

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Diretrizes e
estratégias para
o enfrentamento
ao HIV/aids
e outras ISTs
para mulheres
em situação de
vulnerabilidades**

Brasília – DF
2023



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades



Brasília – DF
2023

2023 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis
SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar –
CEP 70.719-040 – Brasília/DF
Tel: (61) 3315-7669
Site: <https://www.gov.br/aids/pt-br>
E-mail: cgist@aids.gov.br

Coordenação-geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Maria Clara Gianna

Comitê editorial:

Draurio Barreira
Ethel Leonor Noia Maciel

Organização:

Ana Roberta Pati Pascom
Carina Bernardes Sousa
Fabrícia de Souza Tavares
Leila Suely Araujo Barreto
Kátia Maria Barreto Souto
Márcia Rejane Colombo
Maria da Guia de Oliveira
Pâmela Cristina Gaspar
Sérgio Ferreira Júnior
Wilza Vieira Villela

Grupo de Trabalho "Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades":

Akemi Kamimura
Alaine Arruda
Aline Ludmilla de Jesus
Ana Roberta Pati Pascom
Andrea Gallerani
Aranaí Sampaio Diniz Guarabyra
Camila Baccin
Carina Bernardes Sousa
Carolina Cunha
Cláudia Fonseca Santamarina

Diego Emilio Romero Rovaris
Francisco Norberto Moreira da Silva
Gilvane Casimiro da Silva
Helena Ferreira Magalhães
Heliana Moreira
Jenice Pizão
Kátia Maria Barreto Souto
Leila Suely Araújo Barreto
Maíra Taques dos Santos Christ
Marcus Vinicius Peixinho
Maria da Guia de Oliveira
Nádia Machado
Nair Brito
Nara Denilse de Araújo Santos
Nara Fagundes Correia
Nathália Souza
Patrícia Werlang
Pisci Bruja Garcia de Oliveira
Renata Soares de Souza
Sabrina Rodrigues da Silva Nascimento
Sérgio Ferreira Júnior
Sílvia Andrea Viera Aloia
Tannira Bueno
Tatiane Parra RodaThaís Senra
Thereza De Lamare Franco Netto
Vitor Venâncio Pires Carvalho Lima
Wilza Vieira Villela

Editoria científica:

Guilherme Loureiro Werneck
Maryane Oliveira Campos
Paola Barbosa Marchesini

Produção:

Edgard Rebouças

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Eireli
Elton Mark e Marcus Vininius

Normalização:

Valéria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

50 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estrategias_mulheres_vulnerabilidade.pdf
ISBN 978-65-5993-468-3

1. Mulheres. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. Infecções Sexualmente Transmissíveis. I. Título.

CDU 616-022.3-055.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0286

Título para indexação:

Guidelines and strategies for confronting HIV/AIDS and other STIs for women in vulnerable situations

Sumário

Apresentação	4
1 Antecedentes	6
2 Cenário epidemiológico: mulheres, HIV/aids e outras ISTs	9
2.1 Mulheres e ciclos de vida	10
2.2 Mulheres e HIV/aids	11
2.3 Monitoramento clínico de mulheres vivendo com HIV e aids	12
2.4 Transmissão vertical do HIV	13
2.5 HIV/aids e a coinfeção com a tuberculose	14
2.6 Acesso às profilaxias do HIV	15
2.7 Mulheres e sífilis	16
2.8 Mulheres e hepatites virais	17
2.9 Mulheres e o HTLV	18
2.10 Mortalidade materna	19
2.11 Gravidez na adolescência	20
2.12 Adolescentes, violência autoprovocada e violência sexual	20
2.13 Mulheres e suicídio	21
2.14 Mulheres e violências	21
2.15 Mulheres e drogas	23
2.16 Mulheres e privação de liberdade	24
2.17 Mulheres em audiência de custódia	25
3 Contextualização	26
3.1 Vulnerabilidades e saúde	27
3.2 Gênero e saúde	28
3.3 Racismo e desigualdade étnico-racial	29
3.4 Estigma e saúde	30
3.5 Equidade em saúde	30
4 Objetivo	32
5 Diretrizes	33
5.1 Integralidade da atenção e do cuidado à saúde	34
5.2 Interseccionalidade	34
5.3 Transversalidade de gênero e étnico-racial	34
5.4 Equidade em saúde	34
5.5 Determinantes sociais em saúde	35
5.6 Direitos humanos	35
5.7 Participação social	35
5.8 Regionalização do Sistema Único de Saúde	35
6 Estratégias	36
6.1 Intersetorialidade	37
6.2 Intrasetorialidade	37
6.3 Gestão participativa e governança	38
6.4 Vigilância em saúde e produção de conhecimento	38
6.5 Integralidade do cuidado à saúde	39
6.6 Educação permanente e educação popular em saúde	40
6.7 Comunicação	40
6.8 Participação e controle social	41
6.9 Monitoramento e Avaliação	41
7 Considerações finais	42
Referências	44

Apresentação

Este documento apresenta as diretrizes e estratégias intra e intersetoriais propostas para o enfrentamento ao HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) para mulheres em situação de vulnerabilidades, subsidiando ações a serem pactuadas e desenvolvidas com vistas à redução dessas doenças e infecções, considerando as especificidades e as interseccionalidades entre gênero, raça/cor, etnia e classe.

As diretrizes e estratégias propostas reiteram a necessidade de revisão do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, de 2007 (BRASIL, 2007) e orientam os marcos para a formulação das ações estratégicas a serem implementadas, com ênfase na integralidade do cuidado em saúde e no acesso equânime das mulheres cisgênero, transgênero e travestis à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do HIV/aids e das ISTs. Além disso, pretendem integrar esforços para o enfrentamento às diversas formas de violência contra as mulheres, incluindo a lesbofobia e a transfobia; o combate ao racismo; a redução da pobreza; a garantia da educação em saúde sexual e reprodutiva para mulheres adolescentes e jovens; o reconhecimento e superação do estigma relacionado ao HIV; e o respeito aos direitos humanos.

Essas diretrizes estão alinhadas com as prioridades da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), no compromisso com a implementação da Agenda 2030 para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) visando a eliminação de doenças e agravos de importância para a saúde pública no Brasil até 2030. Destacam-se, no compromisso com a Agenda 2030, as metas relacionadas ao ODS 1: erradicação da pobreza; ao ODS 3: promoção da saúde e do bem-estar; ao ODS 5: promoção da igualdade de gênero; ao ODS 10: redução das desigualdades; e ao ODS 16: acesso à justiça (BRASIL, 2022a, ONU, 2015).

O cenário epidemiológico, os contextos e os conceitos apresentados chamam a atenção para os diferentes ciclos de vida das mulheres e orientam a compreensão das dimensões relacionadas à vigilância, à prevenção, ao diagnóstico e ao cuidado integral a essa população, de forma articulada com a promoção dos direitos, a proteção social e o empoderamento econômico de todas as mulheres.

Parte-se do pressuposto de que os marcadores sociais de diferença, como *status* socioeconômico, raça/cor e etnia, diversidade cultural, territorialidade, sexualidade, geração, deficiência e outros elementos, atuam em sinergia com o gênero e criam situações de extrema vulnerabilidade ao HIV/aids e outras ISTs, e de que a infecção pelo HIV e outras ISTs em mulheres é um indicador sensível do impacto das diferentes desigualdades sobre a saúde feminina.

Observa-se, além disso, que as mulheres mais afetadas pelo HIV/aids e outras ISTs vivem geralmente em contextos ou situações em que esses fatores se sobrepõem e podem gerar violações de direitos extensíveis a todas as mulheres, as quais são vulnerabilizadas por diferentes interseccionalidades – produzindo barreiras estruturais frente às possibilidades de realizar e de manter mudanças que minimizem os riscos de infecção.

Exemplo dessas situações são violências baseadas em gênero, raça e etnia e nas desigualdades de renda, além dos estigmas e discriminações relacionados à situação de rua, à privação de liberdade e/ou ao cumprimento de medidas socioeducativas, ao exercício do trabalho sexual e ao uso de álcool e outras drogas, entre outras. Como agravante, tem-se a falta de acesso equitativo à proteção social e às informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, as presentes diretrizes e estratégias buscam reconhecer e contextualizar essa problemática a partir dos determinantes sociais em saúde que atuam de forma transversal, em especial em relação a gênero, raça e identidade de gênero, os quais contribuem para situações de maior vulnerabilidade ao HIV/aids e outras ISTs.

Destaca-se, na formulação destas diretrizes, a participação direta de mulheres vivendo com HIV como representantes da sociedade civil, de forma conjunta com instituições governamentais, agências internacionais, sociedades científicas e áreas técnicas gestoras em políticas de vigilância, de saúde da mulher e de saúde de adolescentes e jovens.

Este documento apresenta-se como importante instrumento de indução para a revisão de planos nacionais e estaduais de ações territoriais em saúde, convidando à adesão de gestores(as) estaduais e municipais, trabalhadores(as) da saúde e da sociedade civil a somarem esforços na resposta ao enfrentamento ao HIV e outras ISTs em mulheres no país.



1 Antecedentes

A elaboração deste documento baseou-se na necessidade de revisão do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, de 2007, e de sua versão revisada em 2009 (BRASIL, 2009a), com atenção à Análise de Situação e Proposta de Monitoramento, de 2010 (BRASIL, 2010), documentos que subsidiaram ações em vigilância, assistência e cuidado integral às mulheres.

Reconhece-se a importância do Plano de 2007 para a maior visibilidade da epidemia do HIV entre as mulheres no âmbito dos instrumentos institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e das parcerias estabelecidas, observando-se que parte dos seus objetivos foram atingidos e que as principais diretrizes permanecem atuais. Do mesmo modo, seu objetivo central de promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, por meio de ações intersetoriais capazes de ampliar o acesso a insumos de proteção, prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs e da aids para mulheres em situação de vulnerabilidades, persiste até hoje.

Também permanece o desafio de “traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres [às] IST e [ao] HIV/aids em ações concretas, que assegurem o acesso aos métodos de prevenção disponíveis [...] e [à] assistência de qualidade” (BRASIL, 2007).

Reforça-se a necessidade de contextualizar a epidemia do HIV em mulheres, considerando as singularidades e diversidades femininas, as vulnerabilidades sociais, a interseccionalidade de gênero, classe, raça/cor, etnia e idade, as percepções sobre riscos, violências e discriminação e suas repercussões na saúde das mulheres nas diferentes regiões do país.

