



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA EDUARDA GALVÃO DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM PERNAMBUCO:  
DESAFIOS ENFRENTADOS NO ACESSO AO TRATAMENTO E  
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

RECIFE

2025

MARIA EDUARDA GALVÃO DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM PERNAMBUCO:  
DESAFIOS ENFRENTADOS NO ACESSO AO TRATAMENTO E  
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. **Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.**

RECIFE

2025

## FICHA ELETRÔNICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Maria Eduarda Galvão de.

Análise da transmissão vertical do HIV em Pernambuco: desafios enfrentados no acesso ao tratamento e estratégias de prevenção no Sistema Único de Saúde (SUS). / Maria Eduarda Galvão de Oliveira. - Recife, 2025.  
64p. : il.

Orientador(a): Ana Cristina de Souza Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, anexos.

1. Gestantes. 2. Pernambuco. 3. Política Nacional de HIV/Aids. 4. Saúde. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). 6. Transmissão Vertical do HIV. I. Vieira, Ana Cristina de Souza. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

MARIA EDUARDA GALVÃO DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM PERNAMBUCO:  
DESAFIOS ENFRENTADOS NO ACESSO AO TRATAMENTO E  
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pela discente Maria Eduarda Galvão de Oliveira para a disciplina de Oficina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Aprovado em: 15 de abril de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Taciana Maria da Silva (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dedico este trabalho à minha mãe, Josina Alves Galvão, uma mulher que me inspira, todos os dias, com sua força e persistência.

Dedico este trabalho ao meu irmão, Lucas Maciel Galvão, que é uma das razões pelas quais encontro forças para persistir na busca pelo meu futuro.

Dedico este trabalho aos meus avós, Olívia de Azevedo e Luiz Pessoa, pelo suporte e apoio que sempre me deram, especialmente pelo incentivo para que eu nunca deixasse os estudos de lado, por sempre ajudarem minha mãe e por serem os melhores pais e avós do mundo. Sou grata ao universo por ter vocês em minha vida.

Dedico este trabalho à Fernanda de Carvalho, uma grande mulher e amiga que me inspira de diversas formas, que me lembra cotidianamente do quanto já conquistei e que sou capaz de ir mais longe.

## AGRADECIMENTOS

Até hoje me lembro do momento em que descobri a existência de uma universidade pública, aos 13 anos, ao ver minha prima Maria Thais ser a primeira da minha família, por parte de mãe, a conquistar uma vaga em uma instituição federal. Foi nesse instante que percebi que era possível ingressar em uma universidade e, desde então, esse sonho passou a estar sempre presente em minha mente. Não foi fácil conquistar meu espaço aqui, e quem acompanhou essa trajetória sabe disso, especialmente minha mãe e a Fernanda.

Agradeço aos meus amigos que estiveram ao meu lado desde aquela época. Ao recordar esse momento, percebo o quanto tenho sorte de encontrar pessoas tão especiais ao longo do caminho. É válido destacar que, ao ingressar em uma universidade, é necessário se manter nela e eu tive o privilégio de contar com o apoio da política de assistência estudantil. Tenho plena consciência de que, sem ela, não teria chegado até aqui. Graças a essa política, estudantes como eu podem, sim, se formar em uma universidade pública, lembrando-nos de que este espaço também nos pertence.

Durante a graduação, tive a oportunidade de conhecer pessoas com as quais compartilhei afeto e que me deram apoio em diversos momentos, tornando a caminhada menos árdua e contribuindo para meu aprendizado. Alguns desses amigos, que se tornarão futuros colegas de profissão, foram fundamentais nesse processo. Dentre eles, gostaria de destacar: Alice Helena, Elisa Galindo, Eleonai de Souza, Jandson Marinho, Jéssica Cristina, Laura Miranda, Natasha Miralles e Ariane Santos. Sem eles, ou sem as pessoas com quem me aproximei durante essa jornada, certamente não teria chegado até aqui. Peço ao universo que eu continue sempre em movimento, em busca de novos desafios.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Ana Vieira, por ter aceitado me orientar. Uma profissional admirável e encantadora que, ao falar sobre a área, desperta em mim uma paixão ainda maior pela minha futura profissão. Sou grata por todo o conhecimento compartilhado ao longo dessa caminhada.

Espero que este seja apenas o início de grandes conquistas, e que eu nunca deixe de acreditar ou sonhar em proporcionar um futuro melhor para mim e minha família. Porque, sem dúvidas, chegar até aqui não é uma pequena conquista.

## RESUMO

Esta monografia aborda os desafios no acesso ao tratamento e nas estratégias de prevenção da Transmissão Vertical do HIV no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no estado de Pernambuco. O objetivo do estudo é discutir a Política Nacional de HIV/Aids e suas propostas específicas para gestantes vivendo com HIV, destacando tanto os avanços quanto as limitações, além dos obstáculos enfrentados por gestantes no acesso ao tratamento antirretroviral durante a gestação. A pesquisa inclui uma análise epidemiológica da situação do HIV em Pernambuco entre 2019 e 2024, com ênfase nas taxas de transmissão vertical e no perfil sociodemográfico, a fim de compreender os principais fatores associados a essa realidade. O estudo explora o contexto histórico e atual da Política Nacional de HIV/Aids, considerando o cenário de precarização do SUS e o crescente processo de privatização do sistema público de saúde. A pesquisa foi conduzida a partir de uma abordagem bibliográfica e de dados secundários, com destaque para plataformas como SciELO, Google Acadêmico e o catálogo da CAPES, além de fontes oficiais, como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Fiocruz e a Secretaria de Saúde de Pernambuco. O estudo fundamenta-se no materialismo histórico-dialético, utilizando uma metodologia exploratória, analítica e qualitativa, utilizando pesquisa documental e bibliográfica. O estudo apontou a necessidade de aprimorar o acesso a medicamentos e aprimorar a formação dos profissionais de saúde, demonstrando que as estratégias de combate à epidemia no Brasil não lidam corretamente com as determinações sociais, tais como a precariedade nos serviços de saúde e a marginalização da população-chave. Além disso, a alta taxa de detecção de HIV entre gestantes exige uma intensificação do cuidado pré-natal, com diagnóstico precoce, monitoramento, integralidade da assistência e aprimoramento das estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

**Palavras Chaves:** Gestantes; Pernambuco; Política Nacional de HIV/Aids; Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Transmissão Vertical do HIV.

## ABSTRACT

This monograph addresses the challenges in accessing treatment and strategies for preventing vertical transmission of HIV in the Unified Health System (SUS), focusing on the state of Pernambuco. The objective of the study is to analyze the National HIV/AIDS Policy and its specific policies for pregnant women living with HIV, highlighting both advances and limitations, in addition to the obstacles faced by pregnant women in accessing antiretroviral treatment during pregnancy. The research includes an epidemiological analysis of the HIV situation in Pernambuco between 2019 and 2024, with an emphasis on vertical transmission rates and sociodemographic profile, in order to understand the main factors associated with this reality. The study explores the historical and current context of the National HIV/AIDS Policy, considering the precarious scenario of the SUS and the growing process of privatization of the public health system. The research was conducted using a bibliographical approach and secondary data, with emphasis on platforms such as SciELO, Google Scholar and the CAPES catalog, in addition to official sources such as the Ministry of Health, the World Health Organization (WHO), Fiocruz and the Health Department of Pernambuco. The study is based on historical-dialectical materialism, using an exploratory, analytical and qualitative methodology, using documentary and bibliographical research. The study pointed out the need to improve access to medicines and improve the training of health professionals, demonstrating that strategies to combat the epidemic in Brazil do not adequately address social determinants, such as the precariousness of health services and the marginalization of the key population. In addition, the high rate of HIV detection among pregnant women requires an intensification of prenatal care, with early diagnosis, monitoring, comprehensive care and improvement of strategies to increase adherence to treatment.

**Keywords:** Pregnant women; Pernambuco; National HIV/AIDS Policy; Health; Unified Health System (SUS); Vertical transmission of HIV.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AHF – Aids Healthcare Foundation.

Aids – Síndrome da Imunodeficiência adquirida.

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

ARVs – Antirretrovirais.

AZT – Zidovudina.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Ciedds – Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente.

CTAs – Centros de Testagem e Aconselhamento.

Dathi – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais.

DCCI – Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

DRU – Desvinculação das Receitas da União.

DST/IST – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infecções Sexualmente Transmissíveis.

DSS – Determinações Sociais em Saúde.

EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

GERES – Gerências Regionais de Saúde.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

HSH – Homens que fazem Sexo com outros Homens

HV – Hepatites Virais.

I=I – Indetectável igual a Intransmissível.

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis.

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros.

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

NV – Nascidos Vivos.

PACTG 076 – Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group.

PEP – Profilaxia Pós-exposição.

PEPFAR – Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Combate ao SIDA.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

PPP – Parceria Público-Privada.

PrEP – Profilaxia Pré-exposição.

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONGs – Organizações Não Governamentais.

ONU – Organização das Nações Unidas.

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde.

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

OS – Organizações Sociais.

OSS – Organizações Sociais de Saúde.

RMR – Região Metropolitana do Recife.

SAE – Serviço de Atendimento Especializado.

SciELO – Scientific Electronic Library Online.

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

Seplag PE – Secretaria de Planejamento, Gestão e Desenvolvimento Regional de Pernambuco.

Stealthing – Remoção Não Consentida Do Preservativo.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TARV – Tratamento Antirretroviral.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas.

UPA – Unidades de Pronto Atendimento.

UPAE – Unidades Pernambucanas de Atenção especializada.

USFs – Unidades de Saúde da Família.

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mandala de prevenção combinada do HIV 23

Figura 2: Taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto (2013-2023), por meio do Boletim Epidemiológico 2024.

35

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Avanços e Limites da Política Nacional de HIV/Aids</b>	<b>17</b>
2.1	Utilização de preservativos	23
2.2	Utilização de medicamentos (PrEP e PEP)	24
2.3	Incentivo para testagem e diagnóstico precoce:	24
2.4	Prevenção da transmissão vertical	25
<b>3</b>	<b>HIV e aids no Brasil: quem são as pessoas infectadas?</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>Mediações e Contradições sociais no Acesso à Saúde na Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>60</b>
	ANEXO A - Certificação de Municípios pela Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B	60

## 1 INTRODUÇÃO

A análise histórica da epidemia de HIV/Aids no Brasil revela que a doença estava fortemente associada a um processo de estigmatização, particularmente em relação ao público LGBT. O conservadorismo e as relações heterossexuais predominantes na sociedade desencadearam estigmas que marginalizaram essa comunidade, ao mesmo tempo em que mascararam a possibilidade de a epidemia atingir outros grupos, como mulheres heterossexuais e crianças. Essa invisibilidade persiste até os dias atuais, evidenciada pela escassez de campanhas, educação em saúde e conhecimento da política voltada à conscientização de mulheres cisgêneras, crianças e adolescentes afetados pelo HIV/Aids. No entanto, com o avanço das políticas públicas, em 2024, o Ministério da Saúde concedeu a 20 municípios a Certificação pela Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, reconhecendo-os como livres da transmissão de gestantes para bebês e 31 municípios receberam o selo prata por boas práticas em alguns Estados do Brasil, como Goiás, Minas Gerais e Santa Catarina.

A escolha desta temática para a pesquisa foi motivada pela experiência vivida durante o Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social, realizado em um Ambulatório Pediátrico de Doenças Crônicas Hospital Dia e no Serviço de Atendimento Especializado HIV/Aids (SAE) de Recife, durante os semestres letivos de 2023.1 e 2023.2, totalizando 480 horas. Essa vivência estimulou a procura por uma análise aprofundada sobre os avanços e desafios da Política Nacional do HIV/Aids, sobretudo em relação à população gestante.

De acordo com os últimos dados epidemiológicos (Brasil, 2024), a maioria das pessoas vivendo com HIV pertence à população negra e, ao vivenciar o campo de estágio, percebe-se que os usuários/as enfrentam dificuldades no acesso aos serviços especializados de atendimento no território, principalmente em cidades pequenas, onde a quebra de sigilo e as exposições sociais são recorrentes, gerando estigma e isolamento social. Essas barreiras contribuem para a interrupção do tratamento e para a formação de círculos sociais marginalizados devido à doença.

Este estudo resulta de uma pesquisa bibliográfica e de dados secundários, com ênfase nas principais plataformas de informação, como

SciELO, Google Acadêmico e catálogo da CAPES. Além disso, os dados secundários foram coletados de fontes oficiais, como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, a Fiocruz, a Secretaria de Saúde de Pernambuco e a Agência AIDS. A pesquisa fundamentou-se no materialismo histórico-dialético, com uma abordagem exploratória, analítica e utilização de dados qualitativos, utilizando procedimentos metodológicos de pesquisa documental e bibliográfica. O levantamento bibliográfico e a revisão dos textos selecionados possibilitaram a investigação das dificuldades do acesso à política de saúde e a fragilização da negociação do uso da camisinha, o que contribui para a infecção de mulheres e a consequente transmissão vertical do HIV de gestantes para bebês.

As dificuldades enfrentadas pelos usuários/as que convivem com o HIV e, conseqüentemente, o enfrentamento da epidemia de aids podem ser atribuídos a diversos fatores, como a vulnerabilidade socioeconômica e os contextos históricos de opressão, subjugação e limitações de poder nas condições individuais e coletivas, que os expõem a maior risco de infecção. Nesse cenário, o avanço do neoliberalismo e a mercantilização das políticas públicas restringem as ações de enfrentamento da epidemia, especificamente com os cortes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometendo a qualidade e a abrangência dos serviços prestados. Segundo Vieira (2018), o desfinanciamento do Estado é um dos principais desafios, o que resulta em escassez de recursos e afeta diretamente a adesão ao tratamento, as condições de trabalho dos profissionais de saúde e a infraestrutura das unidades de saúde, além de agravar a burocracia no acesso aos direitos.

