIV e aids

Entre 2007 e junho de 2024, foram notificados 541.759 casos de HIV no país, com uma predominância de 70,7% entre os homens. A dinâmica epidemiológica mostra uma mudança na proporção entre homens e mulheres (H:M) ao longo do tempo. Por exemplo, em 2007, havia 14 casos em homens para cada dez em mulheres; essa proporção aumentou para 27 casos em homens para cada dez em mulheres em 2023, refletindo um crescimento mais pronunciado da infecção pelo HIV entre a população masculina [Brasil, 2024(h)].

Além disso, houve um aumento aproximado de 40.000 novos casos de HIV por ano, com taxas de detecção de 20,3 casos por 100.000 habitantes em 2021, 20,9 em 2022 e 21,8 em 2023, respectivamente. Geograficamente, a região Sudeste concentra o maior número absoluto de casos de HIV (37,3%), seguida pelo Nordeste (24,5%), Sul (17,9%), Norte (11,8%) e Centro-Oeste (8,5%). No entanto, a taxa de detecção da infecção pelo HIV varia entre as regiões. Em 2023, o Norte ficou em primeiro lugar, com 31,5 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo Centro-Oeste (25,8), Sul (25,1), Nordeste (21,7) e Sudeste (18,0) [Brasil, 2024(h)].

Em 2023, entre as capitais brasileiras, que em sua maioria são grandes centros urbanos, Manaus (Amazonas) e Boa Vista (Roraima) ocuparam o primeiro e o terceiro lugares, respectivamente, em relação às maiores taxas de detecção de casos notificados de HIV; Florianópolis (Santa Catarina) ficou em segundo lugar. Quanto à distribuição da infecção por sexo, desde 2019, a proporção entre os sexos (H:M) permaneceu em torno de 2,7, mostrando consistentemente uma predominância masculina ao longo da série histórica. Em ambos os sexos, a maior proporção de casos de HIV é registrada entre adultos jovens de 25 a 29 anos. Nos últimos anos analisados (2021 a 2024), a proporção entre homens de 25 a 29 anos foi de 23,1% (2021), 21,8% (2022) 22,1% (2023), 22,0%

(2024) e, nas mulheres, na mesma faixa etária, correspondeu a 14,4% (2021), 13,2% (2022), 13,5% (2023) e 13,3% (2024). Na análise por faixa etária, observa-se uma proporção maior de diagnósticos de HIV entre mulheres com mais de 40 anos, sugerindo que as infecções também podem ocorrer em fases mais tardias da vida [Brasil, 2024(h)].

Em termos da taxa de detecção de aids, observou-se uma tendência decrescente nos últimos dez anos, com estabilização em 2022 e 2023 (17,4 e 17,8 por 100.000 habitantes, respectivamente). Complementarmente, a taxa de mortalidade por aids foi de 5,4 óbitos por 100.000 habitantes em 2021, 5,2 em 2022 e 4,8 em 2023. Na última década, a taxa de mortalidade por aids diminuiu significativamente, passando de 5,7 óbitos por 100.000 habitantes em 2013 para 3,9 mortes em 2023, o que representa uma redução de 32,9%. Apesar do declínio, as taxas de detecção e mortalidade apresentam disparidades regionais significativas, uma vez que são mais elevadas na região Norte (26,4/100.000 para detecção; 6,1/100.000 para mortalidade) e mais baixas na região Sudeste (15,5/100.000 para detecção; 3,3/100.000 para mortalidade). Esses indicadores estão intrinsecamente ligados ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde [Brasil, 2024(h)].

Entre crianças menores de 5 anos, as taxas de detecção de aids têm diminuído nos últimos dez anos; em 2023, foram registrados 1,2 caso por 100.000 habitantes, uma das taxas mais baixas do período, exceto em 2021 (1,1 caso). Da mesma forma, a mortalidade por aids entre crianças menores de 5 anos permaneceu baixa, com taxas de mortalidade de 0,2 por 100.000 em 2017, 2019 e 2022, e de 0,1 por 100.000 em 2018, 2020, 2021 e 2023. Essas tendências podem refletir a redução da TV [Brasil, 2024(h)].

Sífilis

Em relação à sífilis, entre 2010 e 30 de junho de 2024, o Brasil registrou 1.538.525 casos de sífilis adquirida, com tendência de aumento na detecção. Entre 2021 e 2023, houve 81,4 casos (2021), 102,6 casos (2022) e 113,8 casos (2023) por 100.000 habitantes. Da mesma forma que o HIV, os casos de sífilis adquirida concentram-se predominantemente entre adultos jovens de 20 a 29 anos, para ambos os sexos. Os homens com idades entre 25 e 29 anos representaram 40,1% dos casos em 2021, 38,7% em 2022, 37,9% em 2023 e 37,3% dos casos em 2024; as mulheres com idades entre 25 e 29 anos totalizaram 35,4% (2021), 34,8% (2022), 35,0% (2023) e 34,8% dos casos (2024). A proporção entre os sexos (H:M) entre 2022 e 2024 foi de 1,6 casos por 100.000 habitantes [Brasil, 2024(i)].

A distribuição geográfica da sífilis adquirida (2021 a 2023) foi a seguinte: no Sul, 122,3, 156,3 e 164,2 casos por 100.000 habitantes; Sudeste, 91,3, 117,1, 128,2; Centro-Oeste, 77,0, 99,4, 125,0; Norte, 73,1, 88,5, 93,7; Nordeste, 48,5, 57,1, 68,3. Consequentemente, a sífilis adquirida permanece como um desafio significativo para a saúde pública no Brasil [Brasil, 2024(i)].

Hepatite B

No Brasil, as hepatites virais apresentam um cenário epidemiológico heterogêneo. Entre 2000 e 2023, foram notificados 289.029 casos de hepatite B, concentrados principalmente nas regiões

Sudeste (34,1%) e Sul (31,2%), seguidas pelas regiões Norte (14,5%), Nordeste (11,1%) e Centro-Oeste (9,1%). Entre 2013 e 2023, as taxas de detecção da hepatite B caíram 42,8%, passando de 8,3 para 4,7 casos por 100.000 habitantes. As taxas de detecção mais altas encontram-se na região Sul, com 9,7/100.000, e na região Norte, com 8,3/100.000 [Brasil, 2024(j)].

Além disso, os três estados com as maiores taxas de detecção de hepatite B são Acre (27,7/100.000), Rondônia (20,6/100.000) e Roraima (14,7/100.000); a proporção entre os sexos (H:M) em 2023 foi de 1,4, com as seguintes taxas de detecção por sexo: 5,3/100.000 (homens) e 3,9/100.000 (mulheres) em 2021, correspondendo a 5,9/100.000 (homens) e 4,4/100.000 (mulheres) em 2022, e 5,6/100.000 (homens) e 3,9/100.000 (mulheres) em 2023. Por idade, a faixa etária mais afetada (2000 a 2023), em número absoluto mais alto, foi a de 30 a 34 anos, seguida pela de 35 a 39 anos. Por outro lado, as taxas de detecção de 2021 a 2023 ocorreram principalmente na faixa etária de 40 a 49 anos: 7,5, 8,5 e 7,9 casos por 100.000 habitantes, seguida pela de 35 a 39 anos: 7,0, 7,4 e 6,7 casos. Quanto à mortalidade, os óbitos por hepatite B permaneceram estáveis em 0,2 por 100.000 habitantes desde 2012, com taxa de mortalidade por sexo de 2,6 (mais alta entre os homens) [Brasil, 2024(j)].

Para acessar os números absolutos, consulte os Boletins Epidemiológicos de HIV e Aids do Ministério da Saúde [Brasil, 2024(j)], Sífilis [Brasil, 2024(i)] e Hepatites Virais [Brasil, 2024(j)].

b. Tendências na carga de doença, prevalência e incidência na atenção pré-natal, por faixa etária

HIV

Entre 2015 e junho de 2024, foram notificadas no Brasil 77.658 gestantes com HIV, com base no ano do parto. Nos últimos três anos completos, registraram-se aproximadamente 8.000 casos por ano, com uma taxa de detecção entre 3,1 e 3,3 por 1.000 nascidos vivos (NV). Entre 2021 e 2023, considerando as maiores taxas de detecção por ano de parto, a distribuição geográfica das gestantes vivendo com HIV e/ou aids é a seguinte: na região Sul, entre 5,0 e 5,4 por 1.000 NV; Norte, entre 3,4 e 4,0 por 1.000 NV; Nordeste, entre 2,6 e 2,9 por 1.000 NV; Sudeste, estável em 2,7 por 1.000 NV nos três anos; e Centro-Oeste, entre 2,2 e 2,6 por 1.000 NV [Brasil, 2024(j)].

Os resultados por capital estadual corroboram esses dados. Entre 2013 e 2023, Porto Alegre-RS ocupa o primeiro lugar entre as capitais brasileiras com as maiores taxas de detecção de HIV entre gestantes, por ano de parto, seguida por Belém-PA e Florianópolis-SC. Por outro lado, em 2023, quatro das cinco macrorregiões brasileiras tinham capitais com taxas de detecção de HIV entre gestantes inferiores à média nacional (3,3 casos/1.000 NV): Brasília-DF (1,7), Belo Horizonte-MG (2,1), Teresina-PI (2,1), Rio Branco-AC (2,7), São Paulo-SP (3,0) e Goiânia-GO (3,1). Em relação às faixas etárias, a maioria das gestantes vivendo com HIV e/ou aids, por ano de parto, era composta por jovens adultas entre 20 e 24 anos (representando 7,2% dos casos) e entre 25 e 29 anos (25,9%), mesmo nos anos mais recentes analisados (2021 a 2024) [Brasil, 2024(j)].

Em particular, o número absoluto e a proporção de casos de HIV entre crianças menores de cinco anos — o que inclui casos de transmissão vertical — diminuíram desde 2019: 119 casos (0,3%) em 2019, 87 casos (0,2%) em 2020, 96 casos (0,2%) em 2021, 92 casos (0,2%) em 2022, 89 casos (0,2%) em 2023 e 1 caso (0,0%) em 2024 (dados parciais até 30 de junho de 2024). Deve-se observar que, embora se tenha observado um ligeiro aumento em 2021 e 2022 em comparação com 2020, acredita-se que essa ocorrência seja atribuível à pandemia de covid -19 [Brasil, 2024(j)].

Sífilis

A sífilis em gestantes tornou-se uma infecção de notificação obrigatória no Brasil em 2005. Desse ano até o final do primeiro semestre de 2024, foram notificados 713.167 casos de sífilis na população de gestantes. Houve uma tendência de aumento nas taxas de detecção ao longo do período, com 28,2 casos por 1.000 NV em 2021, 32,9 casos em 2022 e 34,0 casos em 2023. Entre 2021 e 2023, a região com as maiores taxas de detecção de sífilis entre gestantes foi o Sudeste, com 33,4, 39,8 e 41,3 casos por 1.000 NV, respectivamente, seguida pelo Sul, com 29,8, 34,1 e 34,2 casos; Norte em 2021 (26,1), ultrapassado pelo Centro-Oeste em 2022 e 2023 (30,6; 34,4), e Nordeste, com 22,1, 24,4 e 24,8 casos. Na maioria das vezes, a sífilis entre gestantes foi identificada durante o primeiro trimestre da gestação (39,0%), seguido pelo terceiro trimestre. A faixa etária mais afetada foi a de mulheres de 20 a 29 anos, representando 55,8% dos casos de sífilis entre gestantes em toda a série histórica [Brasil, 2024(i)].

No contexto da sífilis congênita (SC), sua notificação obrigatória foi estabelecida no mesmo ano da notificação obrigatória da aids (1986). Nos últimos 25 anos (1999 a junho de 2024), foram notificados 344.978 casos de SC entre crianças menores de 1 ano de idade. Um aspecto positivo é que, embora a taxa de detecção da sífilis entre gestantes tenha aumentado, a taxa de incidência de SC tem se mostrado estável desde 2021, com 10,1 casos por 1.000 nascidos vivos em 2021, 10,3 em 2022 e 9,9 em 2023. Vale ressaltar que a taxa de prevenibilidade da SC no Brasil em 2023 foi de 71,0%, calculada como: % de prevenibilidade = $1 - (\text{número de casos de SC em crianças menores de 1 ano} / \text{número de casos de sífilis em gestantes})$ [Brasil, 2024(i)].

Hepatite B

No Brasil, foram registrados 30.056 casos de hepatite B em gestantes durante a série histórica (2000 a 2023), com a maioria dos casos confirmados entre aquelas de 20 a 29 anos (49,5%), seguidas pelas de 30 a 39 anos (32,1%). Nos últimos anos, 44,2% das gestantes com hepatite B tinham entre 20 e 29 anos em 2021, e 44,1% e 45,4% tinham entre 30 e 39 anos em 2022 e 2023, respectivamente. Em 2021, 2022 e 2023, as taxas de detecção entre gestantes foram de 0,2, 0,4 e 0,3 casos por 1.000 NV, respectivamente. Em 2021 e 2022, a região com a maior taxa de detecção entre gestantes foi o Norte, com 0,5 casos por 1.000 NV em ambos os anos, seguida pelo Sul (0,4 e 0,3), Centro-Oeste (0,4 e 0,3), Nordeste (0,3) e Sudeste (0,2). Em 2023, as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste registraram a mesma taxa de detecção de 0,4 casos por 1.000 NV, enquanto as regiões Nordeste e Sudeste registraram 0,2 casos por 1.000 NV.

Entre crianças menores de 5 anos, foram notificados 2.649 casos de hepatite B, de um total de 289.029 casos. Destes, 2,0% apresentavam a forma clínica, 53,5% a forma crônica e 3,1% apresentavam classificação clínica inconclusiva. As taxas de detecção entre crianças menores de 5 anos foram de 0,4 casos por 100.000 habitantes em 2021, 0,5 casos em 2022 e 0,4 casos em 2023. Destaca-se também que, entre os 289.029 casos de hepatite B, 7.161 (2,5%) resultaram de TV, com a taxa diminuindo entre 2012 e 2019 e se estabilizando entre 2021 e 2023 em 2,1% (2021), 2,2% (2022) e 1,6% (2023) (dados parciais até 30 de junho de 2023) [Brasil, 2024(j)].

Para acessar os números absolutos, consulte os Boletins Epidemiológicos de HIV e Aids do Ministério da Saúde [Brasil, 2024(j)], Sífilis [Brasil, 2024(i)] e Hepatites Virais [Brasil, 2024(j)].

c. Modos e fatores determinantes da transmissão do HIV, sífilis e/ou HBV

Os fatores determinantes para a ocorrência do HIV, da sífilis e da hepatite B no Brasil são bem conhecidos, comuns entre essas infecções e presentes — variando em magnitude — em todas as macrorregiões do país. Entre os principais fatores estão os determinantes sociais da saúde, que incluem vulnerabilidades socioeconômicas, comportamentais e geográficas, como ser preto ou pardo e jovem adulto; pertencer a uma família de baixa renda, especialmente aquelas que vivem em situação de pobreza extrema; ter baixos níveis de escolaridade; residir em áreas geográficas periféricas e/ou distantes dos serviços de saúde; viver em situação de rua (sem-teto); ser imigrante; ser uma pessoa privada de liberdade (população carcerária); usar substâncias psicoativas ou ser parceria de alguém que as usa; não ter acesso ou enfrentar barreiras no acesso a serviços de saúde, incluindo atenção pré-natal. Além disso, as desigualdades de gênero afetam significativamente a prevenção, o tratamento e o acesso à informação sobre HIV e aids, hepatites virais, sífilis e outras ISTs [Brasil, 2024(j); Brasil, 2024(i); Brasil, 2024(j); da Rocha et al., 2024; Silva et al., 2023 Kerr et al., 2023].

A limitação da autonomia das mulheres sobre a própria sexualidade e saúde reprodutiva aumenta o risco de infecção e pode interferir na adesão aos cuidados de saúde em geral. Normas sociais de gênero e relações desiguais de poder podem dificultar que as mulheres negociem o uso de preservativos e outras medidas preventivas, ao mesmo tempo que desestimula os homens a procurarem serviços de saúde. Essas desigualdades, combinadas com o estigma e a discriminação, podem ter consequências graves, como assédio moral, exclusão social, agressão física e perda de emprego para pessoas vivendo com HIV aids, hepatites, sífilis e outras ISTs.

Outros três aspectos adicionais podem ser considerados fatores determinantes para a TV dessas infecções, a saber: a sobrecarga do sistema público de saúde, a densidade populacional e a alta rotatividade dos profissionais que compõem as equipes técnicas nas unidades da APS.

Em conclusão, enfatiza-se que, embora as vulnerabilidades e determinantes estejam presentes em relação às três infecções (HIV, sífilis e hepatite B) em todo o território nacional, as gestantes – de forma predominante para o HIV e frequente para a hepatite B – são quase sempre

encaminhadas e atendidas em serviços de nível secundário e/ou especializados, como clínicas de ISTs e/ou Serviços de Atenção Especializada (SAE). Isso pode contribuir para facilitar tanto o acesso à assistência à saúde para gestantes quanto a busca ativa e o acompanhamento dessas mulheres [Brasil, 2024(j); Brasil, 2024(i); Brasil, 2024(j); da Rocha et al., 2024; Lua et al., 2023].

VI. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO PAÍS

O sistema brasileiro de saúde pública é composto pelo SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988] e regulamentado pelas Leis nº 8.080 [Brasil, 1990] e nº 8.142, ambas de 1990 [Brasil, 1990(a)]. Sua governança é baseada em um modelo descentralizado, participativo e solidário, estruturado para garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde. A gestão do SUS é compartilhada entre os três níveis de governo (tripartite) – governo federal, estados e municípios – cada qual com responsabilidades específicas, articuladas por meio de mecanismos de pactuação e fiscalização social.

O sistema é orientado pelos seguintes princípios fundamentais:

a) Universalidade

- A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.
- Todos os indivíduos devem ter acesso gratuito e igualitário aos serviços de saúde, independentemente da sua condição socioeconômica, raça, gênero ou localização geográfica.

b) Equidade

- As políticas e ações devem reduzir as desigualdades em saúde.
- A alocação de recursos e a prestação de serviços devem priorizar os grupos e regiões com maiores vulnerabilidades sociais e sanitárias, garantindo equidade no acesso e nos resultados.

c) Integralidade

- A atenção em saúde deve atender às necessidades dos indivíduos em todos os níveis: promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, de forma articulada e contínua.
- Os serviços devem ser coordenados entre os diferentes níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária).

d) Descentralização e regionalização

- A gestão do SUS é compartilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios, promovendo a autonomia local.
- A regionalização organiza as redes de saúde para garantir a prestação de serviços próxima ao local onde as pessoas vivem, respeitando as necessidades locais.

e) Participação e controle social

- A sociedade civil tem o direito e o dever de participar da formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde.
- O controle social é exercido por meio de Conselhos e Conferências de Saúde nas esferas municipal, estadual e nacional.

Por meio do SUS, o Brasil reforça seu compromisso com a garantia do direito à saúde e, consequentemente, com a eliminação da transmissão vertical do HIV, da sífilis, da hepatite B, da doença de Chagas e do HTLV como problemas de saúde pública a serem superados. A resposta nacional — incluindo o acesso à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento — foi consolidada como política de Estado nos três níveis de governo e é apoiada por dois órgãos representativos colegiados:

- o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e
- a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Essa estrutura de representação e tomada de decisões sustenta as políticas, programas e projetos do setor de saúde e fortalece a capacidade de resiliência do sistema diante de crises de saúde locais e globais. As responsabilidades de cada nível de governo estão descritas a seguir:

- Ministério da Saúde (MS): gestor nacional do SUS. Formula, regula, supervisiona, monitora e avalia políticas e ações de saúde, em coordenação com o CNS. Participa da CIT para pactuar o Plano Nacional de Saúde (PNS). Sua estrutura inclui: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into) e oito hospitais federais [Brasil, 2024(I); Brasil, 2011; Brasil, 2013].
- Secretarias Estaduais de Saúde: participam da formulação de políticas e ações de saúde, prestam apoio aos municípios em coordenação com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e participam do CIT e da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) para aprovar e implementar o Plano Estadual de Saúde (PES). O Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) tem como objetivo fortalecer as secretarias estaduais de saúde, promover sua participação ativa na reconstrução do setor de saúde e representá-las politicamente [Brasil, 2024(I); Brasil, 2011; Brasil, 2013].
- Secretarias Municipais de Saúde: planejam, organizam, controlam, avaliam e executam ações e serviços de saúde, em coordenação com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e o nível estadual, para aprovar e implementar o Plano Municipal de Saúde (PMS), e participam do CIT e do CIB. O Conasems (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde) surgiu do movimento social em prol da saúde pública e se estabeleceu como uma força política, assumindo a missão de unir e representar todas as secretarias municipais de saúde do país [Brasil, 2024(I); Brasil, 2011; Brasil, 2013].

i. Infraestrutura de saúde

O SUS compreende toda a gama de serviços de saúde prestados por instituições públicas nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo entidades de administração pública direta e indireta, bem como fundações públicas mantidas pelo governo (Figura 8).

Além disso, o setor privado participa do SUS de forma complementar [Brasil, 1990]. A última edição da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, constatou que 71,5% da população brasileira (mais de 150 milhões de pessoas) dependem exclusivamente do SUS [IBGE, 2020].

A governança do SUS busca equilibrar a autonomia local com a coordenação nacional, promovendo equidade e eficiência. Apesar do progresso significativo, desafios como subfinanciamento, desigualdades regionais e barreiras ao acesso à saúde persistem e continuam a pressionar o sistema de saúde.

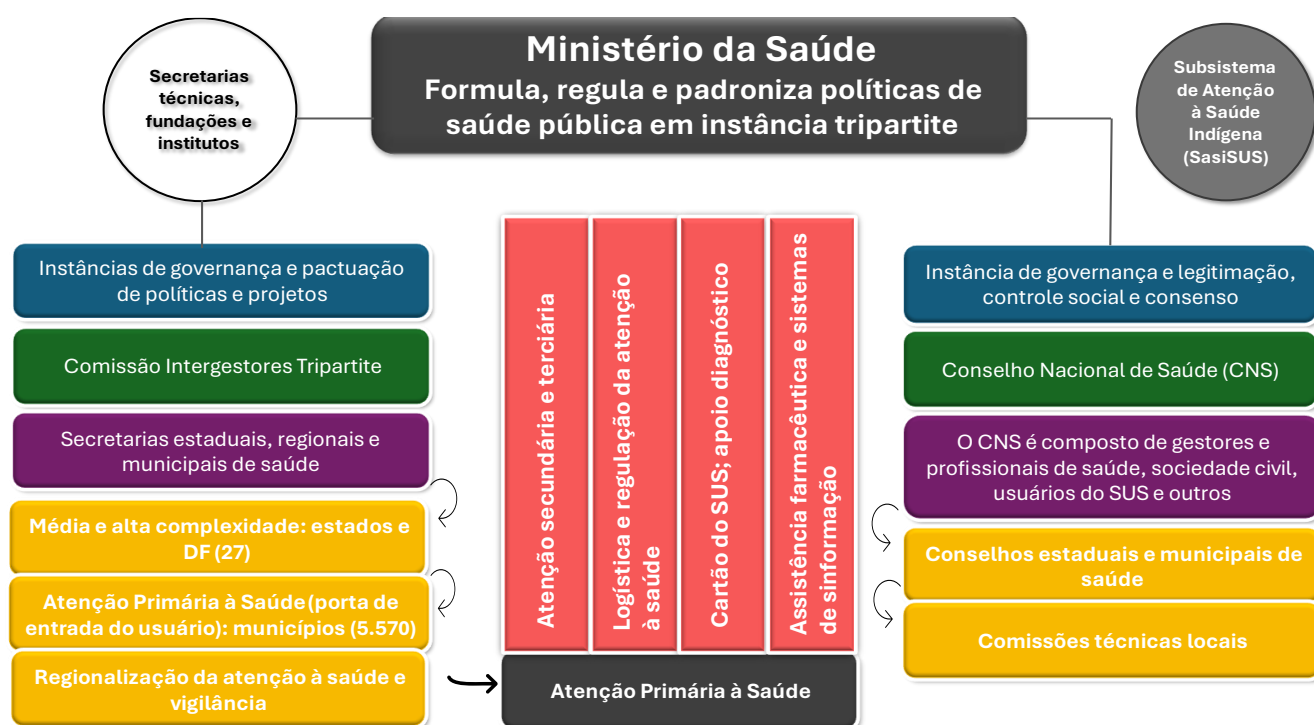


Figura 8. Estrutura de governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Fonte: As redes de atenção à saúde Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

A Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) é responsável pela coordenação e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) e pela gestão de todo o processo do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) dentro do SUS. Criada em 2010, a Sesai atende mais de 762 mil indígenas vivendo em aldeias de todo o Brasil.

A Secretaria conta com mais de 22.000 profissionais de saúde, dos quais 52% são indígenas, e promove ações de atenção primária à saúde e saneamento de forma participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais desses povos.

No Brasil, existem 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (Dsei), que são as unidades descentralizadas de gestão do SasiSUS. Os Dsei são estrategicamente divididos de acordo com critérios territoriais, com base na distribuição geográfica das comunidades indígenas.

Modelo de cuidado à população indígena:

- Os cuidados de saúde baseiam-se na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes de saúde e, mais importante ainda, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan), que fazem a ponte entre o conhecimento biomédico e o conhecimento tradicional.
- Quando necessário, as pessoas indígenas são encaminhadas para hospitais do SUS em municípios de referência designados.

ii. Infraestrutura laboratorial

As diretrizes nacionais para o diagnóstico de infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis em adultos estão detalhadas em documentos específicos chamados “Manuais Técnicos para Diagnóstico” (das infecções por HIV, sífilis e hepatites virais) [Brasil, 2018(a); Brasil, 2021; Brasil, 2018(b)]. Essas diretrizes são sistematizadas por um comitê técnico de especialistas e baseadas em evidências científicas, considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

A 4ª edição do manual de diagnóstico de HIV, publicada em 2018, inclui seis algoritmos de diagnóstico (fluxogramas) baseados em testes rápidos (TR) ou testes laboratoriais, que estão resumidos a seguir:

Fluxogramas 1 e 2: considerados algoritmos preferenciais, uma vez que permitem obter resultados durante a mesma consulta. Envolvem dois TR sequenciais de diferentes fornecedores e, se o resultado for “amostra reagente para HIV”, é coletada uma nova amostra para o teste de carga viral do HIV e contagem de células T CD4+ (Figura 9). Uma carga viral ≥ 5.000 cópias/mL confirma a infecção pelo HIV. Na nova edição do manual de diagnóstico, está sendo discutida a revisão desse ponto de corte, com o objetivo de reduzi-lo para 100 cópias/mL.

