

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

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



CPLP  
Comunidade dos Países  
de Língua Portuguesa



DST-AIDS  
HEPATITES VIRAIS



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

**RELATÓRIO FINAL**

**METODOLOGIA – CPLP – Março de 2018**

## APRESENTAÇÃO

O Relatório Final *Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP* traz todo o percurso de pesquisa que teve início em maio de 2015 e foi concluído em dezembro de 2016. A demanda inicial, avaliar a implementação da Opção B+ para gestantes infectadas pelo HIV, trouxe a questão da necessidade de se incorporar o tema da sífilis congênita; desse modo, direcionei a coleta de dados e a pesquisa bibliográfica para abarcar esses dois grandes eixos temáticos.

Ao se pensar a questão dessa modalidade de tratamento para gestantes infectadas pelo HIV, emergiram os temas de *políticas públicas, prevenção, testagem, adesão, busca ativa e coinfeções prevalentes* fizeram parte das reflexões e estudos.

Questões como os registros de nascimento e óbito, para compreensão da epidemiologia; a logística para planejamento, aquisição, armazenamento de testes, medicamentos e insumos, os sistemas de notificação e sistematização dos agravos em cada país, as estruturas dos bancos de sangue e dos sistemas de saúde, as condições das maternidades, as Organizações Não-Governamentais parceiras, escopo a compreensão sobre os protocolos de parto e amamentação, o seguimento de recém-nascidos, as imunizações; a tuberculose, as hepatites, os transtornos mentais, a orfandade, as populações vulneráveis, as populações-chave, pois compõem a atenção a essa população.

Para organizar o pensamento e os dados da pesquisa, foram utilizados os aportes teórico-epistemológicos da Epidemiologia, da Antropologia, da Psicanálise, da Política e da Educação, conforme bibliografia apresentada ao final.

Este documento refere-se ao detalhamento metodológico para construção do Diagnóstico Situacional da Opção B+ e sífilis congênita nos Países de Língua Portuguesa entre os países-membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), realizado entre maio de 2015 e agosto de 2017 pela consultora Helena Lima<sup>1</sup>.

A CPLP foi criada em 17 de julho de 1996, reunindo Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Em 20 de maio de 2002, com a conquista de sua independência, Timor-Leste tornou-se o oitavo país-membro e, em 2014, a Guiné Equatorial completou os nove países que hoje compõem a CPLP. Assume-se como novo projeto político, cujo fundamento é a Língua Portuguesa, vínculo histórico e patrimônio comum dos Nove países. A Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência adquirida – RIDES IST/VIH/SIDA – foi criada durante o III Congresso de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP, realizado em Lisboa, em março de 2010.

Esta rede se insere no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2009-2016) da CPLP, com objetivo de promover o fortalecimento das respostas dos programas

---

<sup>1</sup> Helena Maria Medeiros Lima, PhD em Saúde Pública, Pós-Doutora em Educação, Mestre em Psicologia Social, Bióloga, Psicóloga e Consultora.

nacionais dos Estados-Membros por meio da cooperação técnica e concertação política. O PECS foi elaborado para coordenar e institucionalizar a cooperação setorial em saúde, a partir do fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados-Membros, procurando assegurar a garantia ao acesso universal e cuidados de saúde de qualidade.

Este projeto é parte integrante do plano de trabalho voltado para a eliminação da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da sífilis congênita para o quadriênio 2013-2016, elaborado em Cabo Verde em outubro de 2013, na I Reunião da RIDES/CPLP-IST/VIH Sida. Nesta reunião, o Brasil - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde - foi eleito Secretariado Executivo da RIDES para o quadriênio mencionado. A meta seria o cumprimento aos Objetivos do Milênio (ODM) de números (4), redução da mortalidade infantil; (5), melhoria da saúde materna e (6) auxílio para redução da disseminação do HIV, malária e outras doenças.

Ficou acordada como uma das prioridades a realização de um diagnóstico situacional da implementação da Opção B+ e sífilis congênita, com contratação de consultoria externa, sob responsabilidade do Brasil. As questões principais para nortear o diagnóstico foram: como está a implementação das recomendações da Opção B+ para tratamento a gestantes HIV+ em cada país? Quais os obstáculos e possibilidades, quais as recomendações para o protocolo B+ em cada local? O roteiro utilizado para entrevistas de campo compõe o Anexo 1 deste documento.

#### Aids, Sífilis Congênita, Opção B+

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma doença crônica, descoberta nos anos 1980 e que hoje afeta 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo<sup>2</sup>, com 2,1 milhões de novas infecções por ano (5700 por dia) e 1,1 milhões de mortes relatadas em 2015. São 17 milhões de pessoas em tratamento em todo o mundo. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é transmitido pelo sangue, leite materno, secreções sexuais (sêmen, esmegma) e ataca diretamente o sistema imunológico da pessoa, que fica vulnerável a quaisquer outros microorganismos. É uma doença que tem tratamento, mas não tem cura. No Brasil, são 830.000 pessoas vivendo com HIV e aids, sendo o tratamento médico oferecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS desde 1996<sup>3</sup>. Os tratamentos clínicos tiveram início com a zidovudina (AZT), medicamento antes utilizado para tratamento de câncer. Mesmo com muitos efeitos colaterais graves, como anemia profunda e alterações gástricas, ainda é um tratamento importante para gestantes HIV+ na hora do parto e seus filhos recém-nascidos. O desenvolvimento dos remédios para tratamento de gestantes infectadas pelo HIV é uma área estratégica, com investimentos financeiros maciços, e periodicamente são lançados os Protocolos Clínicos em função das descobertas farmacêuticas e ensaios clínicos para aprovação de eficiência e eficácia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é referência mundial para a administração dos esquemas clínicos de escolha, especificando as diretrizes nos *Guidelines*<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> <http://aidsinfo.unaids.org>. Acesso em 07 de agosto de 2016.

<sup>3</sup> <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50028-tratamentos-para-aids>. Acesso em 07 de agosto de 2016.

<sup>4</sup> *Pregnant update - Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Executive summary, abril 2012, WHO.

Até 2015, a administração dos medicamentos dependia de valores padronizados de glóbulos brancos (CD4), além da confirmação da sorologia positiva para HIV<sup>5</sup>. O primeiro tratamento proposto para as gestantes HIV+ foi a chamada *Opção A*, em que se preconizava a administração de antirretrovirais<sup>6</sup> durante o pré-natal e durante o parto. Caso a contagem de CD4 fosse < 350, indicação de tratamento para todo o resto da vida.

Com os avanços nas pesquisas, em 2012 surge a *Opção B*, que preconiza que todas as mulheres grávidas infectadas pelo HIV fossem medicadas, independentemente da contagem de CD4 - com a possibilidade de encerramento da medicação após o parto, ou após a amamentação.

Em 2012 é preconizada a *Opção B+*, com indicação de tratamento antirretroviral para toda a vida, para todas as grávidas infectadas pelo HIV, independentemente da contagem de CD4. Uma vez iniciado o tratamento, seria seguido por toda a vida. Essa opção tem duas implicações importantes em termos da história da epidemia, o chamado "tratamento como prevenção": (1) Proteção contra a transmissão vertical do HIV em gestações futuras; (2) Proteção dos parceiros soronegativos para HIV nos casais sorodiscordantes.

As Opções B e B+ tem o mesmo regime para profilaxia e tratamento, tem início sem necessitar de contagem de CD4, porém na opção B existe a possibilidade de encerrar o tratamento após o parto e na opção B+ o tratamento será vitalício.

#### Transmissão Vertical

Em 2011, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Organização Mundial da Saúde e outros parceiros lançaram o *Plano Global para a eliminação de novas infecções pelo HIV em crianças até 2015, mantendo suas mães vivas*. Com a implementação da Opção B+, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids<sup>7</sup>, UNAIDS também preconizou os critérios para eliminação da transmissão vertical do HIV em países que tivessem, pelo menos por um ano (indicadores de impacto):

- Novas infecções pediátricas do HIV devido à transmissão vertical ser menor que 50 casos por 100 mil nascidos vivos;
- A taxa de transmissão vertical do HIV ser menor que 5% em populações que amamentam ou menos de 2% em populações que não amamentam.

