

DINÂMICAS DA EPIDEMIA DE HIV ENTRE MULHERES NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS NUMA ANÁLISE LONGITUDINAL DE 2018 A 2023

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA

Lohane Amaral Da Silva Morais¹
Maria Creuza Do Espirito Santo Barros²

RESUMO

O estudo investiga a prevalência do HIV entre mulheres no Brasil, um problema de saúde pública persistente. A pesquisa se insere no contexto da feminização da epidemia de HIV, destacando a importância de se compreender as dinâmicas sociais, econômicas e de gênero que aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao vírus. O objetivo central é contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e intervenções de saúde direcionadas às necessidades específicas das mulheres brasileiras. A metodologia utilizada foi a revisão literária e análise de dados secundários, incluindo estudos, relatórios de saúde pública e dados estatísticos dos últimos seis anos. Através da análise rigorosa desses materiais, busca-se identificar padrões de prevalência do HIV entre mulheres, os principais fatores de risco associados e as respostas políticas existentes. A análise evidencia deficiências significativas nas estratégias de prevenção e tratamento do HIV, como a falta de programas de educação sexual específicos para mulheres e as dificuldades no acesso aos serviços de saúde reprodutiva e de HIV/AIDS. Diante do panorama apresentado, evidencia-se uma necessidade de políticas públicas que reconheçam e combatam as desigualdades de gênero como um fator central na epidemia de HIV. Para tanto, sugere a implementação de estratégias integradas que combinem educação em saúde, acesso facilitado a métodos preventivos como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e serviços de tratamento adaptados às necessidades das mulheres. Além disso, o estudo destaca a importância de iniciativas de empoderamento feminino e de combate à estigmatização das mulheres vivendo com HIV, elementos cruciais para uma resposta eficaz à epidemia.

Palavras-chave: HIV, Saúde da Mulher, Soroprevalência de HIV

ABSTRACT

This study investigates the prevalence of HIV among women in Brazil, a persistent public health problem. The research is situated within the context of the feminization of the HIV epidemic, highlighting the importance of understanding the social, economic, and gender dynamics that increase women's vulnerability to the virus. The central objective is to contribute to the development of more effective public policies and health interventions tailored to the specific needs of Brazilian women. The methodology employed is descriptive and based on an extensive literature review, including studies, public health reports, and statistical data from the last five years. Through rigorous analysis of these materials, the author seeks to identify patterns of HIV prevalence

¹Graduanda do Curso de Biomedicina do Centro Universitário de Brasília – CEUB.

²Doutora em Patologia Molecular. Professora do Centro Universitário de Brasília – CEUB.

among women, the main associated risk factors, and existing policy responses. The analysis highlights significant gaps in HIV prevention and treatment strategies, such as the lack of sexual education programs specifically for women and the difficulties in accessing reproductive and HIV/AIDS health services. In light of the concerning panorama presented, the author concludes that there is an urgent need for public policies that recognize and address gender inequalities as a central factor in the HIV epidemic. To this end, she suggests implementing integrated strategies that combine health education, facilitated access to preventive methods such as pre-exposure prophylaxis (PrEP), and treatment services adapted to women's needs. Additionally, the study emphasizes the importance of women's empowerment initiatives and combating the stigmatization of women living with HIV, which are crucial elements for an effective response to the epidemic.

Keywords: HIV, Women's Health, HIV Seroprevalence

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é classificado como um retrovírus e faz parte da família dos lentivírus, o que significa que seu material é constituído por Ácido ribonucleico (RNA) com presença de uma enzima chamada transcriptase reversa que tem capacidade de transcrever o RNA do vírus transformando seu material em Ácido desoxirribonucleico (DNA). Possui uma evolução lenta com capacidade de provocar infecções persistentes, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (STEPHENS et al., 2009).

O vírus se divide em dois tipos: HIV-1 e HIV-2. Ele acomete o sistema imunológico que é responsável por defender o organismo contra agentes invasores, sendo as principais células alvo os linfócitos TCD4+. A função do TCD4+ pode ser resumida em comando e organização do sistema imunológico e quando infectados pelo HIV tem seu DNA modificado para multiplicar o vírus, deste modo debilitando a proteção e deixando o corpo suscetível à infecções oportunistas (BRASIL, 2014).

A infecção pelo vírus não possui cura, mas devido aos tratamentos com antirretrovirais é possível ser soropositivo (HIV positivo) sem apresentar sintomas ou desenvolver a doença. Desse modo, ter HIV não significa ter AIDS, no entanto, se o paciente não seguir o tratamento além de tornar-se transmissor a infecção progredirá com linfócitos sendo destruídos um a um até desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2014).

Os primeiros casos de infecção humana pelo HIV começaram a ser identificados por volta de 1980 no mundo, onde no Brasil houve apenas um único caso masculino registrado ainda em 1980, enquanto o primeiro caso feminino registrado em território brasileiro ocorreu em 1982, único caso feminino daquele ano. Inicialmente foi disseminada entre os usuários de drogas injetáveis, homens que praticavam sexo com homens e transfusões sanguíneas contaminadas. Já em 1990 o perfil de infecção mudou com a transmissão por sexo heterossexual se tornando a principal via de contaminação (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2001; SPADER, PIRES & SILVA, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde, a prevenção contra HIV mais efetiva é a utilização de preservativo em todas as relações sexuais. Ademais, atualmente há uma combinação de métodos que ampliam a proteção, como o uso do tratamento como prevenção (TcP) em conjunto do preservativo, a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a

Profilaxia Pré-exposição (PrEP) com todos os medicamentos ofertados de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No caso de já ter ocorrido a infecção o tratamento com antirretrovirais continua, com medicação diária e acompanhamento para que, na melhor das hipóteses, a carga viral se torne indetectável nos exames (UNAIDS, 2022).