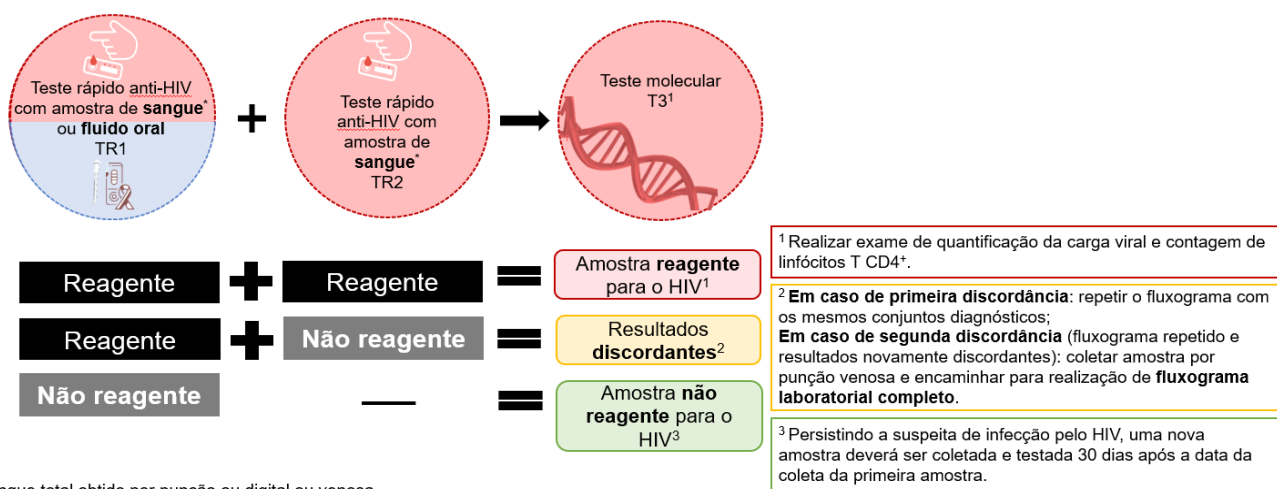


Figura 9. Algoritmo diagnóstico preferencial para a infecção pelo HIV em adultos.

Fonte: Diag/Dathi/SVSA/MS.

- **Fluxogramas 3 e 4:** algoritmos laboratoriais que se iniciam com um imunoensaio de 3ª ou 4ª geração, seguido de testes moleculares. Uma amostra é considerada reagente se tanto no imunoensaio quanto no teste a carga viral do HIV for ≥ 5.000 cópias/mL. Em caso de resultados discordantes, utiliza-se o Western blot (WB) ou imunoensaios em linha para a conclusão do diagnóstico.
- **Fluxogramas 5 e 6:** algoritmos laboratoriais que começam com um imunoensaio de 3ª ou 4ª geração, seguidos por WB ou imunoensaios em linha como segunda etapa. Se os resultados forem discordantes, um teste molecular (carga viral ≥ 5.000 cópias/mL) confirma o diagnóstico.

Seguindo as recomendações da OMS, a equipe de atualização do mencionado manual está discutindo com o comitê de especialistas a remoção dos imunoensaios Western blot/em linha dos algoritmos diagnósticos nacionais.

Uma vez confirmado o diagnóstico de infecção pelo HIV, os indivíduos devem ser monitorados clínica e laboratorialmente com base nos critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centralde-conteudo/pcdts> [Brasil, 2024(m)]. Além disso, a contagem de células T CD4+ é importante para a avaliação inicial e para a investigação de infecções oportunistas. A carga viral do HIV é considerada o padrão ouro para monitorar a eficácia da Tarv e para a detecção precoce de problemas na adesão ao tratamento.

O algoritmo de diagnóstico para indivíduos com menos de 18 meses de idade difere do utilizado para adultos. Esse algoritmo foi recentemente atualizado. Até 2023, o algoritmo estava descrito na Nota Informativa nº 6/2021-DCCI/SVS/MS [Brasil, 2021(d)] e exigia dois testes sequenciais de carga viral, ambos com resultados superiores a 5.000 cópias/mL, para confirmar a infecção pelo HIV. Isso envolvia a coleta de amostras para o teste de carga viral do HIV no nascimento; aos 14 dias de vida; duas semanas após a conclusão da profilaxia (seis semanas de vida); e oito semanas após a conclusão da profilaxia (12 semanas de vida). A partir de 2024, esse algoritmo foi atualizado e incorporado ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes [Brasil, 2024(n); Brasil, 2024(o)]. O momento da realização dos testes em recém-nascidos e crianças permanece o mesmo (carga viral ao nascer; 14 dias de vida; duas semanas após a conclusão da profilaxia – seis semanas de vida; oito semanas após a conclusão da profilaxia – 12 semanas de vida; e anticorpos contra o HIV – 12 meses), mas os critérios diagnósticos foram alterados. Duas abordagens podem ser utilizadas:

1. Uma carga viral detectável (qualquer valor) seguida de um teste qualitativo para a detecção de DNA pró-viral do HIV-1 confirma a infecção;
2. Uma carga viral detectável (qualquer valor) seguida por uma segunda carga viral superior a 100 cópias/mL confirma a infecção. Se a segunda carga viral for detectável, mas inferior a 100 cópias/mL, é necessário um terceiro teste para chegar a uma conclusão diagnóstica – nesse caso, o teste qualitativo para detecção de DNA pró-viral do HIV-1.

Espera-se que o fluxograma atualizado promova um diagnóstico mais precoce e fortaleça as linhas de cuidado à população pediátrica.

Além disso, para crianças expostas ao HIV, a exclusão definitiva da infecção pelo HIV requer: (i) pelo menos dois resultados indetectáveis de carga viral do HIV obtidos após a suspensão da profilaxia antirretroviral; (ii) boas condições clínicas e desenvolvimento neuropsicomotor satisfatório, sem sinais de imunodeficiência; e (iii) comprovação da sororreversão dos anticorpos do HIV por um imunoensaio realizado a partir dos 12 meses de idade. Normalmente, a sororreversão ocorre após 18 meses, mas pode se dar a partir dos 12 meses. Se não for observada aos 12 meses, deve-se repetir o teste aos 18 meses. Se ainda estiver positivo aos 18 meses, repetir o teste aos 24 meses.

Para viabilizar a implementação desses algoritmos, o país está organizado da seguinte forma:

Sistema Público de Saúde (*disponível para toda a população*):

1. Fornecimento de testes rápidos imunocromatográficos pelo Ministério da Saúde (MS), para uso em pequenos laboratórios, serviços de saúde primários e hospitais/maternidades;
2. Fornecimento de testes de carga viral do HIV pelo MS, por meio de uma rede de laboratórios públicos;
3. Fornecimento de imunoensaios em linha para o HIV pelo MS, para uso em pequenos laboratórios que não contam com fácil acesso a testes moleculares;
4. Realização de testes imunológicos (por exemplo, quimioluminescência) em laboratórios públicos locais ou laboratórios privados contratados pelo governo estadual ou municipal.

Sistema de Saúde Suplementar (*setor privado, por escolha do usuário*):

1. Realização de testes rápidos, testes imunológicos (p. ex., quimioluminescência) e testes moleculares, custeados por planos de saúde ou diretamente pelos usuários.

Todos os laboratórios/serviços de saúde no Brasil devem obedecer à Resolução Anvisa nº 978, de 6 de junho de 2025 [Brasil, 2025(d)], que regulamenta o funcionamento dos serviços que realizam atividades relacionadas a exames de análises clínicas. Essa resolução está alinhada com as normas ISO 15189 e abrange áreas-chave como requisitos de infraestrutura; programas de garantia da qualidade, incluindo controle de qualidade interno e externo; sistemas de informação; gestão de resíduos; gestão de documentos; rastreabilidade; gestão de pessoal e treinamento profissional; e transporte de amostras.

Nesse sentido, para o fornecimento de testes, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados, mantém a Rede Nacional de Laboratórios/Serviços de Saúde para: (i) quantificação da carga viral do HIV, (ii) quantificação da carga viral do HBV e do HCV, (iii) detecção de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (CT/NG) por meio de biologia molecular e (iv) contagem de células T CD4+ no SUS.

Os insumos para a realização de testes laboratoriais são distribuídos continuamente em todo o país pelo Ministério da Saúde, não tendo havido interrupção no fornecimento de testes em nível

central, nem qualquer situação que possa ter comprometido a realização de testes de diagnóstico e monitoramento dessas infecções no Brasil nos últimos anos.

Como parte do processo de contratação desses testes, os fornecedores são obrigados a prover os insumos e equipamentos necessários para cada metodologia utilizada, além de treinamento, suporte técnico e científico e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.

Os estados e laboratórios fornecem materiais para a coleta de amostras, profissionais para a realização dos testes, infraestrutura mínima e logística para o transporte das amostras. Além disso, a equipe técnica do Dathi/SVSA/MS realiza o monitoramento das redes de laboratórios/serviços de saúde, o que inclui aspectos como: supervisão de indicadores de produtividade; acompanhamento de incidentes envolvendo equipamentos e materiais; apoio às rodadas de Avaliação Externa da Qualidade (EQA); fornecimento de suporte técnico para análises de Controle Interno da Qualidade (CIQ); oferta de cursos e eventos sobre algoritmos de diagnóstico e tópicos relacionados a laboratórios; incentivo à participação em sessões de treinamento presenciais e remotas oferecidas pelos fornecedores dos testes; disponibilização de sistemas de informação laboratorial e monitoramento de seu uso para promover melhorias sistemáticas.

Essas redes são oferecidas nas seguintes modalidades:

i. Rede Convencional:

Presente em laboratórios situados em centros densamente povoados ou locais com infraestrutura laboratorial robusta, projetados para lidar com alta demanda e produzir um grande volume de resultados de testes.

ii. Rede Rápida (equipamento próximo ao local de atendimento):

Presente em serviços de saúde com infraestrutura laboratorial limitada, restrições de acesso geográfico e/ou serviços estratégicos de saúde dentro das linhas de cuidado em HIV, sífilis, hepatites virais e outras ISTs. Seu objetivo é ampliar o acesso aos testes e fornecer resultados mais rápidos.

Tanto a Rede Convencional quanto a Rede Rápida incluem os Laboratórios Centrais Estaduais de Saúde Pública (Lacens); Laboratórios Municipais; Laboratórios de Fronteira; Laboratórios de Universidades e Institutos de Pesquisa e serviços de saúde, como Serviços de Assistência Especializada (SAEs), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), Centros de Referência em ISTs, Unidades de Atenção Primária à Saúde, Hospitais e Unidades Prisionais.

A Rede Nacional de Quantificação da carga viral de HIV, HBV, HCV e detecção de CT/NG e de contagem de células T CD4+ está representada nas Figuras 10 e 11, abrangendo laboratórios/serviços de saúde em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (DF).

Atualmente, a Rede de Carga Viral Convencional conta com 83 laboratórios, e a Rede de Carga Viral Rápida, com 55 laboratórios/serviços de saúde. Alguns equipamentos da Rede Rápida são compartilhados com a rede que realiza o Teste Rápido Molecular de Tuberculose (TRM-TB), pois utilizam a mesma tecnologia e, assim, podem compartilhar equipamentos para ampliar o acesso ao

serviço para a população. Quanto ao CD4+, a Rede de CD4+ Convencional conta atualmente com 72 laboratórios, enquanto a Rede de CD4+ Rápida inclui 53 serviços de saúde.

Os dados relativos ao número de resultados liberados pela Rede Nacional de Carga Viral e Contagem de Células T CD4+ entre 2022 e 2024 são apresentados na Tabela 4. Com o objetivo de agilizar o diagnóstico e o acesso aos cuidados de saúde, o Ministério da Saúde recomenda os seguintes prazos para a entrega dos resultados dos testes aos pacientes:

- ≤1 semana para resultado de teste de carga viral para conclusão diagnóstica,
- ≤15 dias para resultado de teste de carga viral convencional,
- 1 dia para resultado de teste de carga viral rápido,
- ≤10 dias para resultado de contagem de células T CD4+ convencional, e
- 1 dia para resultado de contagem de células T CD4+ rápida.



Figura 10. Distribuição dos laboratórios/serviços de saúde que realizam testes de quantificação da carga viral para HIV, HBV e HCV e detecção de CT/NG, Brasil.

Fonte: Diag/Dathi/SVSA/MS.



Figura 11. Distribuição dos laboratórios/serviços de saúde que realizam testes de contagem de células T CD4+, Brasil.

Fonte: Diag/Dathi/SVSA/MS.

Tabela 4. Número total de resultados de testes liberados nos anos de 2022, 2023 e 2024, Brasil.

Total de resultados liberados	Carga viral convencional			Carga viral rápida			CD4+ convencional	CD4+ rápido
	HIV	HBV	HCV	HIV	HBV	HCV		
2022	993.598	79.062	59.626	11.398	890	1.665	372.050	34.057
2023	1.060.931	81.459	59.642	43.145	4.929	2.730	395.345	43.552
2024	1.197.536	86.639	61.135	55.367	6.262	3.652	448.011	55.136

Fonte: Diag/Dathi/SVSA/MS.

a. Oferta de serviços laboratoriais

Testes disponíveis para cada doença

Além de disponibilizar redes para quantificação das cargas virais de HIV, HBV e HCV, detecção molecular de CT/NG e contagem de linfócitos T CD4+, o Ministério da Saúde também realiza compras centralizadas, por meio de processos de licitação pública, de testes rápidos (TR) para a detecção de infecções por HIV, sífilis e hepatites B e C, e autotestes de HIV, disponibilizados como uma estratégia

adicional para ampliar o acesso da população aos testes e exames. Esses testes são distribuídos para todas as 27 Unidades Federativas (UF) brasileiras, sendo que a gestão de cada UF é responsável por definir os serviços de saúde onde o TR será oferecido e por estabelecer a rede local de testes rápidos, de acordo com as diretrizes do MS e as realidades locais.

Em 2024, o teste Duo HIV/Sífilis começou a ser distribuído [Brasil, 2024(p)]. Esse teste detecta simultaneamente anticorpos anti-HIV-1/2 e anticorpos treponêmicos e é recomendado para uso em gestantes durante o pré-natal, se não houver diagnóstico prévio de sífilis e/ou infecção pelo HIV. Em 2024, foram distribuídos 3,18 milhões de testes rápidos Duo HIV/Sífilis.

Tabela 5. Número de testes rápidos (TR) distribuídos (em milhões) no Brasil, 2022, 2023 e 2024.

Ano	TR HIV	TR sífilis	TR HBV	TR HCV	TR HIV/sífilis
2022	16.76	14.12	12.10	11.73	-
2023	16.27	14.31	12.39	13.67	-
2024	11.04	10.04	13.67	6.22	3.18

Fonte: Diag/Dathi/SVSA/MS.

Garantia de qualidade de testes para diagnóstico e seguimento

Conforme mencionado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelece parâmetros técnicos e sanitários para o funcionamento de laboratórios clínicos, laboratórios de patologia e outros serviços que realizam análises clínicas, incluindo requisitos de gestão da qualidade para todos os testes realizados no país, seja no setor público ou privado.

O diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV, é realizado por meio da combinação de testes que podem ser TR ou testes laboratoriais, de acordo com os algoritmos descritos.

O TR para a infecção pelo HIV pode ser realizado em serviços de saúde (p. ex., unidades da APS, CTAs, maternidades), enquanto os testes de quantificação da carga viral do HIV e contagem de células T CD4+ são realizados por meio de uma rede de laboratórios ou serviços de saúde (redes convencionais e rápidas).

O Ministério da Saúde implementou ferramentas para a vigilância pós-comercialização dos testes rápidos adquiridos, caracterizadas por abordagens proativas e reativas. Na abordagem proativa, todos os lotes de TRs adquiridos pelo MS passam por uma análise de qualidade no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), que avalia a documentação, a rotulagem e os critérios de desempenho dos testes. Somente os lotes aprovados nessa avaliação são distribuídos às unidades de saúde em todo o Brasil. Na abordagem reativa, todos os incidentes observados pelos profissionais devem ser relatados aos fornecedores por meio de um processo estabelecido. Mensalmente, a equipe técnica do MS avalia cada uma dessas notificações junto aos respectivos fornecedores e identifica a necessidade de ações.

Para garantir ainda mais a qualidade dos testes, o Ministério da Saúde oferece ferramentas de ensino à distância (documentos, cursos, vídeos) sobre testes rápidos, apoiando a formação de profissionais de saúde. Além disso, o MS organiza oficinas para formar Referências Técnicas em Diagnóstico como pontos focais nas UFs em questões de diagnóstico.

Para os testes laboratoriais, também são fornecidos controles internos (controle positivo alto, controle positivo baixo e controle negativo) para garantir a confiabilidade dos resultados. O Ministério da Saúde trabalha com a Rede de Laboratórios/Serviços de Saúde, incentivando o estabelecimento de programas de qualidade interna e apoiando o registro e o monitoramento do controle de qualidade interno.

Visando fortalecer a proficiência a essas instituições de saúde pública, o Ministério da Saúde estabeleceu uma parceria com o Laboratório de Biologia Molecular, Microbiologia e Sorologia da Universidade Federal de Santa Catarina (LBMMS/UFSC) por meio de um programa de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ).

O programa AEQ foi implementado no Brasil em 1996, simultaneamente à introdução dos testes de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+. Em 2012, o programa foi ampliado para incluir testes rápidos (TR). Essa abordagem tem sido aplicada de forma consistente a cada nova implementação — por exemplo, a instalação das redes rápidas para testes moleculares e contagem de CD4+ foi seguida pela implementação das respectivas AEQs. A AEQ mais recente é a da rede de testes rápidos de CD4+, com uma rodada prática realizada até o final de 2025.

O programa AEQ é oferecido gratuitamente a cada ano e inclui rodadas teóricas (questões de múltipla escolha sobre testes/metodologias disponíveis, algoritmos de diagnóstico e boas práticas laboratoriais) e rodadas práticas (testagem de um painel de amostras com valores conhecidos fornecidos pelo fabricante do painel).

AEQ para Testes Rápidos: avalia cada profissional de saúde individualmente, examinando não apenas a execução prática dos testes de HIV, mas também o correto seguimento do algoritmo de diagnóstico. Uma plataforma *on-line* fornece aos participantes relatórios individualizados, bem como relatórios globais que incluem dados nacionais e estratégias para minimizar erros comuns. Gestores estaduais, municipais e de laboratórios ou serviços de saúde acessam os resultados dos participantes da AEQ-TR para apoiar ações corretivas localmente, incluindo visitas técnicas, treinamento e outras medidas necessárias. Além disso, o Ministério da Saúde produz materiais e oferece webinários e cursos com base nas principais necessidades identificadas por meio do programa.

AEQ para Testes de Carga Viral e CD4+: avalia cada instituição. As rodadas práticas são analisadas por meio de comparação entre laboratórios, avaliando a variação das médias individuais das amostras de cada laboratório em relação à média geral de todos os laboratórios participantes, bem como a repetibilidade das amostras duplicadas. Além disso, o programa verifica a contaminação nas reações, analisando amostras negativas para carga viral, e avalia a capacidade do laboratório de seguir os protocolos e lançar os resultados com precisão. A plataforma *on-line* fornece às instituições

seus resultados individuais, bem como relatórios globais contendo dados nacionais anônimos e estratégias para minimizar erros comuns. As instituições reprovadas na AEQ laboratorial recebem visitas *in loco* e apoio das empresas fornecedoras para identificar possíveis inadequações e implementar medidas preventivas e corretivas, incluindo avaliações de equipamentos, infraestrutura, melhores práticas laboratoriais, conhecimento metodológico, execução de testes de acordo com os protocolos e outros aspectos relevantes. Depois disso, os fornecedores enviam relatórios ao Ministério da Saúde detalhando os erros observados e as ações adotadas.

Os resultados das avaliações de todos os profissionais que executam TR e da rede de laboratórios que realizam testes de carga viral e contagem de células T CD4+ podem ser acessados em <https://qualitr.paginas.ufsc.br/> e <https://aeqnacional.paginas.ufsc.br/>.

O LBMMS/UFSC (provedor de AEQ para a rede pública de diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil) também participa de um programa de AEQ e adquire painéis de proficiência junto à Controllab. A Controllab é uma empresa privada nacional que fornece painéis de proficiência e é credenciada pela ISO 17043 pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), órgão brasileiro responsável por garantir a qualidade e a segurança dos produtos e serviços no país. Além disso, a empresa recebe painéis de proficiência para sífilis do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos.

Os laboratórios clínicos do setor privado, para cumprir os requisitos da Anvisa, também adquirem painéis de proficiência de empresas como a Controllab.

Locais de testagem

Os testes rápidos são amplamente distribuídos em todo o território nacional, alcançando 95% dos municípios e sendo realizados em mais de 30.000 unidades de saúde, incluindo serviços públicos e privados. Esses testes podem ser oferecidos e realizados em:

- Serviços da APS, com ou sem ESF;
- Maternidades;
- Redes de atendimento de urgência e emergência;
- Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs);
- Unidades de Testagem Móvel (UTMs);
- Laboratórios clínicos;
- Outros serviços da rede de saúde do SUS, considerados estratégicos para o diagnóstico dessas infecções pelas equipes das coordenações de ISTs/HIV/hepatites virais.

Os serviços de saúde também podem oferecer e realizar TRs durante ações de testagem extramuros e/ou apoiar a testagem e fornecer orientação durante intervenções comunitárias realizadas em locais de sociabilidade de populações-chave e prioritárias.

Tais atividades devem estar em conformidade com os requisitos da legislação sanitária vigente, como a Resolução RDC nº 978/2025 da Anvisa [Brasil, 2025(d)] e suas atualizações, incluindo

a necessidade de apoio de um serviço de saúde registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) para garantir a qualidade e os encaminhamentos necessários durante as ações extramuros. A Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013 [Brasil, 2013(a)], estabeleceu o Regulamento dos Serviços de Atenção às ISTs/HIV/aids, definindo suas modalidades, classificação, estrutura organizacional e funcionamento. Esse regulamento inclui detalhes sobre os serviços de saúde que realizam testes e atividades de prevenção de ISTs, visando principalmente os grupos populacionais considerados mais vulneráveis, bem como a população geral. A portaria está atualmente em revisão para futura atualização.

iii. Acesso aos serviços de saúde e custos

a. Acesso universal aos serviços públicos de saúde para cidadãos e não cidadãos, incluindo pessoas deslocadas internamente, apátridas, refugiados, trabalhadores migrantes, imigrantes e outras populações em situação de vulnerabilidade

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema de Seguridade Social para garantir direitos relacionados à saúde, previdência social e assistência social. Esses direitos são financiados pela sociedade, direta ou indiretamente, por meio de recursos do governo federal, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e de contribuições sociais [Brasil, 1988]. Os recursos também são complementados por transferências de outras fontes de financiamento, conforme definido pela Lei Complementar nº 141/2012 [Brasil, 2012(a)], que estabelece o investimento mínimo anual em ações e serviços de saúde pela União, estados, DF e municípios; os critérios para alocação de recursos das transferências para a saúde; e as regras para monitoramento, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Por meio da Lei nº 8.080/1990 [Brasil, 1990], o SUS garante acesso universal e igualitário à saúde a todas as pessoas no território brasileiro, sejam eles cidadãos ou não, incluindo pessoas deslocadas internamente, apátridas, refugiados, trabalhadores migrantes, imigrantes e outras populações marginalizadas. Esse compromisso está expresso nas seguintes disposições:

“Artigo 2 – Das Disposições Gerais: A saúde é um direito fundamental do ser humano, [...]”

Artigo 7 do Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...]

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...]

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. [...]”

b. Despesas relacionadas à prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B

As despesas com saúde relacionadas à assistência materno-infantil incluem o financiamento de programas de saúde da mulher; A Rede Alyne (que compreende uma das redes temáticas de

atendimento do SUS, com o objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil); o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (financiamento de estruturas e infraestruturas relacionadas ao atendimento integral a gestantes e recém-nascidos, particularmente maternidades e casas de parto); e atendimento relacionado ao tratamento de crianças expostas ao HIV e gestantes HIV positivas em tratamento antirretroviral (Tabela 6) [Brasil, 2024(q)].

Tabela 6. Estimativa de gastos brasileiros de acordo com iniciativas e programas, 2024.

Iniciativas e programas	Valor (R\$)
Rede Alyne	400.000.000,00
Programas de saúde da mulher	208.000.000,00
Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Saúde: Maternidades	4.758.120.000,00
Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Saúde: Promoção do parto normal	93.000.000,00
Terapia antirretroviral (Tarv) para crianças	14.100.000,00
Tarv para gestantes vivendo com HIV e/ou aids	20.728.000,00
Total	5.493.948.000,00

Fontes: Rede Alyne: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/ministerio-da-saude-destina-r-52-milhoes-para-exames-de-pre-natal-no-sus> e <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.530-de-21-de-outubro-de-2024-593585895>

Programa de Saúde da Mulher: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/arquivos/a-mulher-no-orcamento-2024.pdf>

PAC Saúde: Maternidades: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude/maternidades>

PAC Saúde: Promoção do Parto Normal: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/trinta-centros-de-parto-normal-serao-construidos-com-recursos-do-novo-pac>

TARV crianças e gestantes: Dathi/SVSA/MS e https://indicatorregistry.unaids.org/sites/default/files/2024-global-aids-monitoring_en.pdf

As estimativas apresentadas na Tabela 6 podem diferir ligeiramente de outras fontes de dados. Os valores correspondentes às despesas na APS não foram incluídos, pois não foi possível desagregar os dados específicos dos serviços voltados a gestantes e recém-nascidos. As despesas relacionadas aos pacotes de serviços de planejamento familiar também não foram consideradas. A despesa total estimada pelo SUS com esses serviços é de aproximadamente R\$ 5,5 bilhões, representando cerca de 2,4% do orçamento total da saúde para o ano base 2024.