Como indicadores de processo: devem ser atendidos por pelo menos 2 anos mais de 95% das mulheres grávidas, tanto as que conhecem quanto as que desconhecem seu estado sorológico para o HIV, tenham tido pelo menos uma consulta pré-natal; mais de 95% das mulheres grávidas conheçam seu estado sorológico para HIV'; mais de 95% das mulheres grávidas soropositivas recebam medicamentos antirretrovirais.

---

<sup>5</sup> Mnyani, Coceka Nandipha - *Overview of Options A, B and B+ for Prevention Mother-to-Child Transmission*. Paper, 28 november, 2012. USAID, Pefar, Anova Health Institute.

<sup>6</sup> AZT, Nevirapina (sdNVP), Tenofovir (TDF), para contagem de CD4 > 350. Nevirapina aplicada à criança. Com o CD4 muito baixo, < 350, indicação de terapia para o resto da vida.

<sup>7</sup> <https://nacoesunidas.org/agencia/un aids/>

Para Sífilis, os indicadores de impacto, que devem ser atendidos por pelo menos um ano são: a taxa de transmissão vertical de sífilis menor que 50 casos por 100 mil nascidos vivos. Os indicadores de Processo, que devem ser atendidos por pelo menos dois anos são (1) Mais de 95% das mulheres grávidas tenham tido pelo menos uma consulta pré-natal; (2) Mais de 95% das mulheres grávidas testadas para sífilis; (3) Mais de 95% das mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis recebendo tratamento (4) Alcançar 90% da redução das infecções entre as crianças. **O único país no mundo a conseguir esses índices, até o ano de 2016<sup>8</sup> foi Cuba.**

#### Organograma: Instituições Envolvidas no Diagnóstico Situacional

Foram três as instituições a participar diretamente da realização do projeto, fornecendo transporte, infraestrutura, apoio técnico e logístico, realizando os contatos por telefone e e-mail para organização das agendas locais:

##### 1. Ministério das Relações Exteriores - ABC - Agência Brasileira de Cooperação

O Ministério das Relações Exteriores, junto a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde e a Assessoria de Comunicação Internacional do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, teve uma participação imprescindível na realização do Diagnóstico.

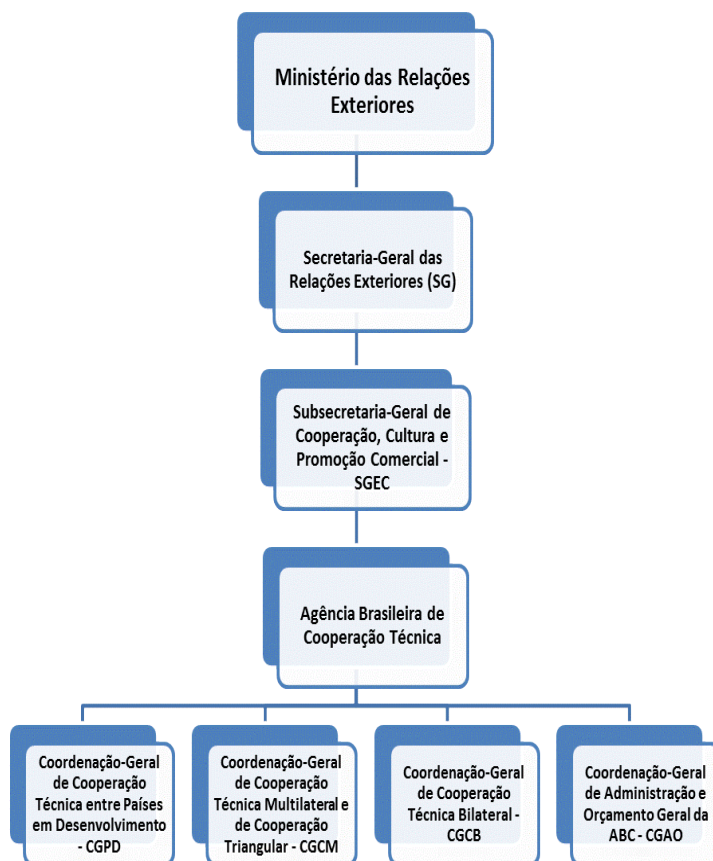


Figura 1. Organograma do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, 2015. Fonte: Itamaraty, 2016.

<sup>8</sup> <http://unaid.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>

Em todos os países, a Consultora foi recebida e apoiada pelas respectivas Embaixadas e Embaixadores, desde a chegada nos aeroportos, transporte e apoio para realização das visitas de campo e entrevistas, até a partida. Em cada país foi realizada uma reunião inicial para apresentação do projeto e uma reunião ao final do campo para avaliação dos dados preliminares obtidos, principais achados e questões de ordem técnica.

### Cooperação com países de língua portuguesa

Tendo em conta a prioridade do Governo brasileiro às relações com os países de língua oficial portuguesa, o programa desenvolvido pela Agência com esses países responde por cerca de 53,5% dos recursos dedicados à Gerência de África, Ásia e Oceania e por 37,6% do total dos recursos executados na Agência.

Outras iniciativas que também merecem destaque: (i) o apoio brasileiro à consecução e à estruturação de programas similares ao programa nacional "Minha Casa, Minha Vida" em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe; (ii) o apoio oferecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Cabo Verde e a São Tomé e Príncipe para realização do censo demográfico em ambos os países; (iii) o projeto trilateral desenvolvido com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC, na Guiné-Bissau, cuja agência executora brasileira é a Polícia Federal e visa ao estabelecimento de um Centro de Formação das Forças de Segurança no país. Ainda em Bissau, ressalta-se ademais, a implantação de uma Escola para Jovens Lideranças, projeto executado pelo Ministério da Educação, em parceria com ONGs brasileiras e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, cujo objetivo visa ao fortalecimento de lideranças locais, o desenvolvimento comunitário e a promoção de educação integral para crianças e jovens da comunidade do Bairro de São Paulo, localizada no município da Cidade de Bissau; (iv) na Embaixada de São Tomé e Príncipe, realização de atividades culturais no (único) cinema da capital, incluindo ações de prevenção às DST/Aids e outros temas relevantes para a juventude local, como o Projeto de Apoio ao Desenvolvimento na Produção de Artesanato e o Projeto de Capoeira.

A ABC foi responsável, junto ao Ministério da Saúde do Brasil, pela intermediação com os interlocutores locais nos oito países que compuseram o campo, apoio na organização da hospedagem e no cotidiano do campo. Imprescindível suporte.

### 2. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi responsável pela contratação da consultora, análise de documentos, termos de referência e contrato, emissão de passagens aéreas, pagamento de diárias e apoio logístico-operacional. A seleção da consultora foi realizada em maio de 2015, no Brasil, sendo o contrato assinado com a OPAS em junho de 2015. Foram realizadas reuniões presenciais e teleconferências com os interlocutores para definir a agenda de campo e organizar os aspectos logísticos nos países visitados. Sendo a consultoria "modalidade produto", a OPAS foi responsável pela organização e recepção dos quatro produtos principais e o produto suplementar que fundamentam este Diagnóstico.

### 3. Ministério da Saúde do Brasil

O Ministério da Saúde do Brasil é o órgão do Poder Executivo com função de *oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde*<sup>9</sup>. A estrutura central é composta por sete secretarias responsáveis pela elaboração e implementação de políticas de saúde – são as executoras das atividades. Além das sete secretarias, as outras unidades que compõem o Ministério são o Gabinete do Ministro e a Consultoria Jurídica. Além dessa estrutura, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar são órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde. Este Diagnóstico está vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em que estão as coordenações gerais dos Programas Nacionais de Tuberculose, Dengue, Malária, Doenças Transmissíveis, Zoonoses, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV). Para a realização do Diagnóstico Situacional houve participação dos setores do Ministério da Saúde:

**a) Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA):** uma das responsáveis pela intermediação da consultora com os profissionais dos Ministérios da Saúde dos respectivos países, articulação com Agência Brasileira de Cooperação, OPAS e DDAHV.

**b) Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV):** na estrutura do Departamento, especificamente a Assessoria de Comunicação Internacional (ACI) realizou, junto à AISA e à ABC, toda a articulação política e técnica para organização das agendas locais, além de acompanhar algumas das visitas de campo.