O diagnóstico de HIV pode ser feito através de testes rápidos ou exames laboratoriais. A depender do teste, a amostra biológica pode ser uma coleta de sangue ou fluido oral (saliva). Para a realização do teste, é necessário esperar o período da janela imunológica, termo usado para definir o tempo preciso da infecção à produção de anticorpos a nível suficiente para detecção do teste, tempo esse que dura cerca de 30 dias a partir da exposição à uma situação de risco. Caso o teste seja feito desrespeitando esse período haverá a possibilidade de o teste resultar em falso negativo (BRASIL, 2022).

O resultado não reagente de uma amostra colhida no tempo correto deve ser refeito 6 meses depois por precaução, no entanto se o resultado for reagente ou inconclusivo a amostra será submetida a outro teste de modelo diferente. Para resultados confirmatórios na segunda testagem o laboratório deve solicitar uma nova amostra 30 dias após a emissão do resultado ao paciente, afim de confirmar com um teste que determine a carga viral e a quantidade de linfócitos TCD4+ (SILVA, 2021).

A análise do perfil das mulheres com HIV no Brasil por Santos (2009) revela uma predominante transmissão sexual do vírus por parceiros estáveis, colocando as mulheres em maior risco em relações presumidamente seguras. Historicamente, o estigma associado ao HIV focava em homens que tinham relações sexuais com outros homens, marginalizando as mulheres e aumentando sua vulnerabilidade. Notavelmente, a evolução da epidemia demonstra um aumento significativo no número de mulheres infectadas (comparando os dados femininos entre si) e a insuficiência de campanhas de prevenção focadas nas necessidades femininas. A desvalorização do uso do preservativo em relações duradouras, visto como mero contraceptivo, reforça essa vulnerabilidade. Esse cenário evidencia a necessidade crítica de reorientar as estratégias de prevenção, historicamente voltadas para os homens, para abranger e proteger também as mulheres, endereçando assim uma lacuna significativa nas políticas de saúde pública e justificando a importância deste trabalho.

Este estudo visa investigar a evolução da feminização da epidemia de HIV entre mulheres no Brasil, focando no período de 2018 a 2023. A intenção é compreender as mudanças e continuidades no contexto da saúde pública relacionadas ao HIV/AIDS neste período específico, destacando os desafios e progressos na proteção e no cuidado das mulheres.

2 MÉTODO

Este estudo adotou uma abordagem de revisão literária narrativa de caráter descritivo, conforme definido por Rother (2007) e reforçado por Motta-Roth e Hendges (2010), para explorar a feminização da epidemia de HIV entre mulheres no Brasil. A metodologia envolveu uma busca abrangente por literatura relevante, incluindo dados do Ministério da Saúde, artigos acadêmicos, relatórios de organizações como a UNAIDS Brasil e a Fiocruz, utilizando palavras-chave específicas como 'HIV', 'Saúde da Mulher', e 'Soroprevalência de HIV'. Priorizou-se fontes em português e inglês, publicadas de 2002 a 2023, acessadas através de bases de dados como Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e Google Acadêmico. Esse processo permitiu uma análise detalhada e crítica do

estado atual do conhecimento sobre o tema, destacando lacunas existentes e apontando para direções futuras em políticas de saúde e pesquisas relacionadas ao HIV/AIDS em mulheres brasileiras.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Epidemiologia dos casos de HIV no Brasil (2018-2023)

A trajetória do HIV no Brasil demonstra que, embora tenha começado nos grandes centros urbanos, expandiu-se para municípios de médio e pequeno porte, evidenciando a capacidade do vírus de atravessar fronteiras regionais e sociais independente de sexo ou faixa etária. Focando no período de 2018 a 2023, observa-se uma variação significativa na incidência de casos, refletindo tanto avanços na detecção quanto impactos externos, como a pandemia da COVID-19, que pode ter contribuído para a subnotificação em 2020 e 2021 (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

A notificação dos casos de HIV passou a ser compulsória em 2014. Antes a notificação era feita de forma conjunta da AIDS. Em 2022 estimava-se que cerca de 920 mil brasileiros conviviam com o HIV, sendo 89% diagnosticados e 77% em tratamento com antirretrovirais. No ano de 2020 foram diagnosticados 39.043 novos casos de HIV e no ano de 2022 detectou-se um decréscimo de 26,5% nas notificações, fato que pode estar relacionado à subnotificação de casos em decorrência da pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2022 a).

A partir dos dados do Ministério da Saúde, coletados via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificou-se um total acumulado de 236.970 casos de HIV/AIDS notificados nesse período, com uma distribuição desigual entre as regiões, sendo o Sudeste (41,5%) e o Nordeste (21,3%) as mais afetadas. Sendo ambas as regiões mais populosas do país com respectivamente 84.847.187 e 54.644.582 habitantes (censo IBGE de 2022). Esses dados são representados na Tabela 1, que detalha os casos por região, evidenciando variações anuais (BRASIL, 2023 a).

A densidade populacional do sudeste e nordeste tem relação direta com os números de casos registrados. Tanto que os estados considerados mais populosos pelo censo de 2022: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia também lideram as notificações de HIV do mesmo ano: São Paulo (6.759), Rio de Janeiro (4.363), Minas Gerais (3.228) e Bahia (2.228). Quanto maior a população o ambiente tende a ser propenso a contaminações que podem advir por diversos fatores como desigualdades sociais e econômicas, maior número de populações em situações vulneráveis e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2022).

Outra razão para a alta de casos no Nordeste seria a fragilidade econômica sofrida pela região. Segundo Souza Júnior (2021) o histórico do repasse de recursos financeiros mal distribuído favorece a exposição da população à precariedade e dificulta o acesso a saúde nos serviços básicos aos especializados, assim por gerar desinformação e aumentar a probabilidade do indivíduo ser exposto a infecções de diferentes patologias e consequentemente diagnóstico e tratamento tardios (SOUZA JÚNIOR, CRUZ & CARICCHIO, 2021).