VII. PRINCIPAIS ACHADOS SOBRE A ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (ETV) DE HIV, SÍFILIS E/OU HBV

i. Relatório sobre os indicadores nacionais de validação

a. *Identificação dos sistemas e fontes de dados utilizados*

No que diz respeito aos dados nacionais, o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), versão Net, é a principal ferramenta para registrar, processar e analisar notificações e investigações de doenças e condições de notificação obrigatória no Brasil, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 [Brasil, 2017(a)]. Entre as doenças monitoradas pelo sistema estão HIV, aids, hepatite B, sífilis em gestantes, sífilis congênita (SC), sífilis adquirida e infecção por HIV em gestantes, parturientes e puérperas, e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV.

O Sinan foi gradualmente implementado desde 1993 e regulamentado em 1998 pela Portaria Funasa/MS nº 73, de 9 de março de 1998 [Brasil, 2006; Brasil, 2007], que estabeleceu a obrigatoriedade de municípios, estados e Distrito Federal notificarem casos ao sistema de forma regular, contínua e descentralizada.

Os dados são inseridos no Sinan por meio de formulários padronizados para notificação e investigação. A Ficha Individual de Notificação (FIN) inclui informações gerais sobre o evento e a unidade notificadora, bem como informações sociodemográficas sobre o caso notificado e a área de residência. A seção de investigação do formulário varia de acordo com cada condição, com base nos critérios de definição de caso em vigor.

Os formulários são preenchidos pelas unidades de saúde no momento da suspeita ou confirmação do evento, dependendo da definição do caso; em seguida, são enviados aos departamentos municipais de vigilância epidemiológica para inserção e consolidação dos dados, com posterior transmissão para os níveis regional, estadual e federal. Atualmente, o Sinan está em transição para uma nova plataforma chamada e-SUS Notifica (e-SUS Sinan), que integra os processos de notificação e investigação ao ambiente e-SUS Saúde. A nova plataforma visa modernizar e melhorar a gestão das notificações, oferecendo uma interface mais amigável, maior integração do sistema e tempos mais rápidos de resposta.

A coexistência do Sinan Net e do e-SUS Sinan está sendo cuidadosamente gerenciada para garantir a continuidade da vigilância, por meio de estratégias de transição, treinamento de equipes e processos padronizados. Embora o e-SUS Sinan represente um avanço, as condições relacionadas à transmissão vertical (de HIV, sífilis e hepatites virais), bem como os casos de sífilis adquirida e HIV e/ou aids em adultos e crianças, ainda não foram incorporados à nova plataforma. Portanto, o Sinan Net continua sendo o sistema operacional para registrar, monitorar e analisar essas condições, desempenhando um papel fundamental no monitoramento dos indicadores e metas de ETV.

A notificação de casos de aids é obrigatória desde 1986, abrangendo adultos e crianças, enquanto a notificação obrigatória da infecção pelo HIV foi introduzida em 2014. Em 2000, a notificação da infecção pelo HIV em gestantes, parturientes e puérperas, e em crianças expostas à transmissão vertical do HIV também se tornou obrigatória em todo o país. Além disso, embora o Sinan seja o principal sistema de notificação/investigação de casos, outros sistemas de informação complementam o monitoramento e o acompanhamento clínico de pessoas vivendo com HIV e/ou aids e hepatites virais, incluindo:

- Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos): registra a dispensação de medicamentos antirretrovirais.
- GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial): fornece informações sobre testes de carga viral de hepatite B.
- Siscel (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV): consolida dados sobre exames de carga viral do HIV e contagem de células T CD4+.
- SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade): registra óbitos, incluindo de pessoas vivendo com HIV e/ou aids, hepatite B e sífilis congênita.

Consequentemente, a vigilância do HIV, da aids e da hepatite B depende de múltiplos sistemas para melhorar a completude dos dados e a detecção ativa de casos, a fim de evitar a subnotificação. Para integrar as informações disponíveis, foi desenvolvida uma metodologia probabilística de vinculação de bancos de dados, permitindo a vinculação de registros entre sistemas por meio de variáveis comuns, com excelente capacidade discriminatória. Isso resultou na criação de um banco de dados consolidado de pessoas vivendo com HIV e/ou aids e outro banco de dados para pessoas diagnosticadas com hepatite B, aprimorando o panorama da vigilância epidemiológica.

Para outras informações nacionais, foram utilizadas as seguintes fontes de dados:

- Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos): a principal fonte de dados sobre nascimentos no Brasil, contendo dados das Declarações de Nascido Vivo (DNV), incluindo informações sobre consultas pré-natais até dezembro de 2023; e
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística): responsável pelo Censo Demográfico e estimativas oficiais da população.

Até 31 de março de 2023, o sistema oficial para o registro de dados de vacinação (incluindo hepatite B, vacinas pentavalentes e registros de imunoglobulina humana anti-hepatite B – IGHAHB) era o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). Esse sistema registra os imunobiológicos aplicados e as populações vacinadas, agregados por faixa etária e área geográfica, permitindo a extração pública dos dados de imunização (doses aplicadas e cobertura vacinal) por meio do TabNet – DataSUS (<https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/imunizacoes-desde-1994/>). A partir de junho de 2023, o SI-PNI passou por uma reformulação e foi integrado a uma nova plataforma chamada Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que permite a interoperabilidade entre os sistemas municipais, estaduais e nacionais.

Atualmente, os dados sobre as doses administradas e a cobertura vacinal por ocorrência, residência, anos e tipos de vacinas em todos os municípios, estados e macrorregiões de saúde estão disponíveis no Painel de Cobertura Vacinal do Ministério da Saúde: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html. Essa é a fonte oficial para a cobertura da vacina pentavalente e da dose ao nascer contra hepatite B para o processo de certificação de estados e municípios do Brasil. Vale ressaltar que as doses administradas em campanhas de vacinação com registros identificados permanecem no novo SI-PNI, no e-SUS APS (Sistema Eletrônico de Saúde da Atenção Primária à Saúde) e em outros sistemas integrados ao RNDS.

Embora exista uma forte política de saúde pública incentivando o uso de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal, o sistema de registro desses procedimentos ainda apresenta desafios, principalmente devido à subnotificação e à forma como as informações são compiladas. Portanto, para determinar a proporção de gestantes que realizaram pelo menos um teste de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal, foi desenvolvida uma metodologia de cálculo de amostragem para todo o território nacional.

Em 2006, com o objetivo de fortalecer as medidas de vigilância e controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis, iniciou-se a criação de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) nos municípios e estados, integrando estratégias para a ETV dessas infecções. Esses Comitês desempenham um papel técnico e consultivo, sendo essenciais para fortalecer a rede de atendimento, identificando lacunas no processo de atendimento e produzindo relatórios técnicos com recomendações específicas [Brasil, 2006(a); Brasil, 2022(b)].

Além disso, os CITV atuam como órgãos consultivos para as políticas locais de saúde e para a integração dos esforços de vigilância e atendimento, contribuindo efetivamente para o monitoramento, a vigilância e a prevenção de novos casos [Brasil, 2022(b)]. Destaca-se, como exemplo do papel estratégico do CITV, a iniciativa do estado do Rio Grande do Sul (RS), que, em razão da elevada prevalência de infecção pelo HIV, instituiu normativa para a oferta de testes rápidos para HIV e sífilis ao pai da criança ou ao parceiro de gestantes ou puérperas com sorologia negativa para HIV nas maternidades públicas. O objetivo é prevenir a transmissão do HIV pela amamentação, instituindo medidas de prevenção eficazes, como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP). Também é por meio da CITV que os estados e municípios podem identificar casos de transmissão vertical do HIV pela amamentação [Brasil, 2022(b); Brasil, 2014].

b. Definições de casos para (1) diagnóstico de HIV em adultos e crianças, (2) diagnóstico de sífilis em adultos, (3) sífilis congênita em crianças e (4) HBV em adultos e crianças

- **HIV em gestantes, parturientes e puérperas:** toda mulher diagnosticada com infecção pelo HIV, ou que já tenha um diagnóstico confirmado de HIV ou aids no momento da gestação, no parto ou no pós-parto [Brasil, 2018(a); Brasil, 2019].

- **Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV:** toda criança nascida de mãe vivendo com HIV ou amamentada por pessoa vivendo com HIV [Brasil, 2018(a); Brasil, 2020].
- **HIV em crianças menores de 13 anos de idade:** toda criança com menos de 13 anos diagnosticada com infecção pelo HIV, utilizando dois fluxogramas: (i) para crianças com mais de 18 meses e menos de 13 anos, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, e o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças; e (ii) para crianças com 18 meses ou menos – até 2023, a infecção era confirmada com carga viral detectável do HIV (≥ 5.000 cópias/mL) em duas amostras coletadas em momentos diferentes ou detecção de DNA pró-viral. A partir de 2024, a infecção pelo HIV em crianças é considerada confirmada com uma carga viral detectável do HIV mais um resultado detectável do teste de DNA pró-viral, ou duas cargas virais detectáveis do HIV, com o segundo resultado ≥ 100 cópias/mL [Brasil, 2018(a); Brasil, 2013(b); Brasil, 2022(c); Brasil, 2024(n); Brasil, 2024(o)].
- **Aids em crianças menores de 13 anos de idade:** toda criança com menos de 13 anos que atenda um dos seguintes critérios de caso de aids: (i) evidência de infecção pelo HIV por meio de testes imunológicos ou virológicos padronizados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a idade atual da criança, além do diagnóstico de pelo menos uma doença indicadora de imunodeficiência moderada ou grave e/ou contagem de células T CD4+ abaixo do nível esperado para a idade da criança (critérios CDC adaptados – revisão de 2013); (ii) menção de aids (ou termos equivalentes) em qualquer campo da Declaração de Óbito (DO), ou menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) juntamente com uma doença indicativa/presuntiva de aids na DO, além de investigação epidemiológica inconclusiva (critério excepcional óbito) [Brasil, 2018(a); Brasil, 2013(b); Brasil, 2022(c); Brasil, 2024(n); Brasil, 2024(o)].
- **Sífilis em gestantes, parturientes e puérperas:** (i) situação 1: mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto ou pós-parto, apresente um teste treponêmico reagente ou um teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, e sem registro de tratamento adequado prévio para sífilis; (ii) situação 2: mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto ou pós-parto, apresente um teste treponêmico reagente ou um teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, independentemente de tratamento prévio; (iii) situação 3: mulher que, durante o pré-natal, parto e/ou pós-parto, apresente testes treponêmicos e não treponêmicos reagentes, com qualquer titulação, independentemente de sintomas de sífilis ou tratamento prévio. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser relatados [Brasil, 2021; Brasil, 2022(d)].
- **Sífilis congênita:** (i) situação 1: todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (o tratamento materno adequado é considerado completo quando feito com penicilina benzatina conforme o estágio clínico,

iniciado pelo menos 30 dias antes do parto); (ii) situação 2: toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: evidência clínica, no líquido cefalorraquidiano ou radiologia, de sífilis congênita e teste não treponêmico reativo; titulação do teste não treponêmico do bebê superior aos títulos da mãe em pelo menos duas diluições, utilizando sangue periférico coletado simultaneamente ao nascimento; aumento da titulação não treponêmica no bebê exposto em pelo menos duas diluições durante o acompanhamento; reatividade não treponêmica persistente após os 6 meses de idade (exceto em casos de acompanhamento terapêutico); testes treponêmicos reagentes após os 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de SC; (iii) situação 3: evidência microbiológica de infecção por *Treponema pallidum* em secreção nasal, lesão cutânea, biópsia ou amostras de autópsia de uma criança, natimorto ou aborto. A detecção de *T. pallidum* ocorre por meio de microscopia direta (campo escuro ou material corado) [Brasil, 2021; Brasil, 2022(e)].

- **Hepatite B:** todo indivíduo que apresente um ou mais dos seguintes marcadores reagentes ou resultados de testes de biologia molecular para hepatite B: HBsAg reagente (incluindo teste rápido), anti-HBc IgM reagente ou HBV-DNA detectável; ou indivíduo que tenha falecido com menção de hepatite B na Declaração de Óbito; ou indivíduo que tenha falecido com menção de hepatite de etiologia não especificada na DO, mas posteriormente confirmada como hepatite B após investigação [Brasil, 2023(b); Brasil, 2018(b); Brasil, 2022(f)].
- **Hepatite B em gestantes, parturientes e puérperas:** toda mulher que, durante a gestação, o parto ou o pós-parto, apresente um ou mais dos seguintes marcadores imunológicos reagentes e/ou material genético detectável para hepatite B: HBsAg reagente (incluindo teste rápido), anti-HBc IgM reagente ou HBV-DNA detectável [Brasil, 2023(b); Brasil, 2018(b); Brasil, 2022(f)].
- **Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B:** todo recém-nascido ou criança de até 24 meses de idade nascida de mãe com hepatite B [Brasil, 2018(b)].

ii. Consistência dos dados entre áreas geográficas

a. Como foram identificadas as unidades subnacionais com pior desempenho?

A identificação das Unidades Federativas (UF) com pior desempenho – especificamente, aquelas que não conseguiram atingir uma taxa $\leq 2\%$ em pelo menos dois anos consecutivos – baseou-se em uma análise da taxa de transmissão vertical nos últimos três anos. Assim, as UFs que não atingiram as metas para a eliminação da TV do HIV foram as seguintes:

- Três localizadas na região Norte: Roraima (RR), Pará (PA) e Amapá (AP);
- Três localizadas na região Nordeste: Maranhão (MA), Piauí (PI) e Bahia (BA);
- Uma localizada na região Sudeste: Rio de Janeiro (RJ).

b. Descrição das unidades subnacionais e indicadores com pior desempenho

As Unidades Federativas situadas na região Norte – Roraima (RR), Amapá (AP) e Pará (PA) – são caracterizadas por sua localização em um vasto território (a região Norte representa 45% da área total do Brasil), com baixa densidade populacional, compreendendo a região da Floresta Amazônica. Esses estados incluem grandes áreas de reservas indígenas, com significativa diversidade étnica e linguística — por exemplo, Roraima abriga parte do Território Indígena Yanomami, onde apenas 2% das comunidades indígenas são acessíveis por terra, sendo o restante alcançado por via aérea devido a barreiras naturais, como rios e florestas densas [Brasil, 2023(c); Roraima, 2024; Brasil, 2022(g)].

Além disso, os estados de Roraima e Amapá figuram entre aqueles com o menor PIB do Brasil. Roraima, especificamente, enfrentou intensa pressão migratória de cidadãos venezuelanos na última década, o que resultou em aumento da demanda e sobrecarga dos serviços de saúde, habitação, assistência social e demais políticas públicas. Nessa macrorregião, também existem comunidades quilombolas, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, comunidades de pescadores artesanais e comunidades acessíveis apenas por via fluvial. Todos esses fatores representam desafios distintos em comparação com outras regiões brasileiras, juntamente com redes rodoviárias insuficientes e precárias e obstáculos territoriais que complicam a logística e dificultam a capacidade do país de combater atividades ilícitas, a exemplo da mineração realizada sem autorização ou licenciamento ambiental [Brasil, 2023(c); Roraima, 2024; Brasil, 2022(h)].

Em relação às UFs do Nordeste – Maranhão (MA), Piauí (PI) e Bahia (BA) –, esses estados enfrentam significativas desigualdades sociais, econômicas e de desenvolvimento. Por exemplo, enquanto todas as outras regiões brasileiras têm taxas de analfabetismo abaixo de 8,1%, na região Nordeste 14,2% da população não sabem ler ou escrever. O Maranhão detém o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país; o Piauí ocupa a quarta posição mais baixa e a Bahia a sexta entre as 27 UFs. Além disso, em 2022, embora o Nordeste representasse 27% da população total do Brasil, a região compreendia 43,5% da população em situação de pobreza e 54,6% da população em situação de extrema pobreza no país [Pnud, 2025].

Esses dados reforçam o que a literatura sobre saúde pública e medicina social há muito tempo vem enfatizando: os determinantes sociais exercem papel estruturante no processo saúde-doença. Embora a Bahia possua uma infraestrutura de saúde relativamente adequada em seus principais centros urbanos, o estado apresenta múltiplas disparidades socioeconômicas. Sua população é composta por 79,0% de indivíduos pretos e pardos, que dependem predominantemente do SUS e enfrentam barreiras significativas de acesso, acolhimento e serviços de saúde. A Bahia também enfrenta altos índices de violência, que afetam negativamente a saúde integral da população; grandes problemas de acesso às cidades do interior devido à vasta extensão do estado; e uma das maiores taxas de mortalidade infantil do Brasil, especialmente em territórios socialmente vulnerabilizados, refletindo deficiências no pré-natal, problemas na assistência ao parto e cuidados insuficientes na primeira infância [Bahia, 2025; Mendes, 2011; Pitombeira; de Oliveira, 2020].

Em relação ao Rio de Janeiro (RJ), embora possua o segundo maior PIB e o oitavo maior IDH do país (classificado como “alto”), é um estado densamente povoado, especialmente a capital, que apresenta grandes disparidades socioeconômicas. Ressalta-se que 21,7% da população do Rio de Janeiro reside em favelas e comunidades urbanas, onde contextos marcados por maior vulnerabilidade socioeconômica, exposição à violência e problemas de saúde estão profundamente interligados. Em áreas de alta violência, as populações têm acesso reduzido aos serviços de saúde, e os profissionais da área enfrentam desafios significativos para entrar nesses territórios [Agência Gov, 2024; Geni, 2023].

Como resultado, os moradores sofrem maiores impactos físicos e psicológicos sobre a saúde. A difusão da violência na cidade do Rio de Janeiro – incluindo tiroteios e massacres – é considerada um dos maiores desafios do estado, especialmente nas áreas mais carentes, onde a maioria das vítimas são negras. Por fim, entre as regiões do país com as maiores proporções de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, o estado do Rio de Janeiro fica próximo da média nacional (27,4%), com 33,9% da população do Arco Metropolitano de Nova Iguaçu-RJ vivendo em situação de pobreza [Agência Gov, 2024; Geni, 2023].

c. Se os indicadores da unidade subnacional com pior desempenho não atenderam os critérios de validação, que evidências existem de que o programa está trabalhando ativamente para resolver os problemas ou desigualdades nessa unidade?

As seguintes estratégias podem ser citadas para o estado de Roraima (RR):

- Houve um aumento de 28% no financiamento da Atenção Primária à Saúde em 2024 em comparação com 2023, com o objetivo de estender o horário de funcionamento das unidades de APS até às 22h e ampliar o número de equipes multidisciplinares e de saúde da família para melhorar os esforços de prevenção, diagnóstico, tratamento especializado e reabilitação da saúde, que beneficiam diretamente a saúde materno-infantil, incluindo o acompanhamento pré-natal [Brasil, 2024(r)].
- Em novembro de 2024, a equipe da Cgist/Dathi/SVSA/MS, juntamente com a área de Diagnóstico do Departamento, viajou a Roraima para ministrar treinamento a representantes estaduais, municipais e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) sobre o manejo, diagnóstico, vigilância e prevenção da sífilis e outras ISTs, bem como esclarecimentos sobre a transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B.
- Em fevereiro de 2025, foi realizada uma oficina estadual pelo Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Socialmente Determinadas – Ciedds [Brasil, 2023(e)] e pelo Programa Brasil Saudável.
- Em março de 2025, a Cgist/Dathi/SVSA/MS realizou uma reunião presencial com autoridades do estado de Roraima para abordar especificamente o processo de certificação de estados e municípios para a eliminação da TV de HIV, sífilis, hepatite B e

doença de Chagas, bem como e discutir estratégias inovadoras e ações para aprimorar os indicadores de impacto e de processo.

Em relação aos estados do Amapá (AP) e Piauí (PI), os seguintes aspectos podem ser mencionados:

- Embora esses estados ou nenhum de seus municípios tenham sido indicados para certificação no âmbito do processo de certificação de estados e municípios do Brasil, a Cgist/Dathi/SVSA/MS promoveu reuniões com representantes estaduais para explicar o processo, discutir por que municípios com mais de 100.000 habitantes e os estados não eram elegíveis e analisar indicadores e ações potenciais para melhorar os resultados de saúde e o desempenho dos dados.
- Devido ao processo de certificação subnacional para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, em 2023, o estado do Piauí criou uma comissão para investigar casos de TV dessas infecções [Piauí, 2023].
- Em 2024, o Piauí recebeu 55.020 unidades da nova combinação de dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg (esquema de comprimido único) para terapia antirretroviral [Brasil, 2024(s)].
- Em 2023, o Ministério da Saúde viajou para a região de Oiapoque, no estado do Amapá, para realizar treinamentos e discussões com profissionais de saúde com foco na prevenção do HIV (incluindo TV, PrEP e PEP), vigilância epidemiológica, diagnóstico, direitos humanos e sífilis.

Além disso, em 2024, equipes nacionais de validação (ENV) visitaram os municípios de Imperatriz-MA e Castanhal-PA, cujos indicadores não atendiam os critérios de certificação de estados e municípios, para realizar visitas técnicas, identificar lacunas e pontos fracos em assistência, vigilância, diagnóstico e direitos humanos, bem como propor ações de melhoria para aprimorar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil.

Também em 2024, foram realizadas oficinas presenciais sobre HTLV nos estados do Pará (PA) e Piauí (PI). Em outubro de 2024, a Cgist/Dathi/SVSA/MS reuniu-se com a coordenação estadual do Rio de Janeiro (RJ) para organizar o “Seminário sobre Sífilis Congênita: Qual Caminho Seguir para a Certificação?”, com a participação de cerca de 300 pessoas. Além disso, profissionais de vigilância epidemiológica e diagnóstico das ENV também participaram de visitas de campo para ampliar seus conhecimentos e, posteriormente, atuarem como multiplicadores em seus territórios.

No que concerne à Bahia (BA):

- Embora alguns municípios já tenham sido certificados, o principal desafio do estado continuam sendo as graves desigualdades sociais, que afetam diretamente os resultados em saúde.

- Entre as medidas voltadas a mitigar esse problema, inclui-se a Regra de Proteção do Programa Bolsa Família (PBF), que permite aos beneficiários permanecerem no programa por até dois anos – o que levou o Brasil a registrar a maior redução da desigualdade social dos últimos anos, com aumento de 19,4% na renda dos trabalhadores mais pobres da Bahia em 2024 [Pitombeira; de Oliveira, 2020; Brasil, 2025(b)].
- Em 2024, a Bahia recebeu 350.010 unidades da nova combinação de dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg (esquema de comprimido único) para terapia antirretroviral [Brasil, 2024(t)].

Além disso, em 2024, o Ministério da Saúde ampliou a aquisição e distribuição dos testes rápidos Duo HIV/Sífilis (TR Duo) em todo o país para fortalecer a prevenção e o diagnóstico em todas as Unidades Federativas. Além da comunicação direta entre os estados e o nível nacional (quando necessário, por e-mail), vários cursos *on-line* gratuitos — alguns oferecendo certificados — foram lançados para todos os profissionais de saúde, abrangendo temas como: “Princípios de Vigilância Epidemiológica”; “Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais”; “Vigilância Epidemiológica da Sífilis”; “Vigilância Epidemiológica do HIV e da Aids” [Brasil, 2024(u)]. Esses cursos estão disponíveis em: <https://avasus.ufrn.br/>.

Todos os estados acima mencionados, assim como os demais, podem acessar os materiais de treinamento, publicações e outros recursos do Ministério da Saúde [Brasil, 2025(c); Brasil, 2022(i)], disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes>.

Com isso, reforçamos que o governo está comprometido com a redução das desigualdades sociais por meio de iniciativas voltadas ao desenvolvimento econômico e da implementação de políticas públicas direcionadas às populações em situação de vulnerabilidade econômica, conforme mencionado em outras seções deste relatório.

VIII. RESUMO DAS CONCLUSÕES SOBRE OS REQUISITOS BÁSICOS PARA A VALIDAÇÃO

i. Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HIV.

A Figura 12 resume as principais políticas e ações implementadas ao longo da história que resultaram na eliminação das taxas de transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública no Brasil.



Figura 12. Resumo das principais políticas públicas, estratégias e ações implementadas ao longo da história que resultaram na redução sustentada da taxa de transmissão vertical do HIV a níveis compatíveis com sua eliminação como problema de saúde pública no Brasil.

Fonte: Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. Front. Saúde Pública, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1182386/full>; O vírus da Aids, 20 anos depois. A epidemia de aids através do tempo. Fiocruz. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>.

As políticas e programas de HIV e aids no Brasil estão alinhados com a Estratégia Global do Setor de Saúde da OMS para o HIV, a Estratégia Fast-Track do UnaidS para 2016-2021 e o Plano de Ação da OpaS/OMS para a Prevenção e Controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis, contribuindo para a prevenção da transmissão vertical do HIV no país. O Ministério da Saúde tem trabalhado para melhorar as ações programáticas em consonância com as metas 95-95-95 do UnaidS

[Frescura et al., 2022] e com o consenso global rumo ao fim da epidemia de aids até 2030. Vale ressaltar que o Brasil foi um dos primeiros países da América Latina e do Caribe a adotar formalmente políticas de prevenção combinada eficazes e centradas na pessoa, com o objetivo de alcançar todas as pessoas expostas ao risco de adquirir o HIV em todas as populações em situação de maior vulnerabilidade epidemiológica, faixas etárias e contextos geográficos.

Os serviços de saúde no Brasil oferecem políticas voltadas para o atendimento integral da mulher, utilizando uma abordagem centrada na pessoa e baseada em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a equidade de gênero. No contexto da prevenção da transmissão vertical do HIV, das ISTs e das hepatites virais, a atenção à saúde busca uma visão ampla e integral das mulheres, vinculando-as a uma rede de acompanhamento contínuo e eficaz. Essa abordagem inclui não apenas os cuidados durante a gravidez, mas também considera o contexto social, as vulnerabilidades, as condições de vida e outros determinantes ao longo do ciclo de vida da mulher.

Como exemplo, destacamos o fortalecimento da atenção integral nos serviços de saúde reprodutiva para mulheres vivendo com HIV e/ou aids e a promoção da participação ativa do parceiro durante o pré-natal (o Pré-Natal do Parceiro), que vem sendo incentivada no Brasil há quase uma década (desde 2016), promovendo relações familiares mais saudáveis e conscientes [Brasil, 2023(f)].

No contexto da prevenção combinada do HIV, essa metodologia faz parte do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para ISTs [Brasil, 2022(g)] e inclui a promoção do uso de preservativos externos e internos e lubrificantes, o fornecimento de Tarv para todas as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, PEP e PrEP, o incentivo à realização de testes de HIV, estratégias de apoio psicossocial voltadas à vinculação e à permanência dos usuários nos serviços de saúde, estratégias de redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, estratégias de comunicação e educação entre pares, entre outras intervenções [Brasil, 2022(g)].