A epidemia de HIV/Aids no país tem apresentado um processo de pauperização, que afeta mulheres de baixa escolaridade e que se encontram em condições de privação. Esse quadro demonstra que as condições socioeconômicas influenciam diretamente o enfrentamento da doença, uma vez que o tratamento antirretroviral exige, além de cuidados médicos, uma alimentação saudável, o deslocamento para consultas e acompanhamento da doença. De acordo com o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2024), os casos de HIV em gestantes no Brasil, entre o ano de 2000 a junho de 2024, estavam concentrados em pessoas de 20 a 29 anos, com um percentual considerável de 33,0% de gestantes com ensino fundamental incompleto. Contudo, com o passar dos anos, observou-se um crescimento expressivo no número de gestantes que

concluíram o ensino médio, de 19,9% em 2013 para 33,7% em 2023, tornando-se assim o mais representativo no último ano. Particularmente, as regiões Norte (76,5 %) e Nordeste (69,3%), quando comparadas aos anos de 2013 a 2023, apresentaram uma alta taxa de casos notificados, com um crescimento contínuo de casos entre mulheres pardas que, desde 2012, representam a maioria das notificações registrados no país.

Dessa forma, para analisar a Política Nacional de HIV/Aids e suas propostas específicas para gestantes vivendo com HIV, destacando tanto os avanços quanto as limitações, além dos obstáculos enfrentados por gestantes no acesso ao tratamento antirretroviral durante a gestação, a monografia está organizada em quatro capítulos, além da Introdução e das Considerações Finais. No Capítulo 2, abordaremos a Política Nacional de HIV/Aids e a implementação de políticas específicas para gestantes com HIV, destacando os avanços e limitações observadas, bem como os desafios enfrentados pelas gestantes no acesso ao tratamento antirretroviral, necessário para a prevenção da transmissão vertical do HIV. No Capítulo 3, será identificado o perfil das pessoas infectadas pelo HIV no Brasil, considerando os fatores sociais, políticos e econômicos envolvidos. Já no Capítulo 4, será realizada uma análise epidemiológica sobre a situação do HIV em Pernambuco entre 2019 e 2024, com ênfase nas taxas de transmissão vertical e no perfil sociodemográfico para discutir os principais fatores associados a essa realidade. A partir da discussão, pretende-se avaliar as estratégias de prevenção e intervenções adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista as mediações e contradições sociais que interferem o acesso das gestantes nos serviços de saúde. Por fim, as considerações finais traçam um fechamento sobre os principais achados da pesquisa no cuidado de pessoas gestantes que convivem com o HIV em Pernambuco.

## **2 Avanços e Limites da Política Nacional de HIV/Aids**

As estratégias de prevenção do HIV/Aids são anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas com a sua aprovação em 1988, deu-se início à implementação de um sistema universal e descentralizado de saúde pública, considerado, até os dias atuais, um modelo de referência de reformas na saúde na América Latina. Nesse contexto, a implementação do Programa

Nacional de DST/Aids, em 1986, pelo Ministério da Saúde, visou reduzir a disseminação do HIV, incluindo a transmissão vertical – de mãe para filho. Dessa forma, alguns estados e municípios – São Paulo, Santos, Niterói, por exemplo – aplicaram ações preventivas mesmo antes da realização formal de políticas nacionais, uma vez que a enfermidade atingia principalmente o público LGBT, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, trabalhadores do sexo, o que contribuiu para o crescimento do estigma direcionado a esses grupos (Silva, 2023).

Ao longo do período, o Brasil foi avançando consideravelmente no tratamento da doença, com destaque para a promulgação da Lei Federal nº 9.313/1996, que garantiu a distribuição gratuita e universal de medicamentos antirretrovirais. Esta ação resultou em uma significativa melhoria na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida para as pessoas que convivem com o HIV/Aids (Silva, 2023).

É importante retomar que a epidemia de HIV/Aids chegou ao país no cenário de crescimento do processo de redemocratização, enquanto a ditadura militar ainda acontecia. Nesse contexto histórico se torna imprescindível compreender a relação entre o Ministério da Saúde, as políticas públicas e o enfrentamento da doença, visto que nas décadas de 1970 e 1980, o movimento sanitário ganhou força e promoveu a democratização da saúde, a participação popular e a universalização dos serviços, alcançado na Constituição de 1988 e na criação do SUS (Vianna, 2023).

Na década de 1990, o surgimento dos medicamentos antirretrovirais representou um avanço significativo. Nesse período, o ativismo social foi fundamental para pressionar o governo a garantir o acesso gratuito a esses tratamentos (Vianna, 2023). Embora as primeiras iniciativas de campanhas de prevenção promovidas pelo Ministério da Saúde enfatizassem a gravidade e a mortalidade da doença – o que também contribuiu por reforçar estigmas –, o trabalho das Organizações Não Governamentais (ONGs) foi essencial para a criação de materiais que, posteriormente, foram integrados às ações oficiais (Vianna, 2023).

A ideia de que o vírus HIV atingia exclusivamente homossexuais foi sendo objeto de questionamento, à medida em que houve aumento de casos de aids entre mulheres, resultando no crescimento da transmissão do HIV de mãe para

filho durante a gestação, parto e amamentação, e se elevou também o número de crianças afetadas. Por isso, em 1994, a publicação do protocolo PACTG 076 (Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group), trouxe a possibilidade de reduzir significativamente a transmissão vertical com a profilaxia com zidovudina (AZT). Logo, as taxas de transmissão, que antes variavam entre 12% e 42%, caíram para menos de 2% nos países que adotaram essa terapia, aliada ao aconselhamento e ao teste de HIV durante o pré-natal, além da recomendação do não aleitamento materno (Silva e Matida, 2010. p. 196-198).

Com o avanço dos tratamentos antirretrovirais e o desafio da transmissão vertical, surgiram aprimoramentos nos protocolos específicos para gestantes, que priorizam o início precoce da Terapia Antirretroviral (TARV) e a orientação sobre os cuidados necessários durante a gestação. Para enfrentar essa questão, o Ministério da Saúde elaborou em 2015 o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais"<sup>1</sup>, sendo a última alteração no ano de 2022, após recomendação favorável pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), com a participação social, oferecendo orientações detalhadas sobre o manejo de gestantes, puérperas e crianças expostas ao HIV, com o objetivo de minimizar o risco de transmissão para o bebê. Dessa forma, o protocolo abrange diversas estratégias que visam aprimorar as abordagens de prevenção e cuidado, e contribui de forma decisiva para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV.

Os municípios que receberam o certificado de boas práticas na eliminação da transmissão vertical de HIV e outras enfermidades adotaram estratégias adaptadas às realidades sociais e econômicas locais. De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2022), um dos aspectos da estratégia é o acompanhamento contínuo de gestantes que convivem com o HIV. As ações envolvem a atenção primária, secundária e terciária, que abrangem consultas regulares, exames pré-natais e suporte integral durante o parto. No município de Coronel Fabriciano, por exemplo, colocou-se em prática uma estratégia similar que prioriza o diagnóstico precoce e o tratamento, além de providenciar medicamentos e suprimentos pós-parto para a mãe e a criança.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Técnico: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B. 2015. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2015/relatorio\\_pcdt-transmissaovertical\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2015/relatorio_pcdt-transmissaovertical_final.pdf). Acesso em: 29 mar. 2025.

Ademais, o município também investiu na capacitação das equipes de saúde e hospitais, para estar capacitado a garantir a excelência do serviço oferecido. Nesse contexto, a Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/MG proporcionou a assistência técnica, supervisionando os serviços e verificando a qualidade dos dados de maneira constante, o que foi crucial para a preservação da qualidade e efetividade das medidas postas em prática. Tais ações evidenciam como a colaboração entre as Prefeituras e as Superintendências Regionais podem contribuir na diminuição da transmissão vertical de doenças.

A atuação adequada no rastreamento e na condução pré-natal da infecção pelo HIV durante a gestação tem levado a taxas de transmissão vertical próximas a zero, além de impactar positivamente na qualidade de vida de mulheres infectadas. Posto isto, vários fatores afetam a transmissão vertical do HIV, incluindo a carga viral, o aleitamento materno, infecções simultâneas, terapia antirretroviral (TARV), método de parto e a idade gestacional no momento do nascimento (IFF, 2024).

A transmissão vertical do HIV não ocorre automaticamente após o diagnóstico, pois, ao receber tratamento adequado e realizar o acompanhamento pré-natal de forma correta, o risco de transmissão para o feto é extremamente baixo, que oscila de 0 a 2%. No entanto, sem o tratamento esse risco pode chegar a 25-35% (EBSERH, 2024). Após o nascimento da criança, a amamentação é desaconselhada mesmo em situações de carga viral indetectável, embora o HIV não seja detectado no sangue, ele pode ainda ser transmitido pelo leite materno devido à presença de células infectadas. A quantidade de leite consumido e o número de células virais no leite aumentam o risco de transmissão, o qual pode ser maior do que na transmissão sexual. Dessa forma, os casos de transmissão sugerem que "indetectável" não significa "intransmissível" no contexto da amamentação (GIV, 2019).

Ademais, a idade gestacional deve ser cuidadosamente levada em consideração na hora e no método do parto para gestantes com HIV. A escolha deve avaliar o controle da carga viral, a utilização de antirretrovirais (ARVs) e possíveis complicações durante a gravidez. Assim, gestantes com carga viral indetectável podem escolher o parto vaginal sem a exigência de AZT injetável, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Por outro lado, a gestação com carga viral inferior a 999 cópias pode optar pelo parto vaginal, porém devem

receber AZT injetável durante o período de trabalho de parto. A cesariana é recomendada para gestantes com carga viral superior a 1000 cópias, juntamente com a administração de AZT antes e depois do parto (EBSERH, 2024).

É importante ressaltar que questões relacionadas à saúde pública, como educação sexual e direitos reprodutivos, ainda encontram resistência por parte de grupos conservadores, como algumas igrejas e a bancada política conservadora. Esses grupos dificultam o avanço dessas pautas, que transferem essas discussões do âmbito escolar, das unidades de saúde e outros espaços coletivos para o núcleo familiar. Sem políticas de prevenção adequadas e uma educação sexual, as políticas de tratamento e acesso a medicamentos não são suficientes para garantir o direito à saúde dos usuários/as que convivem com o HIV/Aids. Além disso, a redução de recursos públicos e a escassez de programas de prevenção têm prejudicado o enfrentamento da epidemia (Silva, 2023).

Essa redução acentuada de recursos públicos acontece desde o impeachment de Dilma Rousseff, ocorrido após o golpe parlamentar e midiático de 2016. Nesse circunstância, a Emenda Constitucional nº 95, aprovada no governo de Michel Temer, foi criada com o intuito de estabelecer um ajuste fiscal que restringe por 20 anos os gastos públicos em políticas públicas e sociais. Além disso, a Desvinculação das Receitas da União (DRU)<sup>2</sup>, que anteriormente retirava 20% das receitas da seguridade social para garantir o superávit primário, teve aumento de 30%. Imediatamente, esse aumento reflete uma estratégia para direcionar parte do fundo público para o mercado financeiro, por meio do pagamento da dívida pública. Como resultado, afirmou-se o desfinanciamento das políticas sociais, afetando principalmente a área de saúde, educação e assistência social (Forti, Menezes e Menezes, 2025).

O cenário da saúde no Brasil é moldado por elementos sociais, econômicos e ambientais, dado que o país, caracterizado pela variedade territorial e desigualdade social, lida com um cenário no qual doenças, como o HIV/Aids, impactam de maneira mais intensa as condições das populações mais afetadas – baixa escolaridade, baixa renda, estigma, discriminação,

---

<sup>2</sup> Em 1994, o Fundo Social de Emergência (FSE) foi criado com o objetivo de estabilizar a economia, logo após a implementação do Plano Real. Em 2000, o nome foi alterado para Desvinculação de Receitas da União (DRU).

desigualdade de gênero, entre outros. São conhecidas como doenças afetadas pelos contextos de vulnerabilidades profundamente arraigados nas determinações sociais em saúde (DSS). Assim, as políticas governamentais devem ser abrangentes, englobando não apenas o atendimento clínico, mas também o acesso à saúde, educação, habitação, lazer e inclusão social (Brasil, 2024).

Desde a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), a Epidemiologia passou a ser fundamental para as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), embora inicialmente tenha se concentrado em uma visão biologicista e individualista, sem integração com as ciências sociais. Em seu artigo, Rocha e David (2015) ressaltam a relevância do conceito de "Determinação Social da Saúde", que desempenhou um papel fundamental na construção da epidemiologia social na América Latina e no movimento sanitário do Brasil. Isso ocorre, pois, a saúde se tornou uma responsabilidade social, em que as condições sociais e econômicas impactam diretamente os processos de saúde e enfermidade. Essa perspectiva se manifesta na avaliação das desigualdades sociais, que inclui a crítica ao modelo biomédico e a promoção de uma perspectiva biopsicossocial. Isso sugere que as relações sociais de produção e reprodução da vida, marcadas por contradições de classe, conduzem a formas desiguais de viver, adoecer e morrer.

A educação em saúde se apresenta como uma das bases fundamentais da política de saúde, com grande importância na transformação da qualidade de vida da população (Souza *et al.*, 2022). Nesse sentido, o conceito de saúde vai além da ausência de doenças, pois abrange uma abordagem que respeita a diversidade e as escolhas individuais de cada indivíduo. Como argumentado pelo Ministério da Saúde (2022):

A saúde sexual implica a vivência livre, responsável e segura da sexualidade e das decisões tomadas acerca da reprodução humana. É fundamental considerar a sexualidade como um dos componentes da saúde sexual, expressa de múltiplas formas e sentidos entre as pessoas. Logo, a abordagem sobre saúde sexual requer atenção para aspectos físicos, biológicos e subjetivos (Brasil, 2022. p. 23).