#### Construção do Diagnóstico Situacional - Metodologia

A construção do Diagnóstico compreendeu os estudos bibliográficos, as visitas de campo, os estudos pós-campo para análise dos dados, reuniões, supervisões, interlocução com os pontos focais dos países e redação do relatório final. Desde a contratação da consultora até a entrega do relatório final foram realizadas cerca de vinte e cinco reuniões com os diversos interlocutores: OPAS, AISA, DIAHV, ABC<sup>10</sup>, reuniões presenciais para discussão de termos contratuais, detalhamentos logísticos, realização das agendas, temas específicos culturais e epidemiológicos. Também eram tratados o planejamento das datas para visita de campo, refinamento da programação e ajustes nas agendas internacionais.

No retorno de cada visita de campo eram entregues relatórios parciais com os principais resultados e a agenda efetivamente cumprida; novas reuniões eram realizadas para avaliação geral e resolução de possíveis pendências<sup>11</sup>. Além das reuniões com os interlocutores no Brasil, foram realizadas conversas por Skype e Messenger com profissionais de diversos países, para ajustes na formatação final dos dados para o presente relatório.

<sup>9</sup> <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso em 25/09/2016.

<sup>10</sup> Do DIAHV: Tatiana Alencar, Renato Chuster, Spephanie Sabarense, Mauro Figueiredo, Juliana Givisiez, Josi Paz. Da AISA: Luciano Ávila Queiroz, Isaac Vergne. Da ABC: Paulo Lima, Marcelo Soares. Da OPAS: Daniele Papa, Francisco Duylio Melo.

<sup>11</sup> Interessante observar que, assim como em alguns outros países visitados, a gestão federal em aids passa por uma alta rotatividade de seus assessores, sendo que uma pesquisa com longa duração como esta passou por vários interlocutores de um mesmo departamento.

O projeto inicial, com duração prevista de um ano, não trazia o Brasil nem a Guiné Equatorial como campos para coleta de dados. O Brasil foi incluído imediatamente na assinatura do contrato, porém apenas com o campo Brasília; oito meses depois foram incluídos os campos Recife e Curitiba. A Guiné Equatorial foi incluída no final de 2015, e a visita de campo realizada em abril de 2016.

### A Escolha da Metodologia

Considerando-se o tempo exíguo em campo, a necessidade de grande volume de dados a serem coletados, a possibilidade escassa de interlocução (consultora única), considerou-se como metodologia mais pertinente a metodologia de Rápido Acesso, Resposta e Avaliação (em inglês, Rapid Assessment, Response and Evaluation, RARE).

A metodologia de Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE) compreende aspectos etnográficos e aplicação de métodos qualitativos para estudos e pesquisas na área de saúde. Foi desenvolvido nos anos 2000 pelo Centers for Disease Control and Prevention and Prevention (CDC) de Atlanta/ EUA e implementado em diversos países como metodologia de baixo custo e alta efetividade para campos de pesquisa considerados novos, complexos, com temas multideterminados e cuja resposta social necessite de bases quali-quantitativas<sup>12</sup>.

RARE é considerada um instrumento para compreensão nas dinâmicas sociais implícitas na epidemia de HIV/Aids, em particular nas comunidades de alto risco de infecção pelo HIV (NEEDLE, 2002). Permite a identificação de fatores que influenciam o acesso ao tratamento e serviços em comunidades em risco e com alta vulnerabilidade à infecção do HIV e permite que em pouco tempo sejam obtidos dados relevantes sobre os temas em pesquisa. A agilidade da obtenção dos dados de campo é decorrente do preparo prévio ao campo, levantamento bibliográfico e estudo aprofundado das dinâmicas locais na perspectiva da produção científica.

Os projetos com Rapid Assessment (Rápido Acesso) estão se expandindo nas áreas de saúde pública, políticas, planejamento e desenvolvimento de programas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Inicialmente os estudos tinham como foco "rápido e ágil", para se coletar dados como instrumento para percepção do desenvolvimento de mudanças nas estratégias de intervenção, estrutura das comunidades e redes sociais de apoio, avaliação de programas e decisões políticas<sup>13</sup>.

Na metodologia RARE existe o compromisso explícito, desde o planejamento inicial, de devolutiva para os gestores e participantes-chave do processo. Dados coletados são analisados à luz das especificidades socioculturais, resguardados os limites éticos e necessidades prementes de cada participante. O desenho metodológico foi-se aprimorando, e foi adotado pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos em 1999 e apresenta-se como um modelo para estudos específicos em saúde pública em geral, HIV/Aids em particular com eficácia e relevância inequívocos (NEEDLE,2014).

---

<sup>12</sup> NEEDLE, 2002.

<sup>13</sup> NEEDLE, 2014.



No Brasil, foi desenvolvido nos anos de 2002 a 2005 um grande estudo multicêntrico, coordenado pela então Coordenação Nacional de DST/Aids, em parceria com o CDC, com foco no empoderamento e capacitação de ONG/Aids que trabalhavam com populações vulneráveis. Participaram do estudo os estados do Acre, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com capacitação para todas as ONG participantes, devolutivas regionais em nível municipal e estadual e acesso a dados relevantes sobre as populações de profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, caminhoneiros e usuárias de crack. Também foi utilizada em estudos sobre adesão ao tratamento de aids por populações com coinfeção por tuberculose e usuários de drogas<sup>14</sup>. Esse instrumento de pesquisa procura acessar as complexas influências nas decisões e comportamentos em saúde, em especial quando as dinâmicas não estão bem compreendidas.

O espaço entre a compreensão, as múltiplas etiologias, as crenças, as determinações para adoção de um comportamento ou outro, decisões relevantes na adesão aos tratamentos (e porque não dizer à prevenção?), esse espaço é trabalhado na medida em que os dados são obtidos, analisados e reportados a quem de direito. A estratégia para coleta de dados compreende cinco componentes: (1) Pequenos surveys; (2) Entrevistas com populações-chave e especialistas; (3) Grupos Focais; (4) Observações Diretas no campo; (5) Geomapeamento. A sequência dessas etapas pode ter alterações de logística por conta dos dados obtidos<sup>15</sup>.

Como a metodologia RARE compreende a aplicação de métodos da antropologia para se investigar problemas de saúde específicos, e sendo os países da CPLP heterogêneos em relação às nuances culturais, foi considerada a mais adequada à realização do Diagnóstico Situacional. As técnicas são utilizadas em curto prazo de tempo e com grande aprofundamento temático, e por isso são associadas com antropologia e etnografia. Também em relação às questões éticas, ao respeito para com os entrevistados e participantes, o não-julgamento, a metodologia tem como referência paradigmática os estudos antropológicos.

A metodologia RARE Permite uma compreensão aprofundada dos fatores que estão associados com questões específicas de saúde, e pode permitir a aproximação da comunidade aos gestores em prazo de tempo bastante curto em relação a outras abordagens. A obtenção dos dados de campo pode ser realizada em períodos de três dias a uma semana de imersão, o que reduz custos e maximiza efetividade na coleta de dados. A análise de dados começa com a primeira observação e o primeiro mapeamento.

Portanto, escolha de uma metodologia qualitativa, em especial um *assessment*, teve como base a necessidade de amplo e profundo levantamento sobre determinado tema em curto prazo de tempo, a complexidade e heterogeneidade dos países envolvidos, a complexidade do tema da transmissão vertical de HIV e sífilis congênita e, finalmente, considerando o período designado para a pesquisa (junho de 2015 a março de 2016), o número de países e sítios envolvidos sob responsabilidade de uma única consultora.

---

<sup>14</sup> Lima, 2012.

<sup>15</sup> NEEDLE, Richard & TROTTER III, Robert. *Rapid Assessment, Response and Evaluation*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

## A metodologia RARE no Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+

Sendo um trabalho de diagnóstico rápido, foi escolhida a metodologia Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE)<sup>16</sup>, que inclui elementos de pesquisa etnográfica, avaliação de consensos, crenças e contradições, sendo entrevistados gestores dos diferentes níveis, gestores de instituições parceiras, usuários e profissionais de saúde, com o compromisso de uma devolutiva aos gestores sobre os dados coletados e analisados em campo, para que sejam fornecidos subsídios para a formulação de políticas públicas.

Em função da parceria com o Ministério das Relações Exteriores e do setor de Relações Internacionais do Ministério da Saúde, para cada campo foi definido que haveria uma apresentação geral à Embaixada do Brasil na chegada e ao término das Missões.