No que diz respeito ao rastreamento de HIV e sífilis durante a gestação, de acordo com o protocolo nacional [Brasil, 2020(a)], recomenda-se a testagem nas seguintes situações:

- Na primeira consulta pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre de gestação);
- No início do terceiro trimestre (por volta da 28ª semana de gestação);
- No momento do parto, independentemente dos exames anteriores;
- Em qualquer ocorrência de exposição de risco e/ou violência sexual.

Para todas as pessoas diagnosticadas com HIV, a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 [Brasil, 1996], garante a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais pelo SUS. Além dos desafios financeiros, a distribuição desses medicamentos envolve aspectos logísticos e estratégicos, especialmente considerando o vasto território do país. A superação desses desafios se reflete na proporção de gestantes em Tarv no país – um indicador essencial do processo de eliminação da TV.

Para facilitar o acesso ao tratamento, mais de 1.500 Unidades de Distribuição de Medicamentos (UDMs) foram criadas em todo o Brasil, permitindo que pessoas vivendo com HIV e/ou aids tenham acesso conveniente e eficiente à Tarv. Da mesma forma, em 2024, o Ministério da

Saúde investiu mais de R\$ 3,003 bilhões no programa de resposta ao HIV do Brasil. Desse total, 202,9 milhões foram destinados à compra de insumos, 30,1 milhões às ações de vigilância, prevenção e controle do HIV e 299,9 milhões ao fortalecimento dos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV e/ou aids. A maior parte do investimento, 2,47 bilhões, foi direcionada à garantia do acesso universal a tratamentos como Tarv, PEP, PrEP, penicilina e outros, beneficiando tanto as gestantes quanto outras pessoas vivendo com HIV e/ou aids, sífilis e hepatite B.

O país possui um protocolo clínico com diretrizes para eliminar barreiras ao diagnóstico e promover o tratamento precoce e oportuno para gestantes, crianças e adolescentes vivendo com HIV e/ou aids, incluindo formulações farmacêuticas que podem melhorar a adesão à Tarv e aumentar a retenção de crianças e adolescentes no cuidado contínuo.

Tabela 7. Indicação e dosagem de antirretrovirais (ARV) para a profilaxia da transmissão vertical (TV) do HIV, de acordo com o risco de exposição e a idade gestacional (IG) do recém-nascido, Brasil.

Risco de TV	Situação	ARV	IG (semanas)	Posologia	Duração
Baixo risco	Uso de terapia antirretroviral (Tarv) na gestação e carga viral do HIV indetectável ^(a) a partir da 28ª semana (3º trimestre) e sem falha na adesão à Tarv	Zidovudina (oral)	35 ou mais	4 mg/kg/dose a cada 12h	4 semanas
			30 a 35	2 mg/kg/dose a cada 12h por 14 dias + 3 mg/kg/dose a cada 12h a partir do 15º dia	4 semanas
			Menos de 30	2 mg/kg/dose a cada 12h. Se necessário, a dose intravenosa será equivalente a 75% da dose oral, a cada 12h	4 semanas
Alto risco	Qualquer uma das seguintes condições: • Não realização de pré-natal. • Não utilização de Tarv durante a gestação. • Profilaxia indicada no parto, mas não realizada. • Início da Tarv após a segunda metade da gestação. • Uso de ARV apenas no intraparto. • Infecção materna aguda pelo HIV durante a gestação ou amamentação.	Zidovudina (oral)	35 ou mais	4 mg/kg/dose, a cada 12h	4 semanas
			30 a 35	2 mg/kg/dose a cada 12h por 14 dias + 3 mg/kg/dose a cada 12h a partir do 15º dia	4 semanas
			Menos de 30	2 mg/kg/dose a cada 12h. Se necessário, a dose intravenosa será equivalente a 75% da dose oral, a cada 12h	4 semanas
		Lamivudina (oral)	34 ou mais	Do nascimento até 4 semanas de vida: 2 mg/kg/dose, a cada 12h	4 semanas
		Raltegravir (oral)	37 ou mais ^(c)	1ª semana: 1,5 mg/kg/dose uma vez por dia ^(d) . Da 2ª semana até a 4ª semana: 6 mg/kg/dose, a cada 12h	4 semanas

• Persistência de carga viral do HIV detectável^(b) no terceiro trimestre da gestação. • Carga viral materna do HIV desconhecida. • Diagnóstico materno de infecção pelo HIV realizado no momento do parto.	Nevirapina (oral)	34 a 37	1ª semana: 1,5 mg/kg/dose uma vez por dia ^(d) . Da 2ª semana até a 4ª semana: 6 mg/kg/ dose, a cada 12h	4 semanas
		37 ou mais (alternativa ao raltegravir no alto risco)	6 mg/kg/dose, a cada 12h	4 semanas

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Módulo I - diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf

(a) Para efeito das recomendações do PCDT, considerar carga viral indetectável do HIV = resultado inferior a 50 cópias.

(b) Para efeito das recomendações do PCDT, considerar carga viral detectável do HIV = resultado igual ou superior a 50 cópias.

(c) O raltegravir não deve ser usado em crianças com menos de 37 semanas de IG ou com peso inferior a 2 kg. Se houver alto risco de exposição ao HIV, indica-se 100 mg de raltegravir granulado. Observação: para recém-nascidos de 34 a 37 semanas de IG ou com peso inferior a 2 kg, a profilaxia deve ser realizada com zidovudina e lamivudina combinadas com nevirapina por 28 dias. Do nascimento até a 1ª semana de vida: nevirapina 4 mg/kg/dose 2 vezes ao dia. Da 2ª à 4ª semana de vida: nevirapina 6 mg/kg/dose 2 vezes ao dia. A dose de 200 mg/m² de superfície corporal só deve ser usada em bebês com infecção confirmada pelo HIV.

(d) Se a mãe usou raltegravir entre 2 e 24 horas antes do parto, a primeira dose do recém-nascido deve ser adiada até 24 a 48 horas após o parto. Observação: raltegravir 100 mg granulado para suspensão oral deve ser considerado preferencial em recém-nascidos com 37 semanas de idade gestacional, de acordo com o seguinte esquema terapêutico: 1ª semana de vida: 1,5 mg/kg/dose uma vez ao dia; da 2ª à 4ª semana de vida: 3 mg/kg/dose duas vezes ao dia.

O manejo clínico dos recém-nascidos está descrito no PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Brasil, 2020(a)], que, entre outras medidas, prevê a administração de quimioprofilaxia para todas as crianças (Tabela 7). No território, cada criança exposta ao HIV é notificada, e os serviços de vigilância, juntamente com a clínica que acompanha a criança, monitoram o caso até a conclusão do diagnóstico, seja ele negativo ou positivo. Se houver perda de acompanhamento da criança, os serviços clínicos e de vigilância entram em contato com a família e a aconselham a retornar ao serviço. Os agentes comunitários de saúde também podem visitar a casa e orientar a mãe sobre a retomada do cuidado, respeitando a confidencialidade. Em nível nacional, todas as crianças expostas ao HIV são identificadas e acompanhadas de acordo com os resultados da carga viral.

O processo de certificação de estados e municípios para a ETV foi iniciada em 2017 [Brasil, 2018] para municípios com 100.000 ou mais habitantes e estados, com adaptação das metas da Opa e da OMS para o HIV. Até outubro de 2025, um total de 153 municípios alcançaram alguma forma de certificação para o HIV, sendo 73 certificados pela eliminação da transmissão vertical do HIV e 68 certificados com selos prata rumo à eliminação. Em nível estadual, quatro UF (Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais e Sergipe) receberam selos prata e três estados (São Paulo, Paraná e Santa Catarina) alcançaram a certificação pela eliminação da TV do HIV.

As mulheres vivendo com HIV recebem Tarv vitalícia de forma universal? Quais são os custos do tratamento para os usuários?

Sim. O acesso à Tarv é universal para todas as pessoas, não apenas para gestantes, conforme descrito na seção anterior e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério

da Saúde [Brasil, 2025(c); Brasil, 2024(n); Brasil, 2024(o); Brasil, 2022(g)]. Além disso, conforme mencionado anteriormente, não há custos associados à Tarv no Brasil para a população – tudo é distribuído gratuitamente pelo SUS. Também vale destacar que alguns municípios brasileiros implementaram uma estratégia de “passe social”, em que pessoas de baixa renda e em situações específicas, como pessoas vivendo com HIV e/ou aids, independentemente de suas contribuições para a previdência social, recebem passes de transporte público gratuitos ou subsidiados. Essa iniciativa garante que essas pessoas possam se deslocar até as unidades de saúde para consultas, retirada de Tarv e outros serviços de saúde necessários.

***Sobre a política nacional de amamentação, em geral e para mulheres vivendo com HIV e aids.
Opções oferecidas às mulheres e aconselhamento sobre os riscos e benefícios da amamentação.***

No Brasil, recomenda-se que todas as gestantes vivendo com HIV e/ou aids sejam aconselhadas a não amamentar e recebam cabergolina para inibir a lactação enquanto ainda estiverem na maternidade. Ao mesmo tempo, essas mulheres devem ser informadas e aconselhadas sobre seu direito de receber fórmula infantil após o parto por pelo menos seis meses [Brasil, 2021(a)].

O aconselhamento contra a amamentação começa durante os cuidados pré-natais. A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, com uma dose oral única de 1 mg de cabergolina (dois comprimidos de 0,5 mg), administrada antes da alta hospitalar. O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra pessoa), a alimentação mista (leite materno e fórmula infantil) e o uso de leite materno pasteurizado em domicílio também são contraindicados.

Crianças expostas ao HIV, infectadas ou não, têm direito a receber fórmula infantil durante, pelo menos, os primeiros seis meses de vida [Brasil, 2021(a)]. Esse período pode ser prolongado com base em avaliações de casos específicos ou em políticas públicas estaduais e/ou municipais.

Para mulheres/mães no pós-parto que tiveram resultado negativo para o HIV no momento do parto, a política recomenda avaliar as vulnerabilidades e fornecer orientação sobre a prevenção do HIV após o parto, principalmente com o uso de preservativos, PrEP e PEP para reduzir a possibilidade de infecção durante a amamentação. A PrEP ao HIV é recomendada para pessoas sem infecção pelo HIV que apresentem risco significativo de exposição, incluindo aquelas em relacionamentos sorodiferentes. A estratégia também pode ser considerada no planejamento reprodutivo dos casais que desejam conceber, como medida adicional de prevenção, quando indicado.

Sobre a política nacional de parto cesáreo para mulheres vivendo com HIV e aids, quais opções são oferecidas a essas mulheres?

No Brasil recomenda-se o parto vaginal como a via preferencial de parto para gestantes com carga viral indetectável (além da Tarv oral padrão durante o parto) e para aquelas com carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL a partir da 34ª semana de gestação (além de AZT intravenoso durante o trabalho de parto). Portanto, se não houver indicação obstétrica, a cesariana eletiva não é

recomendada para gestantes com carga viral do HIV abaixo de 1.000 cópias/mL para prevenir a TV do HIV.

A cesariana eletiva, com membranas intactas, é indicada a partir da 38ª semana de gestação para mulheres vivendo com HIV e/ou aids que tenham carga viral detectável ou desconhecida na 34ª semana, juntamente com a administração de AZT intravenoso durante o trabalho de parto.

A taxa de cesáreas registrada no Brasil foi de 59,6% em 2023, enquanto 40,4% dos nascimentos ocorreram por via vaginal, de acordo com dados nacionais do Ministério da Saúde.

Principais fatores que contribuem para a alta taxa de cesáreas no país:

- Fatores socioculturais: persistência da ideia de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê, juntamente com a crença de que a cesariana é mais segura.
- Fatores institucionais e legais: uso histórico da cesariana para laqueadura tubária, prática que atualmente não é aceita pelo Ministério da Saúde como método de planejamento reprodutivo.
- Cultura de medicalização do parto e predominância de intervenções desnecessárias.
- Pressão social e profissional, que influencia a tomada de decisão das mulheres.
- Comprometimento da autonomia das gestantes na escolha da via de parto, muitas vezes limitada por condições impostas pelo sistema de saúde.

Medidas adotadas para reduzir cesáreas desnecessárias:

- Inclusão do plano de parto na Caderneta da Gestante (8ª edição revisada), garantindo o registro das preferências da mulher.
- Pré-Natal do Parceiro, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), fortalecendo a atenção compartilhada e os laços familiares.
- Capacitação de enfermeiros obstetras e fortalecimento das equipes multiprofissionais: Projeto Aprimorandas – IFF/Fiocruz.
- Melhoria da qualidade do pré-natal e do parto, com foco na assistência integral e humanizada:
 - Garantia de visita prévia à maternidade, de acordo com a Lei nº 11.634/2007.
 - Direito ao parto humanizado, com protagonismo da mulher, respeito à diversidade e práticas baseadas em evidências.
 - Direitos durante o trabalho de parto: liberdade de posição e movimento, ingestão de líquidos, presença de acompanhante, privacidade, clampeamento tardio do cordão umbilical e contato pele a pele imediato.
- Criação do Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/Fiocruz), que disponibiliza conteúdo atualizado e baseado em evidências para apoiar profissionais de saúde (<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>).

- Credenciamento de Centros de Parto Normal pela Rede Cegonha (2011) e sua expansão por meio da Rede Alyne, que amplia a assistência a gestantes, puérperas e recém-nascidos. Essa rede inclui:
 - Reestruturação das emergências obstétricas, com financiamento para ambulâncias especializadas.
 - Promoção do aleitamento materno, com transferências anuais de R\$ 41,9 milhões e incentivos para a autossuficiência dos bancos de leite humano.
 - Aumento do investimento no pré-natal e um novo modelo de financiamento baseado em nascidos vivos.
- Fortalecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que promove boas práticas no parto e nos cuidados ao recém-nascido, incluindo a promoção do aleitamento materno e a redução de intervenções desnecessárias (IHAC – Portal de Boas Práticas).

No entanto, a taxa de cesáreas no Brasil permanece acima dos parâmetros recomendados. Isso reflete fatores culturais, institucionais e sociais que favorecem o parto cesáreo em detrimento do parto vaginal. Para enfrentar esse desafio, o Brasil vem implementando um conjunto de medidas estratégicas — que vão desde políticas públicas, como a Rede Alyne, o fortalecimento do parto humanizado e da assistência pré-natal, até ações educacionais, capacitação profissional e promoção das melhores práticas no pré-natal, durante o parto e no pós-parto.

Descreva as taxas de adesão ao tratamento e retenção. Inclua dados sobre perda de seguimento de mulheres vivendo com HIV e aids durante o período de amamentação e o número de bebês que não tiveram um teste final de HIV após o aleitamento.

Estima-se que aproximadamente 327.000 mulheres viviam com HIV e/ou aids no Brasil em 2018 [Brasil, 2024(h)]. No cálculo das proporções em relação ao número total de pessoas vivendo com HIV e/ou aids, as mulheres apresentaram resultados ligeiramente melhores do que os homens em relação ao diagnóstico, à vinculação e à retenção nos serviços de saúde. No entanto, as mulheres demonstraram maiores perdas nas etapas de cuidados contínuos e menor supressão viral em comparação com os homens.

É essencial destacar que as políticas de saúde visam promover, durante o teste e no momento do diagnóstico, o uso de linguagem acessível e comunicação centrada na pessoa, fatores cruciais para uma boa compreensão da infecção pelo HIV, bem como para a importância do acompanhamento clínico e laboratorial e da adesão à Tarv, contribuindo para a eficácia do tratamento e o monitoramento contínuo do usuário.

Existe também uma estrutura legal e organizacional para monitorar e alcançar ativamente indivíduos com dificuldades de adesão e populações vulneráveis. No entanto, a responsabilidade por oferecer cuidados e assistência é dos municípios, com apoio dos estados, e a prestação de serviços pode variar entre as diferentes regiões do país.

ii. Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para a sífilis

A Figura 13 resume as principais estratégias e ações das políticas de saúde pública relacionadas à sífilis no Brasil desde a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, em 1985. Vale ressaltar que, em 1993, foram publicadas as Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita, juntamente com a primeira edição do Manual para o Controle das DST. Em 2007, foi publicado o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Conforme mostrado na figura, uma série de ações, planos, protocolos e acordos foram desenvolvidos para abordar a sífilis em todas as suas formas.

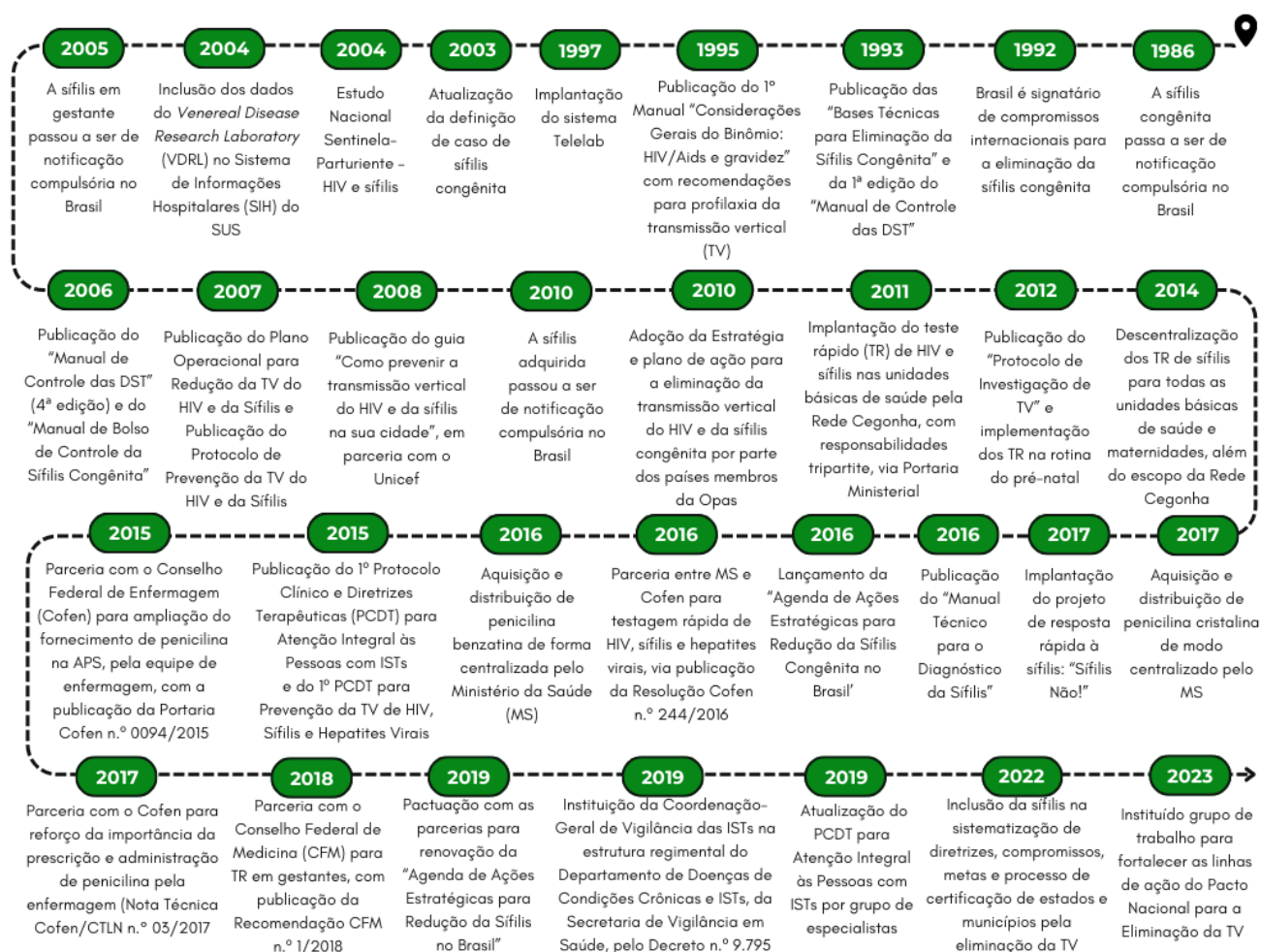


Figura 13. Resumo das principais políticas públicas, estratégias e ações implementadas em relação à sífilis no Brasil.

Fonte: Projeto Sífilis, Cidacs, Fiocruz. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/sifilis/linha-do-tempo/>; Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. *Front. Public Health*, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1182386/full>.

No Brasil, os enfermeiros são amparados pela Lei Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 [Brasil, 1986], regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987 [Brasil, 1987], que os autoriza a solicitar testes rápidos/laboratoriais e prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e aprovados por instituições públicas. A fim de fortalecer o acesso e a

prestação de cuidados em saúde à população, o MS reafirma essas responsabilidades por meio da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) [Brasil, 2012(b)]. Elas incluem a realização de consultas de enfermagem, a realização de procedimentos, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a emissão de laudos de resultados de testes rápidos para HIV, HBV, HCV, HTLV e sífilis, bem como outros testes complementares para o diagnóstico dessas infecções.

Por esse motivo, a prescrição de medicamentos para o tratamento da sífilis e outras ISTs, de acordo com os protocolos, diretrizes e manuais do Ministério da Saúde, também faz parte das responsabilidades do enfermeiro. A Resolução nº 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen [Cofen, 2015], reforça ainda mais a importância da administração de penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem no nível da APS. Esse compromisso é reafirmado pela Nota Técnica CTLN nº 03/2017 do Cofen [Cofen, 2017], que enfatiza a segurança e a qualidade da prestação de serviços de saúde por esses profissionais. Em 2016, após a escassez global e nacional de penicilina, e com base em uma análise da situação da sífilis, o Brasil declarou uma epidemia da doença. Em resposta, várias medidas foram implementadas, incluindo:

- Aquisição e distribuição centralizadas de penicilina benzatina pelo Ministério da Saúde;
- Lançamento do Painel de Indicadores Básicos da Sífilis (acompanhamento da sífilis em gestantes e sífilis congênita), disponível em: <https://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
- Parceria com o Cofen para promover testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais, formalizada por meio da Resolução Cofen nº 244/2016 [Cofen, 2016];
- Lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil [Brasil, 2021(b)];
- Implementação, em 2017, do projeto de resposta rápida à sífilis – o Projeto “Sífilis Não!”.

Além disso, para fortalecer ainda mais as ações contra a sífilis e a SC, o governo federal instituiu, por meio da Lei nº 13.430, de 31 de março de 2017, o terceiro sábado de outubro como o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita [Brasil, 2017(b)]. Essa iniciativa estimula profissionais e gestores da saúde a se envolverem em atividades que enfatizem a importância do diagnóstico e tratamento adequados da sífilis durante o pré-natal e da sífilis como IST em homens e mulheres.

Em 2021, a sífilis foi incluída na segunda edição do guia para certificação de estados e municípios pela ETV do HIV (e seu suplemento), de acordo com as diretrizes da Opas e da OMS, possibilitando a dupla eliminação. A nova versão do guia contemplou todos os procedimentos para certificação da eliminação e, em caso de não alcance da eliminação, para a concessão de selos de boas práticas rumo à ETV de HIV e/ou sífilis por estados e municípios [Brasil, 2024]. Neste último caso, as metas graduais são classificadas em três categorias: selos bronze, prata e ouro. Até outubro de 2025, dentro da estratégia de ETV da sífilis, o Brasil concedeu três certificados de eliminação e 67

selos prata de boas práticas para a eliminação. Em nível estadual, três dos 27 estados brasileiros (Paraná, São Paulo e Santa Catarina) receberam selos bronze de boas práticas rumo à ETV da sífilis.

Quanto ao acesso ao tratamento, em todo o território nacional, a penicilina benzatina e cristalina foram incorporadas ao componente estratégico da assistência farmacêutica e estão disponíveis para todos os residentes, incluindo migrantes e indivíduos em trânsito. Além disso, o uso da doxiciclina (o tratamento de segunda escolha para a sífilis adquirida em pessoas não gestantes) foi ampliado para o tratamento da sífilis, da donovanose e da doença inflamatória pélvica.

Dada a situação epidemiológica atual, recomenda-se o tratamento imediato com penicilina benzatina após um único teste reagente (que pode ser um TR) para sífilis (treponêmico ou não treponêmico) para os seguintes grupos, independentemente da presença de sinais clínicos ou sintomas de sífilis:

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Indivíduos em risco de perda de acompanhamento;
- Indivíduos com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Indivíduos sem diagnóstico prévio de sífilis.

A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 [Brasil, 2011(a)], estabelece a administração obrigatória de penicilina benzatina a indivíduos com sífilis e/ou suas parcerias sexuais, ou sempre que clinicamente indicado, em todas as unidades de APS do SUS. A administração deve ser realizada por profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos ou enfermeiros), médicos ou farmacêuticos. Em casos de reações anafiláticas, o atendimento deve seguir protocolos específicos de emergência estabelecidos para os serviços de APS.

iii. Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HBV (incluindo políticas sobre a disponibilidade e o acesso à vacina contra o HBV).

As principais políticas de saúde pública para o tratamento das hepatites B e C no Brasil são apresentadas na Figura 14.

O rastreio da infecção por hepatite B deve ser realizado em todas as gestantes a partir do primeiro trimestre ou no início do pré-natal (primeira consulta), por meio de análises laboratoriais e/ou testes rápidos. Para gestantes com resultados não reagentes para hepatite B e sem histórico de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação com três doses. Se a gestante comparecer no momento do parto sem ter completado o calendário de vacinação, ela deve ser testada para hepatite B na maternidade.