É necessário considerar as mudanças do perfil epidemiológico da população – que evidenciam um quadro de epidemia concentrada no Brasil, com dados desproporcionais de prevalência do HIV em alguns segmentos quando relacionados à população geral – assim como a resposta combinada de diferentes intervenções desenvolvidas nas últimas décadas, que trouxeram avanços, mas ainda apontam para desafios regionais no enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs, além de fatores associados às infecções, com ênfase nas especificidades das mulheres.

Para tal, destaca-se a necessidade de diagnósticos situacionais atualizados e localizados, que subsidiem a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações estratégicas para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs às mulheres no país, com efetiva participação social.

A presente proposta tem como marco histórico a retomada da participação do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS) no debate intitulado “A Inclusão Social de Mulheres Soropositivas”, promovido pela Câmara dos Deputados, em março de 2022.

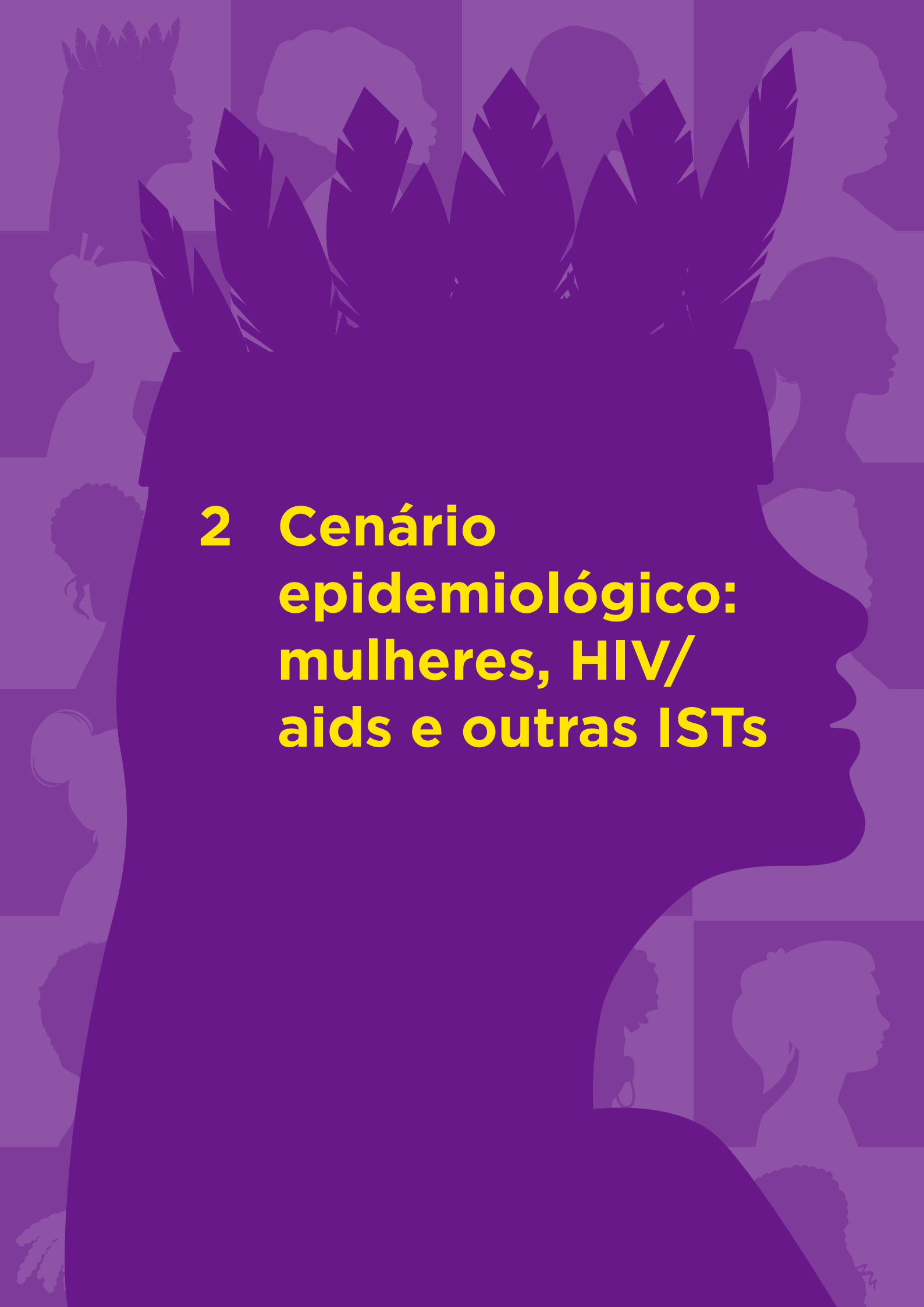
Em atenção a essa incidência e às prioridades relacionadas à redução da transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B, e à ampliação do acesso às ações de prevenção e promoção da saúde das populações mais vulneráveis, no dia 28 de abril de 2022, o Dathi/SVSA/MS, por meio da Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST), da Coordenação Geral de Vigilância do HIV e das Hepatites Virais (CGHV) e da Área de Prevenção,

organizou uma reunião com o Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas (MNCP), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), a Área da Gerência de Vigilância Epidemiológica/CRT/CE-DST/AIDS/SP e pesquisadoras em Saúde da Mulher e HIV em pessoas trans, travestis e negras, que participaram do debate.

O objetivo da reunião foi propiciar um diálogo sobre ações de enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades, com vistas à constituição de uma agenda intersetorial com a participação da sociedade civil, a fim de contribuir para o fortalecimento de respostas no âmbito das políticas de promoção da saúde, assistência e prevenção.

Como desdobramento desse debate, e buscando uma metodologia de trabalho que contemplasse diferentes olhares e necessidades, foram realizados, a partir de abril de 2022, encontros virtuais mensais com representantes de organizações governamentais e não governamentais, pesquisadoras e representantes de organismos internacionais comprometidos com a saúde das mulheres, adolescentes e jovens e, em especial, com o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs.

Esses encontros tiveram como produto o estabelecimento das presentes diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres, com o objetivo de orientar a revisão do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST” e de induzir a implementação de ações que operem nos diferentes níveis de governança – federal, estadual e municipal –, contribuindo para promover a prevenção do HIV e outras ISTs entre as mulheres e ampliando a atenção à saúde integral de mulheres vivendo com HIV/aids em sua diversidade e pluralidade feminina.



2 Cenário epidemiológico: mulheres, HIV/ aids e outras ISTs

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, a população brasileira era estimada em 214.747.509 habitantes; destes, 108.954.822 (50,7%) eram mulheres e, na população acima de 50 anos, elas também formavam a maioria (51,1%), sugerindo a importância de políticas/ações específicas também para essa faixa etária (IBGE, 2019).

Em relação à epidemia de HIV/aids, as violências de gênero apresentam correlações que incidem fortemente na população feminina. Ainda que todas as mulheres sejam suscetíveis às violências e à infecção pelo HIV e outras ISTs, há maior vulnerabilidade em alguns grupos, principalmente entre mulheres transgênero, jovens, negras, de baixa renda, que usam álcool e outras drogas ou parceiras de usuários, que exercem trabalho sexual e também aquelas em situação de privação de liberdade e/ou rua (SANTOS *et al.*, 2009; HATCHER *et al.*, 2015; GARCÍA-MORENO *et al.*, 2006; UNODC, 2018).

2.1 Mulheres e ciclos de vida

É importante pensar as mulheres considerando os seus ciclos de vida, que compreendem o processo de transformação do ser humano desde seu nascimento até o fim da vida. Esses ciclos (infância, adolescência, juventude, fase adulta e velhice) são as expressões das interações do biológico com o socioambiental, interações essas que também condicionam o processo saúde/doença (MÜLLER, 2013).

Com o desenvolvimento econômico e tecnológico, há uma alteração importante na expectativa de vida da população e na organização social e econômica do mundo do trabalho. Os avanços tecnológicos também incidem na saúde, modificando o perfil dos adoecimentos.

As desigualdades de gênero, raça/cor e etnia impactam de forma diferenciada mulheres e homens.

A transição demográfica e epidemiológica atual vem modificando os padrões de mortalidade, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações sociais e econômicas. Portanto, é fundamental considerar essa transição e a importância dos ciclos de vida, contextualizando os sujeitos individuais e sociais e tendo em vista que o adoecimento é uma intercorrência do ambiente, do modo de vida e das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Considerar os ciclos de vida permite realizar ações integrais

durante todas as etapas da vida dos sujeitos, inter-relacionando-as com o cuidado à saúde e a diversidade feminina, além de articular as interseccionalidades com a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de mulheres em sua pluralidade.

2.2 Mulheres e HIV/aids

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2021 informa que, no período entre 2011 e 2021, foram detectados 344.768 casos de HIV no país; destes, 100.679 casos (29,2%) ocorreram na população feminina. Entre as mulheres, observa-se maior proporção dos casos na faixa etária de 30 a 34 anos (14,8%), seguida das faixas de 25 a 29 anos (14,6%), de 35 a 39 anos (13,6%) e de 20 a 24 anos (13,1%). Com referência à raça/cor, 56,7% das mulheres eram negras, sendo destas 43,6% pardas e 13,1% pretas (BRASIL, 2021a).

Quanto à aids, no período entre 2010 e 2020, foram notificados 409.958 casos no país, sendo 134.033 (32,7%) em mulheres, com maior proporção na faixa etária de 35 a 39 anos (15,2%), seguida pelas de 30 a 34 anos (14,6%) e de 25 a 29 anos (11,9%). A maior parte dos casos femininos concentraram-se nas mulheres pardas (41,9%) e brancas (38,8%), seguidas pelas pretas (11,6%), amarelas (0,5%) e indígenas (0,4%) (BRASIL, 2021a).

Foi observada uma redução do coeficiente de mortalidade por aids na população feminina, que passou de 4,3/100.000 hab. em 2011 para 3,1/100.000 hab. em 2020 (BRASIL, 2021a).

O Boletim não traz informações sobre HIV/aids em trabalhadoras do sexo, usuárias de drogas, mulheres privadas de liberdade e na população transgênero (BRASIL, 2021a). No entanto, alguns autores referiram que a prevalência do HIV entre travestis e mulheres trans em um estudo realizado em 12 capitais do país variou entre 19,7% e 63,3% (BASTOS; COUTINHO; MALTA, 2018). Outros autores observaram uma prevalência de 5,6% na população de mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo (DAMACENA *et al.*, 2011). Embora não existam estimativas de prevalência globais desagregadas por gênero para HIV e hepatite C, muitos estudos, em múltiplos contextos, têm relatado que mulheres que usam drogas apresentam maior vulnerabilidade e risco ao HIV e/ou hepatite C se comparadas aos homens, particularmente as mulheres jovens e aquelas que iniciaram recentemente o uso de drogas (UNODC, 2018).