- **Escolha dos Campos:** foram definidos como campos de estudo as capitais dos países participantes da CPLP, por abrigarem as sedes dos respectivos Ministérios da Saúde e Institutos de luta contra sida e todo aparelho governamental de gestão federal da resposta à epidemia. Foram definidos, portanto: (1) Angola – Luanda, (2) Brasil – Brasília, (3) Cabo Verde – Praia, (4) Guiné Bissau – Bissau, (5) Guiné Equatorial – Malabo, (6) Moçambique -Maputo, (7) Portugal – Lisboa, (8) São Tomé e Príncipe – São Tomé e (9) Timor-Leste – Díli. O campo do Brasil foi subdividido em Curitiba (“Padrão 1”) e Recife (“Padrão 2”) para aprofundamento da análise do tema.

- **Levantamento bibliográfico:** análise global de todo o material publicado e disponibilizado por internet, tanto dos governos como das organizações não-governamentais de cada país que apresentam relação com a resposta nacional às epidemias de HIV/Aids e sífilis congênita. Os documentos oficiais que foram solicitados em cada país e entregues, como o Plano Nacional de Resposta à epidemia de HIV e sífilis, Boletins ou dados epidemiológicos, materiais de divulgação dos serviços, materiais de prevenção e outros materiais e dados considerados relevantes pelos próprios gestores e participantes de cada país foram utilizados.

- **Entrevistas com chefes dos respectivos programas de aids, laboratórios e parceiros:** necessárias para compreensão da logística dos testes, insumos, disponibilização, quantificação, planejamento, monitoramento, avaliação, prevenção, interface com ONG, estratégias bem-sucedidas e dificuldades do programa. Além disso, a compreensão do fluxo cotidiano das ações de resposta à epidemia entre as gestantes naquela região do país e possíveis comparações com outras regiões do país – e comparação com outros países das cercanias e da CPLP.

- **Visitas a serviços públicos de saúde que atendem pacientes com aids, gestantes em particular:** ao menos dois serviços, escolhidos e definidos pelos interlocutores locais.

- **Visita a Organização Não-Governamental Parceira, líder religioso ou associação de Tradicionais:** que lidassem diretamente com gestantes HIV+ e crianças, para compreensão do papel na resposta nacional e suas possibilidades e limites nos respectivos contextos.

---

<sup>16</sup> NEEDLE, Richard & TROTTER III, Robert. *Rapid Assessment, Response and Evaluation*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

O crescente papel dos líderes religiosos e dos Profissionais da Medicina Tradicional – curandeiros, padres, pastores, rabinos, etc. – na atenção aos pacientes com HIV e aids, sua inequívoca participação na cultura social são inestimáveis para se compreender e pensar estratégias de desconstrução do estigma e incentivo às práticas preventivas em saúde.

#### Resumo da Agenda Mínima de visitas por país/ campo:

- Departamento Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde ou equivalente;
- Coordenações Estaduais (Distritais) e Municipais de programas de saúde, vigilância, epidemiologia;
- Organizações Internacionais parceiras: Unesco, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), etc.;
- Hospitais e Maternidades de referência para atenção às gestantes HIV+;
- Centros de Saúde Reprodutiva ou ONG parceiras dos programas de aids;
- Laboratórios que provêm os testes de HIV e/ou sífilis a nível regional e nacional;
- Líderes religiosos, médicos tradicionais (nos países africanos) e instituições parceiras;
- Coordenadores de Departamentos e programas relacionados a saúde materno-infantil.

Todas as pessoas entrevistadas assinaram uma lista de presença, com seus nomes, cargos e instituições.

- **Análise dos dados:** a análise começa na coleta do primeiro dado, bibliográfico e campo, e segue na busca dos consensos e contradições, fundamentados nos conhecimentos científicos como parâmetro para avaliação.
- **Compromisso de um relatório por país:** em cada visita, foram coletados os e-mails e telefones dos entrevistados, com disponibilização dos mesmos dados da pesquisadora, para comunicação futura e envio do relatório parcial por país, antes da realização da Oficina de Validação.

#### Limites do Estudo

Neste projeto, os limites foram de diversas ordens: realização dos estudos apenas nas capitais (exceto no Brasil), tempo exíguo para realização das entrevistas em alguns campos, em função de intempéries (furacão em final de agosto de 2015 na costa africana) e em alguns casos a falta de privacidade entre entrevistador e entrevistado, que com a presença do gestor federal ou mesmo do representante do Ministério da Saúde do Brasil, sentia-se intimidado. Esse foi um ponto de vulnerabilidade do estudo, pois em várias situações a comunicação pós-entrevista trouxe dados mais relevantes e significativos do que as entrevistas presenciais, dada a privacidade.

Os dados de campo foram coletados entre agosto de 2015 e julho de 2016. Em setembro e outubro de 2016 os relatórios parciais foram enviados a todos os responsáveis (pontos-focais) dos países para atualização e validação dos dados. Outro limite deve-se à coleta dos Planos Nacionais e alguns dados epidemiológicos específicos: em alguns campos foi ajustado verbalmente o envio dos mesmos por e-mail após a visita de campo, o que acabou não acontecendo, mesmo mediante diversas solicitações.

O limite do idioma também é importante: embora todos os países tenham como Idioma Oficial o Português, muitos documentos oficiais relevantes estavam em inglês, francês ou espanhol. Na Guiné Equatorial, todas as reuniões foram realizadas em espanhol, posto que a entrada do país na Comunidade de Países de Língua Portuguesa é recente.

Outro limite foi a não-inclusão de *gestantes com HIV e aids* no escopo dos entrevistados. Mesmo com a solicitação por parte da consultora para que fossem incluídas as principais interessadas nos resultados do estudo, não foi autorizado por alguns interlocutores brasileiros do projeto, alegando *impossibilidades éticas*, que não foram formalizadas ou explicadas. Sendo o discurso constitutivo e imprescindível para a construção de políticas públicas igualitárias e efetivamente direcionadas a quem delas necessita, sua palavra é fundamental. Compreender o discurso “traduzido” pelos profissionais de saúde, ativistas e gestores é um viés importante num estudo qualitativo, e precisa ser compreendido nessa ótica. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantia de anonimato das entrevistadas e demais critérios de não-maleficência que a Ética em Pesquisa explicita poderiam ter permitido esse acesso.

Etapas da Construção do Diagnóstico Situacional:

#### a) Leituras e Levantamento bibliográfico

A primeira etapa compreendeu o extenso e aprofundado levantamento bibliográfico do tema em questão, utilizando não apenas as referências convencionais, mas - em particular no Brasil - fazendo uso, quando e se necessário, da Lei de Acesso à Informação.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas procurando abranger **todos** os descritores relativos aos temas tratados (ver anexo – eixos temáticos/ roteiro), em formulários simples e avançados, com observância de obtenção de imagens que sejam classificadas como "sem restrições" ao uso. Iniciou-se a pesquisa pelas fontes de dados públicos, com delimitações temporais explicitadas na análise dos dados, buscando sempre os dados mais atuais possíveis. Os dados então foram "raspados", ou seja, eliminadas repetições, imprecisões, sendo selecionados os artigos, papers, teses, dissertações, livros e demais modalidades de apresentação reconhecidas pela comunidade científica, que têm relevância para a fundamentação e análise dos temas abordados.

Os relatórios com os resultados parciais foram enviados aos pontos-focais de cada país, para confirmação dos dados e após a validação, reenviados para a última verificação e anuência. Todas as observações, acréscimos e dúvidas dos pontos focais foram esclarecidas, todos os dados atualizados e o intercâmbio foi extremamente profícuo. Em cada país foi realizado intercâmbio de referências bibliográficas, artigos, e foi cedido aos pontos focais o livro *Adesão ao tratamento por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> LIMA, HMM – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV, 2010.

## b) Visitas de Campo

Foram programadas oito visitas, uma para cada capital de cada um dos países participantes<sup>18</sup>; ainda na perspectiva da metodologia RARE e após a reunião com gestores do DIAHV em Brasília em fevereiro de 2016, decidiu-se que a pesquisa no Brasil seria desdobrada para além da capital do país, com a inclusão de dois outros campos, Recife e Curitiba.