É importante ressaltar que, em respeito a caracterização sociodemográfica da população, aqui registra-se uma visualização de ambos os sexos. Em relação a escolaridade, 35,9% possuem ensino médio completo, entretanto cerca de 26% não possuem registro de escolaridade na notificação, o que prejudica a avaliação integral

dessa variável. Em relação a raça/cor autodeclarada, 45,9% eram brancos em 2013, já em 2022 o total de 49,6% das pessoas se autodeclara como pardas, 13% como pretos e 29,9% como brancos nas notificações feitas ao SINAN (BRASIL, 2022 a).

Tabela 1 – Casos de HIV/AIDS registrados por região no Brasil, no ano de 2018 a 2023.

REGIÃO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Centro-oeste	3.865	4.016	3.382	3.759	3.825	1.918	20.765
Norte	5.305	5.348	4.585	5.701	6.200	2.833	29.972
Nordeste	11.549	12.281	9.286	11.236	11.414	5.555	61.321
Sudeste	17.891	16.794	13.383	14.667	15.064	6.604	84.403
Sul	8.300	8.282	6.387	7.313	6.900	3.327	40.509
Total	46.910	46.721	37.023	42.676	43.403	20.237	236.970

Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

Observação: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

Desde 1980 a 2022 foram registrados um total de 382.521 óbitos por AIDS como causa básica. A região com maior taxa de óbitos foi o Sudeste com 56,1% e de forma decrescente a menor taxa do Centro-oeste com 5,4%, percentual que pode ser relacionado a densidade populacional das regiões. Em 2022 foram notificados 10.994 óbitos, mantendo-se estável desde 2017 sem ultrapassar a marca de 11.7 mil nem abaixo de 10.5 mil óbitos, a PEP passou a ser oferecida no SUS desde a década de 90 ganhou força nos anos trazendo consigo outra opção de tratamento, evitando a cronificação, o óbito e aumentando o acesso da população (BRASIL, 2023 a).

Em complementação o estudo de MALTA et al (2021) a respeito da mortalidade de adolescentes e jovens adultos por AIDS como causa básica no ano de 2019 evidenciou que a infecção por HIV/AIDS se apresentava em 7º lugar como causa de morte entre mulheres na faixa etária de 10 a 24 anos com uma taxa de 1,28 óbitos por 100.000 habitantes enquanto entre os homens da mesma faixa etária, ocupam a 9ª posição com taxa de 1,8 óbitos por 100.000 habitantes.

O método predominante de transmissão segue sendo as relações sexuais desprotegidas, com a homossexualidade se destacando como a principal via. Dentre as diferentes formas de contágio inclui-se o contato sanguíneo podendo advir por meio do compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue ou hemoderivados que não foram devidamente testados, de forma vertical de mãe para filho em três momentos diferentes (durante a gestação, no trabalho de parto e na amamentação) e em acidentes de trabalho, geralmente sofrido por profissionais da área de saúde, com instrumentos perfurocortantes e material biológico contaminado (UNAIDS, 2018).

Em observância ao exposto, a história da epidemia de HIV no Brasil é marcada por uma transição significativa: inicialmente predominante entre homens, a partir dos anos 90, observou-se uma mudança no perfil de contágio, com a transmissão homossexual emergindo como principal via, inaugurando o processo de feminização da epidemia. Esse fenômeno foi evidenciado pela primeira vez em 1990, quando o número de casos de HIV/AIDS em mulheres ultrapassou a marca de mil notificações. Essa evolução histórica destaca a importância de uma análise focada na feminização da epidemia no período mais recente de 2018 a 2022, refletindo sobre como as dinâmicas

de contágio continuam a afetar as mulheres no Brasil (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

3.2 Epidemiologia dos casos de HIV em pacientes do sexo feminino no Brasil

A representatividade das mulheres na população brasileira, que corresponde a 51,5% do total, ou aproximadamente 104,5 milhões de habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), sublinha a importância de analisar especificamente o impacto do HIV/AIDS neste grupo. Embora a quantificação exata do número de mulheres infectadas pelo HIV ao longo dos anos possa ser subestimada, os registros indicam que, de 1980 a 2022, 375.644 casos de HIV/AIDS foram notificados em mulheres, representando 33,9% do total de casos no país (BRASIL, 2022 a).

A introdução da notificação compulsória do HIV em 2014 marcou um ponto de virada na capacidade de monitoramento e resposta à epidemia, permitindo uma análise mais detalhada da incidência do HIV entre as mulheres. Entre 2018 e junho de 2023, foram notificados 63.212 novos casos de HIV em mulheres, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) citados no boletim epidemiológico de 2023. Este dado ressalta a contínua relevância do HIV/AIDS como um problema de saúde pública entre as mulheres brasileiras (BRASIL, 2023 a).

O boletim de 2023 também traz um detalhamento crítico dos casos de AIDS por região nos últimos cinco anos, evidenciando desafios na interpretação dos dados devido a possíveis sobreposições ou distinções não explicitadas entre os registros de HIV (pré-AIDS) e os casos confirmados de AIDS. Esta nuance é ilustrada na Tabela 2, que apresenta o número de notificações de AIDS em mulheres por região, de 2018 a 2022, totalizando 52.717 casos. A análise desses dados sugere a necessidade de uma abordagem mais detalhada para entender a dinâmica da epidemia, distinguindo claramente entre os estágios da infecção pelo HIV e os casos de AIDS efetivamente diagnosticados, a fim de melhor direcionar as estratégias de prevenção e tratamento (BRASIL, 2023 a).

Tabela 2 – Notificações femininas de AIDS/HIV por região, 2018 - 2022.