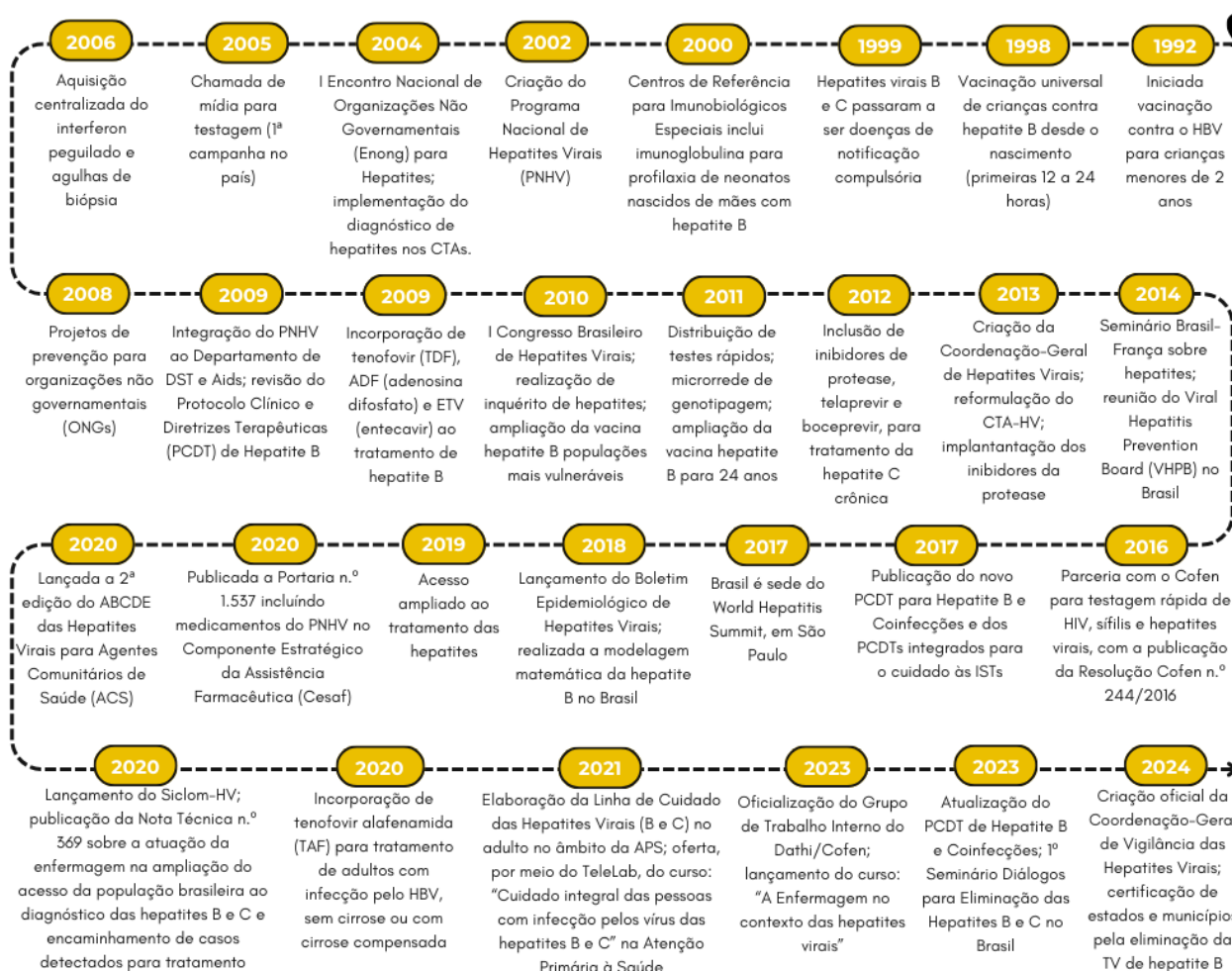


Figura 14. Resumo das principais políticas públicas, estratégias e ações implementadas em relação às hepatites virais no Brasil.

Fonte: informações coletadas junto à Coordenação Geral de Hepatites Virais (CGHV/Dathi/SVSA/MS).

Gestantes com resultado reagente para hepatite B no TR devem ser submetidas a uma avaliação mais específica, preferencialmente por meio de testes moleculares para detecção do material genético viral (HBV-DNA). Se a infecção for confirmada, a profilaxia com tenofovir (TDF) pode ser indicada a partir do terceiro trimestre da gestação, desde que sejam atendidos os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical (PCDT-TV) [Brasil, 2020(a)] e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções [Brasil, 2023(b)]. O encaminhamento a uma maternidade ou centro de parto é de responsabilidade da equipe de saúde que acompanha a gestante com hepatite B e deve ser documentado na caderneta de pré-natal.

Para todos os bebês expostos à hepatite B durante a gestação, recomenda-se a administração da vacina monovalente contra hepatite B e imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG), de preferência nas primeiras 12 horas após o nascimento. Essas ações combinadas previnem a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos.

A política de vacinação é supervisionada pelo Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI). A vacina contra hepatite B está disponível gratuitamente pelo SUS para todos os indivíduos não vacinados, independentemente da idade. Para crianças, a recomendação é administrar quatro doses: ao nascer e aos 2, 4 e 6 meses de idade (como parte da vacina pentavalente). Para adultos, o esquema vacinal completo geralmente consiste em três doses. Para populações imunocomprometidas, devem ser seguidos esquemas especiais com doses ajustadas, com vacinas fornecidas pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie).

A implementação das estratégias de prevenção combinada por estados e municípios complementa os esforços de prevenção para a população geral. Em 2023, equipes técnicas do Dathi e do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT) da SVSA/MS, juntamente com especialistas e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas Brasil), uniram-se para atualizar novamente o Guia para Certificação de estados e municípios pela ETV, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/guia-para-certificacao-eletronica.pdf>. Essa edição do documento incorporou metas de impacto e de processo para a certificação da eliminação e/ou a concessão de selos de boas práticas para a eliminação da TV da hepatite B e da doença de Chagas por estados e municípios. Os parâmetros para a inclusão dessas doenças foram definidos com base em critérios da Opas e da OMS, com adaptações ao contexto nacional.

Assim, em 2024, tornou-se possível solicitar ao Ministério da Saúde a certificação de eliminação e/ou selos de boas práticas para a ETV da hepatite B. No primeiro ano do processo de certificação para a hepatite B, foi concedido um certificado de eliminação, juntamente com 19 selos de boas práticas.

iv. Forneça uma descrição abrangente das políticas e programas nacionais de ETV (Eliminação da Transmissão Vertical) para o HTLV.

A eliminação da transmissão vertical do HTLV também é uma prioridade para o Brasil e um compromisso estabelecido como meta do Programa Brasil Saudável. Para isso, o país avançou nas políticas de saúde pública para vigilância, diagnóstico e prevenção da doença. Em 2022, foi publicada a versão atualizada do Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV [Brasil, 2021(c); Brasil, 2022(g)].

A infecção pelo HTLV, o HTLV em gestantes, parturientes e puérperas e crianças expostas ao HTLV tornaram-se condições de notificação obrigatória por meio da Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024 [Brasil, 2024(v)]. Atualmente, o processo de notificação está sendo implementado no Sinan e as Fichas de Notificação propostos estão sendo validados por especialistas em HTLV e membros do Comitê Técnico Consultivo de Vigilância da Dathi/SVSA/MS.

Complementarmente, em 2024, a incorporação da triagem do HTLV na saúde pública foi aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec (Portaria Sectics/MS nº 13, de 3 de abril de 2024) [Brasil, 2024(w)]. Esse processo envolverá

testes de triagem realizados dentro da Rede Alyne, no contexto da APS, e testes confirmatórios realizados por Laboratórios Públicos como parte da vigilância epidemiológica (atualmente em implementação). Além disso, o Brasil oferece cabergolina gratuitamente para inibição da lactação a todas as mulheres vivendo com HTLV e HIV, bem como fórmula infantil para todas as crianças expostas ao HTLV e ao HIV até pelo menos os 6 meses de idade.

Atualmente, intensificam-se os esforços para treinar profissionais de saúde sobre o HTLV e a prevenção de sua TV. Também está em desenvolvimento uma campanha nacional para ampliar a conscientização sobre o HTLV entre a população geral — um movimento chamado de “HTLV: Saindo da Invisibilidade”. O dia 23 de março foi instituído como o Dia Nacional do HTLV, durante o qual são realizadas reuniões com a sociedade civil, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. É um momento importante para discutir as diretrizes nacionais e a implementação de políticas públicas de assistência e prevenção da transmissão vertical do HTLV.

Embora não exista tratamento ou cura para o HTLV, é fundamental que as pessoas vivendo com a doença sejam acompanhadas pelos serviços de saúde para o controle dos sintomas e o tratamento das doenças relacionadas ao HTLV. Em nível nacional, os Departamentos da SVSA, da Saps e da Saes do Ministério da Saúde estão trabalhando em conjunto para promover ações de vigilância, prevenção, diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HTLV, incluindo a superação de desafios para a implementação da linha de cuidado. Assim, até o final do ano, o Brasil estará trabalhando no estabelecimento de metas de impacto e de processo para a certificação de estados e municípios pela ETV do HTLV, incluindo a concessão de selos de boas práticas.

v. Qual é a proporção da oferta de pré-natal e serviços de parto públicos e não públicos? Os serviços são semelhantes em ambos os sistemas?

No Brasil, os serviços de pré-natal e parto são 100% prestados tanto pelo SUS (sistema público) quanto pela rede privada ou suplementar de saúde, que se refere aos serviços de saúde oferecidos fora do SUS, como planos de saúde privados, apólices de seguro saúde e serviços particulares (privados). A rede privada de saúde é regulamentada, fiscalizada e supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde.

Geralmente, no sistema público de saúde, o pré-natal é ofertado por meio da APS, muitas vezes na unidade de saúde da área de residência da gestante, com consultas alternadas entre médico e enfermeiro, seguindo os protocolos locais, estaduais e/ou federais de saúde. Na rede suplementar, o pré-natal é realizado por um médico afiliado ao plano ou seguro de saúde, ou por um médico particular escolhido pela gestante. **É importante destacar que as mesmas gestantes podem acessar tanto o setor público quanto o privado durante pré-natal, e o parto também pode ser realizado em qualquer um deles.**

A ANS exerce tanto a regulamentação obrigatória quanto a regulamentação indutiva sobre o setor privado de saúde. A regulamentação obrigatória ocorre por meio da imposição de padrões,

como o Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, que determina a cobertura mínima obrigatória para os diferentes tipos de planos (individual/familiar ou coletivo). A lista inclui exames relacionados a ISTs, além da cobertura integral de pré-natal, parto e puerpério em planos com segmentação hospitalar e obstétrica.

Ao mesmo tempo, a ANS também atua por meio da regulamentação indutiva, que visa estimular a melhoria da qualidade da assistência suplementar à saúde, promovendo práticas de atendimento qualificadas e integradas. Nesse contexto, destacam-se os Programas de Certificação de Boas Práticas em Saúde, como a certificação em APS e a Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP – Parto Adequado). A certificação em APS inclui ações voltadas à assistência pré-natal e à vigilância de crianças expostas ao HIV, hepatites virais e sífilis. A Certificação na Linha de Cuidado Materna e Neonatal orienta o início precoce do pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre, garantindo a prevenção de complicações maternas e a transmissão vertical de infecções como HIV, sífilis e hepatites. O Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal [Brasil, 2023(g)] recomenda protocolos específicos e o uso de fluxogramas do MS. Além disso, os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programas-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>), também de caráter indutivo, incluem atualmente 375 iniciativas aprovadas, desenvolvidas por 212 operadores, alcançando aproximadamente 727 mil beneficiários; 21 desses programas incluem ações prioritárias relacionadas às ISTs.

Com base nos dados fornecidos em abril de 2025 pela Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informações e Desenvolvimento Setorial (GPIND/Dides/ANS), em colaboração com a Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ/Dides/ANS), especificamente para atender às necessidades do presente processo de certificação, foram realizadas várias análises dos dados da rede suplementar de saúde sobre a assistência pré-natal, conforme apresentado a seguir.

Tabela 8. Frequência absoluta de consultas pré-natais e partos realizados na rede suplementar de saúde (RSS) e indivíduos que não receberam assistência pré-natal, por ano de nascimento/parto, no Brasil.

Ano	Nº de gestantes que tiveram pelo menos uma consulta de pré-natal* na RSS (por ano)	Nº de partos (por ano)	% de partos na RSS em relação aos nascidos vivos	Nº total de nascidos vivos (Sinasc)
2022	264.828	328.513	12,8%	2.561.922
2023	280.517	337.218	13,3%	2.537.576
2024	241.468	294.428	11,9%	Informação do Sinasc ainda indisponível

Fonte: dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Brasil, 2025.

* Foram contabilizadas como consultas de pré-natal aquelas identificadas como pré-natal nos formulários do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS), bem como as consultas ocorridas nas 42 semanas anteriores ao parto, para mulheres que deram à luz no ano, realizadas por profissionais com os seguintes códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO): CBO 225250 (Obstetra-ginecologista); CBO 225130 (Médico de família e comunidade); CBO 225170 (Clínico geral); CBO 225125 (Médico clínico).

Como se pode inferir da Tabela 8, os partos no Brasil são realizados predominantemente no sistema público de saúde, correspondendo a algo entre 86,5% e 87,1% de todos os partos no país entre 2022 e 2023, com aumento em 2024, atingindo 90,3%.

Tabela 9. Distribuição das partos na rede suplementar de saúde (RSS) por região de residência dos beneficiários. Brasil, 2022 e 2023.

	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Nº de partos na RSS	13.019	8.698	50.883	48.947	189.395	196.911	50.799	51.820	28.404	30.916
Total de nascidos vivos	289.158	284.197	708.975	703.448	979.681	966.160	359.781	357.612	224.327	226.159
% de partos na RSS	4,5%	3,1%	7,2%	7,0%	19,3%	20,4%	14,1%	14,5%	12,7%	13,7%

Fonte: dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Brasil, 2025.

É importante observar que a distribuição das partos na rede suplementar varia significativamente entre as macrorregiões do Brasil. Por exemplo, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, há uma proporção maior de mulheres com acesso a serviços de saúde privados, conforme mostra a Tabela 9. Quanto às semelhanças e modos de funcionamento dos dois sistemas, tanto a rede suplementar de saúde quanto o SUS compartilham princípios e diretrizes fundamentais relativos à saúde materno-infantil, abrangendo consultas pré-natais, parto, exames neonatais e acompanhamento infantil, garantindo assim o atendimento às gestantes e crianças, conforme estabelecido pela Lei nº 8.080/1990 [Brasil, 1990].

Em ambos os sistemas, são incentivadas consultas pré-natais (iniciadas preferencialmente até a 12ª semana de gestação) e testagem precoce para várias doenças e condições — incluindo HIV, sífilis e hepatites B e C. Entretanto, a Tarv para HIV e a profilaxia para todas as mulheres e crianças atendidas na rede suplementar são fornecidas exclusivamente pelo SUS, permitindo que a gestão centralizada seja informada de todos os casos.

Aproximadamente 80% dos partos na rede suplementar foram cesáreas. Isso levanta preocupações com relação à saúde infantil, particularmente nascimentos prematuros por cesariana. No entanto, a rede privada está implementando o “Programa Parto Adequado”, que visa reduzir o número de partos cesáreos desnecessários.

Tanto o SUS quanto o setor privado oferecem a dose ao nascer da vacina contra hepatite B durante a internação inicial do recém-nascido e, como a cobertura vacinal é baseada no número de recém-nascidos em determinado local, isso significa que a estimativa de cobertura inclui crianças dos setores de saúde público e privado.

Tabela 10. Frequência absoluta de gestantes que acessaram diferentes marcadores/testes e procedimentos/exames realizados na rede suplementar de saúde (RSS), por ano. Brasil, 2022-2024.

	Nº de gestantes testadas para HIV na RSS	Nº de gestantes testadas para sífilis na RSS	Nº de gestantes testadas para HBV na RSS
2022	243.664	246.622	207.972
2023	263.175	265.139	224.945
2024	245.872	243.616	214.596

Fonte: Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasil, 2025.

vi. Qualidade dos dados

a. Completude e representatividade dos dados utilizados nos indicadores de ETV

O Sinan, como principal sistema de informação de vigilância epidemiológica, constitui uma fonte significativa de dados secundários, particularmente devido à sua ampla cobertura populacional. No entanto, para realizar plenamente o potencial do sistema, é imperativo garantir a qualidade dos dados registrados, especialmente no que diz respeito à cobertura dos eventos, à confiabilidade das informações e à completude dos campos. Isso se justifica pelo fato de que, em todas as etapas do ciclo de produção de informações, podem ocorrer falhas que comprometem a qualidade dos dados, envolvendo desde os profissionais responsáveis pelo registro das informações até os gestores e usuários dos dados.

Para melhorar a qualidade dos dados registrados no Sinan, a área de Vigilância, Informação e Pesquisa (VIP) do Dathi/SVSA/MS desenvolveu painéis de indicadores de inconsistências para os municípios brasileiros (disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-de-inconsistencias>), abrangendo as seguintes condições:

- Hepatites virais;
- Sífilis adquirida;
- Sífilis em gestantes, parturientes e puérperas;
- Sífilis congênita.

Esses painéis apresentam, para cada município, as principais inconsistências e/ou campos com incompletudes identificados nos últimos cinco anos, com o objetivo de apoiar as equipes locais de vigilância na análise crítica e correção ou atualização das informações registradas no sistema.

O acesso aos painéis é garantido por meio de registro prévio e uso de senhas individualizadas. Os painéis de indicadores de inconsistências para registro de HIV e aids em adultos e crianças, bem como para gestantes, parturientes e puérperas vivendo com HIV e/ou aids, estão em fase final de desenvolvimento.

Para avaliar o sistema de vigilância da infecção pelo HIV em gestantes, puérperas e parturientes, foi realizado um estudo para analisar as inconsistências nos dados de notificação dessa

população registrados no Sinan, abrangendo o período de 1º de janeiro de 2021 a 22 de julho de 2024. Essa iniciativa teve como objetivo apoiar estratégias para qualificar as informações, contribuindo para aprimorar a qualidade dos dados e fortalecer a vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV no Brasil, até que o painel de controle de inconsistências para essa condição específica esteja disponível. Os resultados mostraram que, durante o período analisado, as inconsistências representaram menos de 3% dos registros de infecção pelo HIV em gestantes, puérperas ou mulheres no pós-parto, indicando uma completude em geral satisfatória das informações inseridas.

A consistência dos dados nas notificações de infecção pelo HIV em gestantes, puérperas e parturientes no Sinan variou de acordo com a variável analisada. Variáveis sociodemográficas, como raça/etnia e idade materna, apresentaram altas taxas de completude, assim como a variável relacionada ao momento do diagnóstico do HIV (antes ou durante a gestação ou no parto).

Por outro lado, as informações relacionadas ao uso da terapia antirretroviral ainda apresentam deficiências de completude, pois na maioria dos casos a notificação ocorre nos serviços de Atenção Primária à Saúde, antes do início da Tarv. Em geral, o atendimento às gestantes é feito de forma colaborativa, com o pré-natal realizado no nível da APS e o manejo da infecção pelo HIV nos serviços especializados responsáveis pela prescrição da Tarv e pela solicitação de exames como carga viral, contagem de células T CD4+ e genotipagem. É importante ressaltar que as informações sobre a realização do pré-natal são obtidas a partir do Sinasc, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11. Completude de variáveis selecionadas do formulário de notificação de infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas no Sinan e no Sinasc, por ano de parto. Brasil, 2021 a 2023.

Variável	Ano de parto					
	2021		2022		2023	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Idade	8.203	98,9	7.825	98,8	8.182	98,9
Raça/cor	7.972	96,1	7.583	95,7	8.035	97,1
Evidência laboratorial de HIV	8.293	100,0	7.922	100,0	8.277	100,0
Ao menos uma consulta pré-natal	2.614.536	97,7	2.508.249	97,9	2.491.507	98,2
Uso de Tarv durante o pré-natal	5.726	69,0	5.409	68,3	5.823	70,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

b. Como são determinados os indicadores de cobertura e de impacto? É obrigatório usar dados programáticos para modelar a confiabilidade dos indicadores de impacto anual para HIV, taxas de sífilis congênita e HBV.

Os indicadores de cobertura e de impacto no Brasil foram calculados utilizando as seguintes fórmulas, com dados obtidos a partir dos diversos sistemas de informação do país:

$$(a) \text{ Taxa de TV HIV} = \frac{\text{Nº de novos casos de crianças infectadas pelo HIV por TV em determinado local de residência e ano de nascimento}}{\text{Nº de gestantes com HIV ou diagnosticadas durante a gestação, parto ou pós parto, no mesmo período, por ano de parto e local de residência}} \times 100$$

O **Numerador (a)** para esse indicador considera todas as crianças notificadas com infecção pelo HIV no Sinan por ano de nascimento, mais as crianças identificadas nos seguintes sistemas:

- SIM, com menção de HIV ou aids como uma das causas de óbito;
- Siscel, com pelo menos duas cargas virais detectáveis (qualquer valor); e
- Siclom, registradas para tratamento.

Os casos duplicados são removidos e as investigações são solicitadas aos respectivos estados de residência. Os casos que, após a investigação, não correspondem a crianças ou não atendem à definição do caso são excluídos. Os casos com investigações pendentes ou inconclusivas são contados como casos positivos.

O **Denominador (a)** é o número total de gestantes com infecção pelo HIV notificadas no Sinan, mais as gestantes identificadas no Siclom e no Siscel de acordo com o ano de parto (aproximadamente 13% de ajuste por subnotificação).

$$(b) \text{ Taxa de incidência de TV HIV} = \frac{\text{Nº de novos casos de crianças infectadas pelo HIV por TV em determinado local de residência e ano de nascimento}}{\text{Nº total de nascidos vivos no mesmo ano de nascimento e local de residência}} \times 100.000$$

Numerador (b): o mesmo do indicador anterior.

Denominador (b): número de nascidos vivos no mesmo período e local de residência, extraído do Sinasc.

$$(c) \text{ Taxa de incidência de SC} = \frac{\text{Nº de crianças com sífilis congênita em determinado local de residência e ano de diagnóstico}}{\text{Nº total de nascidos vivos no mesmo ano de nascimento e local de residência}} \times 100.000$$

Numerador (c): para o cálculo da incidência, foram considerados os casos notificados no Sinan de perdas fetais e crianças com menos de 1 ano de idade com sífilis congênita nascidos no ano avaliado (ver definição de caso). O cálculo inclui casos identificados no SIM (natimortos/óbitos).

Denominador (c): número de nascidos vivos durante o mesmo período e local de residência, extraído do Sinasc.

$$(d) \text{ Taxa detecção HBsAg em crianças} \leq 5 \text{ anos} = \frac{\text{Nº de crianças de 0 a 5 anos diagnosticadas com HBsAg+, em determinado local de residência e ano}}{\text{Nº total de crianças de 0 a 5 anos, no mesmo local de residência e ano}} \times 100.000$$

Numerador (d): crianças de 0 a 5 anos diagnosticadas com hepatite B por transmissão vertical, identificadas nos bancos de dados relativos a pessoas com HBV (Sinan, GAL, Siclom e SIM).

Denominador (d): número de crianças de mesma faixa etária conforme reportadas pelo IBGE.

$$(e) \text{ Cobertura de uma consulta pré natal} = \frac{\text{Nº de mães de nascidos vivos que tiveram pelos menos uma consulta de pré natal}}{\text{Nº total de nascidos vivos de gestantes residentes no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Numerador (e) e Denominador (e): número de nascidos vivos (*proxy* para gestantes) com que tiveram pelo menos uma consulta de pré-natal, extraído do Sinasc.

$$(f) \text{ Cobertura de Tarv} = \frac{\text{Nº de gestantes com HIV que usaram Tarv durante o pré natal, por ano de parto e local de residência}}{\text{Nº total de gestantes com HIV no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Numerador (f): para garantir que nenhuma gestante vivendo com HIV e/ou aids em Tarv fosse omitida, todas aquelas com registro de “uso de ARV” durante o pré-natal no Sinan e aquelas com o campo “gestante” ou indicação do período gestacional informado no Siscel (contagem de células T CD4+ e/ou carga viral do HIV ou genotipagem) ou no Siclom (solicitações de dispensação de Tarv) foram incluídas. Registros duplicados foram excluídos. Para as gestantes identificadas no Siscel e no Siclom, considerou-se uso de Tarv quando havia registro de dispensação de antirretrovirais antes da data do parto.

Denominador (f): todas as gestantes vivendo com HIV e/ou aids notificadas no Sinan e aquelas com o campo “gestante” ou uma indicação do período gestacional informado no Siscel (contagem de células T CD4+, carga viral do HIV ou genotipagem) ou no Siclom (solicitações de dispensação de Tarv), com os mesmos critérios mencionados acima. Registros duplicados foram excluídos.

$$(g) \text{ Cobertura de tratamento de sífilis antes do parto} = \frac{\text{Nº de gestantes com teste positivo de sífilis, tratadas com pelo menos uma dose de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina pelo menos 30 dias antes do parto, por ano de diagnóstico, em determinado local}}{\text{Nº de gestantes com teste positivo de sífilis, por ano de diagnóstico, no mesmo período e local}} \times 100.000$$

*Nº de mães com teste positivo de sífilis tratadas com pelo menos uma dose de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina com início pelo menos 30 dias antes do parto.

Sinan: Notificação de gestante com sífilis – prescrição de pelo menos uma dose de penicilina.

$$(h) \text{ Cobertura vacina hepatite B (até 30 dias)} = \frac{\text{Nº de crianças vacinadas em determinado local de residência e ano de nascimento}}{\text{Nº total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100.000$$

Fonte: cobertura de vacinação calculada pelo Programa Nacional de Imunizações, dados públicos.

Até 2022: TabNet – DataSUS (<https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/imunizacoes-desde-1994/>).

De 2023 em diante:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

$$(i) \text{ Cobertura vacina hepatite B (esquema completo)} = \frac{\text{Nº de crianças com menos de 1 ano que receberam a 3ª dose da vacina pentavalente, por local de residência e ano de nascimento}}{\text{Nº total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100.000$$

Fonte: cobertura de vacinação calculada pelo Programa Nacional de Imunizações, dados públicos.

Até 2022: TabNet – DataSUS (<https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/imunizacoes-desde-1994/>).

De 2023 em diante:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

Cobertura de gestantes que realizaram pelo menos um teste de HIV, sífilis e/ou hepatite B durante o pré-natal:

Foi realizado um cálculo estatístico por amostragem. Os municípios selecionados coletaram informações dos prontuários de gestantes que receberam atenção pré-natal em 2022, 2023 e 2024.

vii. Laboratório

a. Descreva o panorama laboratorial do país.

A infraestrutura laboratorial brasileira foi anteriormente detalhada na seção VI: Descrição do sistema de saúde do país (ii – Infraestrutura laboratorial).

b. Descreva e anexe os algoritmos de testagem relevantes para mães e crianças submetidas a exames de rastreio de HIV, sífilis e HBV.

Todos os algoritmos de teste, incluindo os mencionados anteriormente na seção VI: Descrição do sistema de saúde do país (ii – Infraestrutura laboratorial), podem ser encontrados nos links abaixo:

- Algoritmo para diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf
- Algoritmo para diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças expostas, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf, com detalhamento a partir da página 15.