Apesar desses avanços, a infecção pelo HIV continua a ser um desafio global em saúde pública, exigindo estratégias eficazes para o tratamento, prevenção da transmissão e capacitação profissional (Souza *et al.*, 2024). De acordo com o protocolo de enfrentamento da transmissão, iniciar a Terapia

Antirretroviral (TARV) após a identificação da positividade para o HIV e discutir com a gestante a relação de risco, as vantagens do tratamento e a importância de seguir estritamente o plano terapêutico, serve para assegurar a saúde da mãe e diminuir o risco de transmissão vertical. Entretanto, os benefícios à saúde materna e à redução da transmissão para a criança devem ser avaliados em relação aos potenciais riscos da exposição à TARV durante a gestação (IFF, 2024).

Para ilustrar de forma acessível e integrada as diversas ações de prevenção e tratamento, apresenta-se a seguir a **Figura 1**, com a mandala de prevenção. Esta representação sintetiza os principais eixos do cuidado integral e das estratégias de enfrentamento da transmissão do HIV, destaca as áreas fundamentais que devem ser abordadas de forma coordenada para garantir a eficácia das intervenções no Sistema Único de Saúde (SUS) e poder, assim, reduzir o risco de transmissão vertical.

**Figura 1:** Mandala de prevenção combinada do HIV.



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Fonte: Brasil, 2022.

## 2.1 Utilização de preservativos

Um dos itens da mandala, é o preservativo. Independente do gênero, o

uso de preservativos é uma das principais estratégias para prevenir a transmissão sexual do HIV. No entanto, as mulheres enfrentam desafios específicos de ordem biológica, cultural e social, agravados pela desigualdade de gênero. Esses fatores criam barreiras significativas para a adesão ao uso de preservativos. Diante disso, é fundamental que profissionais capacitados compreendam o contexto em que o usuário ou a usuária está inserido, a fim de estimular o diálogo com seus parceiros sobre práticas sexuais seguras e a importância da testagem regular para infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Brasil, 2022).

## **2.2 Utilização de medicamentos (PrEP e PEP)**

A utilização de medicamentos profiláticos, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), representa uma importante estratégia de proteção adicional contra a infecção pelo HIV. Nesse sentido, a PrEP, por exemplo, oferece às mulheres uma alternativa eficaz de prevenção, sendo recomendada após uma avaliação da saúde sexual e dos contextos específicos que possam estar associados a um maior risco de infecção pelo vírus. Além disso, outros grupos considerados mais vulneráveis, como pessoas trans, profissionais do sexo, casais sorodiferentes e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), também possuem prioridade no acesso à PrEP (Brasil, 2022). Por sua vez, a PEP é uma estratégia de prevenção indicada após uma possível exposição ao HIV, cujo tratamento deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 2 horas após o contato de risco e, no máximo, dentro de 72 horas (Brasil, 2022).

## **2.3 Incentivo para testagem e diagnóstico precoce**

A testagem regular é fundamental na estratégia por facilitar o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento antirretroviral (TARV), que contribui para a redução da carga viral e a diminuição da possibilidade de transmissão. Para desmistificar mitos e crenças relacionados à testagem de ISTs, como HIV, e hepatites virais, torna-se importante a abordagem de profissionais capacitados que tragam o conhecimento de questões sociais, estruturais, além de evidenciar como o estigma e a discriminação prejudica no diagnóstico e no tratamento, a

fim de promover maior adesão à testagem e ao acompanhamento pós-teste, independentemente do resultado ser reagente ou não (Brasil, 2022).

## **2.4 Prevenção da transmissão vertical**

Como apresentada na **Figura 1**, a mandala também aborda a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho durante a gestação, o parto e a amamentação, por meio do acompanhamento médico, do início precoce da Terapia Antirretroviral (TARV) e de medidas preventivas durante a gestação. O início da TARV em gestantes tem como intuito reduzir a carga viral e o risco de transmissão. Além da administração de medicamentos antirretrovirais à criança exposta, nas primeiras horas de vida ser uma das principais práticas para ajudar a alcançar a carga viral indetectável durante o tratamento (Brasil, 2022).

A mandala do cuidado, introduzida em 2018, visa servir como um recurso didático para instruir profissionais da saúde sobre a prevenção combinada e as várias maneiras de administrar riscos. Esta ferramenta também promove seminários e reuniões para capacitar novos multiplicadores da prevenção combinada (Silva, 2023). No entanto, as ações de prevenção à aids no Brasil têm negligenciado as mulheres, especificamente em um contexto marcado por relações de poder de sexo e de gênero. Tais relações influenciam diretamente as vulnerabilidades das mulheres diante da epidemia, sendo ainda mais agravadas por violências estruturais relacionadas ao machismo, misoginia, racismo, heteronormatividade e desigualdades sociais.

Embora o impacto dessas violências na epidemia seja amplamente reconhecido, nas últimas décadas, a agenda de enfrentamento à feminização da aids foi progressivamente desconectada das questões de direitos humanos, especialmente no que se refere ao enfrentamento das violências de gênero e à garantia dos direitos das mulheres (Almeida, 2020).

Dessa forma, nota-se que a situação presente de prevenção ao HIV/Aids no Brasil não leva em consideração corretamente as particularidades das mulheres, uma vez que as estratégias de combate à feminização da epidemia, que atingiu seu ápice em 2007 com a criação do Plano Nacional e Regionais de Combate, foi negligenciada nos anos recentes. Segundo Almeida (2020), as táticas preventivas, como a "Mandala da Prevenção" e os seus diferentes

procedimentos, não têm considerado as necessidades das mulheres, pois ainda são percebidas, muitas vezes, apenas enquanto integrantes de grupos de risco por causa de comportamentos estigmatizados, como o trabalho sexual ou a identidade transgênero. Ademais, a abordagem da transmissão vertical do HIV tende a responsabilizar as mulheres pela transmissão de mãe para filho, intensificando o estigma.

A prioridade das políticas de saúde continua na proteção das crianças durante a gestação e o pós-parto, com pouca atenção às questões de gênero e aos determinantes sociais que afetam essas mulheres. Gonçalves *et al.* (2024, p. 2) em sua pesquisa realizada em Porto Alegre, ressaltam que as políticas governamentais, por diversas vezes, privilegiam padrões cisheteronormativos e moralistas, e desconsideram as mulheres no que diz respeito à sua autonomia e aos direitos reprodutivos.

Em síntese, a teoria relacional de gênero explora como as construções de feminilidade e masculinidade se relacionam com a desigualdade social, o que evidencia a colonialidade do gênero e suas consequências na saúde (Gonçalves *et al.*, 2024). É notória a carência de políticas preventivas em várias áreas, como a compra do preservativo interno, o que contraria as evidências e demandas dos usuários/as e potencializa a invisibilização das necessidades femininas.

A utilização do preservativo interno é necessária para fomentar a independência das mulheres em suas atividades sexuais seguras. Contudo, em vez de incentivarem o uso do preservativo interno, as campanhas de prevenção estão cada vez mais focadas em estratégias biomédicas e medicamentosas, que deixam em segundo plano as discussões sobre políticas de redução de danos e a gestão de riscos durante as relações sexuais (Almeida, 2020).

De acordo com Silva (2023, p. 150-151), as estratégias de prevenção e tratamento devem ir além da distribuição de medicamentos e preservativos, considerando fatores sociais, relações de poder e direitos sexuais e reprodutivos, visto que apenas a garantia de acesso a antirretrovirais não é suficiente para enfrentar a epidemia de forma integral. Segundo a autora, as intervenções no Brasil focaram principalmente em medidas biomédicas, como o início precoce do tratamento, negligenciando questões sociais e políticas que estruturam a epidemia. Essa ausência de uma abordagem que inclua aspectos

comportamentais e sociais tem dificultado os avanços na prevenção e tratamento do HIV.

A invisibilidade das mulheres nas políticas de prevenção é agravada por uma série de temas emergentes, como o *Stealth* (remoção não consentida do preservativo pelo parceiro, durante a relação sexual), a negação do direito ao aborto legal e a violência contra mulheres trans e negras, que têm sido esquecidas nas agendas de prevenção e atenção ao HIV/Aids. Esse apagamento das questões nas políticas públicas de saúde está relacionado ao quanto o conservadorismo tem ganhado força no Brasil, enquanto as crises políticas e econômicas refletem o cenário da perda de direitos (Almeida, 2020).

Segundo Silva, Vieira e Barbosa Filho (2024, p. 2), com a ascensão do neoconservadorismo, as discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos foram gradualmente silenciadas, com a responsabilidade pelas questões de saúde e prevenção sendo transferida do Estado para a família e para o indivíduo. Assim, o modelo tem comprometido a implementação de políticas preventivas, especialmente entre os jovens que não dispõem de informações apropriadas sobre HIV e Aids. Essas medidas de prevenção e educação em saúde têm sido desconsideradas, principalmente em razão dos cortes de financiamento e da ausência de empenho na expansão da rede de assistência social. Em síntese, o equívoco de que todas as doenças infectocontagiosas são igualmente prejudiciais ignora as desigualdades sociais, raciais e de gênero que são, de fato, fatores significativos para a epidemia.

Embora o foco das políticas públicas de saúde nos últimos anos na prevenção da transmissão vertical do HIV tenha tido progressos notáveis na diminuição da transmissão de mãe para filho, ao examinar os dados epidemiológicos de 2024 sobre o HIV no Brasil, notou-se uma tendência no crescimento de novas infecções entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e mulheres que se autodeclaram heterossexuais. Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) indicou que o número de pessoas que vivem com HIV continua a crescer em diversas regiões do mundo, apesar dos esforços de prevenção e tratamento. No Brasil, por exemplo, o crescimento das infecções evidencia, dentre diversos elementos, a contínua disparidade no acesso a exames, terapias antirretrovirais e educação em saúde, além da persistente estigmatização social relacionada ao HIV.

A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) estabeleceu, em 2016, a primeira Estratégia Global de Saúde, com o objetivo de erradicar enfermidades como a aids, até 2030. O Brasil, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reafirmou seu compromisso com as metas de diagnóstico, tratamento e eliminação do vírus HIV em 95% das pessoas vivendo com HIV até 2030, além de diminuir em 90% a incidência de HIV e as mortes por aids, em relação aos números de 2010. Em 2023, foi estabelecido o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), e em 2024, foi lançado o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar (Decreto no 11.908, de 6 de fevereiro de 2024), no qual o Brasil se dá um passo importante em suas diretrizes, que envolvem:

enfrentamento da fome e da pobreza; redução das iniquidades e ampliação dos direitos humanos e da proteção social; intensificação da qualificação e da capacidade de comunicação dos trabalhadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre vulnerabilidades condicionantes ou decorrentes de doenças e das infecções determinadas socialmente; incentivo à ciência, à tecnologia e à inovação; ampliação de ações de infraestrutura e saneamento básico e ambiental (MPPR, 2024).

De acordo com Cristiano (2024), as estratégias de prevenção permanecem restritas ao combate direto à transmissão viral, desconsiderando a influência de determinantes sociais em sua propagação. Apesar de incorporar noções como combinação de métodos, autonomia e liberdade de escolha – rompendo, em parte, com a abordagem restrita ao preservativo –, a política falha em articular suas estratégias de prevenção com as desigualdades e particularidades socioculturais da população. Isto revela uma abordagem neoliberal que reduz a liberdade à mera escolha individual e desconsidera as desigualdades estruturais. Ao analisar os casos de infecção, fica evidente que muitas mulheres são infectadas justamente porque lhes é negado o direito de optar por métodos de prevenção compatíveis com suas realidades socioeconômicas.

Por sua vez, Santos (2016, p. 605-606) trouxe que a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV está relacionada a aspectos como o papel de submissão a que muitas ainda é imposto nas questões sexuais, bem como na responsabilidade atribuída nas questões reprodutivas. Em relação às mulheres negras, essa vulnerabilidade consegue ser ainda mais acentuada, pois, ao considerar a hierarquização social, o espaço reservado a essas mulheres é de

menor poder. Isso se agrava pela combinação das desigualdades de gênero com outras formas de dominação e discriminação, oriundas das relações étnico-raciais.

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso gratuito a antirretrovirais e programas de prevenção, mas para muitos países, principalmente africanos, o apoio dos EUA, por meio do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Combate ao SIDA (PEPFAR), tem contribuído para complementar essas ações. No entanto, atualmente existe o risco de crescimento significativo nas infecções por HIV até 2029, devido à ameaça de retirada do apoio financeiro dos EUA, como anunciado no governo Trump. Essa retirada, caso não seja substituída, compromete os recursos e as políticas de combate ao HIV/Aids, acelerando a propagação de cepas mais resistentes do vírus e resultando em crescimento de até seis vezes no número de novas infecções e nas mortes relacionadas à aids. No Brasil, por exemplo, ainda que haja diminuição das infecções nos últimos anos, a interrupção da assistência externa já afeta o programa de testagem e tratamento “A Hora é Agora”, em Florianópolis, o qual precisou ser encerrado devido aos cortes de recursos (Gestos, 2025).

### **3. HIV e aids no Brasil: quem são as pessoas infectadas?**

Ao se debater sobre a epidemia de HIV/Aids no Brasil, as estatísticas oficiais do Ministério da Saúde indicam para estabilização da epidemia no momento atual. Contudo, pesquisadores e entidades internacionais destacam a possibilidade de sua reemergência (Lucas, Boschemeier e Souza, 2023). Com quase cinco décadas de epidemia na história, a política de saúde tem se adaptado ao criar estratégias e respostas locais que visam integrar-se para o controle da epidemia. A política sendo reconhecida como um direito constitucional, universal e gratuito, identifica e atua sobre os determinantes e contraindicações que atingem o processo saúde-doença, de forma a contribuir com os princípios do SUS (Cristiano, 2024).