REGIÃO	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Centro-oeste	793	870	644	741	792	3.840
Norte	1.424	1.495	1.049	1.412	1.427	6.807
Nordeste	2.830	2.772	2.086	2.444	2.447	12.579
Sudeste	4.004	3.835	3.206	3.405	3.604	18.054
Sul	2.515	2.509	1.893	2.167	2.353	11.437
TOTAL	13.584	13.500	10.898	12.190	12.645	52.717

Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

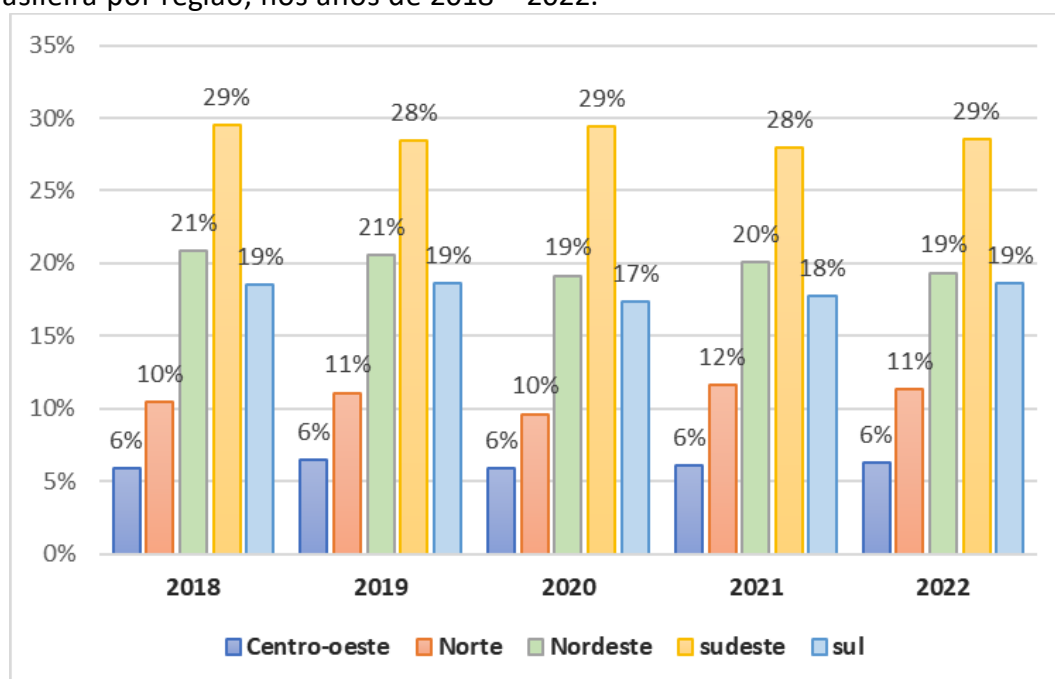
Observação 1: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

A análise dos dados do Ministério da Saúde (MS) para o período de 2018 a 2022 revela nuances significativas no perfil das mulheres soropositivas no Brasil, com distribuição desigual das notificações por regiões. O Sudeste emerge como a região com a maior quantidade de casos, abrigando 32% do total de notificações femininas. Tal predominância pode ser atribuída à densidade populacional e ao maior acesso aos

serviços de saúde nessa região, facilitando a identificação e notificação dos casos (BRASIL, 2023 a).

Por outro lado, as regiões Nordeste e Sul, cada uma com 25% dos casos, também refletem uma alta incidência, que pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e culturais distintos, incluindo a interiorização da epidemia e a diversidade no acesso à informação e aos serviços de saúde. O Norte e o Centro-Oeste, com 11% e 7% dos casos respectivamente, podem indicar tanto uma menor prevalência do vírus quanto desafios na captação de dados e notificações devido a fatores geográficos e de infraestrutura. Os percentuais expostos por esse parágrafo podem ser observados na figura 1 (BRASIL, 2021).

Figura 1 – Percentual dos casos notificados de AIDS/HIV na população feminina brasileira por região, nos anos de 2018 – 2022.



Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

Observação: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

A distribuição racial das mulheres soropositivas, com uma predominância de mulheres pardas (49%), brancas (30%) e pretas (14%), reflete as complexidades da estrutura social brasileira e destaca a interseccionalidade entre raça, gênero e saúde. Os dados ainda revelam mais de 3.9 mil casos em que a relação raça/cor foi ignorada durante o registro da notificação. Esse padrão sugere a influência de determinantes sociais da saúde na vulnerabilidade ao HIV/AIDS, com mulheres pardas e pretas possivelmente enfrentando barreiras adicionais no acesso à prevenção e ao tratamento devido a disparidades socioeconômicas, visto que as notificações entre as mulheres brancas segue em tendência de queda. A Tabela 3 demonstra o número de cada um no período de 2018 a 2023 (BRASIL, 2023 a).

Santos (2016) fala em seu estudo sobre a dupla vulnerabilidade da mulher negra ao HIV sobre o seguimento mais pobres da população serem expostos a ISTs com maior frequência e a vulnerabilidade no início da vida sexual feminina, pontos que podem ser

relacionados a troca do perfil referente a cor das mulheres que são infectadas, visto que até 2013 a cor de pele branca possuía o maior número de casos. O estudo de Albuquerque, Moço e Batista (2011) é citado por trazer uma entrevista com 1.221 mulheres negras em que apenas 23% faziam uso constante de preservativos enquanto 54,5% afirmaram nunca terem utilizado.

Tabela 3 – Notificações femininas de HIV por Raça/cor, 2018 - 2023.