Cada visita foi programada para uma agenda mínima, no período de três a cinco dias úteis, de acordo com a estruturação metodológica para realização de mapeamentos, observações, entrevistas e grupos focais. Nessa agenda mínima estariam, além da apresentação da pesquisa aos Embaixadores de cada país, entrevistas e/ou grupos focais com gestores federais, gestores dos serviços, líderes religiosos, coordenadores de ONG parceiras e outros, realização de visitas aos serviços e um tempo inicialmente "livre" para avaliação do campo e realização de entrevistas ou visitas que porventura não pudessem ter sido realizadas como planejado. O geomapeamento com observação do campo, na metodologia RARE, é uma etapa imprescindível: compreende o minucioso estudo de como se dá um "dia típico" do campo a ser estudado. Como as relações são formalizadas e como ocorrem no cotidiano? De que modo a rotina do local interfere no objeto de estudo? Quais os fatores nomeados como relevantes e quais os observados como tal?

O mapeamento consiste numa série de croquis dos locais, com indicações dos fluxos de pessoas, relações, dinâmicas, com objetivo essencial de compreender as relações, pontos fracos e pontos fortes dos atores e protagonistas - no caso, profissionais de saúde, gestores, pacientes. Essa etapa ocorre essencialmente em campo. Em relação às entrevistas e grupos focais, importante descrever que as entrevistas são semiestruturadas, ou seja, tem os eixos centrais com os temas abordados de interesse, mas sempre com espaço em aberto para que o entrevistado faça acréscimos, supressões, resalte e retome aspectos que considere relevantes e analise o tema livremente<sup>19</sup>.

Com a realização das entrevistas, ocorre simultaneamente o levantamento de temas que aparecem em **contradições** e temas em **consenso**. Esses temas e dados são utilizados como dados fidedignos na pesquisa qualitativa, elencados na bibliografia/ referências. Além disso, é registrada a percepção das **crenças** que movem comportamentos preventivos ou de risco/vulnerabilidade. Esses temas, comparados às observações já estudadas no levantamento bibliográfico, fundamentam a construção de Grupos Focais (NEEDLE, 2002).

Esses grupos podem ser compostos por pessoas do mesmo estrato da pesquisa (por exemplo, só profissionais de saúde) ou grupos heterogêneos (usuários, gestores, profissionais), dependendo da magnitude e complexidade do assunto. Todos os entrevistados e participantes assinaram um documento que era, ao mesmo tempo, uma lista de presença e a anuência para uso de dados na pesquisa, mediante o compromisso de devolutiva da pesquisadora.

---

<sup>18</sup> Exceto Timor-Leste.

<sup>19</sup> NEEDLE, 2002.

### c) Análise do material e elaboração do Relatório Final

A análise dos dados, na metodologia RARE, tem início com a primeira coleta - ou seja, na visita ao campo, em que também ocorre a construção do mapeamento; a análise está presente e perpassa a observação e a realização das entrevistas e grupos focais. Importante destacar o estudo anterior da fundamentação teórica da parte clínica da Opção B+, da transmissão vertical do HIV e da sífilis, como base para elaboração do roteiro e condução das entrevistas (NEEDLE, 2002).

Todo o tempo o pesquisador tem o foco na compreensão do tema - no caso, *implementação da Opção B+, transmissão vertical do HIV e sífilis congênita* - e está atento para as nuances de empoderamento e vulnerabilidade, monitoramento e avaliação dos programas e serviços, análise de temas recorrentes e temas completamente ausentes nos discursos, em comparação à estruturação temática teórica precedente. Os dados dos documentos oficiais são comparados aos dados obtidos nas entrevistas e grupos, e a partir dos consensos ou contradições são analisados em profundidade os aspectos envolvidos. Dados epidemiológicos, comportamentais, culturais, políticos e sócio históricos, todos são relevantes para compreensão do contexto e formulação das recomendações<sup>20</sup>.

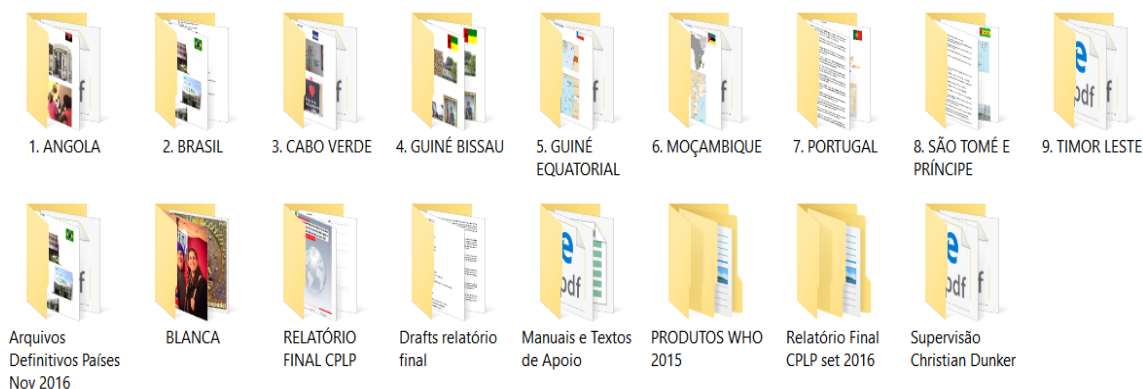
Em quase todos os países visitados, a gestão federal passava por momentos de rupturas e reformulações. Os dados coletados em agosto de 2015 precisam ser olhados, nesta apresentação de setembro de 2016, nessa perspectiva. A apresentação dos dados analisados segue duas (ou três) grandes fases: na primeira, cada gestor, cada participante do estudo tem a possibilidade de acessar determinados dados obtidos e analisados e argumentar. Na segunda, após a devolutiva do consultor ao gestor, é feita nova redação do tema e novamente é enviado o relatório ao gestor, que conclui a aprovação dos dados obtidos e apresentados. Os consensos e contradições entre consultor e gestor são apresentados, sempre com base ética.

A metodologia RARE tem grande compromisso com a utilização efetiva dos dados do estudo, em linguagem acessível e com o máximo de alcance possível na divulgação desses dados (NEEDLE, 2002). Por exemplo, de nada interessa um discurso técnico, hermético e acadêmico para um usuário analfabeto. Importa, sim, compreender o quanto há de sintonia entre o que é apregoado na teoria, na política, e o quanto de fato chega até o usuário. Há lacunas ("gaps")? Quais as possibilidades de fortalecimento das ações que estão debilitadas? Quais os recursos daquela comunidade em especial para superar os limites e construir bases consistentes *a partir* do que está posto?

Para cada país foi elaborado um relatório completo, com os dados, os nomes dos participantes, e bibliografia utilizada (organizada em documentos oficiais e transcrições de entrevistas). Este relatório foi enviado por e-mail a cada ponto focal de cada país, havendo troca de informações e validação e/ou atualização dos dados. Cada um dos oito países disponibilizou materiais impressos e digitais, sendo que o Brasil teve três estados participantes.

---

<sup>20</sup> NEEDLE, 2002.



**Figura 2. Organização do material do Diagnóstico Situacional da Opção B+/ CPLP, 2015-2016.**

## Supervisão

Em função do volume e complexidade do material coletado tanto na pesquisa bibliográfica como no campo, foi imprescindível a parceria com um Supervisor, Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Foram realizadas cerca de cinquenta supervisões clínicas, no período de novembro de 2015 a dezembro de 2016, para organização teórica e epistemológica do estudo.

A partir desta supervisão, foram realizados estudos complementares em Antropologia, Clínica Psicanalítica, Saúde Mental, Políticas de Saúde Coletiva, Medicina Legal, dentre outros, para a análise do material obtido. Também como desdobramento, a inclusão do tema na disciplina *Psicanálise em Situações de Vulnerabilidade Social*, no Instituto de Psicologia da USP.

Cientes que uma análise não esgota as possibilidades de leitura do material, foi organizado um banco de dados com todos os registros: registros das entrevistas, dos grupos focais, dos documentos levantados, dos dados não-obtidos em meio algum, e a sistematização das recomendações a serem validadas.

## Produtos

Foram construídos quatro produtos iniciais, compatíveis com o cronograma da OPAS. Depois de concluídas as visitas de campo foram feitos dois produtos finais:

- (1) Os Relatórios Parciais, com uma estrutura padronizada para os nove países (incluiu-se neste momento o Timor-Leste), contendo os resultados específicos por país e
- (2) O Relatório Final, compreendendo todos os aspectos teórico-metodológicos, resultados, bibliografia e recomendações sobre o Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. O relatório final foi submetido a apreciação por parte do Ministério da Saúde do Brasil, que solicitou reformulações.