É válido ressaltar que os avanços no combate ao HIV/Aids podem ser observados na redução da mortalidade associada ao vírus, na diminuição da

transmissão vertical, no controle das novas infecções e no aumento da expectativa de vida das pessoas diagnosticadas, o que transforma a doença em uma condição crônica, tratável, passível de controle e com a possibilidade do estabelecimento de metas para a erradicação da epidemia. Nesse cenário, Lucas, Boschemeier e Souza (2023) pontuam que fatores como o isolamento das ações e programas de prevenção, o modelo biomédico de atenção, a crise econômica e a persistência de preconceitos contribuem para a vulnerabilidade das pessoas que convivem com o HIV, o que dificulta sua inclusão nas políticas sociais e de saúde.

É dentro desse contexto cotidiano, cercado de mitos e estigmas, que é possível compreender as barreiras que atingem a eficácia das políticas públicas voltadas à promoção e prevenção em saúde. Araújo *et al.* (2021, p. 288) ao fazer diálogo com o trabalho de Santos e Schor (2015), destaca que a resposta ao HIV/Aids varia de acordo com a sociedade, que é moldada pelas relações já existentes e pelas diferentes culturas. Isto significa que tanto a maneira de perceber a doença como as resoluções para elas são singulares/diferentes.

Conforme mencionado no início do capítulo, a AIDS é uma doença de notificação obrigatória desde 1986, porém a infecção pelo HIV só foi incorporada à Lista Nacional de Notificação Obrigatória em 2014. Então, de acordo com os dados epidemiológicos mais recentes (Brasil, 2024), de julho de 2007 a junho de 2024, foram contabilizados 541.759 casos de infecção pelo HIV, com uma prevalência de 70,7% entre os homens. A proporção de casos de HIV entre homens e mulheres também se modificou, passando de 14 casos em homens para cada 10 em mulheres, em 2007, para 27 casos em homens para cada 10 em mulheres, em 2023, o que evidencia um crescimento expressivo de infecções entre o sexo masculino.

No Brasil, a infecção pelo HIV ainda afeta majoritariamente os homens, com a proporção de casos aumentando ao longo dos anos. Entre 2017 e 2023, os homens de 30 a 39 anos apresentaram a maior taxa de infecção, a qual foi de 49,5% para 51,1%, evidenciando esse aumento. Nesse sentido, no ano de 2023, 63,2% das ocorrências relatadas envolviam pessoas autodeclaradas negras, sendo 49,7% de pardos e 13,5% de pretos, e 53,6% dos casos ocorreram em homens que fazem sexo com homens (HSH), enquanto entre 2007 e junho de 2024, entre pessoas com 13 anos ou mais, a principal forma de

exposição no sexo masculino foi a relação entre homens que fazem sexo com homens, que representou 52,8%. Já no sexo feminino, a principal forma de exposição foi a prática heterossexual, responsável por 86,4% das ocorrências (Brasil, 2024).

Em 2023, enquanto a taxa de detecção de HIV foi de 21,8 casos por 100 mil habitantes, o país registrou uma taxa de detecção de aids de 17,8 casos por 100 mil pessoas, com maior incidência entre pessoas de 25 a 34 anos, sendo a transmissão predominante, ainda, a sexual (75,3%). Ademais, de 2013 a 2023, a taxa de mortalidade por aids diminuiu 32,9%, passando de 5,7 para 3,9 óbitos por 100 mil habitantes, chegando a 2023 com o total de 10.338 mortes, das quais 63% ocorreram entre pessoas negras, sendo 48% pardas e 15% pretas, enquanto apenas 34,9% foram registrados entre pessoas brancas – quase a metade do percentual de pessoas negras. A proporção de óbitos entre homens e mulheres foi de 21 para cada 10. A redução de óbitos tendo a aids como causa básica, demonstra a relevância de políticas públicas que incluam prevenção, detecção precoce, tratamento e luta contra o estigma e a discriminação (Brasil, 2024). É preciso registrar, entretanto, que essa redução teve diferenças entre as regiões do país.

No período de julho de 2007 a junho de 2024, o Brasil registrou casos de HIV nas regiões Sudeste, com 222.262 ocorrências (41,0%), Nordeste, 118.431 (21,9%), Sul, 101.441 (18,7%), Norte, 56.229 (10,4%) e Centro-Oeste, 43.396 (8,0%). Em 2023, foram notificados 46.495 casos de infecção pelo HIV no país, a distribuição foi de 16.134 (34,7%) das ocorrências no Sudeste, 12.486 (26,9%) no Nordeste, 7.619 (16,4%) no Sul, 5.952 (12,8%) no Norte e 4.304 (9,3%) no Centro-Oeste, sendo as capitais com as maiores taxas de detecção: Manaus, Florianópolis, Boa Vista, São Luís e Belém. A comparação entre 2020 e 2023 mostrou um aumento de 24,1% no número de casos de HIV, com destaque para as regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2024).

Em paralelo, as maiores taxas de detecção, observam-se na epidemia no Rio Grande do Sul, a qual não pode ser explicada por apenas um único motivo mas, sim, por um conjunto de determinações sociais e estruturais que afetam a saúde da população. Nessa perspectiva, a combinação de crises sociais, a ausência de políticas públicas adequadas e a continuidade de estigmas – como a continuidade em associar pessoas que vivem com HIV/Aids a grupos

específicos – demandam uma revisão das estratégias de prevenção e cuidado, principalmente ao levar em consideração as particularidades e as desigualdades sociais. Nesse contexto, especialmente a Região Metropolitana de Porto Alegre, apresenta altos índices de infecção por HIV, com 1,64% da população vivendo com o vírus. Essa condição de alta prevalência não é recente, visto que há mais de uma década o estado lidera o número de casos e mortes por aids no Brasil. Ademais, os problemas na estrutura de saúde, como a terceirização da atenção básica, prejudicam o atendimento integral, essencial para o tratamento do HIV. Isto porque a falta de vínculos estáveis entre profissionais e pacientes, correlacionada à rotatividade no setor, impacta negativamente a adesão ao tratamento e a confiança no sistema (Bressan, 2023).

O perfil da extrema pobreza no Brasil revela profundas desigualdades regionais com raízes históricas e estruturais, refletidas nas diferenças significativas entre o Norte, o Nordeste e as regiões mais desenvolvidas, como o Sul e o Sudeste. Segundo Grin *et al.* (2021, p. 101) essa divisão, que remonta à década de 1950, representa uma das metáforas mais conhecidas sobre a desigualdade regional no país, que aponta para a separação entre um Brasil mais moderno e desenvolvido (Sul e Sudeste) e um Brasil mais atrasado (Norte e Nordeste). Logo, o retrato da extrema pobreza expõe desigualdades estruturais significativas, uma vez que a distribuição da desigualdade não é uniforme, especialmente no que se refere às regiões Norte e Nordeste, que concentram as populações mais pobres do país. No Brasil, o Nordeste concentra 55% da população em extrema pobreza, representando 5,2 milhões de pessoas de um total de 9,5 milhões no país, em 2023. Embora a região também tenha experimentado uma redução expressiva da pobreza nos últimos anos, com 4,8 milhões de pessoas saindo da extrema pobreza entre 2021 e 2023, de um total de 9,6 milhões, o que equivale à metade da redução nacional (Miro *et al.*, 2024).

Outro assunto importante a ser discutido é a necessidade de ampliação do acesso dos homens aos serviços de saúde, visto que, historicamente, a política nacional de HIV/Aids se concentra em uma população-chave, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, por exemplo. Isso acaba desconsiderando outros grupos, como os homens heterossexuais. A falta de oferta regular de testes de HIV para os homens, aliada aos elementos culturais da masculinidade que desencorajam a procura por cuidados, contribui para a invisibilidade e para a persistência do estigma (Knauth

*et al.*, 2020). Assim, a carência de políticas públicas focadas em elementos socioculturais associados ao comportamento masculino contribuem, em parte, para a estabilidade do público no boletim.

A vulnerabilidade ao HIV e aids não é homogênea, principalmente quando se considera a exposição de mulheres negras ao vírus, em virtude da desigualdade de gênero e da complexidade de negociação do uso do preservativo em um contexto patriarcal. O crescimento de infecções e óbitos entre mulheres e populações vulneráveis, como jovens e idosos, é um reflexo de epidemia que possui um perfil marcado por classe social, raça e gênero. Nessa perspectiva, a situação se agrava ainda mais no Norte e Nordeste do Brasil, onde o enfrentamento da epidemia tem sido afetado pela escassez de recursos e pela precarização dos serviços de saúde (Silva, Vieira e Barbosa Filho, 2024).

Em seu estudo, Silva (2023, p. 53) trouxe as tendências contemporâneas das políticas de saúde, como a privatização e a precariedade do atendimento médico, que se manifestam nas práticas de assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. Isso evidencia os desafios na execução das orientações do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que diz respeito ao direito dos usuários/as com HIV/Aids a uma vida plena e saudável. Essas tendências também se fazem presentes no mercado privado e comercial, por meio de planos de saúde, hospitais privados e indústrias farmacêuticas.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2024, o Brasil em 2023 contabilizou 46.495 casos de HIV, uma expansão de 4,5% em comparação ao ano anterior. A avaliação racial indicou que 63,2% das ocorrências foram registradas em pessoas autodeclaradas negras (49,7% pardos e 13,5% pretos), sendo 53,6% em homens que praticam sexo com homens (HSH).

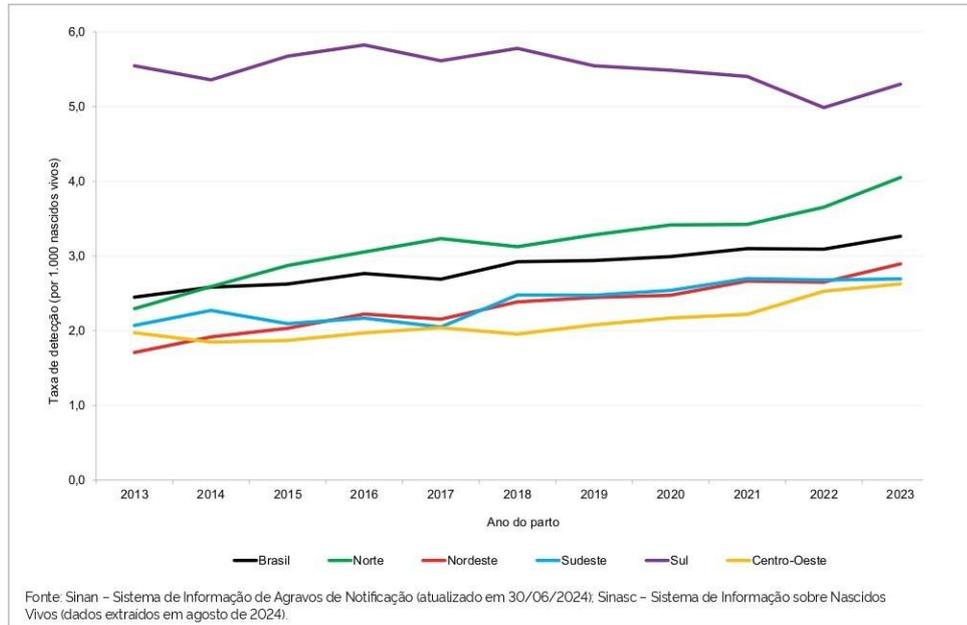
Nessa perspectiva, o número de gestantes diagnosticadas com HIV também cresceu, o que soma 166.237 casos desde 2000 e uma taxa de detecção de 3,3 casos por mil nascimentos vivos (NV) em 2023, o que representa um crescimento de 33,2% na última década. No ano de 2023, observou-se uma predominância de casos entre mulheres negras, 53,1% entre pardas e 14,3% entre pretas, em particular entre as idades de 20 a 29 anos que concentra 51,0% dos casos (Brasil, 2024).

Posto isto, o Boletim Epidemiológico ressalta um aspecto fundamental

para a saúde da população negra no Brasil, ao evidenciar que são a maioria das pessoas diagnosticadas com HIV. Dessa maneira, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), estabelecida em 2009, é destacada como um avanço no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o racismo como um determinante social da saúde. Isso implica que a maioria dos negros no país está em condições de vulnerabilidade devido a desigualdades históricas, isto é: o cenário de desigualdade afeta negativamente as taxas de incidência de doenças socialmente determinadas, como o HIV e a tuberculose, que continuam a ser causas significativas de morte entre homens e mulheres negras, apesar do acesso ao tratamento gratuito disponível no SUS. Esses altos índices de mortalidade estão associados ao limitado acesso a serviços essenciais, como educação, saneamento básico, segurança alimentar, condições de emprego e renda para a população negra (Agência AIDS, 2023).

No período de junho de 2000 a junho de 2024, o Brasil registrou 166.237 gestantes com HIV. Entre 2013 e 2023, foram diagnosticadas 8.277 gestantes, um crescimento de 33,2%, que elevou a taxa de detecção de 2,4 para 3,3 casos por 1.000 nascimentos vivos (NV). Nesse intervalo de tempo, a taxa mostrou um crescimento discreto, mantendo-se estável entre 2014 e 2015, 2018 e 2019, e 2021 e 2022, notado em todas as áreas do Brasil, com exceção do Sul, sendo o Norte (76,5%) e o Nordeste (69,3%), como mostrado na **Figura 2** abaixo (Brasil, 2024):

**Figura 2:** Taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto (2013-2023), por meio do Boletim Epidemiológico 2024.



**Fonte:** Brasil, 2024.

Nota-se que, apesar de a região Sul obter taxas de detecção superiores à média nacional, houve uma diminuição a partir de 2018 até 2022. Em 2023, de acordo com o Boletim Epidemiológico, houve um aumento de 6,3% na taxa, que subiu de 5,0 para 5,3 casos por 1.000 nascimentos vivos (NV), respectivamente, entre 2022 e 2023. Apenas a região sudeste se manteve estável na detecção, enquanto o Centro-Oeste iniciou um crescimento em 2021 e, durante o mesmo intervalo de tempo, as regiões Norte e Nordeste mantiveram o crescimento.