ANO	BRANCA		PRETA		AMARELA		PARDA		INDÍGENA		IGNORADO		TOTAL
2018	4.084	↓ 31,57%	1.758	13,59%	78	0,60%	6.002	46,40%	58	0,45%	956	7,39%	12.936
2019	3.869	↓ 30,50%	1.733	13,66%	101	0,80%	6.076	↑ 47,89%	57	0,45%	851	6,71%	12.687
2020	2.895	↓ 29,69%	1.399	14,35%	90	0,92%	4.777	48,99%	25	0,26%	564	5,78%	9.750
2021	3.292	29,65%	↑ 1.538	13,85%	109	0,98%	↑ 5.453	49,11%	40	0,36%	671	6,04%	11.103
2022	3.278	↓ 28,69%	↑ 1.573	13,77%	129	1,13%	↑ 5.749	50,32%	52	0,46%	644	5,64%	11.425
2023	1.559	↓ 29,35%	721	13,58%	40	0,75%	2.694	50,72%	20	0,38%	277	5,22%	5.311
TOTAL	18.977	30,02%	8.722	13,80%	547	0,87%	30.751	48,65%	252	0,40%	3.963	6,27%	63.212

Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

Observação: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

A análise da idade das mulheres soropositivas, mostra que a faixa etária mais afetada engloba pacientes de 20 a 39 anos. Na tabela 4 as faixas são divididas a cada 5 anos e motivo da junção das idades mais afetadas advém da diferença numérica entre estas serem pequenas quando comparadas as demais. Em sequência percebeu-se que a faixa etária de 40 a 49 anos também detêm números elevados no período observado (2018-2023). O fator comum destes dois grupos etários é que as mulheres nessas idades são consideradas em idade fértil, já que de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) no Brasil é considerado em idade fértil as mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos (BRASIL, 2023 a).

O padrão exposto pela tabela 4, ressalta a importância da sexualidade feminina e da reprodução em relação à transmissão do HIV, apontando para a necessidade de estratégias de prevenção que abordem especificamente as mulheres em idade reprodutiva. Baseado na idade destas mulheres é possível supor que pelo menos uma parte delas estão em relacionamentos ou já construindo família. Este dado é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas que considerem tanto a promoção de práticas sexuais seguras dentro e fora de relacionamentos quanto a prevenção da transmissão vertical do HIV (de mãe para filho) (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; SANTOS et al, 2009).

Tabela 4: Notificações femininas de HIV por Faixa Etária, nos anos 2018 – 2023.

Faixa Etária	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
< 5 anos	64 (0,5%)	60 (0,5%)	55 (0,6%)	49 (0,4%)	44 (0,4%)	9 (0,2%)	281
5 a 9 anos	13 (0,1%)	14 (0,1%)	5 (0,1%)	12 (0,1%)	12 (0,1%)	5 (0,1%)	61
10 a 14 anos	76 (0,6%)	47 (0,4%)	48 (0,5%)	57 (0,5%)	38 (0,3%)	11 (0,2%)	277
15 a 19 anos	803 (6,2%)	711 (5,6%)	615 (6,3%)	617 (5,6%)	572 (5,0%)	268 (5,0%)	3.586
20 a 24 anos	1.655 (12,8%)	1.601 (12,6%)	1.221 (12,5%)	1.416 (12,8%)	1.318 (11,5%)	585 (11,0%)	7.796
25 a 29 anos	1.764 (13,6%)	1.660 (13,1%)	1.308 (13,4%)	1.583 (14,3%)	1.486 (13,0%)	720 (13,6%)	8.521
30 a 34 anos	1.803 (13,9%)	1.799 (14,2%)	1.359 (13,9%)	1.464 (13,2%)	1.447 (12,7%)	669 (12,6%)	8.541
35 a 39 anos	1.824 (14,1%)	1.781 (14,0%)	1.293 (13,3%)	1.476 (13,3%)	1.525 (13,3%)	661 (12,4%)	8.560
40 a 44 anos	1.486 (11,5%)	1.523 (12,0%)	1.194 (12,2%)	1.369 (12,3%)	1.464 (12,8%)	651 (12,3%)	7.687
45 a 49 anos	1.165 (9,0%)	1.157 (9,1%)	945 (9,7%)	1.026 (9,2%)	1.137 (10,0%)	554 (10,4%)	5.984
50 a 54 anos	877 (6,8%)	936 (7,4%)	687 (7,0%)	801 (7,2%)	920 (8,1%)	471 (8,9%)	4.692
55 a 59 anos	653 (5,0%)	601 (4,7%)	446 (4,6%)	555 (5,0%)	644 (5,6%)	299 (5,6%)	3.198
60 e mais	665 (5,1%)	704 (5,5%)	500 (5,1%)	613 (5,5%)	754 (6,6%)	375 (7,1%)	3.611
ignorado	88 (0,7%)	93 (0,7%)	74 (0,8%)	65 (0,6%)	64 (0,6%)	33 (0,6%)	417
Total	12936	12687	9750	11103	11425	5311	63212

Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

Observação: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

A variável da escolaridade representada pela tabela 5 revela que a maior prevalência de casos está entre mulheres com Ensino Médio Completo (20,4%), sugerindo que a educação atual, por si só, não é um fator protetor contra o HIV. Na sequência do maior número de casos estão as mulheres com 5ª a 8ª Série Incompleta e Ensino Médio Incompleto, pontos que reforçam essa percepção (BRASIL, 2023 a; VILLELA & BARBOSA, 2017).

Importante notar que o número de notificações que tiveram o fator escolaridade ignorada ultrapassa 16.7 mil casos. Todos esses achados indicam a necessidade de programas de educação sexual dentro e fora das escolas afim de salientar os riscos do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como também programas de saúde que sejam efetivamente capazes de alcançar e engajar esse grupo demográfico. (VILLELA E BARBOSA, 2017).

Tabela 5: Notificações femininas de HIV por Escolaridade, nos anos 2018 – 2023.