Os Relatórios Parciais têm estrutura padronizada:

- Siglas e Abreviaturas
- Lista das Figuras, Quadros, Tabelas e Gráficos
- Índice
- 1. Contexto do país: localização, questões políticas, históricas e socioeconômicas, população (crescimento populacional, pirâmide)
- 2. O trabalho de Campo no país
- 3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular
  - 3.1. Ministério da Saúde - Sistema de Saúde Pública
  - 3.2. Construção da Resposta Nacional à epidemia de HIV/Aids
  - 3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação dos casos de aids
  - 3.4. Saúde Privada
- 4. Situação Atual da Epidemia de aids no país:
  - 4.1. Dados epidemiológicos de aids no país: incidência, prevalência, mortalidade
  - 4.2. Testagem
  - 4.3. Coinfecções: Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
  - 4.4. Tratamento Antirretroviral (TARV)
  - 4.5. Populações Vulneráveis
  - 4.6. Bancos de Sangue
  - 4.7 Adesão
- 5. Situação atual da sífilis no país
- 6. Gestantes e Recém-Nascidos
  - 6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre as Gestantes
  - 6.2. Transmissão Vertical e Diagnóstico Infantil Precoce
  - 6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país
  - 6.4. ONG Parceira
- 7 - Tabela-síntese: dados sociodemográficos gerais e específicos para HIV, aids e sífilis, com as respectivas fontes.
- 8 - Conclusões e Recomendações
  - 8.1. Aspectos positivos a serem valorizados
  - 8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade
- 9 - Bibliografia
- 10 - Lista dos Participantes das entrevistas e visitas de Campo, com respectivos cargos e instituições.

**Figura 2. Estrutura-padrão dos relatórios finais Diagnóstico Situacional CPLP 2017.**

A compilação por país compreendeu estudos que foram além da Opção B+ e incluíram temas como Tuberculose, IST, Sífilis, Bancos de Sangue, Populações Vulneráveis, Testagem, Tratamento, Boas Práticas, ONG parceiras, e em cada país foi estabelecida uma relação com pessoas da gestão – ou pontos-focais – para interlocução após a visita de campo.

No Volume Único, o relatório final é composto por Introdução e Metodologia, Resultados por País (com as respectivas conclusões e recomendações e bibliografias), Conclusões e Recomendações, Bibliografia Geral e lista com os participantes por país e respectivas instituições. O índice é geral e não há índice detalhado dos resultados parciais, por país. Em função do extenso tamanho, o Relatório final também foi organizado numa Série de Três Volumes, sendo que cada volume contém os mesmos itens iniciais da Introdução e Metodologia e das recomendações gerais, para dar certa autonomia ao leitor que escolher ler um único volume da série, porém os resultados estão divididos em grupos contendo três países e as respectivas bibliografias.



Volume 1 – Angola, Brasil e Cabo Verde

Volume 2 – Guiné Bissau, Guiné Equatorial e Moçambique

Volume 3 – Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste

Em termos de produção coletiva, Angola, Brasil (Brasília, Recife e Curitiba), Guiné Bissau, Portugal e Moçambique disponibilizaram amplo acervo de documentos oficiais e manuais de referência, que em muito contribuíram para a consolidação do presente diagnóstico. Também foram profícuos no intercâmbio pós-campo para validação dos dados preliminares. Cabo Verde e Guiné Equatorial não disponibilizaram documentos oficiais; a partir dos temas elencados em campo, toda a pesquisa foi bibliográfica, com objetivo de compreender a situação da saúde em geral nos respectivos países e os dados epidemiológicos específicos para HIV/Aids e sífilis congênita. Não houve visita de campo a Timor-Leste e os poucos dados apresentados foram obtidos por levantamento bibliográfico.

Objetiva-se que o relatório final, na metodologia RARE, seja base para desenvolvimento de ações e novos estudos quantitativos, multicêntricos e voltados para a ampliação e validação dos achados da pesquisa em termos nacionais e internacionais. Também é um compromisso metodológico o retorno aos gestores, para formulação de políticas, com ênfase aos aspectos positivos que merecem reforço e continuidade e com atenção especial aos pontos de vulnerabilidade (NEEDLE, 2002). Timor-Leste, pelo fato de não ter tido visitas de campo e escassa bibliografia on line, foi excluído da versão final do relatório datada de agosto de 2017.

De modo geral, são muitas e diversificadas as possibilidades de parcerias entre os países, em diferentes temas e diferentes investimentos, nem sempre financeiros – por exemplo, as chamadas *Tecnologias Leves*. Seriam ações que não necessitam acréscimos de dinheiro ou recursos humanos, apenas otimização de saberes e práticas já existentes. Há intercâmbios possíveis, com o compartilhamento das experiências já adquiridas e boas práticas, adaptadas às diferentes realidades e limites.

A questão central, *como se organiza o discurso diante da aids*, na perspectiva dos gestores, formuladores de políticas, profissionais de saúde e pacientes, é decisiva para a compreensão das formas de sofrimento, reconhecimento dos agravos no cenário cultural correspondente, estigma, e essas são condições de enfrentamento cotidianas que precisam ser contempladas em todos os países que participaram deste estudo. O *discurso*, longe de ser um aglomerado de palavras, é a forma como a compreensão de uma sociedade se manifesta no dia-a-dia. Para que as estratégias preventivas e assistenciais de longo prazo sejam efetivadas, há que se dar ênfase às diferentes construções e utilizações dos discursos<sup>21</sup>.

#### Cronograma da realização do Diagnóstico Situacional

O cronograma inicial previa a realização do projeto integral – levantamento bibliográfico, visitas de campo e realização da oficina de validação – para o período entre maio de 2015 e março de 2016.

---

<sup>21</sup> Dunker, 2016. *Análise psicanalítica de discurso*. São Paulo: Estação das Letras, 2016. 320p

Datas	Atividades
<b>2015</b>	
<b>Junho - Julho 2015</b>	Assinatura do contrato e pesquisa bibliográfica (Produto1)
<b>Agosto - Setembro 2015</b>	Visita ao Campo 1: Guiné Bissau (G), Cabo Verde (C) e São Tomé e Príncipe (C) – Produto 2
<b>Outubro 2015</b>	Visita ao Campo 2: Angola (G) e Moçambique (G)
<b>Novembro 2015</b>	Início Supervisão USP <sup>22</sup>
<b>Dezembro 2015</b>	Elaboração Produto 3 e preparação Visita de Campo 3
<b>2016</b>	
<b>Fevereiro 2016</b>	Visita ao Campo 3: Brasília/Brasil (C)
<b>Março 2016</b>	Produto 4
<b>Abril 2016</b>	Campo 4: Guiné Equatorial e Portugal
<b>Mai 2016</b>	Campo 5: Recife/ Brasil
<b>Julho 2016</b>	Campo 6: Curitiba/ Brasil
<b>Agosto 2016</b>	Início intercâmbio pontos focais dos países para validação dos dados
<b>Dezembro 2016</b>	Entrega do relatório final

Figura 2: Cronograma Geral da Consultoria Opção B+/ CPLP, 2015-2016.