Na detecção de gestantes com HIV desde 2013, a maioria das gestantes afetadas com idade entre 20 e 29 anos representou 53,1%. Além disso, o uso de TARV durante o pré-natal foi mencionado em 70,4% dos casos, com um crescimento expressivo de gestantes com Ensino Médio completo (Brasil, 2024).

Em consonância, a maior parte das gestantes notificadas já possuía o conhecimento da positividade do HIV antes do início do pré-natal, representando 61,6% dos casos em 2023. Desde 2014 até 2023, os casos diagnosticados durante ou após o parto diminuíram em 46,6%, o que passou de 776 para 414 casos. Isto reflete a importância do diagnóstico precoce para evitar a transmissão do HIV para a criança (Brasil, 2024).

A taxa de realização de pré-natal entre pessoas gestantes com HIV manteve-se elevada, em torno de 90%. No entanto, em 2023, apenas 70,4% das

gestantes com HIV estavam usando TARV durante o pré-natal, um valor abaixo da meta de 95%, estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). No ano de 2023, 12,4% de gestantes, lactantes ou pós-parto não fizeram uso da TARV, enquanto em 17,2% a informação sobre a utilização da terapia estava ausente. Apenas 136 dos recém-nascidos, que representaram 62,4%, receberam profilaxia dentro das primeiras 24 horas. Em 177 recém-nascidos não foi realizada a profilaxia, com o percentual de casos não informados ou ignorados representando 38,3% (Brasil, 2024).

Ainda, 34,5% das ocorrências não especificaram o tipo de parto, contudo, das informações disponíveis, a cesariana se destacou como a principal forma de nascimento, em 64,3% dos casos informados. Houve também 482 resultados negativos, que incluíram 84 casos de natimortos e 398 abortos, abarcando 8,6% dos casos com progresso conhecido da gravidez. Entre eles, 38,3% não foram registrados, o que representa um número superior ao de gestantes que receberam TARV. Essas informações evidenciam a necessidade de um acompanhamento rigoroso da linha de assistência à criança exposta ao HIV e a relevância de atualizar as informações no Sinan (Brasil, 2024).

O estudo de Trindade *et al.* (2021, p. 4-5) pontua a preocupação com as ocorrências de diagnóstico de HIV confirmados apenas no momento do parto. Isso destaca a necessidade de expandir a cobertura pré-natal e a fragilidade nos serviços prestados, o que resultou em oportunidades perdidas para a realização de testes rápidos para HIV. Esses resultados reforçam a importância de melhorar a qualidade do acompanhamento pré-natal e a detecção precoce do HIV em pessoas gestantes.

Além disso, Trindade *et al.* (2021, p. 4-5) apontam que os altos índices de cesáreas eletivas e urgentes podem indicar um acompanhamento pré-natal inadequado, o que pode afetar a adesão das grávidas à TARV, sendo este um dos principais fatores que levam à falha na supressão viral durante o parto. Entre as razões apontadas no estudo para a não adesão à TARV estão a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o diagnóstico tardio, a burocracia do sistema de referência para serviços especializados e a ausência de qualificação profissional na assistência às gestantes com HIV/Aids. Esses fatores impactam negativamente a qualidade do pré-natal e contribuem para o aumento do número de casos de HIV em crianças menores de cinco anos. Portanto, as estratégias

de prevenção à transmissão vertical devem ser reforçadas por meio de ações para aumentar o acesso ao diagnóstico, além da descentralização dos serviços de saúde e no investimento da qualificação dos profissionais para um bom acompanhamento do usuário/a antes e pós-parto.

De outra parte, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2024 revelou que, entre 2015 e junho de 2024, foram notificados 68.152 casos de crianças expostas ao HIV no Brasil, com a maior concentração no Sudeste (35,6%), seguido pelo Nordeste (23,7%), Sul (22,9%), Norte (11,9%) e Centro-Oeste (5,9%). No ano de 2023, foram registrados 6.732 casos de crianças expostas ao HIV, com maior número no Sudeste (32,8%) e Nordeste (23,5%). As unidades federativas que mais notificaram foram São Paulo (14,9%), Rio Grande do Sul (11,9%) e Rio de Janeiro (11,0%) (Brasil, 2024).

Neste boletim, observamos um número significativo de crianças expostas a condições específicas, o que chama a atenção para a necessidade de continuarmos avançando na saúde pública do país. Um exemplo positivo desse progresso é a entrega, no ano passado, do certificado de eliminação e do selo de boas práticas na prevenção da transmissão vertical a municípios de alguns estados do país. Esta distinção é um reflexo do empenho coletivo de autoridades e profissionais de saúde na implementação de medidas eficazes para prevenir a transmissão da doença do HIV de mãe para filho. Apesar dessas iniciativas representarem um avanço significativo na qualidade da política nacional de HIV/Aids para as futuras gerações, elas ainda alcançam apenas uma parte do país, com a região Norte e Nordeste apresentando altos índices de notificações e enfrentando desafios adicionais. Nessas áreas, a precarização no Sistema Único de Saúde (SUS) e a realidade de vida de muitos usuários/as tornam o enfrentamento da transmissão vertical um obstáculo ainda mais significativo.

Através do Programa Brasil Saudável, que visa eliminar a transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B, doença de Chagas e HTLV até 2030, o Ministério da Saúde (2024) certificou 60 Municípios e 3 Estados brasileiros pela eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis e/ou hepatite B. A eliminação da aids como um problema de saúde pública até 2030 é uma das metas do programa e o país foi pioneiro a adotar uma política governamental com esse objetivo.

Com esta certificação, o Brasil alcança o número de 151 cidades em 19 estados que possuem algum tipo de certificação para a eliminação ou selo de boas práticas relacionadas a essas enfermidades, sendo 258 certificações municipais e 10 estaduais. A concessão do certificado, que ocorreu em uma cerimônia no dia 29 de novembro de 2024, também espelha a intenção do Ministério da Saúde de, em 2025, solicitar à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) a declaração de país livre de transmissão vertical do HIV (Agência AIDS, 2024).

A certificação se distribuiu em diferentes níveis: 20 municípios foram certificados pela eliminação da transmissão vertical de HIV, enquanto 31 receberam o selo prata de boas práticas em relação ao HIV. Adicionalmente, existem certificações multidisciplinares que contemplam HIV, sífilis e hepatite B, com cidades como Vilhena (RO) e Toledo (PR) recebendo certificações em 3 áreas. Alguns municípios, como São José dos Pinhais (PR) e Indaiatuba (SP), receberam o selo prata para HIV, com foco adicional em sífilis e hepatite B (Agência AIDS, 2024) – os Estados e Municípios estão listados no **ANEXO A** deste trabalho.

Para além das cidades, três estados receberam certificações: Goiás e Minas Gerais foram agraciados com o selo prata de boas práticas para a eliminação da transmissão vertical do HIV, enquanto Santa Catarina recebeu a certificação pela eliminação da transmissão vertical do HIV, juntamente com o selo bronze para sífilis. Esta variedade de certificados evidencia os esforços em diversas áreas do país, concentrando-se nas melhores práticas para erradicar essas infecções (Agência AIDS, 2024).

No estado de São Paulo, que contabiliza aproximadamente 120 mil nascimentos por ano, menos de 500 mulheres grávidas são identificadas com HIV, tornando o estado uma referência na prevenção da transmissão vertical. Contudo, o monitoramento dessas mulheres é um processo complexo. Cristina Abbate, psicóloga e gestora encarregada da implementação da política de eliminação da transmissão vertical do HIV em São Paulo, destaca a importância de notificar e localizar a paciente, seja nos sistemas públicos ou privados, para assegurar um acompanhamento apropriado. Esta estratégia destaca a complexidade e o dever no controle e prevenção da propagação (Agência AIDS, 2024).

Além disso, a psicóloga acredita que a eliminação da transmissão vertical do HIV, que vem sendo alcançada em São Paulo, é possível em todo o território brasileiro. No entanto, ainda existem obstáculos a serem superados, tais como a demanda por lideranças engajadas na causa e a formação constante dos profissionais de saúde. É essencial que exista vontade política para dar prioridade à eliminação da transmissão vertical do HIV, considerando-a uma questão urgente de saúde pública. Especialmente nas unidades básicas de saúde, conhecidas como "postos de saúde", que têm um papel crucial no atendimento preventivo ao HIV durante a gravidez (Agência AIDS, 2024).

A capital paulista tem observado uma diminuição expressiva de novos casos de HIV, alcançando, pelo oitavo ano consecutivo, uma diminuição nos índices da epidemia. Este resultado se deve à aplicação de políticas públicas inovadoras e ao crescimento de ações preventivas, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). No período de 2016 a 2023, houve uma diminuição de 54,7%, uma das mais expressivas no país, que estabeleceu a cidade de São Paulo como modelo nacional no enfrentamento ao HIV (Morais, 2025).

Segundo o portal da Agência AIDS, em 2023, mais de 29 mil habitantes fizeram uso da PrEP, ultrapassando os objetivos definidos pelo Ministério da Saúde. O número de novas notificações de HIV também teve uma queda expressiva, que passou de 2.185 em 2022 para 1.705 em 2023, que equivale a uma queda de 22% em um ano. A diminuição entre os jovens de 15 a 29 anos foi ainda mais notável, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos, que teve uma redução de 66%, enquanto na faixa etária de 20 a 24 anos, houve uma redução de 61% (Morais, 2025).

Apesar dos dados serem favoráveis, a taxa de detecção de HIV ainda é mais elevada entre mulheres e pessoas negras. Por exemplo, a população negra no estado de São Paulo apresentou uma diminuição de 47,1 para 31,1 casos por 100 mil habitantes de 2014 a 2023. No entanto, essa diminuição ainda é inferior à obtida entre os brancos, que diminuíram para 7,4 casos no mesmo intervalo de tempo (Morais, 2025).

Em complemento, o estado de São Paulo tem feito investimentos na melhoria da infraestrutura e do serviço de saúde, com ênfase no aumento do acesso à PrEP, que pode ser obtida em unidades de saúde 24 horas, como as

UPAs, e em máquinas automáticas situadas em estações de metrô da cidade. A profilaxia, que previne a infecção antes da exposição ao HIV, foi introduzida em 2018 e atualmente conta com mais de 56 mil pessoas inscritas (Morais 2025). As duas primeiras máquinas foram instaladas nas Estações Vila Sônia e Luz, na Linha Amarela do Metrô, as quais registraram mais de 1.300 retiradas em apenas seis meses de operação, o que representou um aumento de 635%. Ainda houve uma expansão para a Estação Tucuruvi, na Linha Azul, situada em uma região que também atende outros bairros da zona norte da capital (São Paulo, 2025).

A rede de saúde do estado tem sido reforçada com a admissão de mais de 70 infectologistas e a nomeação de 340 profissionais da área da saúde. Este reforço é crucial para assegurar um serviço de qualidade e acessível. A tática de começar o tratamento com TARV imediatamente após o diagnóstico tem apresentado resultados benéficos, com 92% dos mais de 55 mil indivíduos em tratamento na rede municipal especializada, capaz de atingir a condição de indetectável, o que impede a disseminação do HIV através do ato sexual (Morais, 2025).

Embora se observem melhorias na estrutura das políticas de saúde nas regiões Sul e Sudeste, além de progressos nas políticas de HIV/Aids e no combate à transmissão vertical em estados como São Paulo, Duarte *et al.* (2020) destacam que a Lei nº 9.637/1998, que instituiu o modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS), resultou em uma expressiva concentração dessas entidades nas áreas de maior densidade econômica. Essa concentração reforça desigualdades regionais, o que acaba por limitar o acesso equitativo aos serviços de saúde nas áreas menos desenvolvidas do país. A literatura especializada já ressalta que o financiamento público para o setor de saúde, assim como a presença de prestadores privados, como as entidades filantrópicas, geralmente se concentra nas áreas mais prósperas economicamente e nas áreas urbanas, o que evidencia a disparidade no acesso e na alocação de recursos para a saúde. Assim, a análise territorial do modelo de gestão privada indica que a contratação de gestão privada é predominante na metrópole paulista, enquanto em outras regiões predomina a utilização de instituições sem fins lucrativos para a prestação de serviços.

#### **4. Mediações e Contradições Sociais no Acesso à Saúde na Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco**

A discussão acerca do neoliberalismo na saúde espelha as mudanças econômicas e políticas que ocorreram nos anos recentes, que redefiniram a função do Estado e a prestação de serviços públicos. Este processo tem sido caracterizado por um retrocesso nas políticas sociais, privilegiando o objetivo de reduzir a intervenção do Estado. Neste cenário, medidas neoliberais e de ajuste fiscal, como a Emenda Constitucional no 95/2016, que congelou os investimentos em saúde e educação, levaram a uma maior concentração de renda e à diminuição das políticas sociais, além de fomentar a privatização e a deterioração dos serviços de saúde. Desde a implementação do Sistema Único de Saúde, enfrentam-se contradições na administração pública, além de desafios devido ao histórico de subfinanciamento/desfinanciamento e ao aumento da mercantilização da saúde, principalmente por meio de parcerias e privatizações no setor público de saúde. A resposta à epidemia de HIV/Aids tem se tornado progressivamente mais medicalizada e focada no mercado farmacêutico, desconsiderando as particularidades culturais e sociais da população (Silva, Vieira, Barbosa Filho, 2024. p. 12).

Segundo Ximenes, Schmaller e Bezerra (2028, p. 114-115), um dos principais mecanismos de apropriação dos recursos públicos na área de saúde no Brasil foi a implementação das parcerias público-privadas (PPP). A disputa pelos recursos públicos, incentivada pelo neoliberalismo desde a década de 1990, cresceu durante o governo de Fernando Collor de Mello, que adotou estratégias políticas para alterar as estruturas do Estado relacionadas à distribuição e à utilização desses recursos. Nos governos seguintes, várias ações de PPP foram implementadas, com destaque para as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas ainda no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Similarmente, durante o governo Lula, foram estabelecidas as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, em 2011, sob a gestão de Dilma Rousseff, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Esses novos modelos administrativos adotam estruturas organizacionais tradicionalmente associadas à lógica do mercado. Embora a privatização desses serviços não aconteça de maneira "clássica", pode ser vista como uma

modalidade de privatização.