Ano Diagnóstico	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Analfabeto	259 (2,0%)	280 (2,2%)	176 (1,8%)	189 (1,7%)	212 (1,9%)	106 (2,0%)	1.222
1ª a 4ª Série Incompleta	959 (7,4%)	883 (7%)	623 (6,4%)	642 (5,8%)	715 (6,3%)	334 (6,3%)	4.156
4ª Série Completa	619 (4,8%)	537 (4,2%)	449 (4,6%)	457 (4,1%)	413 (3,6%)	205 (3,9%)	2680
2 5ª a 8ª Série Incompleta	2.045 (15,8%)	1.941 (15,3%)	1.399 (14,3%)	1.586 (14,3%)	1.477 (12,9%)	626 (11,8%)	9.074
Fundamental Completo	1.138 (8,8%)	1.152 (9,1%)	860 (8,8%)	911 (8,2%)	937 (8,2%)	440 (8,3%)	5.438
3 Médio Incompleto	1.174 (9,1%)	1.205 (9,5%)	879 (9,0%)	1.034 (9,3%)	1.104 (9,7%)	543 (10,2%)	5.939
1 Médio Completo	2.455 (19,0%)	2.578 (20,3%)	2.109 (21,6%)	2.453 (22,1%)	2.549 (22,3%)	1.251 (23,6%)	13.395
Superior Incompleto	323 (2,5%)	328 (2,6%)	246 (2,5%)	261 (2,4%)	294 (2,6%)	123 (2,3%)	1.575
Superior Completo	510 (3,9%)	480 (3,8%)	443 (4,5%)	479 (4,3%)	500 (4,4%)	222 (4,2%)	2.634
Não Se Aplica	69 (0,5%)	68 (0,5%)	56 (0,6%)	53 (0,5%)	52 (0,5%)	10 (0,2%)	308
Ignorado	3.385 (26,2%)	3.235 (25,5%)	2.510 (25,7%)	3.038 (27,4%)	3.172 (27,8%)	1.451 (27,3%)	16.791
Total	12.936	12.687	9.750	11.103	11.425	5.311	63.212

Fonte: MS/SVSA/DATHI/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Boletim Epidemiológico 2023.

Observação: Dados consolidados até 30/06/2023 conforme nota informativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi).

Um dos fatores que corroboraram para o início do processo de feminização foi a fatídica propagação da informação de grupos populacionais específicos possuírem um risco maior de contraírem o vírus, onde estavam inclusos usuários de drogas, profissionais do sexo e homens que faziam sexo com homens. Havia-se de fato um maior número de casos entre essas pessoas no início da epidemia em 1980, fator que reforçou o discurso e gerou preconceito contra estes indivíduos na população, principalmente à comunidade LGBTQIAPN+, motivo pelo qual limitou a infecção aos determinados grupos de risco (VOLPE, 2020).

Volpe (2020) argumenta que os demais grupos sociais desenvolveram uma falsa ideia de por não pertencerem ao “grupo de risco” do HIV eles estavam de certa forma imunes a contaminação, essa crença equivocada só começou a perder força no decorrer das duas últimas décadas (entre 2003 à 2023) com a crescente contaminação dos homens e mulheres heterossexuais. Entretanto no ano de 2023, mesmo com esse conceito banido da campanha de conscientização sobre HIV/AIDS, que vem sendo substituído pela palavra “situação de risco” ainda se tem resquícios da antiga expressão sendo utilizada de forma pejorativa na errada ideia de apenas homens homossexuais

contraírem a doença, sendo o uso do preservativo necessário para prevenir gravidez, podendo ser dispensado se a mulher utilizar outro método contraceptivo (BRASIL, 2021).

A discussão desses dados à luz da literatura existente permite um entendimento mais profundo sobre as dinâmicas da epidemia de HIV/AIDS entre mulheres no Brasil. Estudos como os de Volpe (2020) e Spader, Pires e Silva (2022) fornecem contextos valiosos para compreender como a percepção de "grupos de risco" evoluiu ao longo do tempo e como a desigualdade de gênero continua a influenciar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Essa análise mais crítica e conectada com a literatura enfatiza a importância de abordagens interdisciplinares e socialmente conscientes no combate à epidemia de HIV/AIDS entre a população feminina brasileira.

É por essa vertente que Spader, Pires e Silva (2022) discutem em seu artigo que além da falta ou dificuldade de acesso às informações, uma das linhas de contribuição para a ocorrência desse processo advém de uma desigualdade de gênero que deixa a mulher vulnerável ao “poder” do homem como em situações de violência doméstica, moral, patrimonial e sexual, com a violação de direitos, desigualdade e/ou dependência econômica. Culturalmente existe o ideal da mulher “boa moça” recatada e fiel que não pode ter tido relações com muitos homens enquanto o homem é incentivado a se relacionar com o máximo de mulheres, mesmo alguns já estando em um relacionamento.

Com o passar dos anos, o avanço das causas feministas, como a independência sexual e financeira, as mulheres possuíram mais autonomia nas escolhas de sua vida, entretanto quando se trata das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) encontram-se, ainda, uma grande exposição de risco enquanto mulheres cisgênero e heterossexuais dentro de relacionamentos com um parceiro fixo. Entre aquelas que possuem um relacionamento duradouro o uso do preservativo se torna dispensável por fazer uso de outros métodos contraceptivos e haver acima de tudo confiança no parceiro (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

A negociação de sexo seguro também apresenta dificuldades para as mulheres que não estão dentro de um relacionamento monogâmico, como a recusa do preservativo pelo homem usando desculpas do item ser apertado ou pequeno, do sexo ser melhor sem camisinha, para não se preocupar porque ele vai praticar o coito interrompido e por isso não haverá risco, existem casos em que o preservativo é retirado durante o ato sexual sem o consentimento da parceira, ato que configura crime de *Stealthing* (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

O crime de *Stealthing* é, de modo geral, a retirada do preservativo durante o ato sexual sem o consentimento da(o) parceira(o). Tornando assim, uma relação sexual consensual em não consensual. Um risco às pessoas que, por abuso, uso da força e violência psicológica, se veem coagidas a continuar o ato sexual. Surgindo mais uma fonte de contaminação e risco à saúde por essa prática abusiva, visível mais entre jovens ao redor do globo (COSTA et al, 2021).