Antes e depois de cada visita eram realizados novos levantamentos bibliográficos, porém direcionados aos países que seriam visitados:

Período	Campos
<b>Agosto e Setembro de 2015</b>	Guiné Bissau (Bissau), Cabo Verde (Praia) e São Tomé e Príncipe (São Tomé)
<b>Outubro de 2015</b>	Angola (Luanda) e Moçambique (Maputo)
<b>Fevereiro de 2016</b>	Brasil /Brasília
<b>Abril de 2016</b>	Guiné Equatorial (Malabo), Portugal (Lisboa) e Brasil/ Recife
<b>Julho de 2016</b>	Brasil/ Curitiba

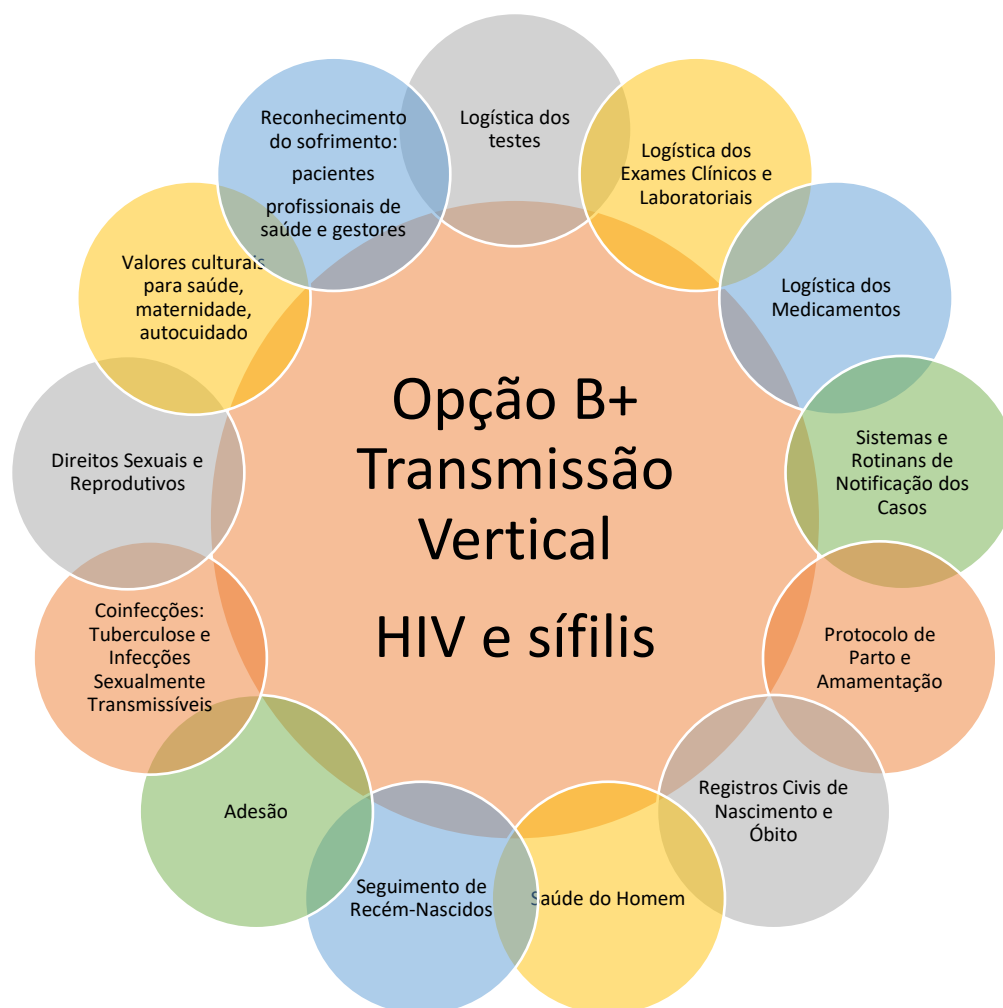
Quadro 2. Cronograma das visitas para os campos - Opção B+/ CPLP, 2015-2016.

Considerando-se as solicitações para alteração dos relatórios finais, as refações e atualizações de dados epidemiológicos de oito países e o total de onze sítios de pesquisas, o produto final ora publicado está sendo concluído e reenviado, já com as devidas alterações solicitadas, em agosto de 2017.

## RESULTADOS

A primeira parte do Diagnóstico compreendeu o levantamento bibliográfico dos dados sociodemográficos e epidemiológicos em HIV/aids e sífilis congênita em cada país da CPLP. Um resultado é possibilidade de organização e desenvolvimento de um fluxograma/ algoritmo próprio para intervenções junto a gestantes, a partir do seguinte esquema:

<sup>22</sup> Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular do Instituto de Psicologia da USP. A partir das discussões em supervisão, foi estruturado o núcleo temático Psicanálise em Situações de Vulnerabilidade Social, transformado em disciplina no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo no segundo semestre de 2016.



**Figura 3: Aspectos envolvidos no estudo da Opção B+/ Transmissão Vertical no presente Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. Brasil, 2016.**

Uma primeira recomendação a todos os países: **atualização** e melhoria de seus sites, além da possibilidade de disponibilização de documentos públicos na internet. Sem exceção, todos os sites de todos os países apresentam limitações – de ordem estética e de conteúdo – além de falhas, dados desatualizados e/ou incompletos, com informações às vezes defasadas em até dez anos. Nos oito países participantes houve consenso quanto à necessidade de se discutir determinados temas comuns, que poderão ser base para a Oficina de Validação a finalizar o Diagnóstico, a saber:

1. Registros de Nascimento e óbito – medicina legal: impacto na epidemiologia; facilitadores;
2. Notificação HIV – Aids: modelos e fluxos;
3. Bancos de Sangue: critérios para obtenção de sangue (doação, compra) e controle;
4. Circuncisão masculina e impacto na prevenção do HIV/aids;
5. Valores culturais da maternidade e impacto na Opção B+;
6. Protocolo para grávida HIV+: parto e amamentação;
7. Diagnóstico Infantil Precoce e seguimento do recém-nascido;
8. Sífilis e sífilis congênita: notificação, testagem, protocolos para coinfeção com HIV;

9. População prisional feminina gestante HIV+: políticas e boas práticas;
10. Parceiros das gestantes HIV+ em situação prisional;
11. IST – abordagem sindrômica: notificação e tratamentos;
12. Tuberculose: estratégias de tratamento e avaliação de adesão/ articulação com ações em HIV/AIDS;
13. Hepatites e outras coinfeções: manejo das coinfeções;
14. Vacinação para gestantes HIV+/ Aids;
15. ONG parceiras: boas práticas, capilarização das ações;
16. Testagem para HIV e sífilis: insumos, armazenamento, logística, aquisição;
17. Medicamentos: aquisição, logística, protocolos, adesão e retenção;
18. Exames: rotina, carga viral, CD<sub>4</sub>, genotipagem;
19. Principais barreiras/ obstáculos à adesão e retenção de grávidas HIV+: fatores culturais e sociais e respectivas possibilidades de superação;
20. Acesso à população masculina em geral para cuidados de promoção de saúde;
21. Saúde Mental, adesão e retenção em HIV/Aids e sífilis.

Outra sugestão é partir dos mesmos eixos temáticos utilizados no roteiro de entrevistas e atualizar as informações, principalmente em relação aos dados epidemiológicos e formulação das políticas em saúde, considerando as condições geopolíticas de diferentes grupos de países.

Finalmente, em termos gerais, a Opção B+ foi implementada em todos os países da CPLP, com diferentes graus de capilaridade e sustentabilidade das ações, consolidando a política internacional de tratamento a todas as pessoas com HIV.

Abril, 2018

Helena Maria Medeiros Lima

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

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

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

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

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

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

## Bibliografia

1. BARRET, S.R. **Antropologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
2. BRASIL GUINÉ-BISSAU. **Olhares cruzados pela identidade: Recife-Bissau, Amazônia-Bigajós**. São Paulo: Reflexo Editora, 2010. ISBN 978-85-88120-09-9.
3. CASHMORE, E. **Dicionário de Relações Étnicas e Raciais**. São Paulo: Selo Negro, 2000.
4. DUNKER, C.I.L. **Análise Psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas**. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.
5. DUNKER, C.I.L. **Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma: Uma Psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.
6. DUNKER, C.I.L. **Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume Ed., 2011.
7. FANON, F. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Salvador: Edufba, 2008.
8. FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Lisboa: Livraria Letra Livre, 2015.
9. FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
10. FREIRE, P. e GUIMARÃES, S. **A África ensinando a gente: Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
11. GOMES, R. (org). **Saúde do Homem em Debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. ISBN 978-85-7541-213-8.
12. GORDIS, L. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 2000.
13. LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
14. LIMA, H.M.M. **Adesão ao Tratamento de aids em pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas**. Curitiba: CRV Editora, 2012.
15. LIMA, H.M.M. e TELLES, P.T. **Metodologia de Rápido Acesso, Pronta Resposta e Avaliação (RARE) para capacitação de Organizações Não-Governamentais para intervenções com Populações Vulneráveis em HIV, aids e drogas. Relatório Final**. Brasília, 2006.
16. MAIO, M. C. (org) **Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
17. MNYANI, C. N. - **Overview of Options A, B and B+ for Prevention Mother-to-Child Transmission**. Paper, 28 november, 2012. USAID, PEPFAR, Anova Health Institute.
18. MONTEIRO, Y.N. (org). **As Doenças e os Medos Sociais**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.
19. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., SINGER, M., BATES, C., PAGE, J.B., METZGER, D. & MARCELIN, L.H. (2003) **Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions**. American Journal of Public Health, 93, 970-9.
20. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., GOOSBY, E., BATES C. & VON ZINKERNAGEL, D, (2000). **Methodologically sound rapid assessment and response: Providing timely data for policy development on drug use interventions and HIV prevention**. International Journal of Drug Policy, 11, 19-23.
21. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., GOOSBY, E., BATES C. & SINGER, M., (2001). **A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. Field Methods**. May 2001 13: 137-159.
22. O'BRIEN, L.; SHAFFER, N.; SANGRUHEE, N. & A. **The incremental cost of switching from Option B to Option B+ for the prevention of mother-to-child transmission of HIV**. Bull World Health Organ 2014; 92:162-160.
23. PANTOJA, S. **Angola e as angolanas: memória, sociedade e cultura**. São Paulo: Intermeios, 2016.