2.3 Monitoramento clínico de mulheres vivendo com HIV e aids

A cascata de cuidado contínuo surgiu como uma estratégia para a supressão da carga viral (CV) do HIV. Esse modelo de cuidado visa envolver e apoiar as equipes de saúde na busca de esforços para alcançar, testar, tratar e reter as populações acometidas pela infecção, engajando-as nos serviços disponíveis. Ao mesmo tempo, o modelo também tem o objetivo de abordar barreiras estruturais, que incluem estigmatização, discriminação, violência de gênero e, em muitos casos, criminalização (MIRANDA *et al.*, 2018).

Em 2021, havia uma estimativa de 335 mil mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA) no país, das quais 86% (287 mil) haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente 231 mil delas estavam em terapia antirretroviral (Tarv), o que corresponde a 69% das MVHA e 81% das diagnosticadas. Das MVHA em Tarv, aproximadamente 87% atingiram supressão viral pelo menos seis meses depois do início do tratamento (BRASIL, 2022b).

Nas comparações entre homens e mulheres, nota-se que os homens vivendo com HIV/aids (HVHA) apresentam resultados melhores que as mulheres em relação ao acesso ao diagnóstico, à vinculação e retenção nos serviços, à adesão ao tratamento e à supressão viral (BRASIL, 2022b).

Entre 2012 e 2021, a proporção de MVHA com idade superior a 2 anos que se apresentaram tardiamente aos serviços de saúde, ou seja, com $CD4 < 350$ células/mm³, permaneceu em torno de 44%. Em todo o período, esse percentual foi ligeiramente inferior ao observado entre os homens, que, ao contrário, apresentou tendência decrescente no período analisado (BRASIL, 2022b).

Durante o mesmo período, em torno de um quarto das mulheres se apresentaram aos serviços de saúde com $CD4 < 200$ células/mm³. Além disso, em torno de um terço das MVHA e dos HVHA (27%) iniciaram Tarv com doença avançada (BRASIL, 2022b).

A proporção de MVHA elegíveis à Tarv e que iniciaram tratamento apresentou comportamento semelhante àquela observada entre HVHA, para todas as categorias analisadas. Em 2021, 67% das MVHA e 68% dos HVHA iniciaram a terapia em até um mês do primeiro exame de linfócitos T-CD4+. O tempo mediano entre o primeiro CD4 e o início da Tarv observado, em 2021, foi de 22 e 21 dias, para MVHA e HVHA, respectivamente, após redução progressiva no período analisado para ambos os sexos, sendo mais expressiva entre as mulheres (BRASIL,2022b).

A proporção de MVHA com 2 anos de idade e mais em Tarv há pelo menos seis meses com CV inferior a 1.000 cópias/mL e 50 cópias/mL foi menor do que a de HVHA, durante todo o período analisado. Em 2021, 96% dos homens e 94% das mulheres em Tarv apresentaram supressão viral, considerando o corte de 1.000 cópias/mL, e 91% e 88%, respectivamente, considerando o corte de 50 cópias/mL. Observa-se, ainda, que a proporção de MVHA em Tarv há pelo menos dois anos com supressão viral sustentada (CV<50 cópias/mL) foi de 75%, em comparação à observada entre os HVHA, que foi de 80% (BRASIL, 2022b).

2.4 Transmissão vertical do HIV

Conforme o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2021, no Brasil, entre os anos de 2011 e 2021, ocorreram 80.960 casos de gestantes infectadas pelo HIV. Verificam-se maiores proporções nas faixas etárias de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos (26,2% e 24,9%, respectivamente) e nas mulheres com ensino fundamental incompleto (23,3%). Segundo raça/cor, a maior parte dos casos ocorreu entre as gestantes pardas (45,1%), seguidas pelas brancas (35,1%), pretas (14,1%), amarelas (0,6%) e indígenas (0,4%).

Um estudo nacional publicado em 2016 mostrou uma prevalência de 0,38% de HIV em gestantes (PEREIRA *et al.*, 2016).

O Brasil compõe um grupo de países junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) que estão engajados na eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV como problema de saúde pública. A TV do HIV pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no aleitamento. A principal estratégia de prevenção se dá durante o pré-natal, com diagnóstico oportuno e tratamento, o que leva à diminuição da carga viral da gestante e à interrupção da cadeia de transmissão para criança (BRASIL, 2019; 2021 b).

O país vem unindo esforços há 40 anos entre Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, serviços de saúde, organizações da sociedade civil, universidades e diversas instituições parceiras envolvidas no enfrentamento à epidemia de HIV/aids. O sucesso das ações para a prevenção da TV do HIV implementadas ao longo dos anos acompanhou as inovações mundiais na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, que se demonstraram efetivas na redução substancial dos casos no país. Como exemplo, pode-se citar a implantação de testes rápidos para o diagnóstico de HIV no

âmbito do pré-natal nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e as medidas de profilaxia direcionadas para MVHA (BRASIL, 2012).

O empenho ao longo dos anos culminou na aproximação dos índices do Brasil como um todo aos parâmetros da OMS para eliminação da transmissão vertical de HIV como problema de saúde pública. Os dados variam entre as regiões e Unidades Federativas, que estão sensibilizadas para a priorização de ações direcionadas à eliminação da TV de acordo com suas especificidades, promovendo discussões nos comitês de investigação de casos para identificação de falhas e instituição de melhorias.

2.5 HIV/aids e a coinfeção com a tuberculose

No Brasil, de 2011 a 2019, a proporção de casos novos de tuberculose (TB) com teste positivo de HIV cresceu vertiginosamente. Em 2020, foram registrados 7.038 casos de coinfeção TB-HIV e, destes, 26% ocorreram em mulheres.

Com base nos dados gerais referentes à raça/cor, observa-se que, de 2010 a 2020, a maior parte dos casos de coinfeção ocorreu entre as pessoas autodeclaradas pretas ou pardas, com incremento de 11,1% no percentual entre 2010 e 2020. Em relação às características clínicas da doença, em 2020, as pessoas com coinfeção TB-HIV apresentaram maior proporção da forma clínica extrapulmonar (18,8%) do que as pessoas com TB sem infecção pelo HIV/aids (12,3%). No que se refere às situações de vulnerabilidade, entre os casos novos com coinfeção TB-HIV em 2020, 5,2% eram pessoas em situação de rua, 6,5% eram pessoas privadas de liberdade, 1,2% eram profissionais de saúde, 0,8% eram imigrantes e 6,1% eram pessoas beneficiárias de algum programa de transferência de renda do governo. Quanto às comorbidades, 5,0% eram pessoas com diabetes e 21,5% faziam uso de álcool (BRASIL, 2022c).

2.6 Acesso às profilaxias do HIV

Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

A PrEP é uma estratégia adicional de prevenção e não precisa necessariamente ser usada até o final da vida de maneira ininterrupta. Se uma pessoa decidir utilizar outro método preventivo ou seu contexto de vida mudar de alguma forma, ela pode escolher descontinuar ou interromper o uso da PrEP. A mesma pessoa pode optar por reiniciar o uso da profilaxia, caso se encontre novamente em risco de adquirir HIV e decida que a PrEP é a melhor estratégia para se prevenir (BRASIL, 2022d).

Em dezembro de 2021, 29.989 pessoas estavam em PrEP, isto é, tiveram pelo menos uma dispensação da profilaxia e não descontinuaram o seu uso, ou, se descontinuaram,

voltaram a usá-la. Do total de dispensações realizadas de 2018 a 2021, 10% correspondiam à população feminina (7% mulheres cisgênero, 3% mulheres trans e travestis). Tanto as mulheres cis quanto as mulheres trans e travestis apresentaram maiores proporções de uso da PrEP na faixa etária entre 30 e 39 anos (37% e 36%, respectivamente). Entre as mulheres cis, a segunda maior proporção de uso foi observada na faixa etária de 40 a 49 anos (27%), enquanto entre as mulheres trans e travestis foi a de 25 a 29 anos (26%). Na variável escolaridade, verificou-se maior proporção de uso na faixa de 8 a 11 anos de estudo (46% mulheres cis; 47,0% mulheres trans e travestis). Em relação à raça/cor, a maior parte das mulheres usuárias cis (58,0%) e das mulheres usuárias trans e travestis (53%) autodeclararam-se negras. Do total de usuárias(os) da PrEP, 8% declararam ter realizado trabalho sexual e, destes, observou-se maior proporção entre as mulheres trans e travestis (49,0%) quando comparadas às mulheres cis (17%). Observou-se que, do total das pessoas que acessaram a PrEP, 35% declararam ter feito uso de álcool e outras drogas nos três meses anteriores à dispensação da profilaxia, com maior proporção entre as mulheres trans (43%) e menor entre as mulheres cis (16%) (BRASIL, 2022d).

No momento do último atendimento realizado, 79% do total de usuáries(as) em PrEP relataram ter tomado todos os comprimidos nos últimos 30 dias. Observou-se que, entre as mulheres trans e travestis, houve maior número de pessoas que relataram não ter tomado cinco ou mais comprimidos nos últimos 30 dias, totalizando 9% (BRASIL, 2022d).

Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)

No período entre 2018 e 2021, foram registradas 237.327 dispensações de PEP no país; destas, 85.473 (36%) ocorreram para mulheres cis e 5.234 (2%) para mulheres trans e travestis.

Destaca-se que os campos referentes à raça/cor e escolaridade foram inseridos no formulário de dispensação de PEP em agosto de 2022 e, portanto, as análises dessas variáveis são parciais. Em 2022, em relação à variável faixa etária, observa-se que em ambos os grupos houve maior concentração de uso da PEP na faixa de 25 a 39 anos (mulheres trans 52,5%; mulheres cis 46,6%), seguida da faixa de 15 a 24 anos (mulheres trans 34%; mulheres cis 26%). Na variável raça/cor, de agosto a dezembro

de 2022, verificou-se maior proporção de uso entre aquelas autodeclaradas brancas/amarelas (mulheres cis 49%; mulheres trans 47%), seguidas das autodeclaradas negras (mulheres trans 44%; mulheres cis 40%). Com referência à escolaridade, de agosto a dezembro de 2022, observou-se maior proporção de uso da PEP na faixa de 12 anos ou mais de estudo (mulheres trans 50%; mulheres cis 47%), seguida da faixa de 8 a 11 anos (mulheres trans 29%; mulheres cis 26%). Em relação ao tipo de exposição, verifica-se que, entre as mulheres trans, 86% referiram exposição sexual consentida, seguida dos acidentes com objetos perfurocortantes (11%) e violência sexual (3%). Entre as mulheres cis, 51% buscaram a PEP em acidentes ocupacionais, seguidos de exposição sexual consentida (36%) e violência sexual (13%) (BRASIL, 2022e).