O documento de Diretrizes e Estratégias para o Enfrentamento ao HIV/aids e Outras ISTs para Mulheres em Situação de Vulnerabilidade estima que em 2021 haviam 335 mil Mulheres Vivendo com o HIV/AIDS (MVHA) no Brasil, partindo desta estimativa 287 mil já possuíam conhecimento sobre seu diagnóstico. Com relação à adesão à terapia antirretroviral (TARV) foi dito que aproximadamente 231 mil estavam em tratamento, número que corresponde a 69% das MVHA e 81% das mulheres

diagnosticadas. Entre as mulheres em tratamento cerca de 87% conseguiram atingir a supressão viral em pelo menos 6 meses após o início da terapia (BRASIL b, 2023).

Um dos períodos da vida da mulher (A prevalência do HIV em gestantes é avaliada separadamente desde implementação da notificação compulsória em 2000, mas é importante citar que de 2018 a 2023 foram notificados 46.202 casos sendo a maior concentração no Sudeste, predominância de mulheres pardas, na faixa etária de 20 a 29 anos e o nível de escolaridade variável apresentando tendência de aumento. Foi observada uma redução dos diagnósticos através do pré-natal, parto e pós parto, em 2021 mais da metade das gestantes soropositivas conheciam seu diagnóstico. A taxa de detecção se mostra estável desde 2018 e sem observações de mudança no período da pandemia do COVID-19 (BRASIL, 2022 a).

A transmissão vertical representa um dos desafios críticos na luta contra a epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Quando diagnosticadas durante o pré-natal já recebem indicação de tratamento com antirretrovirais por todo o período da gestação, a terapia antirretroviral (TARV) é feita buscando reduzir a viremia, aumentar a contagem dos anticorpos TCD4+ para assim retardar a progressão para AIDS e impedir a transmissão vertical. Exposto isso o estudo de Villela e Barbosa (2017) argumenta uma falta de prioridade das mulheres no cenário da prevenção contra o HIV, já que as ações de conscientização voltadas ao sexo feminino se mantêm quase que restritas ao diagnóstico das gestantes objetivando-se impedir a transmissão vertical da mãe para a criança, ação que traz limitação de acesso às não gestantes e ao início do tratamento (BRASIL, 2023 c; FERREIRA, OLIVEIRA e PANIAGO, 2012).

A prevenção combinada faz uso de diferentes abordagens para corresponder às necessidades específicas de cada segmento populacional e as formas de transmissão. Ações que visam redução de risco/exposição são denominadas como intervenções biomédicas clássicas, que utilizam de barreiras físicas contra o vírus tal como o uso de preservativos femininos e masculinos, e intervenções biomédicas baseadas no uso antirretrovirais (ARV), que objetiva limitar a capacidade de infecção do HIV tratando a todos através do PEP e PrEP, ambos os métodos utilizados em grande escala no Brasil (BRASIL, 2017).

Também estão incluídas intervenções comportamentais e estruturais com ações que favorecem o aumento do acesso à informação tal qual a percepção do risco de exposição ao HIV, incentivos a mudança de comportamento e visitas ao serviço de saúde para testagem regular. Tendo em vista uma população prioritária (adolescentes e jovens, negros, indígenas e em situação de rua) que se encontra em situação de vulnerabilidade relacionadas às dinâmicas sociais locais (VERELLA, 2023).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou evidenciar a importância do tema considerando uma invisibilização do cuidado das mulheres para prevenção da infecção, visto que ainda se registra números consideráveis de notificações de infecções e óbitos mesmo com 40 anos de conhecimento do potencial do vírus da imunodeficiência humana. A partir das avaliações foi possível compreender o processo de feminização da epidemia de HIV/aids no Brasil, destacando a evolução ao longo do tempo devido às desigualdades sociais e à mudança no perfil epidemiológico. Historicamente disseminada entre grupos marginalizados pela sociedade que não possuíam o acesso necessário à saúde, a

contaminação mudou para o padrão conhecido atualmente com a transmissão heterossexual liderando o *ranking*.

A falta de atenção as mulheres por apresentarem baixos casos de contaminação às colocaram em uma situação de risco perante a sociedade em que a falta de conhecimento do potencial do vírus e o mecanismo de transmissão aumentou a vulnerabilidade destas dentro e fora de relacionamentos considerados seguros. Esse fenômeno resultou em um aumento substancial de casos entre mulheres, apontado como um dos principais aspectos do momento atual da epidemia.

Esta pesquisa também revelou uma discordância dos números de notificações entre os materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e a falta de um dado conjunto dos casos por UF diferenciado por sexo que possibilite mensurar quantas mulheres são afetadas em cada uma das regiões do país. Não foi encontrada uma fonte segura sobre possíveis notificações de HIV que evoluíram para AIDS, nem um protocolo que faça essa distinção. Expôs-se números altos das variáveis raça/cor, escolaridade e faixa etária com informações incompletas/ignoradas durante o registro das contaminações. São pontos que trazem a necessidade de maior atenção para a coletas de dados pelos digitadores de dados de saúde e outros profissionais envolvidos.

O compilado de dados reunidos deixam claro a importância de políticas públicas direcionadas a toda população e por mais que os números masculinos sejam mais expressivos as mulheres necessitam de políticas públicas voltadas para elas de forma contínua a fim de trazer mais conhecimento de forma efetiva e consequentemente melhorar a política de prevenção. Refletindo a importância de dialogar em unidades de saúde, equipes e gestores e formuladores de políticas questões aqui abordadas e verificadas, tais como medos e demais pontos sensíveis no campo da psicologia e da saúde pública, na qual a principal está a negociação do uso de preservativos em relações estáveis que se torna um desafio entre parceiros fixos e traz a possibilidade de transmissões de doenças se não acompanhados por profissionais de saúde.