Nos últimos anos, notou-se um aumento da preocupação com a atitude de governos que, em vez de avançarem nas políticas de prevenção e tratamento do HIV/Aids, recuaram em medidas cruciais para combater a epidemia. A recusa brasileira em comparecer à conferência da ONU sobre HIV/Aids, em 2016, evidenciou o distanciamento do país em iniciativas internacionais importantes (Paiva *et al.*, 2024). O Brasil sempre se destacou como líder na defesa dos direitos humanos nos fóruns internacionais sobre HIV, mas em meio a todo o retrocesso e do descompromisso com a luta pela causa anti-HIV, o governo Temer foi ainda mais radical nesse aspecto ao congelar por seis meses todas as ações da Secretaria de Direitos Humanos (Contreiras, 2016).

Durante o governo de Michel Temer, ocorreram cortes expressivos nos investimentos públicos, a extinção de ministérios e propostas de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017. Já durante o governo de Jair Bolsonaro, iniciado em 2019, essas medidas não foram apenas mantidas, mas também intensificadas. O presidente explicitou, em diversas entrevistas, que pretendia manter as políticas de seu antecessor, reforçando uma agenda alinhada a pautas conservadorasque, frequentemente, promovem medo e repulsa como estratégias de mobilização política. Essa postura contribuiu para polarizar ainda mais o debate público e acentuar divisões sociais no país (Silva, 2023, p. 20). Além disso, o governo Bolsonaro também implementou cortes significativos em áreas como educação e saúde, que incluiu uma redução de R\$ 407 milhões no programa de prevenção ao HIV/Aids, o que configura um processo de enfraquecimento das políticas sociais, com graves consequências para a classe trabalhadora (Silva, 2023).

Paiva *et al.* (2024, p.3-6) afirmam que o governo intensificou a militarização do Estado, que ampliou a presença de militares em locais estratégicos. Esse processo faz referência ao período da Ditadura Militar, no qual a educação e a saúde eram alvos de censura e repressão. Ações como a implementação de escolas cívico-militares e a proposta de "Escola sem Partido" tornaram o debate sobre educação sexual e prevenção ao HIV/Aids mais desafiador, se intensificando a uniformização dos discursos e a marginalização da diversidade. Ademais, a falta de diálogo com movimentos sociais e a ausência de ações eficazes para combater as desigualdades sociais levaram a

políticas públicas ineficientes no combate à epidemia de HIV.

Na mesma linha de raciocínio, em uma análise mais ampla do contexto político e econômico desse período, Oliveira e Davi (2024, p. 223) destacam:

O governo Bolsonaro adotou o ultraneoliberalismo, ocasionando um desmonte institucional desde o primeiro ano de gestão com o aprofundamento do ajuste fiscal herdado da gestão Temer (Behring; Cislighi; Sousa, 2020). Desse modo, a crise instalada a partir da chegada da pandemia de COVID-19 encontrou solo fértil em meio à fragilização das instituições e dos instrumentos de políticas que se tornaram imprescindíveis para o combate da crise, a despeito de termos o Sistema Único de Saúde (SUS) (Dweck, 2021). Nesse contexto, assistiu-se à ausência de medidas efetivas para o enfrentamento da emergência sanitária e ao abandono dos cuidados e das ações referentes a outras doenças, como a epidemia de HIV e de AIDS (Oliveira, 2023).

Dessa forma, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais (Dathi) passou por uma reestruturação, tornando-se o Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI)<sup>3</sup>. Isso levou ao declínio da área de HIV/Aids para um papel de coordenação. Dessa forma, o novo departamento se expandiu para incluir outras enfermidades, como a hanseníase e a tuberculose, infecções que não estão ligadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais (HV). Esta alteração afeta a efetividade do programa, modifica o modelo de governança e ignora a participação social e a intersetorialidade, o que acaba por comprometer a estratégia unificada e especializada requerida para combater o HIV/Aids (ANDES, 2020).

Nesse sentido, observa-se que a influência do neoliberalismo nas políticas de saúde e HIV/Aids não é recente, mas faz parte de um projeto em curso no Brasil há algum tempo. Desde 2013, o Brasil estabeleceu a meta de incentivar o uso constante de antirretrovirais, juntamente com o diagnóstico e a eliminação do vírus, o qual visa alcançar as metas 90-90-90 definidas pelo UNAIDS em 2014 e alteradas em 2021 para 95-95-95. Estas possuem o objetivo de identificar 95% das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA),

---

3 O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais foi criado em 1986 e se tornou referência mundial no tratamento e atenção à aids e outras infecções sexualmente transmissíveis. Com o Decreto nº 9795, de 17 de maio de 2019, o Departamento de DST/HIV/Aids e Hepatites virais (DIHV) passou a incluir outras doenças, como Tuberculose e Hanseníase, assim sendo reconhecido como Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

assegurar que 95% delas comecem a Terapia Antirretroviral (TARV) e garantir que 95% atinjam a supressão viral. Contudo, atingir tais metas tem se revelado um desafio devido à complexidade da epidemia no Brasil, acirrada pelas desigualdades regionais e pelos obstáculos nas políticas sociais e de saúde, tais como a diminuição de recursos, privatização e deterioração dos serviços (Silva, 2023).

A pobreza e a desigualdade social resultam de um sistema econômico e social que privilegia o desenvolvimento das classes ricas e proprietárias, colocando os interesses desses grupos à frente do bem-estar social (Arcoverde, Chaves e Gennari, 2025). Dessa forma, segundo Gennari (2025, p. 36), no capítulo dedicado ao capitalismo, políticas sociais, desigualdades e pobreza no Brasil, as estratégias de combate à pobreza e às desigualdades podem ser interpretadas como soluções paliativas para as contradições do capitalismo. Isso ocorre porque essas políticas não têm como objetivo uma mudança radical na sociedade, mas sim a capacidade de apenas de alterar superficialmente a realidade social. Conforme sua extensão, podem resultar em avanços notáveis na vida dos usuários/as, particularmente aqueles que foram historicamente impactados pelas contradições do capital. Essas pessoas, denominadas "exército industrial de reserva", acabam enfrentando desafios como o desemprego persistente e o aumento da pobreza.

Durante sua primeira gestão em Pernambuco (2007-2010), o governador Eduardo Campos, por meio do programa "Todos por Pernambuco", promoveu alterações na política de saúde, com a finalidade de reduzir a superlotação nas emergências. Nesse sentido, uma dessas alterações consistiu no aumento da oferta de serviços de alta complexidade, que resultou na terceirização desses serviços com a transferência de recursos do orçamento estadual para as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Apesar de o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) não classificar isso como privatização, na prática, os produtos e serviços públicos nas áreas de saúde, educação, ciência, cultura começam a ser disponibilizados e administrados segundo a lógica do mercado capitalista (Ximenes, Schmaller e Bezerra, 2018).

Silva (2023, p. 172) trouxe em sua tese que no final do ano de 2013, o estado de Pernambuco alterou uma lei específica para qualificação de entidades e transferiu a atividade de supervisão desses contratos da Agência Reguladora

de Pernambuco para a Secretaria de Saúde. A autora ao fazer diálogo com Malta (2019), destaca que a responsabilidade formal pela gestão das unidades de saúde é da OSS, que deve ter competência gerencial reconhecida em sua área de atuação e a SES negocia contratos de gestão anuais, investindo recursos públicos com base em resultados de desempenho. Contudo, as instâncias de controle social não têm poder decisório e nem transparência.

Depois de analisar as alterações na política de saúde em Pernambuco, Silva (2023, p. 174) nos apresenta como essas mudanças ocorreram, particularmente após o projeto iniciado por Eduardo Campos:

O primeiro contrato de gestão firmado em PE foi em 2009, entre a SES e a Fundação Prof<sup>o</sup> Martiniano Fernandes-IMIP hospitalar, para operacionalizar a gestão hospitalar e executar ações e serviços de saúde no Hospital Miguel Arraes.

Em 2014 haviam 8 OSs com contratos vigentes, atualmente são 12 OSs. Essas OSS administram 16 hospitais, 14 Unidades de Pronto Atendimento – UPA e 12 Unidades Pernambucanas de Atenção especializada – UPAE, distribuídas na RMR e interior (SES, 2022) e 2 hospitais de campanha com atividades encerradas. O valor dos contratos em 2014 foi de R\$ 713.643.307,44 no ano de 2021 foi de R\$ 1.157.138,00 (SES, 2021).

Em paralelo a esse cenário, Silva (2023, p. 27) destaca que a privatização ainda não impactou os Serviços de Atendimento Especializado (SAEs) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), que permanecem sob a gestão do setor público municipal, no caso dos CTAs, e estadual, federal ou municipal, no caso dos SAEs. A partir de 2017, os serviços de assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco passaram a contar com a parceria da *Aids Healthcare Foundation* (AHF). A primeira atuação ocorreu no Hospital Correia Picanço, sendo posteriormente expandida para o Hospital Universitário Oswaldo Cruz, o Otávio de Freitas e outros SAEs e CTAs na Região Metropolitana do Recife. No entanto, a autora destaca que, em 2018, ONGs que trabalham com a população que convive com o HIV/Aids denunciaram a precariedade dos serviços de atendimento. Essas denúncias revelaram a ausência de medicamentos, a descontinuação das ações educativas voltadas à população usuária, a deterioração dos serviços de testagem e dos serviços de referência, configurando uma violação dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Por outro lado, a precarização da saúde tem se mostrado um grande obstáculo para a implementação eficaz da Política Nacional de Humanização do

Parto e Nascimento. Embora a existência de políticas que visem garantir um atendimento de qualidade e humanizado, a experiência vivenciada pelas gestantes no momento do parto demonstra falhas na concretização desses direitos. A crise no SUS, aliada às reformas neoliberais e ao ajuste fiscal do Estado, tem contribuído para as dificuldades de acesso a serviços de saúde, com ênfase na redução de custos e na privatização dos serviços públicos. Nos anos recentes, a superlotação das maternidades públicas se intensificou, refletindo na falta de leitos, profissionais e infraestrutura adequada para o atendimento ao parto. Este contexto resulta em situações como a negação do direito ao acompanhamento durante o parto, a realização de atendimentos em condições precárias, a separação entre mãe e bebê e a escassez de leitos apropriados para gestantes de alto risco, evidenciando, ainda, a violação dos direitos das parturientes a um atendimento humanizado (Assunção, Soares e Serrano, 2014).

No estado de Pernambuco, mais da metade das gestantes precisam se deslocar para cidades diferentes de onde vivem para realizar o parto, o que aponta uma grave carência de estrutura nas cidades do interior. Dados levantados pelo Tesouro Nacional, solicitados pelo G1, indicam que 50% dos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2021, mostram a precariedade do atendimento obstétrico e ginecológico em várias regiões do estado. A falta de casas de parto e maternidades adequadas obriga as gestantes a percorrerem distâncias de até 400 quilômetros para realizar o pré-natal, bem como o parto (Cavalcanti e Veras, 2023).

A pesquisa revelou que, dos 32.205 nascimentos realizados em Pernambuco em 2021, 16.179 mulheres (50,25%) tiveram que ser transferidas para outras cidades. Esse panorama evidencia a ausência de infraestrutura em regiões como Abreu e Lima, Araçoiaba e Bezerros, por exemplo, cidades em que nunca houve registro de nascimentos. Em contrapartida, algumas cidades tendem a concentrar mais nascimentos do que o número de gestantes residentes, como em Recife que atingiu 5.555, seguido por Caruaru com 1.504 e Palmares 1.167. Ademais, municípios como Jaboatão dos Guararapes (1.053), Olinda (679), Paulista (608) abrigam um maior número de nascimentos que ocorre fora do município (Cavalcanti e Veras, 2023).

Rohr, Valongueiro e Araújo (2016 p. 458) pontuam que a estrutura

regional da assistência ao parto deve ser realizada através da descentralização, um procedimento ainda recente no país. Essa regionalização tem sido insuficiente para atender à demanda de gestantes, o que resulta em diferenças entre as coberturas de assistência pré-natal e a rede de assistência ao parto e ao nascimento. Nessa perspectiva, quando a regionalização não acontece de maneira eficaz, gera-se um fluxo descontrolado de gestantes, que ocasiona a peregrinação das mulheres em busca de um local apropriado para o parto. Desse modo, os autores concluíram que a superlotação dos serviços de obstetrícia no Recife acontece não apenas pela transferência de gestantes de alto risco dos outros municípios da Macrorregional, mas também pelo encaminhamento inadequado das maternidades de alto risco habituais dentro da GERES I, o que acaba obrigando muitas mulheres a realizar o parto na capital.

O governo de Pernambuco, durante de campanha da governadora Raquel Lyra, afirmou que a construção de novas maternidades poderia ajudar a amenizar a problemática. No entanto, especialistas, como os membros do Comitê de Mortalidade Materna, afirmam que não resolveriam a questão de forma definitiva. Em Pernambuco, há atualmente 41 maternidades e centros de parto, distribuídas entre a Região Metropolitana do Recife, a Zona da Mata Norte e Sul, o Agreste e o Sertão. Mas a carência de planejamento adequado, a superlotação das maternidades da Região Metropolitana e a insuficiência de leitos de UTI neonatal agravam a situação. Entre 2018 e 2022, o estado registrou 388 mortes maternas em até 42 dias após o parto, um número alarmante que reflete a fragilidade do sistema de saúde (Cavalcanti e Veras, 2023).