2.7 Mulheres e sífilis

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2022, de 2011 a 2021 foram notificados 913.537 casos de sífilis adquirida, sendo que 362.220 (39,7%) ocorreram na população feminina (BRASIL, 2022f).

A maior parte dos casos em ambos os sexos está centrada na faixa etária de 20 a 29 anos (35,1%) e com ensino médio completo (18,3%). Segundo a raça/cor, houve maior proporção de casos entre as pessoas negras (45,7%) quando comparadas às brancas (37,1%) (BRASIL, 2022f).

No mesmo período, foram notificados 412.625 casos de sífilis em gestantes, com maiores proporções na faixa etária de 20 a 29 anos (53,6%), seguida pela faixa de 15 a 19 anos (24,7%). Em relação à escolaridade, houve maior proporção entre aquelas que possuíam da 5ª à 8ª série incompleta (24,7%), seguidas pelas que tinham o ensino médio completo (18,4%). Em relação à raça/cor, observa-se maior proporção entre as gestantes negras (61,9%) quando comparadas às brancas (29,0%) (BRASIL, 2022f).

Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis, observa-se que, em 2021, cerca de 63,0% das mulheres grávidas foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestre de gestação, ou seja, em tempo oportuno para iniciar o tratamento e evitar a transmissão vertical. Ao longo da série histórica, nota-se, positivamente, que o percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre tem aumentado, passando de 23,1% em 2011 para 42,2% em 2021 (BRASIL, 2022f).

Em 2021, do total de casos de sífilis congênita registrados, 25.243 (93,4%) nasceram vivos e, desse total, 24.252 (96,1%) foram diagnosticados na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 93,3% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,8% como aborto por sífilis, 2,8% como natimorto e 0,1% (27 casos) como sífilis congênita tardia (BRASIL, 2022f).

2.8 Mulheres e hepatites virais

Conforme o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2022, nesse ano, foram notificados 718.651 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 23,4% são referentes aos casos de hepatite A; 36,6% aos de hepatite B; 38,9% aos de hepatite C e 0,6% aos de hepatite D (BRASIL, 2022g).

Em relação à hepatite A, 43,7% dos casos ocorreram na população feminina, com maior concentração na faixa etária de 5 a 9 anos (30,2%). No mesmo ano, foram registradas 890 mortes por hepatite A e, destas, 44,3% ocorreram em mulheres.

Em ambos os sexos, foi observado um declínio do coeficiente de mortalidade por hepatite A, que passou de 0,02 para 0,01/100.000 habitantes (BRASIL, 2022g).

Hepatite B

Em 2022, foram notificados 150.761 casos de hepatite tipo B; destes, 67.620 (44,8%) ocorreram na população feminina, com maior concentração dos casos na faixa etária de 25 a 29 anos (13,6%), seguida pela faixa de 30 a 34 anos (13,0%) (BRASIL, 2022g).

Em ambos os sexos, em relação à escolaridade, houve maior proporção entre os indivíduos com ensino médio completo (18,5%). Foi observada maior concentração dos casos entre as pessoas autodeclaradas negras (27,3%) quando comparadas às brancas (19,7%). A via sexual representou a maior fonte/mecanismo de infecção (22,7%) (BRASIL, 2022g).

No período entre 2010 e 2020, ocorreram 4.927 óbitos por hepatite B; destes, 1.326 (27,0%) se deram na população feminina. Observou-se um decréscimo do coeficiente de mortalidade por hepatite B nesse grupo, que passou de 0,2 para 0,1/100.000 hab. (BRASIL, 2022g).

Hepatite B e gestantes

Do total de casos de hepatite B notificados no Brasil de 2011 a 2021, 16.011 (10,6%) ocorreram em gestantes. A distribuição dos casos acumulados de hepatite B detectados no momento da gestação, segundo faixa etária, escolaridade e raça/cor, mostra que a maioria dessas pessoas tinham idade entre 20 a 29 anos (43,1%), possuíam entre a 5ª e a 8ª série incompleta (24,3%) e eram autodeclaradas pretas ou pardas (56,6%) (BRASIL, 2022g).

Hepatite C

De 2011 a 2021, foram notificados 196.356 casos confirmados de hepatite C, sendo 85.112 (43,4%) na população feminina. Ainda em 2021, dos casos com informação

referente à raça/cor, 46,9% foram referidos como brancos, 31,7% como pardos, 9,3% como pretos, 0,9% como amarelos e 0,2% como indígenas. Entre as mulheres, observou-se maior proporção de casos na faixa etária 60 anos ou mais (30,3%) e com ensino médio completo (17,4%) (BRASIL, 2022g).

Os óbitos por hepatite C são a maior causa de morte entre as hepatites virais. De 2010 a 2020, foram notificados 20.010 óbitos por hepatite C; destes, 7.885 (39,4%) ocorreram em mulheres. Foi observado um declínio do coeficiente de mortalidade por hepatite C na população feminina, que passou de 0,8 em 2010 para 0,4/100.000 habitantes em 2020. Nesse mesmo período, a razão de mortalidade entre os sexos (M:F) passou de 1,4 para 1,7 homens para cada mulher (BRASIL, 2022g).

No período de 2011 a 2021, 7,5% (14.669) do total de casos notificados de hepatite C apresentaram coinfeção com o HIV. Observou-se, ao longo desses anos, uma redução no percentual de coinfeção, que passou de 8,0% em 2011 para 7,6% em 2021. Quanto ao coeficiente de mortalidade por hepatite C como causa básica, observou-se uma tendência de estabilização no Brasil como um todo nos últimos dez anos (BRASIL, 2022g).

2.9 Mulheres e o HTLV

O HTLV é um retrovírus que infecta humanos, com tropismo aos linfócitos T, que são células de defesa do organismo. Existem quatro subtipos do HTLV, mas somente os subtipos 1 e 2 circulam em território brasileiro até o momento. O HTLV-1/2 pode ser transmitido por meio de relação sexual desprotegida, compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, transfusão sanguínea, transplante de órgãos e de mãe para filho, por via placentária, durante o parto e, principalmente, por aleitamento materno (transmissão vertical). A infecção pelos vírus pode ocasionar infecções assintomáticas em grande parte das pessoas, mas estima-se que 5% a 10% apresentarão manifestação clínica, como doenças neurológicas (mielopatia associada ao HTLV-1 – HAM), hematológicas (leucemia linfoma de células T do adulto – ATLL), pulmonares, oftalmológicas, dermatológicas, urológicas, intestinais e articulações, entre outros. Uma meta-análise recente confirmou que o HTLV-1 está associado a pelo menos 16 manifestações clínicas, incluindo aumento de severidade em casos de coinfeção com agentes como *Strongyloides stercoralis* e *Mycobacterium tuberculosis* (SCHIERHOUT *et al.*, 2020; BRASIL, 2009c; BRASIL, 1993).

Estima-se que cerca de 800 mil pessoas estejam infectadas pelo HTLV-1 no Brasil. Também se observa que a prevalência da infecção pelo HTLV-1 é maior em mulheres negras/pardas, com menor escolaridade, e nas pessoas de mais idade, devido ao aumento da probabilidade de aquisição do HTLV ao longo do tempo (GESSAIN, CASSAR, 2012; CARNEIRO-PROIETTI *et al.*, 2006; MOTA *et al.*, 2006).

A prevalência da infecção pelo HTLV-1/2 em gestantes varia de 0 a 1,05%. As maiores prevalências em gestantes são observadas nas regiões Norte e Nordeste, com o estado da Bahia apresentando a maior prevalência. A transmissão vertical é uma das mais importantes vias para a disseminação silenciosa do vírus. Além disso, a infecção na infância está associada a risco aumentado de desenvolvimento de doenças associadas ao HTLV-1. Sendo assim, a prevenção e o controle da infecção pelo HTLV-1/2 nessa subpopulação é da maior importância para diminuir a frequência da infecção e da doença causada pelo HTLV-1 na população geral (CAMPOS *et al.*, 2016; CATERINO-DE-ARAÚJO *et al.*, 2016, 2018, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2012; KOSLOWSKI *et al.*, 2016; MARCON *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2020).

2.10 Mortalidade materna

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período entre 2010 e 2020 ocorreram 18.662 óbitos maternos no país, com maior proporção nas regiões Sudeste (35,6%) e Nordeste (33,6%) e maior concentração nas faixas etárias de 30 a 39 anos (39,6%) e 20 a 29 anos (39,1%). Em relação à escolaridade, houve maior proporção na faixa de 8 a 11 anos de estudo (44,7%), seguido pela faixa de 4 a 7 anos (30,4%). Na variável raça/cor, 54% eram pardas, 32,9% brancas, 11,3% pretas, 1,6% indígenas e 0,02% amarelas (BRASIL, 2022h).

No mesmo período, ocorreram 1.666 casos de óbito materno tardio, com maiores proporções na região Sudeste (36,6%) e Nordeste (26,9%) e maior concentração nas faixas etárias de 20 a 29 anos (40,2%) e 30 a 39 anos (38,6%), seguidas pelas faixas de 15 a 19 anos (11,2%), de 40 a 49 anos (9,6%) e de 10 a 14 anos (0,5%). Segundo escolaridade, foi observada maior concentração dos óbitos na faixa de 8 a 11 anos de estudo (43,5%), seguida pela faixa de 4 a 7 anos (32,2%). Em relação à raça/cor, houve maior proporção entre mulheres pardas (47,2%) e brancas (37,5%), seguidas pelas pretas (14,6%), indígenas (0,6%) e amarelas (0,1%) (BRASIL, 2022h).

2.11 Gravidez na adolescência

No Brasil, de 2010 a 2020, nasceram vivas 31.887.329 crianças filhas de mães adolescentes, incluídas as gestações qualificadas como estupro de vulnerável, conforme o Código Penal, artigo 217- A, quando a relação sexual acontece antes dos 14 anos (BRASIL, 2009b; 2022i). Nesse período, observa-se uma redução na proporção desses nascidos vivos entre gestantes nas faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, que passou de 0,95% para 0,64% e de 18,4% para 13,3%, respectivamente (BRASIL, 2022i; 2022j; CNJ, 2022).

O mesmo foi observado no contexto prisional em relação às gestantes adolescentes presentes nas unidades socioeducativas de internação, de internação provisória ou de semiliberdade (CNJ, 2022).

Tal cenário evidencia a necessidade da adoção de medidas específicas para abordar os fatores envolvidos, como a falta de acesso às políticas públicas, a violência doméstica e/ou sexual, o abuso e exploração sexual e as violações que podem impactar negativamente e de forma grave o desenvolvimento tanto das adolescentes quanto de seus bebês.