- Algoritmos para diagnóstico de hepatites virais, disponíveis em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf
- Algoritmos para diagnóstico da sífilis, disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>
- Manejo de crianças expostas à sífilis, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view, com detalhamento a partir da página 79.
- Tratamento de crianças expostas ao HBV, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf

c. Avaliação Externa da Qualidade (AEQ)

A Rede de Carga Viral Convencional é composta atualmente por 83 instituições, e a Rede de Carga Viral Rápida, por 55 instituições. A Rede de Contagem de Células T CD4+ Convencional inclui 72 laboratórios, e a Rede de Contagem de Células T CD4+ Rápida abrange 53 serviços de saúde. A porcentagem de não participação nas rodadas de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) oferecidas pelo Ministério da Saúde é apresentada em <https://aeqnacional.paginas.ufsc.br/>.

Considerando o cenário de testes rápidos descentralizados no país, não existe uma ferramenta oficial que permita determinar com precisão o número de laboratórios e serviços de saúde que oferecem testes rápidos em todo o território nacional. Dados sobre a participação na AEQ-TR mostram que, em 2022, 3.011 profissionais de 947 unidades de saúde participaram na rodada teórica e 3.013 profissionais de 935 unidades participaram na rodada prática. Em 2023, 4.250 profissionais de 1.285 unidades participaram na rodada teórica, 4.391 profissionais de 1.377 unidades na primeira rodada prática e 3.455 profissionais de 1.098 unidades na segunda rodada prática. Finalmente, em 2024, 5.534 profissionais de 1.589 unidades participaram na etapa teórica e 4.709 profissionais de 1.334 unidades participaram na etapa prática. As porcentagens de desempenho e de não participação estão disponíveis em <https://qualitr.paginas.ufsc.br/>.

No tocante à participação na AEQ referente a outros testes e instituições fora da Rede Nacional, não é possível indicar o número total de laboratórios (redes públicas e privadas) participantes. No entanto, o MS supervisiona a participação na AEQ entre os laboratórios dos municípios envolvidos no processo de certificação de estados e municípios pela ETV, que inclui uma avaliação da participação tanto no Controle Interno da Qualidade (CIQ) quanto na AEQ. Além disso, as equipes de vigilância sanitária do país realizam auditorias nos laboratórios para avaliar a participação e o desempenho nos programas de testes de proficiência.

Descreva as ações corretivas adotadas para melhorar a qualidade laboratorial

As instituições reprovadas nas rodadas de AEQ recebem a visita das empresas fornecedoras dos testes para avaliar possíveis inconformidades e as potenciais causas dos resultados inesperados. Essa avaliação inclui análises dos equipamentos, da infraestrutura da instituição, das melhores práticas laboratoriais, do conhecimento metodológico, da execução dos testes de acordo com a metodologia do fornecedor e de quaisquer outros aspectos necessários.

Geralmente, as medidas corretivas envolvem o reforço das melhores práticas laboratoriais, o uso de amostras validadas, o armazenamento e manuseio adequados de kits e amostras, procedimentos corretos de execução de testes, volume e homogeneização necessários das amostras, avaliação dos controles de qualidade e análise dos resultados.

Para os testes rápidos, a plataforma *on-line* AEQ-RT fornece aos profissionais participantes relatórios individualizados descrevendo seus principais erros e as ações corretivas a serem adotadas. Relatórios globais, publicados no site <https://qualitr.paginas.ufsc.br/portal-aeq-tr/>, apresentam dados nacionais e estratégias para minimizar os principais erros identificados. Os gestores estaduais, municipais e de laboratórios/serviços de saúde têm acesso aos resultados dos participantes da AEQ-RT e apoiam as ações corretivas em nível local, sendo responsáveis por visitas técnicas, treinamentos e outras medidas necessárias. Além disso, os materiais didáticos produzidos e distribuídos pelo MS são atualizados com base nas principais necessidades identificadas nas rodadas da AEQ-RT.

viii. Direitos humanos, igualdade de gênero e participação comunitária

a. Descrição dos métodos de coleta e análise de dados relativos aos direitos humanos, igualdade de gênero e participação comunitária para o relatório de validação, incluindo o envolvimento da comunidade.

O país coleta dados por meio do monitoramento de suas políticas públicas e estudos específicos. Por exemplo, em parceria com o Unids, a ferramenta do Índice de Estigma é usada para medir e detectar mudanças nas tendências relacionadas ao estigma e à discriminação associados ao HIV e à aids.

b. Descreva como as mulheres vivendo com HIV ou HBV participam no planejamento nacional e na avaliação dos serviços de ETV.

Além dos espaços e mecanismos de participação social já mencionados, as ações de ETV no Brasil têm envolvido, histórica e efetivamente, as organizações da sociedade civil, como o Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas (MNCP), uma organização representativa em nível nacional, que apresentou a seguinte declaração:

“O Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas (MNCP) participa ativamente de processos envolvendo políticas públicas para mulheres vulneráveis ao HIV e mulheres vivendo com HIV e/ou aids. Em 2019, durante o processo de atualização do Protocolo Clínico e

Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a prevenção da transmissão vertical (TV) de HIV, sífilis e hepatites virais, fomos convidadas a participar. Logo depois, ocorreram as primeiras certificações para a eliminação da TV do HIV, e o MNCP foi chamado a integrar o processo de certificação da cidade de São Paulo em 2019, avaliando especificamente o eixo Direitos Humanos (DH) e Igualdade de Gênero (IG).

Em 2022, com a retomada das certificações após a pandemia de covid-19, a participação se ampliou e, atualmente, há cinco membros do MNCP na equipe que avalia esse eixo.

É importante destacar que, além da certificação em si, este é um momento para reconhecer e valorizar os profissionais da linha de frente que, muitas vezes em condições precárias de trabalho, se dedicam diariamente a fazer o seu melhor. Além disso, esse processo fortalece o próprio movimento social, ampliando a compreensão dos mecanismos de gestão e fornecendo mais ferramentas para a defesa dos direitos da população.

Para nós, a eliminação da TV, da sífilis congênita ou de qualquer outra doença não acontecerá sem ações em nível municipal, baseadas nos princípios dos direitos humanos e realizadas de forma intersetorial e interdisciplinar, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Portanto, a decisão do Ministério da Saúde de convidar o MNCP foi uma iniciativa importante, trazendo não apenas a experiência de vida, mas também a expertise em questões que impactam a epidemia de HIV entre as mulheres, e que são cruciais para alcançarmos de fato a eliminação da TV. Essa participação também fortalece a transparência, garantindo que os dados de validação reflitam não apenas números, mas representem verdadeiramente as necessidades e desigualdades presentes nos territórios. Muitas vezes, as informações que chegam aos sistemas podem não retratar com precisão as experiências da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis. Com nossa perspectiva atenta, somos capazes de qualificar esses dados e exigir correções quando necessário.

Além disso, o processo fortaleceu o MNCP, ampliando nossa compreensão dos mecanismos de gestão e fornecendo mais ferramentas para defender os direitos da população, garantindo que ninguém seja deixado para trás.” (MNCP, abril de 2025)

c. *Resumo dos achados nas áreas avaliadas em matéria de direitos humanos, igualdade de gênero e envolvimento comunitário*

Fim da criminalização do HIV, da sífilis e do HBV

A criminalização da transmissão do HIV tem sido debatida tanto no Brasil quanto internacionalmente. Organizações como o Unids a reconheceram como prejudicial aos direitos humanos e à saúde pública. No Brasil, o direito penal já trata da transmissão intencional de doenças,

tornando desnecessárias leis específicas para o HIV. A Lei nº 14.289/2022 [Brasil, 2022(h)] garante a confidencialidade do status sorológico para evitar discriminação.

Desde a década de 1980, o Brasil promove os direitos das pessoas vivendo com HIV e/ou aids, notadamente por meio da Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da aids [Brasil, 1989] e da Lei nº 12.984/2014 [Brasil 2014(a)], que criminaliza a discriminação contra pessoas vivendo com HIV ou aids. A Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988] garante dignidade, igualdade e acesso à saúde, complementada pela Lei nº 9.656/1988 [Brasil, 1998], que proíbe as seguradoras de saúde de negar cobertura às pessoas vivendo com HIV, pela Resolução Normativa nº 27/2015, disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/15613096/do1-2015-09-25-sumula-normativa-n-27-de-24-de-setembro-de-2015-15613044. Além da legislação federal, os estados e municípios têm regulamentações específicas para proteger as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, como a Lei Estadual nº 11.199/2002 [São Paulo, 2002]. A política brasileira de HIV e aids prioriza a saúde pública, os direitos humanos, a não criminalização e a redução do estigma, de acordo com os princípios constitucionais e os compromissos internacionais.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Unids, apoiou a implementação do Índice de Estigma no país. A pesquisa foi realizada duas vezes no Brasil (em 2019 e em 2024), incluindo pessoas vivendo com HIV de diferentes gêneros, identidades de gênero e raças, bem como vários grupos populacionais em todo o país. O sumário executivo da edição de 2019 pode ser acessado em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. A edição de 2024 está disponível em: <https://unaids.org.br/indice-estigma/>. Em ambas as edições, a pesquisa foi realizada em sete capitais, representativas das cinco regiões do país (Porto Alegre, Manaus, Brasília, Recife, Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro). Em relação à segurança jurídica das pessoas vivendo com HIV, em ambas as rodadas da pesquisa, 0,6% dos entrevistados relataram ter sido presos ou processados por acusações relacionadas ao fato de viverem com HIV. Sobre a decisão de fazer o teste de HIV, em 2019 a maioria dos participantes (72%) indicou que o teste foi uma decisão totalmente autônoma. No entanto, 2% relataram ter sido forçados a fazer o teste sem seu consentimento, 9% disseram ter sido pressionados a fazer o teste e 13% foram testados sem seu conhecimento, só sendo informados depois que o teste foi realizado. Além disso, 4% dos entrevistados relataram que nasceram com HIV ou o adquiriram durante a infância. Em 2024, 78,3% declararam que a decisão de fazer o teste foi autônoma, 1,3% disseram que foram forçados a fazer o teste sem consentimento, 8,6% foram pressionados a fazer o teste e 9,8% foram testados sem seu conhecimento.

Garantia de testagem e tratamento voluntários

No Brasil, os testes e o tratamento de HIV, sífilis e hepatite B (HBV) são universais, voluntários e gratuitos. Os testes obrigatórios são proibidos em quaisquer situações, inclusive durante a gestação, para grupos populacionais específicos, no local de trabalho e como condição para

casamento, emprego, educação ou concessão de residência ou vistos. Essa proibição está em conformidade com as diretrizes internacionais de organizações como a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A legislação brasileira, como a Lei nº 9.313/1996 [Brasil, 1996], garante tratamento gratuito para a infecção pelo HIV e para a aids, e a Portaria nº 1.246/2010 [Brasil, 2010] proíbe o teste obrigatório de HIV em exames médicos relacionados ao emprego. A formação dos profissionais de saúde é orientada por princípios éticos, confidencialidade e respeito à autonomia de cada pessoa.

Garantia de consentimento prévio, livre e esclarecido

O teste de HIV no Brasil é voluntário, confidencial e acessível pelo SUS, com aconselhamento pré e pós-teste. É necessário o consentimento livre e esclarecido por escrito antes de qualquer procedimento médico, de acordo com os princípios constitucionais, legais, éticos e bioéticos que orientam o trabalho dos profissionais de saúde e a organização do SUS.

Instrumentos legais como a Lei nº 8.080/1990 [Brasil, 1990], em seu artigo 7º, inciso III, estabelecem como princípio do SUS “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, reforçando a necessidade de consentimento para procedimentos médicos, incluindo o teste de HIV, e o Código de Ética Médica brasileiro [CFM, 2018] reforçam a autonomia e o direito dos indivíduos de decidir sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas, proibindo aos médicos negar esse direito, exceto em casos de risco iminente de morte.

Fim de práticas coercivas, incluindo esterilização involuntária, contracepção ou aborto

No Brasil, a esterilização involuntária, a contracepção ou o aborto são proibidos, pois essas práticas violam os direitos humanos e sexuais. A Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988] e a Lei nº 9.263/1996 garantem o planejamento familiar como um direito dos casais, proibindo qualquer forma de coerção. O Código de Ética Médica reforça a exigência do consentimento esclarecido para intervenções de saúde. O aborto só é permitido em circunstâncias específicas, sempre exigindo consentimento prévio esclarecido (Figura 15).

Normas constitucionais e infraconstitucionais	Descrição
Constituição Federal de 1988	Artigo 226, §7: O planejamento familiar é uma decisão livre do casal, sendo responsabilidade do Estado fornecer recursos educacionais e científicos. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
Lei nº 9.263/1996	O planejamento familiar é direito de todos os cidadãos e deve ser uma decisão livre do casal. A esterilização cirúrgica é voluntária e requer consentimento esclarecido. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

Legislação sobre aborto	O aborto é permitido apenas em casos específicos, sempre mediante consentimento esclarecido, desde a Resolução nº 2.217/2018 do Código de Ética Médica. O art. 24 estabelece que os médicos estão proibidos de realizar procedimentos sem obter o consentimento da pessoa ou seu representante legal após adequado esclarecimento, exceto em casos de risco iminente de morte. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51891408/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-51891374 Os casos específicos são: • Gravidez resultante de estupro e estupro de vulneráveis (menores de 14 anos), de acordo com o Código Penal, o Decreto-Lei nº 2.848/1940, art. 128 e a Lei nº 12.015/2009, art. 217-A; • Presença de risco de vida para a mulher não necessariamente iminente, mas relacionada a condições de saúde pré-existentes, de acordo com o Código Penal e o Decreto-Lei nº 2.848/1940, art. 128; • Anencefalia fetal, de acordo com a ADPF 54 do Supremo Tribunal Federal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.html https://redir.stf.jus.br/paginadornpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=749065
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Regula e estabelece a organização da rede integral de saúde da mulher em todo o país. Garante os direitos sexuais e reprodutivos com base na autonomia, não discriminação, confidencialidade e consentimento esclarecido. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Mecanismos de controle e vigilância Ações de órgãos como Conselhos de Saúde, Ouvidorias do SUS e Ministério Público. Objetivo: monitorar e prevenir práticas abusivas na área de saúde sexual e reprodutiva, com base nas leis e diretrizes nacionais. https://conselho.saude.gov.br/ https://ouvidoriasus.saude.gov.br/ https://www.mpf.mp.br/

Figura 15. Normas constitucionais e infraconstitucionais brasileiras sobre direitos reprodutivos.
Fontes: na figura.

Garantia da confidencialidade das informações de saúde

A proteção do sigilo das informações de saúde é um princípio fundamental no Brasil, garantido por normas constitucionais, infraconstitucionais, éticas e regulatórias. Essa garantia visa preservar a dignidade, a autonomia, a integridade física e mental e a privacidade dos indivíduos. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso X, garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da honra, assegurando indenização por danos resultantes de violações.

No âmbito trabalhista, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Lei nº 5.452/1943 [Brasil, 1943], em seu artigo 168, § 5º, reforça a confidencialidade das informações obtidas em exames médicos, proibindo sua divulgação a terceiros sem a autorização do trabalhador.

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018 [Brasil, 2018(c)], estabelece regras para o tratamento de dados pessoais, considerando as informações de saúde como sensíveis e exigindo consentimento específico para seu uso, exceto nos casos previstos em lei.

Além disso, a Lei nº 14.289/2022 [Brasil, 2022(h)] determina a preservação do sigilo em relação à condição de saúde de pessoas com HIV, hepatites crônicas, hanseníase ou tuberculose, proibindo a divulgação dessa informação sem autorização ou justificativa legal.

No local de trabalho, é proibido exigir testes de HIV, HBV ou HCV na contratação, demissão, mudança de cargo ou exames periódicos. Os médicos do trabalho devem avaliar a aptidão do trabalhador sem divulgar diagnósticos aos empregadores.

O sigilo médico também é amparado pelo Código de Ética Médica, que proíbe a divulgação de informações de saúde, exceto por motivos justificados, obrigações legais ou com o consentimento por escrito da pessoa, garantido pela Resolução nº 2.217/2018, disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51891408/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-51891374.

Garantia de equidade e não discriminação

A promoção da igualdade racial/étnica e o combate a todas as formas de discriminação são pilares do Estado Democrático de Direito no Brasil, firmemente ancorados na Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988], na legislação infraconstitucional, em outros marcos legais e normativos e nos compromissos internacionais firmados pelo país (Figura 16).

Esses princípios sustentam a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à superação das desigualdades históricas e estruturais que afetam principalmente a população negra e outras populações em situação de maior vulnerabilidade (Figura 16).

Normas constitucionais e infraconstitucionais	Descrição
Constituição Federal de 1988	Art. 3, Seção IV: promoção do bem-estar de todas as pessoas, sem preconceitos. Art. 5: igualdade perante a lei e sanções contra práticas discriminatórias. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
Lei nº 12.288/2010	Estatuto da Igualdade Racial: reforça os direitos da população negra à igualdade de oportunidades e à proteção contra a discriminação. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/L12288.htm

Lei n.º 9.029/1995	Proíbe critérios discriminatórios no emprego com base em sexo, raça, cor, estado civil ou idade. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	Estabelece diretrizes e a organização de redes de atendimento integral e de saúde para a população negra no âmbito do SUS, de acordo com a Portaria nº 992/2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html Classifica a ofensa racial como crime de racismo, ampliando a proteção penal contra atos discriminatórios. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14532.htm
Política Nacional de Atenção às Mulheres Privadas de Liberdade e Egressas	Estabelece diretrizes e organização do atendimento às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional no âmbito do SUS, de acordo com a Portaria Interministerial nº 210/2014, atualizada pela Portaria nº 2.372/2019. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2372_10_09_2019.html
Compromissos internacionais	Convenções CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres) e CERD (Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial): compromissos relativos à igualdade de direitos e à eliminação das desigualdades interseccionais. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

Figura 16. Normas constitucionais e infraconstitucionais brasileiras sobre igualdade étnica e racial.
Fontes: na figura.

Garantia de acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde centrados nas mulheres

Desde o início dos anos 2000, o Brasil vem implementando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) – Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html) – para responder às complexas dinâmicas sociais relacionadas à saúde e à doença. Essa política promove práticas de atendimento dialógicas, coletivas e adaptadas local e individualmente.

A Pneps reforça a importância da formação contínua dos profissionais do SUS, priorizando processos educacionais incorporados ao ambiente de trabalho cotidiano. A formação deve ser orientada pelos princípios da equidade, dos direitos humanos e da escuta atenta às populações vulneráveis. Além disso, a Portaria nº 2.761/2013 [Brasil, 2013(c)] estabeleceu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pneps-SUS), voltada à promoção de práticas pedagógicas que valorizem o conhecimento popular e fomentem o diálogo entre diferentes sistemas de conhecimento.

Em 2022, o Dathi/SVSA/MS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), implementou o curso *on-line* “Enfrentamento ao estigma e discriminação de populações em situação de vulnerabilidade nos serviços de saúde” [Brasil, 2022(i)], com o objetivo de qualificar profissionais

de saúde para ofertar cuidados inclusivos, humanos e não discriminatórios. Ainda em 2022, foi lançado o curso *on-line* “Acesso e acolhimento das populações-chave do HIV Aids nos serviços de saúde” [Brasil, 2022(j)], para capacitar profissionais em práticas acolhedoras e não discriminatórias.

Ambos estão disponíveis em:
<https://cursos.campusvirtual.fiocruz.br/local/meucampus/courseinfo.php?id=955> e
<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=565>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) [Brasil, 2011(b)] estabelece diretrizes para a atenção à saúde em todas as fases da vida da mulher, promovendo a autonomia e o engajamento social, político e comunitário. A Pnaism está integrada ao Plano Plurianual da União (PPA) 2024-2027.

O Programa Saúde na Escola (PSE), estabelecido pelo Decreto nº 6.286/2007 [Brasil, 2007(a)], visa contribuir para a educação integral dos alunos da rede pública de ensino básico por meio de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde.

Previdência e direitos sociais das pessoas vivendo com HIV e aids, hepatites virais e outras ISTs

As pessoas vivendo com HIV e/ou aids e hepatites virais no Brasil têm previdência social e direitos sociais garantidos por várias leis:

- A Lei nº 7.670/1988 [Brasil, 1988(a)] estende os benefícios da previdência social, como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, a indivíduos com síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), independentemente do período mínimo de contribuição. Esses direitos são regulamentados pela Instrução Normativa nº 77/2015 do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) [Brasil, 2015].
- O auxílio-doença é garantido aos segurados do INSS. No caso de pessoas com HIV, aids ou doença hepática grave, esse benefício pode ser concedido sem a exigência de um período mínimo de contribuição, de acordo com a Lei nº 8.213/1991 [Brasil, 1991].
- A aposentadoria por invalidez também é garantida às pessoas vivendo com HIV e/ou aids, conforme estabelecido pela Lei nº 13.847/2019 [Brasil, 2019(a)].
- O Benefício de Prestação Continuada (BPC) está previsto na Lei nº 8.742/1993 [Brasil, 1993] e garante um salário mínimo mensal.
- Isenção do imposto de renda: pessoas vivendo com HIV e/ou aids têm direito à isenção do imposto de renda sobre aposentadoria, pensão ou benefício de reforma militar, conforme estabelecido pela Lei nº 7.713/1988 [Brasil, 1988(b)].

Por fim, em alguns estados e municípios brasileiros, pessoas vivendo com HIV e/ou aids, hepatites virais e outras ISTs têm direito a transporte público gratuito (municipal ou intermunicipal). Esse direito varia de acordo com a legislação local e deve ser consultado junto aos respectivos departamentos de saúde ou de transporte de cada localidade.

Para mais informações sobre a legislação brasileira e o HIV, acesse: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/legislacao-brasileira-e-o-hiv.pdf/view>

Abordagem à violência de gênero

A promoção da igualdade de gênero e o combate a todas as formas de discriminação são pilares do Estado Democrático de Direito no Brasil, firmemente ancorados na Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988], na legislação infraconstitucional, em outros marcos legais e normativos e nos compromissos internacionais firmados pelo país.

Esses princípios sustentam a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas para a superação das desigualdades históricas e estruturais que afetam principalmente as mulheres e outras populações em situação de maior vulnerabilidade.

Marcos legais e normativos	Descrição
Lei Maria da Penha	Define cinco formas de violência baseada no gênero. Estabelece medidas protetivas de urgência e a responsabilidade do Estado. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
Lei do “Minuto Seguinte”	Garante atendimento imediato, integral e gratuito pelo SUS às vítimas de violência sexual. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
Lei do Feminicídio	Classifica o feminicídio como circunstância agravante em casos de homicídio. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm
Joanna Maranhão Law	Estende o prazo de prescrição para crimes sexuais contra crianças e adolescentes. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l12650.htm
Lei de Combate ao Assédio Sexual no Trabalho	Institui o Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual em ambientes institucionais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14540.htm
Política Nacional para Mulheres	Define diretrizes para promover a igualdade de gênero, empoderar as mulheres e combater a violência. https://www.gov.br/pt-br/temas/politica-para-mulheres
Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres	Consolida princípios e diretrizes para ações coordenadas entre órgãos federais. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/pacto-nacional/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf/view
Política Nacional de Promoção à Saúde	Inclui um componente para ações de prevenção à violência e promoção da saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

Política Nacional de Atenção Primária à Saúde	Organiza a rede de assistência e reconhece a Atenção Primária à Saúde como ponto de entrada para apoiar as vítimas. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html
Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violência	Documentos técnicos para profissionais de saúde com orientações sobre acolhimento, denúncia e acompanhamento de vítimas de violência. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html
Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	Coordena as ações do Poder Judiciário no combate à violência de gênero. https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/violencia-contra-a-mulher/
Documentos do Conselho Nacional de Justiça	Orientação sobre ações de proteção e cuidado voltadas a gestantes, mães e crianças no sistema prisional. https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/eixo1-primeira-infancia-sumario-executivo-final.pdf
Painel de Monitoramento da Política Judiciária Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Fornece dados de monitoramento sobre a política de combate à violência contra as mulheres. Lei nº 14.541/2023 – Funcionamento ininterrupto das Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher (Deam) Estabelece que as Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher (Deam) devem funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados. Em locais sem Deam, as delegacias comuns devem ter equipes treinadas para prestar assistência humanitária às vítimas de violência. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14541.htm Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 Um serviço nacional, gratuito e confidencial disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, que oferece: • Orientação jurídica e informações sobre os direitos das mulheres; • Encaminhamento de reclamações às autoridades competentes; • Informações sobre serviços de apoio, tais como Cram, Deam, Casas da Mulher Brasileira, Defensores Públicos; • Contato por telefone (180) ou WhatsApp: (61) 99610-0180. https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/mulheres/ligue-180
Painel de Monitoramento de Medidas Protetivas de Urgência da Lei Maria da Penha	Banco de dados sobre medidas protetivas de urgência no âmbito da Lei Maria da Penha.

Ação Institucional – Programa Justiça Plural	Programa Justiça Plural – Direitos Humanos em Foco Uma iniciativa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com apoio do Pnud, criada em 2024 para ampliar o acesso à justiça para grupos vulneráveis, especialmente: • Mulheres vítimas de violência de gênero; • Pessoas LGBTQIAPN+, negras, indígenas, sem-teto, entre outras. O programa está estruturado em torno de sete eixos temáticos, promovendo ações integradas entre o Poder Judiciário, as políticas públicas e a sociedade civil. https://www.cnj.jus.br/justica-plural/
---	---

Figura 17. Marcos legais e normativos brasileiros no enfrentamento da violência de gênero.

Fontes: na figura.

O Brasil possui um conjunto coordenado de políticas públicas voltadas para a promoção dos direitos das mulheres, com foco na equidade, no combate às desigualdades de gênero e na proteção contra a violência. No setor de saúde pública, diretrizes específicas para crianças enfatizam a importância de cuidados qualificados e humanizados durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, especialmente em casos de alto risco. O documento técnico do “PlanificaSUS” propõe a organização de redes de atendimento com base nas necessidades das mulheres [Sbibae, 2019].

O “Manual Técnico de Gestação de Alto Risco” orienta a prática clínica especializada, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal [Brasil, 2010(a)]. No contexto das mulheres privadas de liberdade e adolescentes, o relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apresenta diretrizes para garantir o acesso a políticas públicas integradas, com foco especial nos cuidados na primeira infância e na garantia dos direitos reprodutivos [CNJ, 2022].

O lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009, agora em sua 3ª edição [Brasil, 2017(c)], representou um importante marco ao estabelecer diretrizes para a promoção, prevenção e assistência à saúde das pessoas pretas e pardas, propondo ações para mitigar as barreiras ao acesso ao sistema de saúde. Criada em resposta às demandas dos movimentos sociais, particularmente dos movimentos de mulheres negras, a política reconhece o racismo como um determinante social da saúde, em consonância com as diretrizes da OMS.

Nesse sentido, a PNSIPN defende a inclusão do tema do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde. Além disso, prescreve orientações para fortalecer a participação do movimento negro nos mecanismos de controle social, promover pesquisas científicas sobre saúde e raça e fomentar iniciativas de comunicação e educação voltadas à eliminação do estigma e do preconceito, bem como ao fortalecimento da identidade positiva da população negra. O objetivo fundamental é reduzir as vulnerabilidades em saúde e combater a discriminação nos serviços médicos e hospitalares.

Portanto, a eficácia dessas políticas depende da ação intersetorial, do desenvolvimento profissional contínuo e da construção de redes coordenadas de atendimento e proteção, com foco

na equidade, no respeito às diferenças individuais e na promoção dos direitos humanos das mulheres.

Além disso, o Estado brasileiro dispõe de mecanismos nacionais e locais para investigar abusos e apoiar pessoas vítimas de violações de direitos humanos. Em nível nacional, existem iniciativas vinculadas ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), como o Observatório Nacional de Direitos Humanos – ObservaDH (<https://observadh.mdh.gov.br/>), que utiliza diferentes fontes de informação com o objetivo de oferecer uma visão geral da situação dos direitos humanos no país, levando em consideração os grupos e questões prioritários definidos pelo MDHC.

Os dados do ObservaDH incluem pesquisas nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde (realizada pelo IBGE), bem como dados dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas).

Ainda, o “Disque 100” é um serviço gratuito e confidencial do MDHC que recebe denúncias de violações de direitos humanos. Ele pode ser acessado por telefone, discando 100 de qualquer aparelho, ou por meio de canais digitais, como o site oficial, um número de WhatsApp (61 99611-0100), Telegram e videochamadas em Libras. O serviço também divulga informações e orientações sobre ações, programas, campanhas, direitos e serviços, proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos, e está disponível nos níveis federal, estadual e municipal, bem como no Distrito Federal. O Disque 100 responde a situações graves de violações que acabaram de ocorrer ou que ainda estão em andamento, alertando as autoridades competentes e possibilitando a intervenção imediata. Os dados do Disque 100 estão disponíveis em um painel *on-line* público (<https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/2025>).

No âmbito do Ministério da Mulher, a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 é um serviço gratuito que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e também pode ser acessado por WhatsApp (61 9610-0180). É um serviço público de utilidade para combater a violência contra as mulheres e oferece os seguintes serviços:

- Orientação sobre leis, direitos das mulheres e serviços da rede de atendimento (Casa da Mulher Brasileira, Centros de Referência, Delegacias da Mulher – Deam, Defensorias Públicas, Centros Integrados de Atendimento à Mulher, entre outros);
- Informações sobre a localização de serviços especializados na rede de atenção;
- Registro e encaminhamento de reclamações às autoridades competentes;
- Registro de reclamações e elogios relativos aos serviços prestados pela rede de assistência.

Assim como no Disque 100, os dados de acesso estão disponíveis em um painel público (<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/ligue180>).

No Ministério da Saúde, o canal de atendimento ao cidadão é a Ouvidoria do SUS (Ouvi-SUS – <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus>). Trata-se de um sistema nacional que reúne a ouvidoria em nível federal e as ouvidorias estaduais e do Distrito Federal. Cabe destacar que, dentro dos territórios, os sistemas de ouvidoria também atuam de forma integrada no âmbito local. O Ouvi-SUS ouve, acolhe, analisa e encaminha as reclamações dos usuários do SUS em todo o Brasil. É o órgão responsável por receber solicitações, elogios, reclamações, denúncias e outras manifestações relacionadas aos serviços e ao atendimento prestado pelo SUS.

Esses serviços atuam de forma intersetorial, mediante comunicação entre diferentes instituições com o objetivo de investigar e apoiar ações locais para enfrentar as violações de direitos humanos. Essa estrutura é replicada nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, onde as ações são coordenadas em nível local entre as instâncias que prestam serviços diretos à população, como unidades de saúde, Cras, Creas, sistemas de defensoria pública, delegacias especializadas, Salas Lilás (centros especializados de atendimento à mulher) e outras instituições de atendimento.

No Ministério da Saúde, os dados disponíveis permitem o planejamento de ações como iniciativas de educação permanente (desenvolvimento de cursos *on-line*, webinários, materiais de referência) em coordenação com os territórios.

Apresentam-se a seguir alguns exemplos de situações remediadas por meio de decisões judiciais a favor de pessoas vivendo com HIV, relacionadas à legislação antidiscriminação:

- <https://ww2.trt2.jus.br/noticias/noticias/noticia/dispensa-discriminatoria-de-pessoa-que-vive-com-hiv-gera-indenizacao-em-r-50-mil>
- <https://www.trt17.jus.br/web/comunicacao/w/empresa-%C3%A9-condenada-por-dispensa-discriminat%C3%B3ria-de-auxiliar-de-cozinha-com-hiv> <https://www.tst.jus.br/-/empresa-p%C3%BAblica-ter%C3%A1-de-reintegrar-e-indenizar-empregado-soropositivo%C2%A0>
- <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/28112021-A-pandemia-que-se-arrasta-ha-40-anos-e-a-luta-pelos-direitos-dos-portadores-de-HIV.aspx>

d. Envolvimento comunitário e prestação de contas

Participação da sociedade civil organizada em ações e órgãos deliberativos e consultivos no setor da saúde: foco na representação das mulheres

A participação da sociedade civil nas políticas públicas é um princípio fundamental do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 [Brasil, 1988] e reiterado pela Lei nº 8.142/1990 [Brasil, 1990(b)]. Essa participação ocorre por meio de órgãos deliberativos e consultivos, como os conselhos, nos quais a presença de representantes da sociedade civil – incluindo movimentos sociais, organizações de mulheres, associações e entidades de usuários – é essencial para garantir equidade, transparência e controle social. O envolvimento da sociedade civil organizada contribui para o

desenvolvimento de políticas públicas mais justas e inclusivas, promovendo o reconhecimento das necessidades específicas de diferentes grupos populacionais, incluindo mulheres e pessoas em situação de maior vulnerabilidade social.

Órgãos oficiais do SUS e seus respectivos conselhos:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS): órgão colegiado permanente e deliberativo do SUS, com representação equitativa entre governo, prestadores de serviços/profissionais de saúde e usuários (um terço cada). É responsável pela formulação de estratégias e pelo acompanhamento da implementação das políticas de saúde pública, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros (<https://conselho.saude.gov.br/>).
- Outros Conselhos Intersectoriais com participação social:
 - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)
 - Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+
 - Conselho Nacional de Política Indigenista
 - Conselho Nacional de Direitos Humanos
 - Conselho Nacional de Justiça
- Participação social via Participa+ Brasil: plataforma disponibilizada pelo governo federal para participação social, permitindo que os cidadãos acessem documentos disponíveis e contribuam registrando suas opiniões. Todos os órgãos federais podem disponibilizar documentos e submetê-los à consulta pública. Qualquer cidadão pode participar (www.gov.br/participamaisbrasil/).
 - Exemplos: Diretrizes Nacionais sobre HIV e Aids, Sífilis, Hepatites Virais, HTLV e Prevenção da Transmissão Vertical; Agenda Nacional Prioritária para o Enfrentamento a HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais, HTLV, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Vulnerabilizadas.

Participação da sociedade civil e representação das mulheres

A presença das mulheres nos órgãos deliberativos e consultivos é estratégica para a implementação de políticas públicas que promovam a equidade de gênero. Organizações feministas, redes de resposta à violência, coletivos de mulheres negras, grupos de mulheres indígenas, coletivos LGBTQIAPN+ e movimentos sociais se engajam ativamente na proposição, monitoramento e supervisão de políticas de saúde, direitos sexuais e reprodutivos e medidas de prevenção da violência. Ampliar a representação das mulheres nesses espaços é fundamental para o desenvolvimento de políticas sensíveis às desigualdades de gênero e às diversas formas de discriminação. A paridade na representação, a valorização do conhecimento popular e a escuta qualificada da liderança feminina devem orientar a composição e o funcionamento desses órgãos.

Órgãos consultivos do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs (Dathi)

O Dathi/SVSA/MS conta com importantes mecanismos de participação social por meio de espaços consultivos e articulação com a sociedade civil, fortalecendo o diálogo na formulação e implementação de políticas voltadas às ISTs, HIV, aids, hepatites virais, tuberculose e condições relacionadas.

- Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (Cams): A Cams é um órgão consultivo, oficialmente criado pela Portaria nº 53, de 29 de setembro de 2005, que promove a coordenação entre o Dathi/SVSA/MS e representantes da sociedade civil. Seu principal objetivo é aprimorar e ampliar o diálogo entre o governo e os movimentos sociais organizados, contribuindo para o fortalecimento do controle social e o desenvolvimento participativo das políticas públicas. A Cams atua na defesa e promoção dos direitos das populações vulnerabilizadas, especialmente nas áreas de prevenção, assistência integral e proteção dos direitos relacionados ao HIV, às ISTs e às hepatites virais. Em 2019, o Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019, extinguiu todos os órgãos colegiados (comissões e comitês) da administração pública federal, levando à descontinuação da Cams. Em 2023, o Decreto Presidencial nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, revogou o decreto anterior e restabeleceu as diretrizes para a reorganização desses órgãos colegiados. Como resultado, a Cams foi restabelecida por meio da Portaria SVSA nº 104, de 21 de setembro de 2023, retomando sua missão histórica [Brasil, 2024(x)].
- Comissão Nacional de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs (Cnaids): A Cnaids é um órgão consultivo criado em 1986 e formalizado em 1987 pela Portaria Ministerial nº 101, de 10 de março de 1987, com o objetivo de assessorar o Ministério da Saúde na formulação e implementação de políticas de saúde pública para combater a epidemia de HIV e aids no Brasil. É composta por representantes do governo, instituições científicas e da sociedade civil, desempenhando um papel estratégico no desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas relacionadas a HIV, aids, hepatites virais e ISTs. Suas atividades se concentram na análise, monitoramento e proposição de diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento, assistência integral e proteção dos direitos das pessoas vivendo com HIV e/ou aids. A Cnaids contribui para o controle da epidemia e a promoção da equidade e dos direitos humanos no âmbito do SUS. Conforme mencionado acima, em 2019, o Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019, extinguiu todos os órgãos colegiados (comissões e comitês) da administração pública federal, levando à descontinuação da Cnaids. Em 2023, o Decreto Presidencial nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, revogou o decreto anterior e restabeleceu as diretrizes para a reorganização desses órgãos colegiados. Como resultado, a Cnaids foi restabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.663, de 23 de outubro de 2023, e retomou sua missão histórica [Brasil, 2024(y)].
- Comissão de Gestão em HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs (Coge): A Coge é um órgão tripartite que reúne o Ministério da Saúde, os estados e os municípios para pactuar

políticas públicas e estratégias voltadas às ISTs, HIV, aids, hepatites virais e tuberculose no âmbito do SUS. Composto por representantes do Dathi/MS, Conass, Conasems e coordenadores estaduais e de capitais, além da sociedade civil, a Coge atua em articulação com outros órgãos consultivos, como a Cams e a Cnais. Promove o diálogo intergovernamental, o monitoramento de indicadores, a definição de diretrizes e o fortalecimento da gestão colaborativa, com foco na equidade, na atenção integral e na resposta qualificada às demandas locais. Conforme mencionado anteriormente, em 2019, o Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019, extinguiu todos os órgãos colegiados (comissões e comitês) da administração pública federal, levando à descontinuação da Coge. Em 2023, o Decreto Presidencial nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, revogou o decreto anterior e restabeleceu as diretrizes para a reorganização desses órgãos. Como resultado, a Coge foi restabelecida por meio da Portaria SVSA nº 81, de 2 de junho de 2023, retomando sua missão histórica [Brasil, 2023(d)].

- Órgãos oficiais de controle social do SUS: O controle social é uma diretriz organizacional do SUS e se materializa principalmente por meio de conselhos e conferências de saúde.
- Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS): nos níveis estadual e municipal, os CES e os CMS desempenham um papel semelhante ao do CNS, promovendo o controle social descentralizado.
- Conferências de Saúde: As Conferências Nacionais, Estaduais, Distritais e Municipais de Saúde são oportunidades amplas e democráticas de participação social. Nesses eventos, a sociedade civil contribui para a avaliação das condições de saúde, bem como para a proposição, o acompanhamento e a avaliação de diretrizes para o desenvolvimento de políticas públicas adaptadas às realidades locais.

A participação de mulheres em todas essas instâncias é garantida por meio da paridade e das delegações setoriais.

A eficácia das políticas de saúde pública, especialmente aquelas voltadas à equidade e aos direitos das mulheres, depende do engajamento ativo e qualificado da sociedade civil organizada. A presença de representação feminina nos órgãos deliberativos e consultivos reforça o SUS como um sistema público, universal, abrangente e equitativo. Ampliar o controle social e fortalecer o diálogo com os movimentos sociais e coletivos de mulheres são essenciais para consolidar políticas mais justas, inclusivas e eficazes, em consonância com os princípios da democracia participativa e do respeito aos direitos humanos.

Em resumo, na perspectiva dos direitos humanos e do envolvimento comunitário, é possível destacar que o Brasil é um país continental marcado por diversidade cultural, regional, étnico-racial, religiosa e política, mas também por profundas desigualdades sociais e econômicas. Nesse contexto, a saúde é constitucionalmente reconhecida como um direito universal e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, é o principal instrumento para garantir esse direito.

Regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, e pelo Decreto nº 7.508, de 2011, o SUS opera sob um sistema de gestão tripartite – federal, estadual e municipal – orientado por princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, participação social e humanização.

Na prática, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, define protocolos clínicos, coordena o financiamento tripartite por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), gerencia programas estratégicos como o “Brasil Saudável” e a Política Nacional de HIV e Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e outras ISTs, e transfere recursos para os estados e municípios.

A resposta brasileira ao HIV e à aids é um marco da participação social. Desde a década de 1980, as organizações comunitárias desempenharam um papel fundamental na mobilização, no combate ao estigma, no desenvolvimento de campanhas de prevenção culturalmente adequadas e na defesa do acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral, conquistado por meio da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Casas de apoio forneceram abrigo temporário, alimentação, apoio psicossocial e adesão ao tratamento, enquanto subsídios nacionais e internacionais financiaram projetos de base. Hoje, organizações como a Casa Chama, em São Paulo – liderada por pessoas trans – continuam sendo essenciais, oferecendo PrEP e distribuição de preservativos, assistência jurídica e promoção da saúde.

O controle social é um dos pilares da governança da saúde no Brasil. Os Conselhos de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional têm funções deliberativas e baseadas na paridade, garantindo a participação equilibrada de usuários, trabalhadores e gestores na definição de prioridades e no monitoramento da alocação de recursos. Órgãos consultivos como a Comissão Nacional de Aids (Cn aids) e a Comissão de Articulação com Movimentos Sociais (Cams) ampliam o papel dos movimentos organizados na formulação de políticas. Esse modelo participativo influenciou diretamente a incorporação da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao SUS em 2017 – resultado de uma ação coordenada de *advocacy* da sociedade civil e de especialistas.

Do ponto de vista da equidade, várias políticas públicas abordam as desigualdades históricas. A assistência à saúde da mulher, por meio do programa “Rede Cegonha” (hoje denominado “Rede Alyne”), organiza o atendimento desde o pré-natal até o pós-parto e inclui protocolos para violência sexual, conforme determinado pela Lei nº 12.845/2013. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992/2009) exige a coleta de dados sobre raça/cor e promove treinamento sobre racismo institucional, como visto na Bahia. Para os povos indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) está organizado em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (Dsei), garantindo atendimento diferenciado e respeitoso, como demonstrado nas campanhas de vacinação contra a covid-19 que alcançaram comunidades remotas da Amazônia por barco e avião. A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ (Portaria nº 2.836/2011) garante o uso do nome social nos prontuários médicos, acesso à terapia hormonal e serviços especializados, como clínicas de saúde trans. Para as populações privadas de liberdade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (Pnaisp), criada em 2014, oferece equipes

multidisciplinares e iniciativas como programas de dignidade menstrual. Para as populações em situação de rua, os “Consultórios na Rua” (Portaria nº 122/2012) oferecem atendimento móvel, vacinação e testes rápidos, ao mesmo tempo em que articulam assistência social e de saúde.

Os direitos reprodutivos também possuem importantes marcos legais. O aborto legal é permitido em casos de estupro, risco de vida da mãe e anencefalia fetal, conforme estabelecido no Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940) e na decisão do Supremo Tribunal Federal ADPF 54. A Lei nº 12.845/2013 garante atendimento integral às vítimas de violência sexual no âmbito do SUS, incluindo o acesso ao aborto legal. Hospitais de referência – como o Pérola Byington (SP), o Cisam (PE) e o Hupes (BA) – contam com equipes multidisciplinares para esses casos. No entanto, ainda existem barreiras devido à objeção de consciência dos profissionais de saúde, à cobertura desigual dos serviços e ao estigma persistente.

A transparência e o monitoramento das políticas de saúde são fortalecidos por mecanismos como o Observatório Nacional de Direitos Humanos – ObservaDH (<https://observadh.mdh.gov.br/>) do Ministério da Justiça e Direitos Humanos, a linha direta “Disque 100” para denúncias de violações de direitos humanos e a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Essas ferramentas permitiram investigações sobre a esterilização forçada de mulheres vivendo com HIV em São Paulo, levando o Conselho Nacional de Direitos Humanos a emitir recomendações. Estados como Pernambuco e Ceará também criaram seus próprios observatórios para acompanhar a mortalidade materna e a violência institucional.

No campo da humanização, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2006, promove o atendimento acolhedor, a triagem baseada no risco, a escuta qualificada e o empoderamento da pessoa atendida. Os hospitais adotaram o uso do nome social para pessoas trans e, na atenção primária, adolescentes a partir de 12 anos têm direito ao teste confidencial de HIV, conforme garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/90).

De acordo com o ECA, em seu artigo 2º, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade, e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade. Também segundo a ECA, o consentimento dos pais/responsáveis varia de acordo com a situação e a idade do adolescente.

A partir de 12 anos de idade:

- o adolescente pode ter acesso a testes e tratamento para HIV e outras ISTs sem autorização dos pais, e
- tem direito à confidencialidade e autonomia nas decisões relativas à sua saúde.

Até 14 anos de idade:

- em casos de parto, aborto ou diagnóstico de uma IST, o profissional de saúde deve notificar os pais e as autoridades legais, pois essas situações podem constituir um crime (violência sexual ou estupro de vulnerável).

A garantia dos direitos dos adolescentes nos serviços de saúde, independentemente da participação dos pais ou responsáveis, é um elemento fundamental para fortalecer as ações de

promoção, prevenção e atenção à saúde. O acesso a serviços, orientação e consultas médicas deve ser garantido mesmo sem a presença ou autorização dos pais ou responsáveis, assegurando o direito à privacidade e confidencialidade das opiniões e comportamentos – exceto em situações que exijam hospitalização ou envolvam risco de vida, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (conforme referido acima).

ix. Potenciais riscos à sustentabilidade da ETV

Impacto potencial e real de catástrofes naturais, pandemias ou surtos de doenças (como a covid-19), conflitos civis ou fluxos de refugiados e migrantes, alterações nas políticas ou orçamentos governamentais que possam ter afetado o contexto da prestação de serviços ou a consecução de metas.

Embora desastres naturais, pandemias e surtos de doenças afetem significativamente os serviços de promoção e prevenção da saúde, as gestantes são população prioritária para a oferta de serviços. Por exemplo, durante a pandemia de covid-19, houve uma queda significativa nos registros de sífilis adquirida; no entanto, nenhuma redução semelhante foi observada nos registros de sífilis em gestantes, pois os serviços de saúde para esse grupo foram mantidos [Brasil, 2024(i)].

Descreva as respostas adotadas pelo país para mitigar os efeitos de riscos potenciais ou reais à oferta de serviços de prevenção da TV e indicadores de ETV.

Em situações de desastres naturais, pandemias e surtos, são implementadas ações e estratégias para garantir o acesso a serviços de promoção e prevenção da saúde, com ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. O governo federal aloca recursos específicos para emergências, incluindo o envio de equipes especializadas, como a Força Nacional do SUS. Por exemplo, durante a pandemia de covid-19, o acesso à Tarv foi facilitado pelo aumento do número de frascos de medicamentos dispensados e pela redução da necessidade de consultas médicas, que passaram de trimestrais para semestrais. Além disso, houve a introdução de consultas *on-line* para PrEP, a incorporação do autoteste de HIV aos protocolos da PrEP, a ampliação da competência para prescrever PrEP a outros profissionais de saúde além de médicos e o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV e/ou aids por meio de consultas *on-line*, entre outras iniciativas.

É importante destacar que as pessoas vivendo com HIV e/ou aids foram incluídas entre os grupos prioritários para a vacinação contra a covid-19. Outro exemplo é a enchente que afetou o estado do Rio Grande do Sul em 2024, durante a qual o governo federal forneceu apoio financeiro para a reforma e reconstrução de unidades de saúde, maternidades e hospitais gerais. Também houve ampliação no fornecimento de insumos de saúde e emissão de diretrizes específicas, como recomendações para PEP em casos de violência sexual ocorridos em abrigos. Por fim, quando o país acolhe migrantes e refugiados, são adotados protocolos de assistência social e de saúde para reduzir vulnerabilidades e promover a reintegração social.

IX. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Homeless population in Brazil rises by 25% in one year**. Rio de Janeiro, RJ: EBC, 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/en/direitos-humanos/noticia/2025-01/homeless-population-brazil-rises-25-one-year>

AGÊNCIA GOV. **IBGE: sem programas sociais do Governo Federal, pobreza teria aumentado, ao invés de cair**. Rio de Janeiro, RJ: EBC, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202412/ibge-em-2023-8-7-milhoes-de-pessoas-deixaram-a-pobreza>

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. **Saúde da População Negra**. Salvador, BA: SES, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-da-populacao-negra/>

BRASIL. Agência Gov. **Regra de Proteção é um dos fatores para Brasil ter maior redução da desigualdade social dos últimos anos**. Rio de Janeiro, RJ: EBC, 2025(b). Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202504/mercado-de-trabalho-aquecido-e-bolsa-familia-levam-brasil-a-maior-reducao-da-desigualdade-social-dos-ultimos-anos>

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal**. Rio de Janeiro, RJ: ANS, 2023(g).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC n.º 978, de 6 de junho de 2025. Dispõe sobre o funcionamento de Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 108, p. 78, 10 jun. 2025(d). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-anvisa-n-978-de-6-de-junho-de-2025-635044217>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. Brasília, DF: Portal CNS, 2024(q). Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 6 dez. 2007(a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 9 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 7 fev. 2024(f). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2024/decreto-11908-6-fevereiro-2024-795301-publicacaooriginal-171027-pe.html>

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, Seção 1, 1 maio 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm

BRASIL. **Inscriver-se no Cadastro Único (CadÚnico)**. Brasília, DF: Portal gov.br, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-no-cadastro-unico-para-programas-sociais-do-governo-federal>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Amapá**. Brasília, DF: IBGE, 2022(h). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Roraima**. Brasília, DF: IBGE, 2022(g). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instrução Normativa n. 77, de 21 de janeiro de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 22 jan. 2015. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32120879/do1-2015-01-22-instrucao-normativa-n-77-de-21-de-janeiro-de-2015-32120750

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 1990(b). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 16 jan. 2012(a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

BRASIL. Lei n.º 12.662, de 5 junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 6 jun. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12662.htm

Brasil. Lei n.º 13.430, de 31 de março de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 abr. 2017(b). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13430.htm

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 15 ago. 2018(c). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

BRASIL. Lei n.º 13.847, de 18 de junho de 2019. Dispõe sobre a concessão de aposentadoria por invalidez para pessoas com HIV/Aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 221 jun. 2019(a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13847.htm

BRASIL. Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm

BRASIL. Lei n.º 7.670, de 8 de setembro de 1988. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras do HIV e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 9 set. 1988(a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7670.htm

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 1990(a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Lei n.º 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 14 nov. 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9313-13-novembro-1996-349070-publicacaooriginal-1-pl.html>

BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, Brasília, DF, 3 jun. 2014(a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm

BRASIL. Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade de sigilo quanto à condição de saúde de pessoas com HIV, hepatites virais, hanseníase e tuberculose. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 4 jan. 2022(h). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14289.htm