Portanto, de acordo com o pensamento de Assunção, Soares e Serrano (2014, p. 30-31), a lógica predominante nesses serviços é caracterizada por contradições entre a afirmação e a negação dos direitos das mulheres, que reflete uma assistência emergencial, focalizada e precária. Para transformar essa realidade, é essencial que os profissionais ultrapassem as práticas imediatistas e fragmentadas, assumindo uma postura coletiva e crítica diante das determinações que sustentam o processo de precarização. É fundamental, dessa forma, não aceitar passivamente as condições impostas, mas, sim, engajar-se de forma consciente e ativa na construção de alternativas que enfrentem as raízes desse problema. Assim, torna-se possível procurar garantir uma saúde de qualidade para todos os usuários/as.

Apesar da implementação das metas 95-95-95 estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Pernambuco entre 2013 e 2014 como parte da estratégia nacional brasileira, é fundamental refletir sobre os impactos do diagnóstico tardio, a fragilidade no vínculo com o atendimento, a continuidade e adesão ao tratamento, além dos desafios de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores podem ser algumas das principais barreiras que contribuem para os altos índices de morbimortalidade, que dificulta o alcance dessas metas (Silva, 2023).

No término de 2023, ao revisar o orçamento de 2024, especialistas da Secretaria de Planejamento de Pernambuco notaram a falta de fundos para assegurar a manutenção dos seis hospitais mais importantes do estado. Estes hospitais, que lidam com custos elevados e abrigam as maiores queixas da população, inclui o Hospital da Restauração. Há mais de dez anos sem contratos de manutenção formais, esses hospitais executavam os serviços de manutenção por meio de funcionários sem supervisão técnica, o que elevava os gastos e intensificavam os problemas com equipamentos danificados (Castilho, 2024).

Embora tenha um orçamento anual de R\$ 10 bilhões, a Secretaria de Saúde de Pernambuco lida com obstáculos devido à ausência de processos modernos de gestão. A avaliação realizada pela Seplag-PE também evidenciou o elevado custo das UTIs neonatais, muitas vezes relacionadas ao nascimento de bebês prematuros que, frequentemente, não recebem a assistência médica adequada, uma vez que 70% das mães não realizaram as consultas ginecológicas necessárias. A escassez de meios para o transporte dos pacientes e a desinformação acerca dos perigos elevam os gastos, contribuindo para um elevado índice de mortalidade neonatal. Essa situação também se intensifica quando acompanhantes chegam aos hospitais sem o devido suporte e acabam permanecendo temporariamente nas recepções (Castilho, 2024).

Sabe-se que os municípios possuem um papel crucial na oferta de cuidados de saúde, que proporcionam o acesso inicial aos serviços, além da realização do acompanhamento e do encaminhamento para unidades de maior complexidade quando necessário. A atenção primária, por exemplo, é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), oferecida principalmente pelas Unidades de Saúde da Família (USFs), que inclui consultas, exames e outros serviços essenciais para a população (Leite, 2024).

Dessa maneira, a atenção básica tem avançado de forma significativa no município de Recife, com 80% do território coberto por esse modelo de cuidado. No entanto, ainda existem muitos moradores sem o acesso adequado a esses serviços, que englobam promoção de saúde, prevenção, tratamento de doenças e controle de doenças crônicas. Logo, um dos maiores desafios enfrentados se transforma em expandir e qualificar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo que haja profissionais suficientes para atender à crescente demanda (Leite, 2024).

No que diz respeito a Pernambuco, de acordo com a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, em colaboração com o Programa Estadual de IST, Aids e Hepatites Virais de Pernambuco, até outubro de 2024 foram notificadas 2.312 ocorrências de HIV e 699 de Aids. A análise dos casos de HIV aponta que a maior concentração de infecções na faixa etária masculina ocorreu entre 20 e 29 anos, com 596 casos, enquanto na faixa feminina, a maior incidência foi observada entre 40 e 49 anos, com 174 casos. Para complementar, a maioria das infecções por HIV foi registrada em pessoas pardas, com 1.468 casos, e a orientação sexual predominante foi a heterossexual, com 1.013 infecções (Pernambuco, 2024).

Em relação ao diagnóstico de gestantes com HIV, o boletim indicou que, em 2024, 414 mulheres estavam grávidas com a infecção. A maior parte delas está na faixa de 20 a 29 anos, o que representa um total de 207 casos – sendo considerado a metade dos casos –, além do predomínio de gestantes de raça ou cor parda, com 291 infecções. Já em relação à aids, são 480 deles homens e 219 mulheres. A maioria das infecções foi identificada em pessoas com idades entre 30 a 39 anos, o que totaliza 205 casos. O informe destacou a identificação de sete crianças com aids e a notificação de 241 óbitos masculinos e 110 femininos, os quais somam um total de 351 mortes relacionadas à enfermidade (Pernambuco, 2024).

Ao comparar com os anos anteriores, os dados de 2023 mostram uma notificação de 3.226 casos de HIV em Pernambuco. De 2019 a 2023, 71,7% dos casos de infecção aconteceram em homens, enquanto 28,3% afetaram mulheres. Nesse intervalo de tempo, a maioria das infecções foi registrada em pessoas de cor parda (69%) e houve uma redução de 3,1% nas notificações de HIV entre mulheres gestantes. No que diz respeito à aids, houve uma diminuição

de 17,1% nos casos entre 2019 e 2023, com 68,3% das infecções ocorrendo em homens e 31,7% em mulheres, a maioria também de cor parda (71,9%). O número de óbitos por aids também apresentou uma redução de 2,3% no mesmo período (Pernambuco, 2024).

Segundo Helena Chaves (2025), as desigualdades constituem traços principais do capitalismo, caracterizados como estruturais, multidimensionais e presentes tanto em escala global quanto regional. Cada área experimenta os impactos dessas desigualdades de forma única, em que varia entre o ambiente urbano e rural, bem como de acordo com as circunstâncias econômicas, sociais, históricas e a existência de autoridade governamental. Também são estruturais devido à sua estreita conexão com o sistema capitalista de produção e reprodução social. Às vezes, são multidimensionais, os quais englobam não exclusivamente a desigualdade econômica, mas também questões ligadas à classe, ao gênero, à etnia, às gerações e às regiões que se alteram e se expandem com o avanço do capitalismo.

Este panorama evidencia a falta de políticas públicas que respondam às necessidades das mulheres, particularmente as que são encarregadas de prover o sustento da família ou são mães solas, em um ambiente de pobreza e desigualdade. Na América Latina, a exploração do trabalho feminino pelo capitalismo tem levado a condições deploráveis e a carência de pesquisas sobre a feminização da pobreza reflete essa circunstância. Nesse sentido, diversos programas governamentais, ao invés de solucionar, acabam por institucionalizar e intensificar as desigualdades vivenciadas por mulheres em situação de vulnerabilidade (Mota, 2025).

Souza *et al.* (2024), ao analisarem a perspectiva de diversos autores, consideram que o sucesso dos esquemas terapêuticos que promovem a supressão viral e restauram a imunidade, contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a redução do risco de transmissão vertical. Assim, a adesão rigorosa ao tratamento antirretroviral (TARV) tem um impacto significativo na saúde das gestantes e desempenha importante papel na prevenção da transmissão do HIV, conforme destacado por Lima (2014). Por outro lado, a pesquisa realizada por Holzmann *et al.* (2020) revelou falhas na implementação das diretrizes de prevenção ao HIV desde o pré-natal até o nascimento, o que compromete a efetividade do tratamento antirretroviral na

prevenção da transmissão vertical. Em contrapartida, Choudhury *et al.* (2021) afirmam que o TARV combinado é eficaz para reduzir a transmissão vertical, desde que haja adesão adequada ao tratamento, diminuindo assim a carga viral e a probabilidade de transmissão durante a gestação, o parto e a amamentação. Em continuidade, a pesquisa de Schrubbe *et al.* (2023) apontou uma conexão entre a violência sexual e a adesão ao tratamento antirretroviral. Segundo o estudo, 15,2% das mulheres com HIV em tratamento sofreram abusos sexuais e apenas 19,8% delas mantiveram a adesão ao tratamento. Esses dados ressaltaram que, para eliminar a transmissão vertical do HIV, o tratamento antirretroviral isolado não é suficiente, logo, é imprescindível, no contexto dos serviços de maternidade, que se enfrente também a questão da violência, garantindo uma abordagem mais ampla e integral no cuidado dessas mulheres.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa sobre a transmissão vertical do HIV em Pernambuco revelou diversos desafios enfrentados pelas gestantes no acesso ao tratamento e nas estratégias de prevenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de campanhas de conscientização e a carência de informações precisas sobre HIV/Aids para grupos específicos, como mulheres e crianças, ainda são impasses significativos, particularmente em regiões mais distantes da capital. Além disso, o diagnóstico tardio, o vínculo frágil com os serviços de saúde e a ausência de infraestrutura em diversas cidades do estado prejudicam a efetividade das políticas públicas para prevenção da transmissão vertical.

Embora alguns municípios, como Caruaru e Petrolina, que adaptaram estratégias às realidades locais, tenham obtido bons resultados na eliminação da transmissão vertical do HIV, o cenário ainda é desigual. As desigualdades regionais, com a ausência de recursos e de serviços adequados nas áreas de menor concentração econômica, dificultam a implementação efetiva das políticas de prevenção e de tratamento. A precarização dos serviços públicos de saúde, exacerbada pela crise fiscal e reformas neoliberais, contribui ainda mais para a sobrecarga das maternidades, limitando o acesso das gestantes ao acompanhamento necessário.

Ademais, revelou-se que a formação de profissionais e a expansão do acesso à educação em saúde são essenciais para melhorar os resultados na

luta contra a transmissão vertical do HIV. Portanto, ações isoladas, como a distribuição de antirretrovirais e preservativos, não são suficientes. Assim, é necessário incorporar essas medidas a uma política social mais ampla, que considere questões de gênero, violência sexual, pobreza e desigualdade.

De fato, a efetividade das políticas também exige o fortalecimento de mobilizações sociais e da articulação entre os diferentes níveis de governo e sociedade civil, visto que em toda a história foi o debate coletivo — organizada pela classe trabalhadora, mulheres, Organizações Não Governamentais e redes de apoio — que pressionaram por mudanças e denunciaram desigualdades. Neste cenário, a vulnerabilidade feminina, especialmente mulheres negras, exige uma estratégia que leve em consideração as intersecções entre saúde, direitos sexuais e reprodutivos, bem como a luta contra as violências de gênero e o racismo estrutural.

Em conclusão, a execução de políticas públicas efetivas, juntamente com investimentos apropriados em infraestrutura e recursos humanos, torna-se indispensável para garantir o direito à saúde das gestantes que vivem com HIV em Pernambuco. Apesar do grande desafio, a cooperação entre governos, municípios e a sociedade civil pode assegurar progressos na eliminação da transmissão vertical, os quais promovam às mães e a seus filhos uma vida livre do HIV, com acesso integral aos cuidados e suporte necessários.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA AIDS. Ministério da Saúde certifica 60 municípios e três estados brasileiros pela eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis e/ou hepatite B. **Agência AIDS**, 2024. Disponível em:

<https://agenciaaids.com.br/noticia/ministerio-da-saude-certifica-60-municipios-e-tres-estados-brasileiros-pela-eliminacao-da-transmissao-vertical-de-hiv-sifilis-e-ou-hepatite-b/>. Acesso em: 02 dez. 2024.

AGÊNCIA AIDS. Retrospectiva 2023: Saúde da população negra no Brasil – 67,7% das gestantes diagnosticadas com HIV são pardas e pretas. **Agência AIDS**, 2023. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/retrospectiva-2023-saude-da-populacao-negra-no-brasil-677-das-gestantes-diagnosticadas-com-hiv-sao-pardas-e-pretas>. Acesso em: 02 dez. 2024.

AGÊNCIA AIDS. HIV 40 anos: AIDS e suas histórias - A trajetória da psicóloga e gestora Cristina Abbate, que liderou a política de eliminação da transmissão vertical do HIV na cidade de São Paulo. **Agência AIDS**, 2024. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/hiv-40-anos-aids-e-suas-historias-a-trajetoria-da-psicologa-e-gestora-cristina-abbate-que-liderou-a-politica-de-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-na-cidade-de-sao-paulo/>. Acesso em: 02 dez. 2024.

ALMEIDA, Carla. **Mulher e a AIDS: uma agenda abandonada**. Brasil de Fato, 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/15/artigo-mulher-e-aids-uma-agenda-abandonada>. Acesso em: 02 dez. 2024.

ASSUNÇÃO, Marina Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 05–35, 2014. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/14401>. Acesso em: 28 fev. 2025.

ARAÚJO, Marielli Monte *et al.* Uma compreensão acerca das políticas públicas direcionadas às pessoas que vivem com o HIV no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Psicol Saúde e Debate**, v. 7, n. 1, p. 280-292, 2021.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito; CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GENNARI, Adilson Marques. **Pauperismo no século XXI: mediações civilizatórias e ampliação das desigualdades** / Recife: Ed. UFPE, 2025. E-book. 155p.

MOTA, Mirella de Lucena. A feminização da pobreza no Brasil e na América Latina: considerações sobre as desigualdades no contexto das relações de exploração e opressão de gênero. *In*: ARCOVERDE, Ana Cristina Brito; CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GENNARI, Adilson Marques (orgs.).

**Pauperismo no século XXI: mediações civilizatórias e ampliação das desigualdades.** Recife: Ed. UFPE, 2025. E-book. 155p.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento de HIV/AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9313.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm). Acesso em: 9 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 mai. 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9637.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm). Acesso em: 13 mar. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 9 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids 2024.** Disponível em: <[https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim\\_hiv\\_aids\\_2024e.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view)>. Acesso em: 29 jan 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf). Acesso em: 9 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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, 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 3 mar. 2025.

BRESSAN, Valentina. Epidemia de HIV avança no Rio Grande do Sul. **Humanista**, 13 jul. 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2023/07/13/epidemia-de-hiv-avanca-no-rio-grande-do-sul/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

CASTILHO, Fernando. Quase na UTI: saúde em Pernambuco exige verba, gente e gestão moderna para entregar mais qualidade na ponta. **JC Online**, 27 jun. 2024. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/jc-negocios/2024/06/27/quase-na-uti-saude-e>

m-pernambuco-exige-verba-gente-e-gestao-moderna-para-entregar-mais-quali-dade-na-ponta.html. Acesso em: 7 mar. 2025.