2.12 Adolescentes, violência autoprovocada e violência sexual

As violências autoprovocadas são eventos intencionais e passíveis de prevenção e aqueles em que a pessoa atendida/vítima provoca a agressão contra si mesma ou tenta suicídio, cujo desfecho não resulta em óbito. Trata-se de fenômenos complexos e multicausais, e possuem como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais e biológicos e a história de vida pessoal. (BRASIL, 2016). No período entre 2011 e 2021, foram registrados no país 344.070 casos de violência autoprovocada; destes, 41,1% ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos. No entanto, destaca-se que houve um acréscimo dessa proporção na faixa etária de 10 a 14 anos, que passou de 30,3% em 2011 para 31,2% em 2021, e um declínio na faixa de 15 a 19 anos, que variou de 14,6% em 2011 para 13,4% em 2021 (BRASIL, 2021c).

No mesmo período, foram notificados 152.385 casos de violência sexual, sendo que 92,8% ocorreram em adolescentes do sexo feminino; destes, 67,5% foram registrados na faixa etária de 10 a 14 anos e 32,5% na faixa de 15 a 19 anos (BRASIL, 2021c).

Os contextos de violências e de gravidez na adolescência vulnerabilizam as adolescentes ao HIV e outras ISTs. Portanto, torna-se fundamental que as estratégias de prevenção e promoção à saúde sexual e saúde reprodutiva para as mulheres considerem as adolescentes e suas interseccionalidades de raça/cor, etnia, escolaridade e condição social, estabelecendo ações específicas que promovam a educação sexual em escolas e o acolhimento e atendimento humanizado na rede do SUS, sem preconceito e discriminação, incluindo o direito ao atendimento sem acompanhante (BRASIL, 2022h; 2022i).

2.13 Mulheres e suicídio

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, tendo-se observado um aumento de 43% no número anual de mortes, que passou de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Comparando os anos de 2010 e 2019, verificou-se um incremento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres. Entre adolescentes, observou-se um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade (81,9%), que passou de 606 óbitos (3,5 mortes por 100/000 hab.) em 2010, para 1.022 óbitos (6,4/100.000 hab.) em 2019. Destaca-se também o aumento sustentado das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013, houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa etária, que passou de 104 óbitos (0,3/100.000 hab.) para 191 óbitos (0,7/100.000 hab.) (BRASIL, 2021c; 2021d). Entre 2011 e 2021, foram registrados 141.835 casos de violência autoprovoçada na faixa etária de 10 a 19 anos, tendo-se observado um aumento das notificações, que passaram de 7.702 casos em 2010 para 12.050 em 2021 (BRASIL, 2021d).

2.14 Mulheres e violências

Entre 2011 e 2021, ocorreram 344.070 notificações de violência sexual na população feminina brasileira. Observa-se aumento desse agravo na faixa etária de 10 a 14 anos, cuja proporção passou de 28,9% em 2010 para 31,2% em 2020, além de estabilidade na faixa 15 a 19 anos, que manteve a mesma proporção durante o período analisado (13,4%) (BRASIL, 2021d).

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública conduziu uma pesquisa junto a 2.017 pessoas adultas com 16 anos ou mais em 126 municípios, em janeiro de 2023, cuja amostra total de mulheres foi de 1.042 entrevistadas. Conforme a pesquisa, 33,4% dessas mulheres relataram violência física ou sexual ao longo da vida, provocada por parceiro íntimo ou ex-parceiro. Destas, 24,5% afirmaram ter sofrido agressões físicas como tapa, batida e chute; 21,1% foram forçadas a manter relações sexuais contra sua vontade; 9,8% tiveram acesso negado a recursos básicos, como assistência médica, comida ou dinheiro; 12,9% foram obrigadas a ficar sozinhas por um longo período ou se viram impedidas de se comunicar com amigos e familiares; e 32,6% receberam insulto, humilhação ou xingamento. Quando agregadas as respostas entre as que afirmaram ter sofrido violência física e/ou sexual e/ou violência psicológica e outros comportamentos abusivos, o resultado indica que 43% da população feminina afirmaram ter vivenciado, ao longo da vida, ao menos uma forma de violência cujo autor foi o parceiro íntimo. Esse resultado, quando projetado para o universo da população feminina pesquisado, indica que, em média, 27,6 milhões de mulheres brasileiras sofreram alguma forma de violência provocada pelo parceiro íntimo durante a vida (FBSP, 2023). A análise da prevalência por faixa etária indica que quase metade das mulheres brasileiras entre 25 e 34 anos experimentaram alguma forma de violência por parte de parceiro íntimo ou ex-parceiro ao longo da vida (48,9%). Esse

grupo também apresentou a maior prevalência de vitimização por violência sexual dentre todas as faixas etárias (24,8%). Ou seja, uma em cada quatro mulheres entre 25 e 34 anos afirmou ter sofrido alguma forma de ofensa sexual e/ou tentativa forçada de manter relação sexual com o parceiro íntimo. Mulheres entre 35 e 44 anos e entre 45 e 59 anos também mostraram índices elevados de violência por parte de parceiro íntimo ao longo da vida, sendo as proporções, respectivamente, 43,6% e 44,2%. O grupo etário com maior prevalência de agressão física foi o de mulheres de 45 a 59 anos. Dentre as mulheres dessa faixa etária, 28,7% afirmaram ter sido vítimas de tapa, chute ou empurrão por parte de um parceiro íntimo. Entre elas, também se verificam os maiores níveis de outras formas de abuso, sendo que 18,4% afirmaram ter ficado um longo período impedidas de se comunicar com amigos e familiares por ação do parceiro ou ex-parceiro íntimo e 12,6% tiveram acesso negado a recursos básicos, como assistência médica, comida ou dinheiro. Percentual similar foi encontrado entre mulheres com 60 anos ou mais, sendo que 12,9% das mulheres desse grupo etário relataram ter tido o acesso a recursos básicos negado (FBSP, 2023).

Em relação à escolaridade, são as mulheres apenas com ensino fundamental as mais vulneráveis. Praticamente metade das mulheres desse grupo populacional (49%) foram vítimas de violência por parte de parceiro íntimo ao longo da vida. Embora a prevalência entre mulheres com ensino médio (39,7%) e superior (43%) também seja elevada, chama a atenção o fato de que, entre as mulheres com baixa escolaridade, a frequência de situações como “impedida de se comunicar com amigos e familiares por um longo período de tempo” (18,7%) ou “acesso a recursos básicos negados, como assistência médica, comida ou dinheiro” (19,4%) seja o dobro do que entre os demais grupos (FBSP, 2023).

Em relação ao perfil étnico racial, as mulheres negras (45%) apresentam prevalência superior de vitimização do que as mulheres brancas (36,9%), mas a comparação entre mulheres pretas (48%) e pardas (43,8%) indica que as pretas são as mais vulneráveis. A vitimização por violência sexual é similar entre todos os grupos, mas, quando a questão trata de violência física, entre negras a prevalência é oito pontos percentuais superior à encontrada entre mulheres brancas (FBSP, 2023).

2.15 Mulheres e drogas

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), as mulheres vivem em condição de maior vulnerabilidade em relação aos homens. Além disso, os estudos apontam que as mulheres que usam drogas são entre duas e cinco vezes mais vulneráveis à violência de gênero do que as mulheres que não fazem uso de drogas (UNODC, 2022).

O uso de álcool e outras drogas, como um fator de vulnerabilidade, sob o ponto de vista individual, social e programático, frequentemente se sobrepõe à desigualdade entre os gêneros, o que expõe as mulheres duplamente quanto aos riscos e vulnerabilidades ligadas ao HIV e outras ISTs (BASTOS; BERTONI, 2014). Nesse sentido, essas mulheres enfrentam mais obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, incluindo os relacionados à discriminação e violência por gênero, à invisibilidade sobre o uso de drogas e às práticas coercitivas associadas à maternidade (UNODC, 2019).

Outrossim, Belloc, Cabral e Oliveira (2018) cunharam o termo *desmaternização* da mulher usuária de drogas em referência aos processos institucionais violentos e de objetificação das mulheres usuárias de álcool e outras drogas, sobretudo as gestantes, materializados em fracassos programáticos, e que ainda podem fomentar lapsos, ausências e até rejeição dessas mulheres à oferta dos serviços de saúde e assistenciais, a exemplo de situações de temor e sofrimento em relação à perda da guarda de bebês ou até mesmo de contracepção compulsória, como relatado nesse estudo.

2.16 Mulheres e privação de liberdade

No Brasil, até junho de 2022, de acordo com dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen), da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen), havia 661.915 pessoas privadas de liberdade, excluídas aquelas em prisão domiciliar, sob custódia das Polícias Judiciárias, Batalhões de Polícias e Bombeiros Militares e outras prisões. Destas, 28.699 (4,4%) eram mulheres, sendo 45% pardas, 30% brancas, 14% pretas, 0,5% amarelas, 0,5% indígenas e 10% com raça/cor ignorada. Entre os 2.133 estrangeiros, 11% são mulheres. Em relação à maternidade, até junho de 2022, havia 164 gestantes/parturientes, 93 lactantes e 606 filhos dessas mulheres que estavam nos estabelecimentos penitenciários (BRASIL, 2021e).

Conforme os resultados da pesquisa “Mulheres presas e adolescentes em regime de internação que estejam grávidas e/ou que sejam mães de crianças até 6 anos de idade” (CNJ, 2022), o cruzamento de dados entre o Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (BNMP) e o Cadastro Único (CadÚnico) mostra que as mulheres em situação de encarceramento constituem um grupo dentro do CadÚnico ainda mais vulnerável em termos de renda do que as demais mulheres do Cadastro (CNJ, 2022).

Em relação ao pré-natal, do total das unidades socioeducativas que participaram da pesquisa, apenas duas das 32 oferecem pré-natal para adolescentes dentro das unidades, 23 oferecem esse serviço de forma externa e sete não oferecem. Nas unidades penitenciárias femininas e mistas, apenas 13% relataram oferecer o pré-natal exclusivamente no interior desses estabelecimentos; 22,5% o oferecem fora e dentro das unidades; 38,8% exclusivamente fora do estabelecimento prisional e 24,4% informaram não possuir condições para oferecer esse serviço (CNJ, 2022).

Sobre a permanência dos(as) filhos(as) com as mães nas unidades socioeducativas, 12 das 32 unidades do sistema educativo informaram que não permitem a permanência do bebê com a mãe em tempo algum. Entre os estabelecimentos penitenciários que possuíam gestantes e lactantes, o percentual de unidades que não permitem acompanhamento familiar da mãe e da criança durante o período da amamentação e puerpério é de 75% das unidades femininas e 90% das unidades mistas (CNJ, 2022).