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 26 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 23 dez. 1988(b). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 25 jul. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Cidadania. Benefício de Prestação Continuada: perguntas frequentes. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2024(e). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas no Brasil para redução da sífilis, 2020-2021**. Brasília, DF: MS, 2021(b). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AvaSUS). **Acesso e acolhimento das populações-chave do HIV AIDS**. Curso EaD. Brasília, DF, 2022(j). Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=565>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bahia recebe 350 mil unidades de novo medicamento para tratamento do HIV**. Brasília, DF: Portal MS, Brasil, 2024(t). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/%20Acesso%20em%3A%20abr.%202025/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/bahia/2024/janeiro/bahia-recebe-350-mil-unidades-de-novo-medicamento-para-tratamento-do-hiv#:~:text=Bahia%20recebe%20350%20mil%20unidades%20de%20novo%20medicamento%20para%20tratamento%20do%20HIV,-Combina%C3%A7%C3%A3o%20de%20dois&text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20concluiu,at%C3%A9%2030/11/2023>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília, DF: MS, 2024(j). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2024/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Brasília, DF: MS, 2024(h). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, DF: MS, 2024(i). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cnaids retorna e marca compromisso da atual gestão com a sociedade civil**. Brasília, DF: Portal MS, 2024(y). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/cnaids-retorna-e-marca-compromisso-da-atual-gestao-com-a-sociedade-civil>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite**. Brasília, DF: MS, 2024(l). Disponível em: <https://www.gov.br/saude-lanca-camara-tecnica-para-elaborar-politicas-publicas-de-reducao-da-mortalidade-materna/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Nascido Vivo: Manual de Instruções para Preenchimento**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2022(a). Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sinasc/documentacao/declaracao-nascido-vivo-manual-instrucoes-preenchimento.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS**. Brasília, DF: MS, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10**. Brasília, DF: MS, 2024(g). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). **Mortalidade – Brasil**. Brasília, DF: MS, 2024(k). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). **TabNet**. Brasília, DF: MS, 2025(a). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Enfrentamento ao estigma e discriminação nos serviços de saúde e acesso e acolhimento das populações-chave do HIV/Aids**. Curso EaD. Brasília, DF: Fiocruz, 2022(i). Disponível em: <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/estigmadisriminacao>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2010(a). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites B e C: orientações para instituição e atualização de CITV**. Brasília, DF: MS, 2022(b). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia-de-comites-de-investigacao-tv-2022.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HLTV**. Brasília, DF: MS, 2021(c). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, DF: MS, 2023(f).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV**. Brasília DF: MS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elimizacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas**. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/guia-para-certificacao_eletronica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF: MS, 2018(a). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2018(b). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reativa comissão com gestores regionais de programas de HIV, hepatites virais, IST e tuberculose**. Brasília, DF: Portal MS, 2023(d). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/ministerio-da-saude-reativa-comissao-com-gestores-regionais-de-programas-de-hiv-hepatites-virais-ist-e-tuberculose>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça importância dos cuidados com a saúde em Roraima**. Brasília, DF: Portal MS, 2024(r). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/roraima/2024/agosto/ministerio-da-saude-reforca-importancia-dos-cuidados-com-a-saude-em-roraima>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa n.º 4/2021-CGIST/DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a recomendação do medicamento cabergolina 0,5mg e da fórmula láctea infantil na prevenção da transmissão vertical do HIV e do HTLV. Brasília, DF: MS, 2021(a). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota_informativa_n42021-cgist-dcci_svs_ms.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 6/2021-DCCI/SVS/MS** - Dispõe sobre a recomendação do medicamento Raltegravir 100mg (RAL) granulado para suspensão oral no tratamento de crianças expostas ou vivendo com HIV, o diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses de idade e sobre o tratamento para crianças vivendo com HIV, e inclui orientações do manejo de crianças expostas ao HIV pré-

termo e/ou baixo peso. Brasília, DF: MS, 2021(d). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota-informativa-no-6-2021-dcci-svs-ms/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é território Yanomami?** Brasília, DF: MS, 2023(c). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/coes/coe-yanomami/faq/perguntas-frequentes-coe-yanomami/o-que-e-territorio-yanomami>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como problema de saúde pública.** Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Piauí recebe 55 mil unidades de novo medicamento para tratamento do HIV.** Brasília, DF: Portal MS, 2024(s). Disponível em: <https://www.gov.br/saude.%20Acesso%20em%3A%20abr.%202025/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/piaui/2024/janeiro/piaui-recebe-55-mil-unidades-de-novo-medicamento-para-tratamento-do-hiv#:~:text=Piau%C3%AD%20recebe%2055%20mil%20unidades,do%20HIV%20%E2%80%94%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde&text=SEI>

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: MS, 2012(b). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2011(b). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017(c). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n.º 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera, na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 17 jan. 2013(a). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 out. 2017(a). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.246, de 28 de maio de 2010. Dispõe sobre a vedação de testagem compulsória de HIV no âmbito das relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 1 jun. 2010. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=228096>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 12 fev. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20116%2C%20DE%2011,Secretaria%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde.&text=Art

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,

Seção 1, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 2013(b). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/portarias/2013/portaria-no-29-de-17-de-dezembro-de-2013.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 28 dez. 2011(a). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 2006(a). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 2017, para incluir a infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas - HTLV, da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 15 fev. 2024(v). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3148_15_02_2024.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS Nº 55, de 11 de novembro de 2020. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 2020(a). Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 13, de 3 de abril de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o exame para detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 5 abr. 2024(w). Disponível em:

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2024/prt0013_05_04_2024.html#:~:text=Torna%20p%C3%BAblica%20a%20decis%C3%A3o%20de,%3A%2025000.081124%2F2022%2D22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada do HIV**: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília, DF: MS, 2017. 123 p. Disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, Módulo I**: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. Brasília, DF: MS, 2024(n). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, Módulo II**: Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Brasília, DF: MS, 2024(o). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Crianas_Modulo_II_2024_e.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, DF: MS, 2023(b). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: MS, 2022(g). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/21121944-5-5-1-protocolo-investigacao-da-tv.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs)**. Brasília, DF: MS, 2024(m). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reunião da Cams marca a retomada da participação social nos debates da Saúde**. Brasília, DF: Portal MS, 2024(x). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/reuniao-da-cams-marca-a-retomada-da-participacao-social-nos-debates-da-saude>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança cursos sobre vigilância epidemiológica de HIV, aids, sífilis, hepatites virais e tuberculose**. Brasília, DF: Portal MS, 2024(u). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/saude-lanca-cursos-sobre-vigilancia-epidemiologica-de-hiv-aids-sifilis-hepatites-virais-e-tuberculose#:~:text=O%20curso%20principal%20tem%20carga,s%C3%ADfilis%2C%20em%20HIV%20e%20aids>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde orienta profissionais para aplicação do teste duo HIV-sífilis**. Brasília, DF: Portal MS, 2024(p). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/saude-orienta-profissionais-para-aplicacao-do-teste-duo-hiv-sifilis>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sem Racismo. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, vol. 1: Número especial**. Brasília, DF: MS, out 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/boletins-epidemiologicos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sem Racismo. **Boletim Epidemiológico Saúde da população Negra, vol. 2: Número especial**. Brasília, DF: MS, out 2023(a). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/boletins-epidemiologicos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Publicações**. Brasília, DF: MS, 2025(c). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): Normas e Rotinas**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): Normas e Rotinas, 2ª edição**. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_e_dicao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Gestante HIV**. Brasília, DF: Portal Sinan, 2019. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/gestante-hiv>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Notificação individual. Brasília, DF: Portal Sinan, 2020. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Aids Criança**. Brasília, DF: Portal Sinan, 2022(c). Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/aids-crianca>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Sífilis em Gestante**. Brasília, DF: Portal Sinan, 2022(d). Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Sífilis Congênita**. Brasília, DF: Portal Sinan, 2022(e). Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Hepatites Virais**. Brasília, DF: Portal Sinan, 2022(f). Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Etnias e miscigenação**. Brasília, DF: MRE, 2024(c) Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/embaixada-porto-principe/porto-principe-arquivos/portugues/o-brasil/etnias-e-miscigenacao>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Brasília, DF: MDS, 2024(d). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social (Suas)**. Brasília, DF: MDS, 2024(f). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas>

BRASIL. Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 20 nov. 2013(c). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

BRASIL. Presidência da República. **IBGE: Brazil's population reaches 212.6 million**. Brasília, DF: Secom, 2024(b). Disponível em: <https://www.gov.br/secom/en/latest-news/2024/08/ibge-brazils-population-reaches-212-6-million#:~:text=The%20Brazilian%20population%20reached%20an,by%20means%20of%20an%20ordinance>.

CFM (Conselho Federal de Medicina). Código de ética médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

CNJ (Conselho Nacional de Justiça). **Mulheres presas e adolescentes em regime de internação que estejam grávidas e/ou que sejam mães de crianças até 6 anos de idade**: sumário executivo. Brasília, DF: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/eixo1-primeira-infancia-sumario-executivo-final.pdf>

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decisão Cofen nº 0094/2015**. Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015/>

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decisão Cofen nº 244/2016**. Aprovar o Parecer de Conselheiros nº 259/2016/Cofen e revogar expressamente o Parecer Normativo Cofen nº 001/2013. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016/>

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Nota Técnica Cofen/CTLN nº 3/2017**. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>

DA ROCHA, Aline B. M. et al. Prevalência de sífilis em mulheres trans e travestis no Brasil: resultados de um estudo multicêntrico nacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 27, Supl. 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZdQp6KR8JKHYDPKCP7thbnpn/?lang=pt>

FRESCURA, Luisa et al. Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. **PLoS One**, [s. l.], 4 ago. 2022, v. 17, n. 8, p. e0272405. DOI: 10.1371/journal.pone.0272405. *Erratum in: PLoS One*, [s. l.], 24 jan. 2025, v. 20, n. 1, p. e0318123. DOI: 10.1371/journal.pone.0318123.

GENI (Grupo de Estudos dos Novos Ilegalismos). **Chacinas policiais no Rio de Janeiro**: Estatização das mortes, mega chacinas policiais e impunidade. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, RJ: Faperj, 2023. Disponível em: https://geni.uff.br/wp-content/uploads/sites/357/2023/05/Relatorio_Chacinas-Policiais_Geni_2023.pdf

GRANGEIRO, Alexandre et al. Epidemia de HIV, tecnologias de prevenção e as novas gerações: Tendências e oportunidades para resposta à epidemia. **Cad. Saúde Pública**, v. 39, Supl. 1, p. e00144223, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6zQc3b9YVHWMh8kk85RtcTC/?lang=pt>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Agência IBGE Notícias. **PNS 2019: seven of ten persons who search for same health service go to public network**. Brasília, DF: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/en/agencia-press-room/2185-news-agency/releases-en/28796-pns-2019-seven-of-ten-persons-who-search-for-same-health-service-go-to-public-network#:~:text=Nearly%2065%25%20of%20hospitalizations%20were,more%20than%205%20minimum%20wages>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Agência IBGE notícias. **Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia**. Brasília, DF: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Agência IBGE Notícias. **In 2023, poverty in the country drops to lowest level since 2012**. Brasília, DF: IBGE, 2024(a). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/en/agencia-news/2184-news-agency/news/42113-in-2023-poverty-in-the-country-drops-to-lowest-level-since-2012>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Biomass**. Brasília, DF: IBGE, 2024(c). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/informacoes-ambientais/15842-biomass.html>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo**. Brasília, DF: IBGE, 2025(a). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Panorama do Censo**. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024(b). Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Produto Interno Bruto – PIB**. Brasília, DF: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Projeção da população**. Brasília, DF: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>

KERR, Ligia et al. HIV testing inside Brazilian female prisons: results of a national survey. **AIDS Care**, v. 35, n. 6, p. 841-849, Jun. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36129412/>

LUA, Iracema et al. The effects of social determinants of health on acquired immune deficiency syndrome in a low-income population of Brazil: a retrospective cohort study of 28.3 million individuals. **The Lancet Regional**

Health – Americas, v. 24, p. 100554, 2023. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X\(23\)00128-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X(23)00128-X.pdf)

MENDES, Eugênio V. **As redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

MIRANDA, Angélica E. et al. Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. **Front Public Health**, v. 11, p. 1182386, 8 Aug. 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1182386. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10470844/>

PIAUÍ (Estado). **Sesapi cria Comitê para investigar transmissão vertical do HIV e sífilis no Piauí**. Teresina, PI: Portal da Saúde, 2023. Brasil, 2024(t) Disponível em: [https://site.saude.pi.gov.br/noticias/2023-08-09/12034/sesapi-cria-comite-para-investigar-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis-no-piaui.html#:~:text=A%20Secretaria%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Piau%C3%AD%20\(Sesapi\),sociedade%20civil%2C%20como%20conselhos%20de%20classe%20e](https://site.saude.pi.gov.br/noticias/2023-08-09/12034/sesapi-cria-comite-para-investigar-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis-no-piaui.html#:~:text=A%20Secretaria%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Piau%C3%AD%20(Sesapi),sociedade%20civil%2C%20como%20conselhos%20de%20classe%20e)

PITOMBEIRA, Delane F.; DE OLIVEIRA, Lúcia C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/>

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Índice de Desenvolvimento Humano: Painel IDHM**. Brasília, DF: PNUD, 2025. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/painel-idhm>

RORAIMA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **ASIS – Análise de Situação de Saúde: Roraima**. Boa Vista, RR: SES, 2024. Brasil, 2024(r). Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/informacao_cds_estadoderoraima_2024_0001.pdf

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 11.199, de 12 de julho de 2002. Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, 13 jul. 2002. <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2002/lei-11199-12.07.2002.html>

SBIBAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein). **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, SP: Hospital Israelita Albert Einstein/MS, 2019. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

SILVA, Carla A. et al. Conhecer para cuidar: prevalência e fatores associados às Infecções Sexualmente Transmissíveis em imigrantes de Goiás. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 57 (spe), 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0034pt>

WHO (World Health Organization). **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>

APÊNDICE – DESCRIÇÃO ABRANGENTE DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE ETV (ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL) PARA A DOENÇA DE CHAGAS



Ministério da Saúde do Brasil
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

1. Introdução

A magnitude da doença de Chagas continua sendo uma preocupação relevante para a saúde pública no Brasil (Brasil, 2024a). As estimativas da prevalência da infecção variam de 1,0% a 2,4% na população geral, correspondendo a aproximadamente 1,9 a 4,6 milhões de indivíduos infectados pelo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) (Martins-Melo et al., 2014).

A transmissão vertical é considerada uma das principais vias responsáveis pela manutenção da transmissão dessa infecção. Estimativas indicam que, no Brasil, o número esperado de mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo *T. cruzi* é de 591.512 (Laporta et al., 2024). Entre as gestantes, estima-se que aproximadamente 34.629 estejam infectadas em todo o país (prevalência de 1,1%), resultando em uma média de 589 crianças nascidas com infecção congênita (taxa de transmissão de 1,7%) em 2010 (Martins-Melo et al., 2014). Essa estimativa é semelhante à identificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que relatou uma média de 571 casos de infecção congênita por ano (OMS, 2015).

Diante desse cenário, e em consonância com as recomendações internacionais, em 2022 a doença de Chagas foi incluída na lista de doenças cobertas pelo Pacto Nacional pela Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2022).

Em 2023, o Brasil publicou o Guia para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas, atualizado em 2024 (Brasil, 2024b). O guia estabelece duas metas de impacto e três metas de processo específicas para a doença de Chagas, conforme segue:

- Cobertura do tratamento etiológico para crianças de 0 a 3 anos diagnosticadas com infecção por *T. cruzi*;
- Taxa de incidência da doença de Chagas aguda entre mulheres em idade reprodutiva;
- Cobertura de gestantes triadas para a doença de Chagas durante o pré-natal;

- Cobertura de testes diagnósticos em crianças ≤ 1 ano de idade expostas a *T. cruzi* por transmissão vertical;
- Cobertura do tratamento etiológico da doença de Chagas entre mulheres em idade reprodutiva.

A certificação é destinada a estados e municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes que atendam e mantenham os critérios mínimos de avaliação. Além disso, o Brasil adotou os Selos de Boas Práticas rumo à Eliminação da Transmissão Vertical, que estabelecem metas progressivas categorizadas como níveis bronze, prata e ouro. Quanto mais alto o nível alcançado, mais próxima a localidade está da certificação da eliminação da transmissão vertical.

Vale ressaltar que, para a doença de Chagas, a fase inicial da certificação municipal seguirá os mesmos critérios aplicados aos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, cujo processo de certificação está em andamento. No entanto, como os municípios mais vulneráveis à doença são, em sua maioria, de pequena população, uma vez validado o processo de certificação, serão desenvolvidas estratégias para incorporar outros municípios ao processo.

2. Situação epidemiológica da doença de Chagas no Brasil, 2023

2.1 Fase aguda da doença de Chagas

Em 2023, foram confirmados 541 casos de doença de Chagas aguda, correspondendo a uma taxa de incidência de 0,24 caso por 100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 1%. Em relação às características demográficas, 245 casos (45,3%) ocorreram entre mulheres, com média de idade de 30 anos, e 451 casos (83,4%) foram notificados entre indivíduos de raça/cor mista (pardos).

Entre os casos confirmados, 155 (28,7%) eram mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) e 8 (5,2%) ocorreram em gestantes. De todos os casos confirmados, 449 (83,0%) receberam tratamento antiparasitário, incluindo 145 (80,0%) mulheres em idade reprodutiva. Além disso, 33 casos (6,1%) foram registrados em crianças de até 3 anos de idade, dos quais dois casos (6,1%) foram atribuídos à transmissão vertical. Entre esses casos pediátricos confirmados, 27 (81,8%) receberam tratamento antiparasitário, incluindo as duas crianças com doença de Chagas congênita. Os estados que notificaram casos de transmissão vertical foram Rio Grande do Sul e São Paulo.

Entre todos os casos notificados, 51,0% residiam em municípios com menos de 100.000 habitantes e 49,0% viviam em municípios com 100.000 habitantes ou mais.

2.2 Fase crônica da doença de Chagas

Também em 2023, foram notificados 5.564 casos de doença crônica de Chagas. Destes, 3.150 (56,6%) ocorreram em mulheres, com média de idade de 61 anos, e 2.774 (49,9%) em indivíduos de raça/cor mista (pardos). Do total, 616 casos (11,1%) eram mulheres em idade reprodutiva e 21 (3,4%) ocorreram em gestantes. Dos casos confirmados, 24,7% tiveram indicação e receberam tratamento antiparasitário.

Em relação à residência, 3.349 casos (60,0%) ocorreram em municípios com menos de 100.000 habitantes e 2.215 (40,0%) em municípios com mais de 100.000 habitantes.

3. Desafios para o fortalecimento da vigilância da doença de Chagas e para a operacionalização do processo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical

Apesar da existência de diretrizes nacionais, ainda se observam vários desafios relacionados à suspeita, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de doença de Chagas na rede de saúde. Esses desafios refletem os diferentes estágios de implementação e operacionalização das ações relacionadas à doença de Chagas nas diversas Unidades Federativas e seus respectivos municípios. Entre os principais desafios estão:

- Suspeita de casos e triagem da doença de Chagas, incluindo a triagem de mulheres em idade reprodutiva, considerando as grandes dimensões territoriais do país, bem como o acompanhamento e a triagem de neonatos e crianças nascidas de mães diagnosticadas com a doença. Essa situação contribui para a subnotificação de casos, em relação às estimativas de prevalência para o Brasil.
- Necessidade de alinhamento das práticas de testagem pré-natal em todo o país, garantindo uma implementação homogênea e, idealmente, integrando os testes da doença de Chagas ao painel de rotina já realizado para HIV, sífilis e hepatite B.
- Rastreamento ativo de crianças e outros membros da família com histórico epidemiológico de exposição, após a identificação de um caso de doença de Chagas na família.
- Tratamento da mãe e da criança (após o período de amamentação, quando indicado). Em geral, embora o tratamento esteja disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura permanece limitada devido à insuficiente conscientização entre os profissionais de saúde e à falta de sensibilidade em relação às indicações e benefícios da terapia antiparasitária.
- Necessidade de algoritmos diagnósticos mais simples e acessíveis e criação ou fortalecimento de fluxos de testes, particularmente para exames parasitológicos em regiões não amazônicas.
- Perda de acompanhamento de crianças com resultado negativo no teste ao nascer, mas que necessitam de testes sorológicos aos 9 meses de idade.
- Necessidade de oferecer aconselhamento às pessoas testadas para a doença de Chagas.
- Reconhecimento da dinâmica populacional nos territórios, incluindo a identificação das populações mais vulneráveis e a implementação de triagem e testes específicos para a doença de Chagas nesses grupos.
- Fortalecimento das ações intersetoriais, levando em consideração os determinantes sociais da saúde associados à doença.
- Integração territorial e estabelecimento de práticas de referência e contrarreferência de casos suspeitos ou confirmados de doença de Chagas entre maternidades, serviços de saúde materno-infantil e a rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

- Integração entre os serviços de saúde e a sociedade civil organizada, essencial para identificar os desafios enfrentados, mapear os recursos disponíveis para apoiar a comunidade e estabelecer parcerias com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços e aumentar a conscientização e o conhecimento público sobre a doença.

4. Iniciativas para o fortalecimento da vigilância da doença de Chagas e para a operacionalização do processo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical

Tendo em vista os desafios identificados, foram implementadas ou apoiadas várias estratégias e ações, incluindo as seguintes:

- Implementação da vigilância e notificação da fase crônica da doença por meio do sistema de informação e-SUS Notifica em 2023.
- Elaboração de uma Diretriz para a Estruturação de Linha de Cuidado, com a colaboração de especialistas. O documento está atualmente em discussão nas áreas técnicas do Ministério da Saúde e será posteriormente disponibilizado para consulta pública e divulgação aos territórios locais.
- Lançamento de ações alinhadas ao Programa Brasil Saudável – Unindo para Cuidar, coordenado pelo Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Socialmente Determinadas (Ciedds), que inclui entre seus objetivos a eliminação da doença de Chagas como problema de saúde pública e a eliminação de sua transmissão vertical.
- Emissão do Ofício nº 115/2024/SVSA/MS às autoridades estaduais de saúde, fornecendo orientações sobre o processo de certificação e incluindo um formulário de diagnóstico situacional a ser preenchido pelas UFs, com o objetivo de priorizar outros estados e municípios.
- Emissão do Ofício nº 184/2025/SVSA/MS aos estados, com atualizações e informações sobre o processo de certificação para a eliminação da transmissão vertical da doença de Chagas.
- Implementação de dois projetos-piloto para a certificação da eliminação da transmissão vertical da doença de Chagas, no Distrito Federal e no estado de Goiás.
- Implementação de um projeto conjunto com a Iniciativa Ibero-Americana, com o objetivo de contribuir para a eliminação da transmissão vertical da doença de Chagas na região amazônica.
- Inclusão de informações sobre a doença de Chagas no Painel Eletrônico de Monitoramento do Pacto Nacional para a Eliminação, mantido pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- Inclusão da doença de Chagas nos Painéis do Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica e Vigilância Genômica (CNIE), contendo informações sobre as fases aguda e crônica da doença (Brasil, 2025).

- Estimativa da prevalência da doença de Chagas crônica em municípios brasileiros, com a publicação de um artigo científico (Laporta et al., 2024).
- Disponibilidade de insumos estratégicos para diagnóstico e tratamento, incluindo a retomada da produção de benznidazol pediátrico (12,5 mg) pelo Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) e um aumento de 100% na aquisição e distribuição de comprimidos de benznidazol 100 mg entre 2022 e 2025.
- Solicitação para a inclusão da doença de Chagas na Caderneta da Gestante para promover a realização de exames durante o pré-natal.
- Discussões sobre a inclusão da doença de Chagas na Caderneta da Criança para incentivar o rastreamento neonatal.
- Inclusão de metas no Plano Nacional de Saúde (2024-2027) para:
 - Reduzir a taxa média anual de incidência da doença de Chagas aguda em municípios prioritários; e
 - Aumentar a proporção de indivíduos com doença de Chagas crônica que têm indicação e prescrição atual ou anterior de tratamento antiparasitário.

As metas intermediárias incluem um plano de ação para a prevenção de surtos da doença de Chagas aguda e iniciativas de educação em saúde com foco no manejo clínico e acompanhamento.
- Priorização de 120 municípios para a implementação do rastreamento pré-natal da doença de Chagas, com base em indicadores como incidência da fase aguda, prevalência entre mulheres em idade reprodutiva, vulnerabilidade para a fase crônica e cobertura de pré-natal nos serviços de APS.
- Estabelecimento de um Termo de Execução Descentralizada (TED), alocando aproximadamente R\$ 20 milhões para o Projeto Cuida-Chagas, cofinanciado pela UNITAID, com o objetivo de contribuir para a eliminação da transmissão congênita da doença de Chagas, ampliando e melhorando o acesso ao diagnóstico, tratamento e atendimento integral por meio de abordagens inovadoras e sustentáveis na Bolívia, Brasil, Colômbia e Paraguai, com conclusão prevista para dezembro de 2027.
- Estabelecimento de um Termo de Execução Descentralizada (TED), alocando aproximadamente R\$ 6 milhões para o Projeto Integra-Chagas Brasil, que busca gerar evidências para apoiar a incorporação de testes rápidos na APS e avaliar a vigilância de reservatórios sentinelas por meio da triagem e diagnóstico de indivíduos vulneráveis por meio da implementação de linhas de cuidado, com conclusão prevista para fevereiro de 2026.
- Apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a implementação de estratégias e ações, bem como para a doação de nifurtimox, medicamento de segunda linha para o tratamento antiparasitário.

5. Considerações finais

Existem inúmeros desafios para fortalecer a vigilância da doença de Chagas e operacionalizar o processo de certificação para a eliminação de sua transmissão vertical. No entanto, várias estratégias e ações estão sendo implementadas ou apoiadas para alcançar esses objetivos e reduzir a doença de Chagas como um problema de saúde pública.

Com relação à eliminação da transmissão vertical, foi tomada uma decisão inicial de implementar projetos-piloto para operacionalizar o processo de certificação, com o objetivo de validar indicadores e fortalecer a rede de saúde para a doença de Chagas. Além disso, espera-se que os projetos financiados pelo Ministério da Saúde gerem evidências para apoiar a tomada de decisões voltadas ao fortalecimento da rede de saúde por meio da incorporação de novas tecnologias, tais como:

- A possível introdução de testes rápidos para o rastreamento de casos crônicos;
- O uso da reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real para o diagnóstico de recém-nascidos, juntamente com atualizações dos algoritmos de diagnóstico;
- A adoção de esquemas terapêuticos abreviados, com base nos resultados de um ensaio clínico duplo-cego de fase III;
- A estruturação e implementação de linhas de cuidado;
- A oferta de aconselhamento a indivíduos testados para a doença de Chagas; e
- O envolvimento da sociedade civil, por meio da criação e fortalecimento de associações de pessoas afetadas pela doença de Chagas, entre outras iniciativas.

A colaboração intra e intersectorial vem contribuindo para o avanço de várias dessas estratégias e ações, bem como para o diálogo e o apoio dos movimentos sociais e da sociedade civil à implementação das iniciativas propostas.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica e Vigilância Genômica. **Painel Doença de Chagas**. Brasília, DF: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/doenca-de-chagas>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf/view>. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/guia-para-certificacao_eletronica.pdf/view. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 6. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf ISBN 978-65-5993-505-5. Acesso em: 7 ago. 2025.

LAPORTA, GZ et al. Estimativa de prevalência de doença de Chagas crônica nos municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [on-line], v. 48, p. e28, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10993810/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Acta Tropica**, Amsterdam, v. 130, p. 167-174, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24139912/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. **Weekly Epidemiological Record**, [on-line], v. 90, n. 6, p. 33-44, 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/items/e4c0266d-8b61-4c61-92d1-cef96225f77f>. Acesso em: 7 ago. 2025.