CAVALCANTI, Juliana; VERAS, Paulo. Em um ano, nenhuma criança nasceu em 35 cidades de Pernambuco; saiba por que é difícil dar à luz no estado. **G1**, 12 dez. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2023/12/12/em-um-ano-nenhuma-crianca-nasceu-em-35-cidades-de-pernambuco-saiba-por-que-e-dificil-dar-a-luz-no-estado.ghtml>. Acesso em: 28 fev. 2025.

CONTREIRAS, Henrique. **Brasil se omitiu na reunião da ONU sobre epidemia de HIV, dizem ativistas**. **UOL Notícias**, 17 jul. 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/07/17/brasil-se-omitiu-na-reuniao-da-onu-sobre-epidemia-de-hiv-dizem-ativistas.htm>. Acesso em: 9 mar. 2025.

CRISTIANO, Gabriela Dutra. **Neoliberalismo e prevenção de HIV/Aids no Brasil**. *Argum.*, v. 16, n. 1, p. 188-201, 2024.

DUARTE, Ligia Schiavon. *et al.* **Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais**. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, v. 44, n. 127, p. 962-975, 2020.

EBSERH. **Risco de transmissão do HIV de gestantes com o tratamento adequado é praticamente nulo para o bebê**. Governo Federal, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/risco-de-transmissao-do-hiv-de-gestantes-com-o-tratamento-adequado-e-praticamente-nulo-para-o-bebe>. Acesso em: 3 mar. 2025.

FORTI, Valeria; MENEZES, Juliana; MENEZES, André (org.). **Neoconservadorismo e Serviço Social: reflexões, polêmicas e questões atuais**. Fortaleza: EdUECE, 2025. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2025/02/Neoconservadorismo-e-Servi%C3%A7o-Social-reflex%C3%B5es-pol%C3%AAmicas-e-quest%C3%B5es-atuais.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2025.

GESTOS. Medidas de Trump já ameaçam resposta global ao HIV. **Newsletter Gestos**, 17 fev. 2025. Disponível em: <https://mailchi.mp/gestos/medidas-de-trump-j-ameaam-resposta-global-ao-hiv?e=eb96a974f0>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GRIN, Eduardo José. *et al.* O mapa regional das múltiplas desigualdades e do desenvolvimento humano no Brasil. **Direitos humanos e desigualdade no Brasil**, p. 99-122, 2021. Disponível em: [https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesquisa-eaesp-files/arquivos/b1\\_-\\_d\\_521976c-0e1d-2ab6-d285-cacde252c490.pdf](https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesquisa-eaesp-files/arquivos/b1_-_d_521976c-0e1d-2ab6-d285-cacde252c490.pdf). Acesso em: 7 de mar de 2025.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA (GIV). **I=I transmissão pela amamentação**. Boletim Vacinas, 2019. Disponível em: <https://giv.org.br/boletimvacinas/32/05-i=i-transmissao-pela-amamentacao.php>

Acesso em: 3 mar. 2025.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. *et al.* Transmissão vertical do HIV na rede de saúde: reflexões bioéticas sobre gênero e cuidado a partir de um caso emblemático. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. 1-12, 2024. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sausoc/v33n1/en\\_1984-0470-sausoc-33-01-e230102pt.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v33n1/en_1984-0470-sausoc-33-01-e230102pt.pdf) Acesso em: 11 de fev. 2025.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF). HIV e gestação: pré-natal e terapia antirretroviral. **Portal de Boas Práticas**, 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/hiv-e-gestacaoprenatal-e-terapia-antirretroviral/>. Acesso em: 1 dez. 2024.

KNAUTH, Daniela Riva *et al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00170118/> Acesso em: 15 fev 2025.

LEITE, Cinthya. Desafios do Recife: a missão é não deixar famílias sem acesso à atenção básica, porta de entrada do SUS. **JC Online**, 9 ago. 2024. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/saude-e-bem-estar/2024/08/09/desafios-do-recife-a-missao-e-nao-deixar-familias-sem-acesso-a-atencao-basica-porta-de-entrada-do-sus.html>. Acesso em: 7 mar. 2025.

LUCAS, Márcia Cavalcanti Vinhas; BÖSCHEMEIER, Ana Gretel Echazú; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. 1-25, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2023.v33/e33053/pt> Acesso em: 30 mar. 2025.

PARANÁ. Ministério Público (MPPR). **Decreto 11.908. Institui o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar**. 2024. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/saude/Noticia/Decreto-11908-institui-o-Programa-Brasil-Saudavel-Unir-para-Cuidar>. Acesso em: 15 fev. 2025.

MIRO, Vitor Hugo. *et al.* Perfil da população em extrema pobreza: diferenças regionais e entre os estados do Nordeste. **Blog do IBRE**, 2024. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/perfil-da-populacao-em-extrema-pobreza-diferenc-as-regionais-e-entre-os-estados-do-nordeste> Acesso em: 7 mar. 2025.

MORAIS, Kéren. São Paulo, 471 anos: a queda nos números de novas infecções pelo HIV na cidade é resultado da expansão do acesso aos métodos de prevenção, comemora Cristina Abatte, coordenadora da Coordenadoria de DST, Aids e Hepatites Virais. **Agência AIDS**, 2024. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/sao-paulo-471-anos-a-queda-nos-numeros-d-e-novas-infecoes-pelo-hiv-na-cidade-e-resultado-da-expansao-do-acesso-aos-metodos-de-prevencao-comemora-cristina-abatte-coordenadora-da-coordenad-oria-d>. Acesso em: 26 jan. 2025.

OLIVEIRA, Jussara Fernandes de; DAVI, Jordeana. Tendências da política de HIV/AIDS no governo Bolsonaro. **Argumentum**, v. 16, n. 3, p. 222-235, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44742> Acesso em: 30 mar. 2025.

PAIVA, Tiago Sousa. *et al.* Implicações do governo Bolsonaro à prevenção e ao tratamento do HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. 1-10, 2024. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v40n10/1678-4464-csp-40-10-PT188723.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v40n10/1678-4464-csp-40-10-PT188723.pdf) Acesso em: 10 mar. 2025.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 129-135, 2015.

ROHR, Katharina Rohr; VALONGUEIRO, Sandra; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 4, p. 457-465, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mbwHSsbKkTbZ9bWDMDjcyjN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 fev. 2025.

SÃO PAULO. **Saúde inaugura terceira máquina de acesso à prevenção do HIV na Estação Tucuruvi**. Secretaria Municipal da Saúde, 23 jan 2025. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/sa%C3%BAde-inaugura-terceira-m%C3%A1quina-de-acesso-%C3%A0-preven%C3%A7%C3%A3o-do-hiv-na-esta%C3%A7%C3%A3o-tucuruvi>. Acesso em: 13 mar. 2025.

PERNAMBUCO. **SES-PE divulga Informe Epidemiológico 2024 sobre HIV/Aids no estado**. Portal da Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2024. Disponível em: [https://portal.saude.pe.gov.br/ses-pe-divulga-informe-epidemiologico-2024-sobre-hiv-aids-no-estado/#:~:text=Nesta%20segunda%20feira%20\(02%2F,sobre%20HIV%2FAIDS%20no%20estado](https://portal.saude.pe.gov.br/ses-pe-divulga-informe-epidemiologico-2024-sobre-hiv-aids-no-estado/#:~:text=Nesta%20segunda%20feira%20(02%2F,sobre%20HIV%2FAIDS%20no%20estado). Acesso em: 06 dez. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Municípios do interior recebem certificação de boas práticas no combate ao HIV**. 13 dez. 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/lme/story/17592-municipios-do-interior-recebem-certificacao-de-boas-praticas-no-combate-ao-hiv>. Acesso em: 28 fev. 2025.

SILVA, Taciana Maria da. **Contradições na política de enfrentamento à epidemia de HIV e AIDS em Pernambuco, em tempos de convergências**

**neoliberais e neoconservadoras.** 2023. 228p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

SILVA, Taciana Maria da; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; FILHO, Evandrio Alves Barbosa. Tendências atuais da epidemia de HIV e AIDS no Brasil e em Pernambuco: os rebatimentos na política de enfrentamento da epidemia. **XVIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, n. 3, 2024.

SILVA, Mariliza Henrique da; MATIDA, Luiza Harunari. Transmissão vertical do HIV: um desafio. **Criança e Adolescente: Direitos, Sexualidades e Reprodução**, 2010. p. 195-215. Disponível em: [https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/publi/childhood/livro\\_crianca\\_e\\_adolescente\\_direitos\\_sexualidades\\_reproducao.pdf#page=195](https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/publi/childhood/livro_crianca_e_adolescente_direitos_sexualidades_reproducao.pdf#page=195). Acesso em: 11 fev. 2025.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDES). **Governo desmonta programa brasileiro, referência internacional no combate ao HIV/AIDS.** ANDES - Sindicato Nacional. 08 set. 2020. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/governo-desmonta-programa-brasil-eiro-referencia-internacional-no-combate-ao-hiv-aids1>. Acesso em: 9 mar. 2025.

SOUZA, Marília Gabriela Nascimento; SOUZA Adrielly Mikaelly Mendes de; OLIVEIRA, Maria Luiza Gonçalves de Lira dos Santos; COSTA, Roumayne Medeiros Ferreira. A importância do pré-natal masculino na prevenção e redução da transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis: uma revisão bibliográfica da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. 1-9, 4 abr. 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9970/5994> Acesso em: 14 fev 2025.

SOUZA, Ana Beatriz Pacheco de. *et al.* Análise da efetividade do tratamento antirretroviral na prevenção da transmissão vertical do HIV uma mini revisão. **Revista Educação em Saúde**, v. 12, p. 42-50, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/7493>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids.** *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 602-618, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/602-618/pt> Acesso em: 28 mar. 2025.

TRINDADE, Lidiane de Nazaré Mota. *et al.* Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. 1-7, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/bBbKgXFybMqFpsvm5ScBFWv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2025.

VIANNA, Eliza da Silva. O Ministério da Saúde e o PNI: O enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil. **FIOCRUZ**, 2023. Disponível em: <https://www.coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/especial-o-ministerio-da-saude-e-o-pni-o-enfrentamento-da-epidemia-de-aids-no-brasil/>. Acesso em: 09 fev. 2025.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 72–87, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.18622. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18622>. Acesso em: 7 fev. 2025.

XIMENES, Assuero Fonseca; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde. **Socied. em Deb. (Pelotas)**, v. 24, n. 3, p. 113-128, 2018.

## ANEXOS

### ANEXO A – Certificação de Municípios pela Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B

#### CERTIFICAÇÃO PELA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E/OU HEPATITE B

##### **CERTIFICAÇÃO TRIPLA** **HIV – SÍFILIS – HEPATITE B**

###### 1. VILHENA – RO

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV.  
Selo Ouro da Transmissão Vertical da Sífilis.  
Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de Hepatite B.

###### 2. TOLEDO – PR

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de Hepatite B

###### 3. ATIBAIA – SP

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

###### 4. TUBARÃO – SC

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

###### 5. TANGARÁ DA SERRA – MT

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

###### 6. JARAGUÁ DO SUL – SC

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

###### 7. ARAUCÁRIA – PR

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

##### **CERTIFICAÇÃO DUPLA**

##### **HIV – SÍFILIS** **HIV – HEPATITE B**

###### 8. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**9. INDAIATUBA – SP**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**10. ITATIBA – SP**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**11. BRUSQUE – SC**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**12. LUÍS EDUARDO MAGALHÃES – BA**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**13. ARAPIRACA – AL**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**14. SOBRAL – CE**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**15. IGUATU – CE**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**16. TABOÃO DA SERRA – SP**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**17. SANTA CRUZ DO SUL – RS**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**18. TRINDADE – GO**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**19. SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**20. PIRACICABA – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**21. ITABAIANA – SE**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**22. NOVA LIMA – MG**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**23. SOROCABA – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**24. SORRISO – MT**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**25. BARUERI – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**26. ANÁPOLIS – GO**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**27. SUZANO – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**28. CAMPINA GRANDE – PB**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**29. JOINVILLE – SC**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**30. CARUARU – PE**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV  
Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**CERTIFICAÇÃO ÚNICA - HIV****31. PRESIDENTE PRUDENTE – SP**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

**32. JATAÍ – GO**

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

33. ARARAQUARA – SP

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

34. LONDRINA – PR

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

35. SANTA BÁRBARA D’OESTE – SP

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

36. EUNÁPOLIS – BA

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

37. FRANCO DA ROCHA – SP

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

38. SAPUCAIA DO SUL – RS

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

39. SÃO VICENTE - SP

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

40. ITABORAÍ – RJ

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

41. EMBU DAS ARTES – SP

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

42. VOLTA REDONDA – RJ

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

43. FERRAZ DE VASCONCELOS – SP

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

44. RIO VERDE – GO

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

45. PETROLINA – PE

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

46. CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

47. TEIXEIRA DE FREITAS – BA

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

48. JACAREÍ – SP

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

**49. ITAPERUNA – RJ**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

**50. OSASCO – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

**51. ITAPECERICA DA SERRA – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

**CERTIFICAÇÃO ÚNICA - SÍFILIS****52. ITAPIPOCA – CE**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**53. GUARATINGUETÁ – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**54. ALAGOINHAS – BA**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**55. SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis

**CERTIFICAÇÃO ÚNICA - HEPATITE B****56. IPATINGA – MG**

Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**57. ALMIRANTE TAMANDARÉ – PR**

Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**58. MOGI DAS CRUZES – SP**

Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**59. NOVA SERRANA – MG**

Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B

**60. CAXIAS DO SUL – RS**

Selo Bronze de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Hepatite B