Conforme dados do Sistema Nacional de Adoção (SNA), em relação ao acolhimento de crianças por motivo de responsável em privação de liberdade, há maior incidência de crianças na primeira infância com motivo de acolhimento relacionado ao cumprimento de pena privativa de liberdade de responsável do que no grupo de demais motivos de acolhimento. Nota-se, com isso, um dos impactos da privação de liberdade de mães e pais sobre as crianças (CNJ, 2022).

Os resultados da referida pesquisa orientam para avanços e desafios referentes à garantia de direitos e à proteção de gestantes, mães e crianças na primeira infância que têm suas vidas atravessadas pela privação de liberdade. Destaca-se a insuficiência de dados sobre gestantes, lactantes e mães em privação de liberdade, sobretudo no que diz respeito às adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (CNJ, 2022).

2.17 Mulheres em audiência de custódia

Segundo a pesquisa “Mulheres presas e adolescentes em regime de internação que estejam grávidas e/ou que sejam mães de crianças até 6 anos de idade” (CNJ, 2022), o aprisionamento é considerado uma medida extrema. As medidas de custódia foram instituídas no Brasil pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), conforme a Resolução n.º 213, de 15 de dezembro de 2015. A determinação é que a pessoa presa em flagrante seja apresentada em até 24 horas para ser ouvida sobre as circunstâncias em que ocorreu a prisão/apreensão. Dessa forma, a medida evita que as pessoas sejam privadas de liberdade até o julgamento, mitigando possíveis abusos (CNJ, 2022).

No contexto prisional, a chance de uma mulher grávida ser encarcerada é rara. Essa definição demonstra-se perpassada por um viés de maior punição para aquelas que não são primárias no sistema, independentemente da sua condição de gravidez. As normativas legais que preveem o não aprisionamento preventivo das mulheres gestantes, desde o Marco Legal da Primeira Infância, em 2016, até a Lei n.º 13.769, em 2018, apresentam resultados para a garantia desse direito somente a uma parcela das mulheres nessas condições (CNJ, 2022).

Em todos os anos, observa-se que o não encarceramento mostra-se mais frequente. Mesmo assim, não se pode deixar de observar que há recorrências consideráveis de aprisionamento de mulheres gestantes, mesmo após a implementação dos dispositivos legais que visam o desencarceramento das mulheres nessas condições (CNJ, 2022).

A análise revela que em 2016, ano da promulgação do Marco Legal da Primeira Infância, houve o mesmo percentual de decisão por encarceramento de mulheres grávidas e não grávidas. Na sequência temporal, enquanto entre o grupo de mulheres grávidas houve um decréscimo relativo da decisão pelo encarceramento, no grupo de mulheres não grávidas se percebe relativa estabilidade. Em que pesem essas diferenças, as mulheres gestantes deveriam permanecer em aprisionamento somente em casos excepcionais, diferentemente do que indicam os quantitativos aqui apresentados (CNJ, 2022).



3 Contextualização

É importante, neste documento, realizar uma contextualização que subsidie a compreensão do cenário epidemiológico, trazendo conceitos necessários ao entendimento de como as desigualdades de gênero, identidade de gênero, raça/cor, etnia, classe e outros fatores sociais, culturais, regionais, econômicos e políticos incidem sobre o processo saúde/doença nas mulheres de forma específica, produzindo susceptibilidades distintas, em especial quando se trata de doenças e infecções relacionadas à sexualidade.

3.1 Vulnerabilidades e saúde

A ideia de vulnerabilidade busca apontar que um agravamento em saúde ou na vida de cada sujeito tem múltiplas determinações apresentadas como vetores estruturais de produção de desigualdades, como o racismo, a lesbofobia, a transfobia, o sexismo, as iniquidades de gênero e classe social, que colocam mulheres em posição de desvantagem. Essa posição é reforçada e amplificada por meio da reprodução dessas desigualdades na vida cotidiana, mediada pelas instituições e muitas vezes por conteúdos em comunicação.

A produção estrutural das desigualdades e sua reprodução insidiosa nos espaços onde a vida acontece acabam por vulnerabilizar as mulheres, expondo-as a situações de risco que impactam em sua saúde, sobretudo na saúde sexual e na saúde reprodutiva.

O conceito de vulnerabilidade pode ser aprofundado sob diferentes dimensões, contextos e saberes. Na saúde pública, a noção ganha força na década de 1980, em especial, a partir da discriminação e preconceito em relação às pessoas com HIV e aids e na relação da epidemia com identidades sociais específicas, o que levava outros grupos a desconsiderarem o próprio risco, como destacam Oviedo e Czeresnia (2015). Ainda de acordo com esses autores, é fundamental compreender as vulnerabilidades nas dimensões individual, programática e social, considerando os indivíduos, o coletivo social e suas intersecções e sinergias. As diferentes situações de vulnerabilidade se distinguem em três componentes que se interligam entre si: (i) vulnerabilidade individual, que se refere a conhecimentos, atitudes e informações dos indivíduos que contribuem para suas práticas; (ii) vulnerabilidade social ou coletiva, que se refere aos contextos sociais, econômicos, culturais, religiosos, de gênero, raça/cor, etnia, classe social etc.; (iii) e vulnerabilidade programática ou institucional, que se refere à existência ou não de políticas, serviços, programas nas instituições e/ou setores públicos.

É fundamental considerar os conceitos de vulnerabilidades na produção de políticas públicas, em especial a partir das demandas apresentadas pelos diversos sujeitos sociais ao Estado.

Lorenzo (2006) aborda a relação entre o conceito de vulnerabilidades, os sujeitos sociais e a produção de políticas públicas no âmbito da saúde, correlacionando os

determinantes sociais, suas intersecções e repercussões no coletivo social, sem desconsiderar as individualidades e subjetividades.

Destaca-se que o conceito de vulnerabilidade na produção de políticas públicas deve compreender a dimensão coletiva dos sujeitos sociais e respeitar a diversidade de grupos populacionais específicos para o reconhecimento das suas demandas. Conforme alerta ainda Lorenzo (2006), as políticas públicas precisam dar conta das demandas sociais para além do acesso a bens e serviços, mas também proporcionar acesso a oportunidades para o desenvolvimento das capacidades pessoais, considerando a diversidade cultural e social, identificando nos diferentes grupos as vulnerabilidades de cada um(a), respeitando suas subjetividades e identidades e reconhecendo, no coletivo, os indivíduos.

3.2 Gênero e saúde

A importância da abordagem de gênero para compreender e dimensionar as vulnerabilidades sociais e individuais que incidem sobre as mulheres (cisgênero, transgênero e travestis) tem sido fundamental para analisar o impacto dessa desigualdade entre os gêneros na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, contribuindo para riscos à infecção do HIV e outras ISTs na população feminina.

O conceito de gênero ganha dimensão de análise sociológica com Scott (1990), que o afirma como uma construção social e relacional e expressa as relações de poder entre os gêneros.

Vale destacar que a referência do conceito de gênero a partir de Joan Scott acrescenta à reflexão crítica que Butler (1990) tem colocado em tela a partir do seu livro "Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity", no qual enfoca questões de identidade de gênero e feminismos, enfatizando a importância da fluidez no gênero de uma pessoa. A autora também usa o termo *performatividade* para o descrever como uma performance, o que contribui para pensar a travestilidade e transexualidade sob um olhar para além do corpo biológico e social.

Torna-se imprescindível contextualizar as diferentes vulnerabilidades sociais que podem se interseccionalizar, contribuindo para uma maior ou menor vulnerabilidade das mulheres nos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais existentes nos territórios e expressos ou sobrepostos nas vulnerabilidades individuais e singulares de cada mulher.

Nessas intersecções, um dos contextos das desigualdades entre os gêneros é a violência de gênero, em especial, a violência doméstica e sexual, como uma das vulnerabilidades que agravam o risco à infecção pelo HIV e outras ISTs em mulheres.

3.3 Racismo e desigualdade étnico-racial

O conceito de raça na análise das desigualdades entre indivíduos e grupos se articula com os fatores socioeconômicos, etários, de gênero, emprego e renda, e o racismo se estrutura em uma dimensão programática e institucional como determinante no processo saúde-doença das pessoas. As mulheres negras são diretamente afetadas pelas intersecções entre sexismo e racismo. Tais vivências causam impactos negativos na sua saúde, e quando se estabelecem no campo institucional, configuram violação dos direitos humanos (BRASIL, 2017).

A desigualdade racial é estruturante da desigualdade social. O racismo é o principal determinante social em saúde na população negra e incide negativamente sobre todos os fatores que compõem o conceito de saúde e acesso (BRASIL, 2017).

No Brasil, além do reconhecimento da desigualdade de gênero, é necessário reconhecer a desigualdade racial. Devido a essas desigualdades, as mulheres negras sofrem adversidades desproporcionais, que as colocam em situação de extrema vulnerabilidade social. No campo da saúde pública, e mais fortemente na saúde coletiva, tem havido expressivas contribuições com esse debate, uma vez que o tema possui estreita ligação com as situações de vulnerabilidades nessa área, principalmente no campo das ISTs/HIV e aids.

A efetividade na redução da desigualdade e da discriminação de gênero fundamenta-se em enxergá-las como fenômenos perpassados pela desigualdade racial, pelos ciclos de vida, pela segmentação territorial e regional e pelo capacitismo, entre outros. Por esse motivo, a adequação das metas do Objetivo de Desenvolvimento Social (ODS) 5 ao contexto nacional buscou dar visibilidade aos diversos fenômenos sociais que, ao se interseccionarem ao gênero no Brasil, conferem experiências de discriminação e desigualdade diferenciadas entre os mais variados grupos sociais presentes em nossa sociedade (IPEA, 2019).

3.4 Estigma e saúde

Outro fator que contribui para uma maior vulnerabilidade é o estigma que também expressa valores sobre o adoecimento por HIV e aids, em especial, como uma violência e violação de direitos humanos. O conceito de “estigma” está associado a uma conotação negativa e depreciativa, enquanto processo social que reduz o acesso à saúde por parte de indivíduos e grupos afetados. O estigma é uma construção social baseada em estereótipos que levam a preconceitos e discriminação das pessoas.

Para refletir sobre o estigma no contexto da saúde, Muñoz e Miguel (2020) destacam que a estigmatização e seus impactos são comparáveis aos efeitos de outros determinantes sociais da saúde, como o status socioeconômico e o apoio social, com efeitos substanciais na saúde da população afetada:

Ao lado destes fatores, o estigma social e a discriminação potencializam significativamente as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Este acesso implica não apenas a capacidade de indivíduos ou grupos obterem os serviços necessários, mas também como estes serviços lhes são entregues (MUÑOZ; MIGUEL, 2020, p. 7).