O papel do biomédico pôde ser empregado em diversos momentos deste trabalho, como na área de virologia e imunologia na caracterização do vírus e seu mecanismo de ação, o comportamento dentro do organismo e o próprio funcionamento do sistema imunológico saudável/funcional e quando deprimido. Inclui-se a atividade laboratorial na realização dos testes diagnósticos e desenvolvimento de novos métodos de prevenção como a PrEP injetável, junto com estudos que facilitem o diagnóstico e todo o processo seguinte. No “campo” atuam na coleta e análise dos dados epidemiológicos, campanhas de conscientização com educação para população e os próprios funcionários de saúde. A multicapacitação do biomédico como profissional da saúde permite desempenho crucial na gestão da epidemia do HIV/AIDS com objetivo de promover a saúde pública.

Esses *insights* são fundamentais para entender a complexidade da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e a necessidade de abordagens que levem em conta as desigualdades de gênero e as especificidades do contexto brasileiro. Este estudo busca contribuir para uma vertente acadêmica e social, ampliando as discussões relativas ao planejamento de saúde pública que visem à prevenção e ao tratamento do HIV/aids, com um enfoque particular na população feminina.

REFERÊNCIAS

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2023**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Dez. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view>. Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desigualdade afeta acesso de mulheres a informações sobre HIV/AIDS**. Comitê de Políticas de Prevenção e Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres na UFPB, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2021. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/comu/contents/noticias/desigualdade-de-genero-afeta-acesso-de-mulheres-a-informacoes-e-tratamento-do-hiv-aids>>. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico do HIV 2014**. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_hiv_2014.pdf>. Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL b. Ministério da Saúde. **Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 1ª ed. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/diretrizes-e-estrategias-para-o-enfrentamento-ao-hiv_aids-e-outras-ists-para-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidades.pdf/view>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL c. Ministério da Saúde. **AIDS/ConecteSUS**, 2023. Disponível em: <<https://conectesus-paciente.saude.gov.br/publico/conteudo/artigo/63fcb02f78745c001e2b9df0>>. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL b. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Brasília, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf>. Acesso em: 12 set. 2023.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina**

Tropical, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/>>. Acesso em: 14 set. 2023.

CAMPANY, L. N. da S.; AMARAL, D. M.; SANTOS, R. N. de O. L. dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 374-383, 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021292475. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/>>. Acesso em: 26 set. 2023.

COSTA, G.K.F.; SILVA, M.N. da; ARCIPRETE, A.P.R.; MONTEIRO, J.C. dos S. Stealthing among university students: associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5bTSw4z5gNnYkdYhKfPDpPD/?lang=en>>. Acesso em: 4 nov. 2023.

FERREIRA, B.E.; OLIVEIRA, I.M.; PANIAGO, A.M.M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 75-84, Mar. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gcR5f64mhNxF3PDZrz6wdcH/>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 09, pp. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/sVhCTxtpTn8frtTHTDyNLS/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MOTTA-ROTH, D.; HENDGES, G.R. **Produção textual na universidade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ides/a/zkrZKf8CDYb7LCpXfQpdtSx/?lang=pt>>. Acesso em: 14 set. 2023.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, São Paulo, Abr./Jun. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>>. Acesso em: 14 set. 2023.

SANTOS, N.J.S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/yzrzd4rn3s8CNfpvVcW7S3m/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SANTOS, N.J.S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.602-618, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B8LmxH9RGg3mbSm34SGSBDD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, V. C. da. **Métodos diagnósticos de HIV**. 2021. \Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia da UFMG. Disponível em: <<https://www.farmacia.ufmg.br/pensandonisso/metodos-diagnostics-de-hiv/>>. Acesso em: 8 fev. 2023.

SOUZA JÚNIOR E. V, CRUZ D. P, CARICCHIO G. M. N, et al. Aspectos Epidemiológicos da Morbimortalidade pelo Vírus da Imunodeficiência Humana no Nordeste Brasileiro. **Rev Fund Care Online**. 2021 jan/dez; 13:144-149. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8025/pdf_1>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SPADER, A. R.; PIRES, F. S.; SILVA, N. M. da. Mapas corporais narrados: estudo de caso sobre cuidado e viver de mulheres com HIV. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1123-1138, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RjSgmz4bBdGdzW3krdZST3j/>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

STEPHENS, P.R.S. et al. **Capítulo 2: Virologia**. In: MOLINARO, E. et al. Conceitos e métodos para a formação de profissionais em laboratórios de saúde, v. 4, 2009. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap2.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2023.

UNAIDS. **HPV e HIV—dois vírus, uma resposta**, 2018. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2018/10/hpv-hiv-dois-virus-uma-resposta/>>. Acesso em: 17 set. 2023.

UNAIDS. **Prevenção Combinada**. 2022. Disponível em: <<https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>>. Acesso em: 12 set. 2023.

VARELLA, D. **Qual a Diferença entre a Nova Prep Injetável e a Prep Oral Disponível no SUS?**. 2023. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/infectologia/qual-a-diferenca-entre-a-nova-prep-injetavel-e-a-prep-oral-disponivel-no-sus/#:~:text=J%C3%A1%20a%20PrEP%20injet%C3%A1vel%20funciona,acompanhamen to%20m%C3%A9dico%20e%20testes%20regulares.>> Acesso em: 5 mar. 2024.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/gf5m59Nf8Cnhy98cDxPVn4F/?lang=pt>>. Acesso em: 5 out. 2023.

VOLPE, B. **A perigosa armadilha dos grupos de risco**. Agência de Notícias da Aids, 2020. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/a-perigosa-armadilha-dos-grupos-de-risco/>>. Acesso em: 14 set. 2023.

AGRADECIMENTOS

Possuo muitas pessoas a quem devo agradecer por me ajudarem a concluir mais uma etapa na minha formação, aos meus familiares (principalmente ao meu pai, irmãos e cunhado), amigos e namorado, colegas de turma e aos professores do CEUB/CAC, em especial ao Professor Bruno que me ajudou na escolha do tema e a Maria Creuza que me aceitou como sua orientanda, abraçou meu projeto quando ainda não era claro o caminho que seria seguido e continuou comigo apesar dos problemas que surgiram no meio do processo. Com mais um agradecimento especial a mim mesma por não desistir.