24. ROSA, M.D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. S P: Escuta/FAPESP, 2016.
25. SANTOS, H. *A busca de um caminho para ao Brasil. A trilha do círculo vicioso*. S. P.: Ed. Senac São Paulo, 2003.
26. SILVA, E.A. (org). *Vulnerabilidades, Resiliência e Redes. Uso, abuso e dependência de drogas*. São Paulo: Red Publicações, 2015. ISBN 978-85-69225-01-0.
27. TROSTLE, J.A. *Epidemiologia e Cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Coleção Antropologia & Saúde.
28. UNICEF. *Options B and B+: key considerations for countries to implement an equity-focused approach. Eliminating new HIV infections among children and keeping mothers living with HIV alive and well*. Unicef, 2012.
29. VISENTINI, P.F. *História da África e dos Africanos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
30. VENTER, a.j. *Portugal e as guerrilhas de África. As guerras portuguesas em Angola, Moçambique e Guiné Portuguesa 1961-1974*. Lisboa: Clube do Autor, 2015.
31. VILLEN, p. *A Crítica de Amílcar Cabral ao colonialismo: entre a harmonia e a contradição*. São Paulo: Expressão Popular, 2013. 223p.
32. WHO. *Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-child Transmission of HIV and Syphilis*. Geneva: World Health Organization, 2014.
33. WHO. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150956 5. Geneva: World Health Organization, 2015.

Links:

1. <http://aidsinfo.unaids.org>. Acesso em 07 de agosto de 2016
2. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.122523>
3. <http://portalsaude.saude.gov.br/index>
4. <http://unaids.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>
5. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50028-tratamentos-para-aids>
6. <https://nacoesunidas.org/agencia/unaid/>

ANEXO - ROTEIRO – EIXOS TEMÁTICOS  
PESQUISADOS PARA REALIZAÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

**COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL  
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS**

**PROJETO - DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO B+ NOS PAÍSES DA CPLP**

**Consultora: Helena Maria Medeiros Lima**

**Instrumento - Matriz Temática**

**Eixo I. CPLP**

- Histórico e relevância/ Países participantes
- Relação com Saúde e Educação
- Contexto da pesquisa sobre o protocolo B+
- Objetivos do estudo - metas - proposições
- Projeto: Dados primários, dados secundários, Visitas de Campo, Oficina/ Brasil
- O trabalho com dados secundários para construção da compreensão do campo de estudos

**Eixo II. País - Compreensão do Campo**

0. Histórico em linhas gerais e situação política atual
1. População Geral e tendências de taxa de crescimento
2. População na Capital: número de habitantes, idiomas falados
3. Políticas e Sistemas de Saúde e Educação: estrutura e acesso da população
4. Ministérios - ONG - Instituições oficiais públicas e particulares/ privadas
5. Fármacos: obtenção - fornecimento - entraves (fluxo/logística farmacêutica)
6. Questões religiosas relevantes
7. Salário mínimo/ renda per capita/ moeda/ relação com dólar e com real
8. Distâncias e deslocamentos dos centros de moradia e serviços públicos
9. Custos: consultas, exames, pré-natal, medicamentos
10. Profissionais envolvidos: formação - atuação - estrutura e logística (salários, plantões, cotidiano, facilitadores, obstáculos)
11. Mapa dos auxílios internacionais: organizações, fluxo, materiais
12. Especificidades culturais relevantes para a saúde coletiva

**Eixo III. Aids - Dados Epidemiológicos em Saúde: HIV/Aids e sífilis/ sífilis congênita**

1. Responsáveis pela produção de dados?
2. Primeiros dados notificados: gerais/ TV
3. Notificação: compulsória? Em caso afirmativo, desde quando?
4. Boletins epidemiológicos - formas de registro (planilhas, periodicidade, quem faz a notificação)
5. Prevalência de aids (tudo)
6. Relação da prevalência e incidência
7. Letalidade
8. Incidência, Prevalência, Letalidade e Escolaridade
9. Relação aids - Ist - hepatites
10. Relação aids - saúde mental
11. Relação aids - tuberculose
12. Adesão: critérios, dados, medicamentos, serviços, divulgação, outros.
13. Adesão e retenção: obstáculos e facilitadores.



#### Eixo IV. Especificidades da Transmissão Materno-Infantil/ Transmissão Vertical/ PMTCT

##### **a) Gestores**

1. Política - direitos reprodutivos - abortamento - estratégias de anticoncepção
2. Prevalência de gestações - idade gestacional - tempo do parto (a termo?)
3. Número de gestações vs número de filhos
4. Gestação com HIV: idade, acesso aos serviços, rede social de apoio
5. Gestações "mistas": antes e depois do HIV
6. Amamentação - com e sem HIV (ou antes/depois): prevalência/ modalidades/ tempo de amamentação preconizado - tempo real
7. Questões do pré-natal
8. Questões do parto: hospitais, parteiras, modalidades de parto acessíveis, internação? Parto em casa? Outros lugares?
9. Pós-parto: quem cuida? Como cuida?
10. Dificuldades no pré-natal, parto e pós-parto mais frequentes e mais raras
- 10.1. Relação com HIV/Aids / sífilis
- 10.2. Relação com saúde mental
11. Acompanhamento pós-parto: facilitadores e obstáculos em cada trimestre
12. Parceiros e Familiares: participação, orientação, facilitadores/ limitantes
13. Religião

##### **b) Profissionais de Saúde**

1. Quais são os principais profissionais de saúde envolvidos na prevenção, assistência e adesão ao tratamento de aids na transmissão vertical?
2. Formação: como ocorre?
3. Políticas de prevenção
4. Pré-natal e acompanhamento da gestante e familiares
5. Prescrições de medicamentos
6. Medicamentos, exames e testes: acesso, limitadores, facilitadores
7. Barreiras na compreensão do tratamento em si
8. Barreiras para adesão (efeitos colaterais, interação medicamentosa, etc)
9. Formação continuada dos profissionais
10. Programas de incentivo
11. Países parceiros
12. Religião
13. Idiomas - dialetos - comunicação
14. Eventos importantes nacionais
15. Como veem a saúde reprodutiva? E a prevenção às Ist/aids?

#### Eixo V. OPÇÃO B+

1. Implementação: ano - atores responsáveis - êxitos - dificuldades
2. Propostas para superação/resolução de dificuldades pelos usuários/ profissionais de saúde/ outros atores (especificar)
3. Critérios para escolha dos diferentes protocolos
4. Limites estruturais e socioculturais para implantação, análise, registro e avaliação
5. Critério para determinar estratégias bem-sucedidas - manutenção - divulgação
6. Idem, estratégias que necessitam aperfeiçoamento
7. Divulgação científica: eventos, mídia, comunicação em saúde
8. Divulgação para a população: é feita? De que modo?
9. Como é vista a questão da transmissão vertical pelos profissionais de saúde não-médicos?
10. Outros dados relevantes.

**OBS: Cada país terá um instrumento específico, contemplando suas peculiaridades culturais, com os 5 Eixos temáticos aplicados seguindo a metodologia *Rapid Assessment, Response and Evaluation* (Needle, 2002).**

**Helena Maria Medeiros Lima.**