3.5 Equidade em saúde

O conceito de equidade está relacionado ao princípio da justiça social e visa reconhecer as diferentes necessidades e especificidades das populações, buscando mitigar situações de iniquidades. A Equidade em Saúde pressupõe o reconhecimento do Estado de que todos têm direito à saúde, identificando as desigualdades sociais, as especificidades territoriais e as diferenças culturais, considerando os hábitos, os cursos de vida e as necessidades de grupos específicos, atuando para reduzir o impacto das desigualdades, a inclusão e o acesso individual e coletivo. A promoção da equidade no SUS precisa do comprometimento de gestores federais, estaduais e municipais para a articulação de políticas intersetoriais que visem melhorar as condições de vida e de saúde dessas populações (SOUTO *et al.*, 2016).

A atenção à saúde da mulher tem ampliado suas concepções para além do campo reprodutivo, constituindo uma abordagem integralizada e programática que teve como marco, na década de 80, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), caracterizado por mecanismos de enfrentamento à discriminação e preconceitos que vulnerabilizam os processos de saúde e adoecimento no tocante à população feminina e seus respectivos ciclos de vida.

Essa atenção compreende, ainda, o reconhecimento de como as vulnerabilidades impactam de forma diferenciada as mulheres como resultado das diferentes condições de vida, assim como o campo agudizado de estigmas e violações, as quais aumentam as iniquidades e desigualdades sociais e regionais que podem potencializar o adoecimento e a exposição a agravos à saúde feminina e reduzir e/ou não garantir o acesso de forma qualificada de acordo com suas necessidades, em igualdade de condições nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde no país.

Consideram-se vulnerabilidades, se em contextos de violação de direitos humanos ocasionados por estigmas e discriminações: trabalho sexual, migração, diferenças geracionais (adolescentes, jovens e idosas), uso de álcool e outras drogas ou relação com usuários, deficiências e transtornos mentais, que, somadas e/ou sobrepostas, aumentam o risco para infecção ao HIV e outras ISTs em mulheres.

Quem são as mulheres em situação de vulnerabilidades?

Destacam-se as mulheres vivendo com HIV/aids e/ou ISTs; trans e travestis; trabalhadoras do sexo; em situação de rua; usuárias de álcool e outras drogas ou parceiras de pessoa usuária; privadas de liberdade; em cumprimento de medidas socioeducativas; lésbicas e bissexuais; negras; adolescentes; idosas; em situação de extrema pobreza; em situação de violência (física, emocional, sexual, doméstica); ciganas; ribeirinhas e demais povos e comunidades tradicionais; indígenas; migrantes; refugiadas e expatriadas; com transtornos mentais; com deficiências (físicas, intelectuais, auditivas e visuais); com doenças raras e crônicas debilitantes e com redução da capacidade funcional.



4 Objetivo

O presente documento tem como objetivo estabelecer diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em mulheres cisgênero, transgênero e travestis, considerando as vulnerabilidades sociais, programáticas e individuais e o impacto em sua saúde integral, na perspectiva dos direitos humanos.



5 Diretrizes

5.1 Integralidade da atenção e do cuidado à saúde

O princípio da **integralidade** do direito à saúde, previsto na Constituição Federal em seu artigo 198, inciso II, é apresentado como princípio base para a atenção à saúde oferecida pelo SUS. Define-se que a integralidade compreende a construção do sistema de saúde por políticas sociais e econômicas que visem à promoção, prevenção, assistência, proteção e recuperação da saúde. No plano infraconstitucional, a Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990b), a Lei Orgânica do SUS, em seu artigo 7º, traz expressamente a integralidade como princípio que fundamenta a organização do Sistema Único de Saúde.

5.2 Interseccionalidade

Segundo Crenshaw (2012), **interseccionalidade** é um conceito sociológico que estuda as interações nas vidas das minorias, entre diversas estruturas de poder que envolvem, por exemplo, gênero, raça e sexualidade, e trata das interseções entre esses diversos fenômenos. A interseccionalidade é definida, então, como a captura das consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação, como o sexismo, o racismo e o patriarcalismo (CRENSHAW, 2012).

5.3 Transversalidade de gênero e étnico-racial

Segundo Joan Scott (1995, p. 21), “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”, diferenças essas que histórica e culturalmente têm sido usadas a construção das desigualdades entre os gêneros. Partindo desse lugar, gênero funciona como operador de poder e um organizador do social e da cultura.

A **transversalidade de gênero** nas políticas públicas é necessária para entender como o gênero funciona nos diferentes contextos e relações, estabelecendo vulnerabilidades, e para que, a partir dessa compreensão, se possa intervir intencionalmente, objetivando reduzir e/ou modificar processos de desigualdades de gênero (MARCONDES; FARAH, 2021).

5.4 Equidade em saúde

É fundamental considerar o conceito de **equidade em saúde** a partir da dimensão de justiça social, ou seja, reconhecer as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, e tratar de forma diferenciada os desiguais e diferentes na perspectiva da promoção da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, contribuindo assim para reduzir as desigualdades.

5.5 Determinantes sociais em saúde

De acordo com definição da OMS, os **determinantes sociais da saúde** (DSS) estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

5.6 Direitos humanos

Direitos humanos são direitos universais e compreendem todos os direitos relacionados à garantia de uma vida digna a todas as pessoas. Assim, o conceito de direitos humanos refere-se a todos os direitos e liberdades básicas, considerados fundamentais para dignidade. Eles devem ser garantidos a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação, como cor, religião, nacionalidade, gênero, orientação sexual e política.

5.7 Participação social

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, garante o controle social, em que a participação da comunidade nas políticas públicas é promovida por diferentes meios. A Lei Federal n.º 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde e dá outras providências. Compreende-se, portanto, por **participação social**, uma maior presença da sociedade civil junto ao Estado, em especial, dentro dos espaços de construção das políticas públicas (BRASIL, 1990a).

5.8 Regionalização do Sistema Único de Saúde

A **regionalização do SUS** pode ser considerada um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico, devendo ser pensada, também, como um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder. O Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011) define as diretrizes para a regulamentação do SUS e traz em seu texto o conceito de região de saúde como espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.



6 Estratégias

6.1 Intersectorialidade

- » Fomentar ações intersectoriais nas três esferas de governo para o enfrentamento aos determinantes sociais em saúde e a eliminação de doenças e agravos de importância para a saúde pública no Brasil até 2030, com destaque para as que afetam as mulheres;
- » Fomentar ações integradas entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes (SGDCA) para a proteção social das mulheres, adolescentes e jovens, com atenção às mulheres vivendo com HIV/aids e em situação de vulnerabilidade social, com vistas à melhoria do acesso às políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção de cidadania e reconhecimento dos direitos individuais;
- » Fomentar ações integradas entre saúde e justiça para o enfrentamento às diversas formas de violências contra as mulheres (cis e trans), que as vulnerabilizam para o HIV/aids e outras ISTs;
- » Promover ações de parceria governamental e não governamental que contribuam com o enfrentamento ao estigma e discriminação e promovam os direitos humanos das mulheres vivendo com HIV/aids e outras ISTs;
- » Promover ações intersectoriais entre conselhos de direitos e sociedade civil organizada no campo da comunicação e do cultural simbólico sobre o viver com aids, com respeito à diversidade e pluralidade das mulheres em suas singularidades;
- » Estimular o envolvimento de setores como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Fundação Nacional do Índio (Funai), Justiça e/ou Segurança Pública, Forças Armadas, Educação, Assistência Social, Comunicação, Esporte e Cultura, Previdência Social, Organizações de Sociedade Civil, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos das Mulheres, Conselhos Empresariais Estaduais e Municipais, no enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres cis, trans e travestis;
- » Fomentar parcerias com instituições acadêmicas e com organizações não governamentais para a produção e disseminação de conhecimento sobre os contextos de vulnerabilidade às HIV/aids e outras ISTs aos quais estão submetidos os diversos segmentos de mulheres.

6.2 Intrasetorialidade

- » Promover espaços de participação intrasetorial efetiva e articulada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) visando fortalecer as ações integradas de enfrentamento à epidemia de HIV/aids e outras ISTs em mulheres nas três esferas de gestão;
- » Fortalecer a intra e intersectorialidade, assim como a participação de gestores de diferentes níveis de atenção na formulação de metas e ações plurianuais, no

monitoramento de indicadores de processo e resultados anuais e na avaliação de indicadores de impacto do Plano de Enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres;

- » Promover ações integradas e articuladas que considerem as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Atenção Integral à Saúde do Homem; de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens; de Saúde Integral da População Negra; de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Saúde Mental; de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas; de Saúde da Pessoa Idosa; de Saúde da Pessoa com Deficiência; de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; de Assistência Farmacêutica; de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; e outras que possam fazer interface com as presentes diretrizes e estratégias.

6.3 Gestão participativa e governança

- » Articular e pactuar responsabilidades entre as três esferas de governo, de modo consonante com os princípios do SUS, respeitando a diversidade e especificidade local/regional;
- » Apoiar a organização e participação das mulheres vivendo e convivendo com HIV/aids e sua inserção em instâncias de controle social e gestão participativa do SUS;
- » Promover a articulação e governança intersetorial e interfederativa de setores governamentais das três esferas de governo, em especial, nas instâncias de pactuação da gestão do SUS – as Comissões Intergestores Bipartite, Tripartite e Regionais (CIB, CIT e CIR);
- » Apoiar, por meio de editais públicos, as ações da sociedade civil voltadas para a implementação das diretrizes e propostas de enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres.

6.4 Vigilância em saúde e produção de conhecimento

- » Fortalecer a Política Nacional de Vigilância¹ e a promoção da equidade por meio da identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos;
- » Promover a integração da vigilância e atenção à saúde, fortalecendo a notificação como disparadora do cuidado integral;

¹ Em 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é o documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

- » Promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico no âmbito nacional e internacional e a produção do conhecimento sobre mulheres, vulnerabilidades e riscos, transversalidade de gênero e o HIV/aids;
- » Promover e desenvolver pesquisas e estudos que contribuam para identificar os fatores e determinantes sociais de saúde que incidem sobre as mulheres, adolescentes e jovens (cis e trans) em relação ao HIV/aids e outras ISTs;
- » Promover a articulação entre ensino, serviços e pesquisa, com participação social na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas;
- » Promover estratégias facilitadoras para a incorporação das singularidades e identidades de gênero, assim como dos efeitos do racismo no adoecimento por HIV/aids e outras ISTs, nos estudos e pesquisas sobre saúde e na qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids, com vistas a contribuir no aprimoramento de políticas, programas, planos e ações públicas.

6.5 Integralidade do cuidado à saúde

- » Aprimorar as linhas de cuidado visando à saúde integral e à qualidade da atenção, principalmente fortalecendo a relação entre a atenção primária e atenção especializada na rede do SUS;
- » Promover a transversalidade de diferentes políticas de saúde para a integralidade do cuidado à saúde (política de saúde das mulheres, saúde do homem, saúde da criança, saúde de adolescentes e jovens, saúde da pessoa idosa, de saúde da população negra, saúde LGBT, saúde das populações do campo, floresta e águas, pessoas em situação de rua, privadas de liberdade e outras);
- » Fomentar e criar estratégias que possam instrumentalizar os profissionais de saúde para a articulação e o compartilhamento de práticas de cuidado integral às mulheres em situação de vulnerabilidade, considerando as suas especificidades;
- » Fomentar estratégias no cuidado em HIV/aids e outras ISTs que possam ser executadas para além das unidades de saúde, levando os serviços de saúde às mulheres que moram em áreas de difícil acesso;
- » Criar estratégias de enfrentamento ao estigma e à discriminação baseados em gênero, especialmente em relação às mulheres em situação de maior vulnerabilidade, como as que tenham transtornos mentais, migrantes, refugiadas, trabalhadoras do sexo, vivendo em situação de rua, privadas de liberdade ou usuárias de álcool e outras drogas;
- » Fortalecer a prevenção do HIV/aids e outras ISTs em mulheres, adolescentes e jovens (cis, trans e travestis) com base no marco dos direitos humanos e da solidariedade;
- » Promover o acesso ao diagnóstico e ao tratamento das ISTs às gestantes adultas, adolescentes e jovens, com atenção às ações de prevenção da transmissão vertical do HIV/aids e outras ISTs;

- » Promover ações integradas e articuladas de saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência ao HIV/aids e outras ISTs e violência contra as mulheres, considerando os diferentes contextos e necessidades;
- » Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres adultas, jovens e adolescentes considerando os contextos de violências; a mortalidade materna; o acesso ao planejamento familiar e o atendimento humanizado em situação de abortamento previsto em lei.

6.6 Educação permanente e educação popular em saúde

- » Fomentar a inclusão de temas sobre o impacto dos determinantes e das desigualdades sociais, de gênero, intolerância religiosa e do racismo sobre a saúde das mulheres nos processos de educação permanente;
- » Promover ações de educação permanente de caráter multiprofissional e intersetorial, voltadas para gestores e profissionais de saúde, abordando os temas de violência, estigma e discriminação como barreiras de acesso à saúde;
- » Fomentar a formação de lideranças sociais dos movimentos de mulheres, adolescentes e jovens (cis e trans), incluindo as que vivem e convivem com o HIV, proporcionando o protagonismo do segmento feminino em toda sua diversidade nas ações de prevenção, atenção integral, direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- » Fomentar e implementar estratégias de fortalecimento dos direitos humanos, sexualidade e reprodução das mulheres em contextos de vulnerabilidade, em especial para lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, trabalhadoras do sexo, as que usam álcool ou outras drogas ou que estão em sofrimento psíquico.

6.7 Comunicação

- » Desenvolver estratégias de comunicação sobre prevenção ao HIV/aids e outras ISTs baseadas nos princípios de equidade de gênero, direitos humanos, combate ao racismo e à LBTfobia, com garantia de participação de vários atores governamentais e não governamentais e movimentos sociais;
- » Fomentar estratégias intra e intersetoriais de comunicação em parceria com os organismos internacionais e outros parceiros sobre prevenção do HIV e outras ISTs em mulheres, adolescentes e jovens;
- » Fomentar campanhas educativas de prevenção combinada, incluindo abordagem de gênero e étnico-racial;
- » Estimular o desenvolvimento de espaços comunicacionais permanentes, garantindo a participação social;
- » Promover espaços de discussão e de enfrentamento às vulnerabilidades institucionais, abrangendo violações dos direitos humanos – racismo, sexismo,

lesbofobia, transfobia, estigma e discriminação, relacionados à vida com HIV e à pessoa com deficiência, desigualdades socioeconômicas e pobreza, uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais;

- » Fomentar estratégias de comunicação e promoção de acessibilidade, considerando as diferentes formas de diálogo (Libras e Braille) e comunicação (mídias sociais/ internet) na realização de campanhas e produção de materiais informativos.

6.8 Participação e controle social

- » Criar e ampliar os espaços de participação social da política de HIV/aids e outras ISTs, visando estimular e promover a participação dos movimentos sociais de mulheres (cis, trans e travestis), em especial das mulheres vivendo e convivendo com HIV/aids, adolescentes e jovens;
- » Fortalecer a participação de mulheres cisgênero, transgênero e travestis no monitoramento do Plano de Enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs entre mulheres e nos planejamentos plurianuais de ações e metas;
- » Ampliar a participação de mulheres, especialmente adolescentes e jovens, e daquelas que vivem com HIV/aids, na implementação e monitoramento dos planos estaduais e municipais;
- » Fortalecer a mobilização e a ampliação da participação de mulheres de todas as faixas etárias, raças/etnias, orientações sexuais e classes sociais no controle social das ações integradas, intra e intersetoriais, para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs;
- » Promover a articulação entre diferentes conselhos saúde e conselhos de direitos para contribuir com a divulgação dos direitos sociais das MVHA e de outras mulheres vivendo em situação de vulnerabilidade ou extrema pobreza;
- » Fortalecer o controle social por mulheres cisgênero, transgênero e travestis nos conselhos municipais e estaduais de saúde e de assistência;
- » Promover a participação social de representantes dos movimentos de mulheres (cis, trans e travestis) nos estudos e pesquisas, em grupos e/ou câmaras técnicas e comitês de HIV/aids na gestão do SUS, incentivando a presença de representantes de movimentos de trabalhadoras do sexo, mulheres LGBT, em privação de liberdade, entre outras.

6.9 Monitoramento e Avaliação

- » Promover o monitoramento com a participação social na implementação das presentes diretrizes e estratégias;
- » Incorporar o monitoramento e avaliação das ações relacionadas às diretrizes e estratégias de enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres na Programação Anual do Dathi/SVSA/MS.



7 Considerações finais

Este documento define diretrizes e estratégias para orientar as ações de enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres, destacando a atualização e contextualização do cenário epidemiológico e a inclusão da dimensão de transversalidade de gênero, abrangendo a diversidade e pluralidade feminina. Tem como base a revisão do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, os contextos de vulnerabilização e a importância de ações estratégicas que incidam sobre os cenários e fatores mais relevantes na produção e na superação das vulnerabilidades nas mulheres.

Trata-se de um processo articulado e participativo, visando fomentar a formulação colaborativa para revisão e/ou implementação de um Plano de Enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs em mulheres, no ano de 2023, contribuindo para sua inserção no Plano Plurianual (PPA) de 2024-2027.

Também de forma articulada e comprometida, as representantes dos movimentos sociais e do controle social do SUS, as instituições governamentais (federais, estaduais, distritais e municipais), os conselhos de categorias profissionais de saúde, as sociedades científicas, instituições de ensino e pesquisa, as agências internacionais, os serviços de saúde, os conselhos de saúde e a sociedade civil devem compor a continuidade desse processo participativo, configurando-se como método para formulação do Plano, com sustentabilidade e capilaridade das ações a serem propostas.



Referências

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT; FIOCRUZ, 2014.

BASTOS, F.; COUTINHO, C.; MALTA, M. **Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis.** Relatório Final – Pesquisa DIVaS (Diversidade e Valorização da Saúde). Rio de Janeiro: ICICT, 2018. 2333 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49082>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. **Saúde em Redes**, v. 4, p. 37-49, 2018. Supl. 1.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.376, de 19 de novembro de 1993.** Brasília, DF: MS, 1993. Disponível em: http://redsang.ial.sp.gov.br/site/docs_leis/ps/ps29.pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST: Versão revisada** – julho de 2009. Brasília, DF: MS, 2009a. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminiza%C3%A7%C3%A3o-da-epidemia-de-aids-e-outras-dst>. Acesso em: 18 jan. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei n.º 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n.º 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF: Casa Civil, 2009b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria n.º 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF: MS, 2009c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST:** Análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 77, de 12 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, DF: MS, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: **Departamento de Informática do SUS.** Brasília, DF: MS, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Brasília, DF: MS, 2021d.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Secretaria Nacional de Políticas Penais -SISDEPEN**. Brasília, DF: MJSP, 2021e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2021**. Brasília, DF: MS, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Coinfecção Tuberculose e HIV**. Brasília, DF: MS, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel PrEP**. Brasília, DF: MS, 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/painel-prep>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel PEP**. Brasília, DF: MS, 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/painel-pep>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF: MS, 2022f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Brasília, DF: MS, 2022g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informações e Análise Epidemiológica. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, 2022h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Brasília, DF: MS, 2022i.

BUTLER, J. **Gender trouble: feminism and the subversion of identity**. New York: Routledge, 1990.

CAMPOS, K. R.; GONÇALVES, M. G.; CATERINO-DE-ARAÚJO, A. Short Communication: failures in detecting HTLV-1 and HTLV-2 in patients infected with HIV-1. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 33, n. 4, p. 382-385, 2016.

CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F. *et al.* HTLV in the Americas: challenges and perspectives. **Pan American Journal of Public Health**, v. 19, n. 1, p. 44-53, 2006.

- CATERINO-DE-ARAUJO, A. *et al.* Making the invisible visible: searching for human T-cell lymphotropic virus types 1 and 2 (HTLV-1 and HTLV-2) in Brazilian patients with viral hepatitis B and C. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 113, n. 2, p.130-134, 2018.
- CATERINO-DE-ARAUJO, A. *et al.* Surveillance of human retroviruses in blood samples from patients with hepatitis B and C in São Paulo, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p. e20190378, 2020.
- CATERINO-DE-ARAUJO, A. *et al.* Short Communication: current prevalence and risk factors associated with human T Lymphotropic Virus Type 1 and Human T Lymphotropic Virus Type 2 Infections Among HIV/AIDS Patients in São Paulo, Brazil. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 31, n. 5, p. 543-549, 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Mulheres presas e adolescentes em regime de internação que estejam grávidas e/ou que sejam mães de crianças até 6 anos de idade**: sumário executivo. Brasília, DF: CNJ, 2022.
- CRENSHAW, K. A. **Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**. [S. l.]: UNIFEM, 2012.
- DAMACENA, G. N. *et al.* Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 57, suppl. 3, p. S144-1552, 2011.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. [S. l.]: FBSP, 2023.
- GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-9, 2006.
- GESSAIN A.; CASSAR, O. Epidemiological aspects and world distribution of HTLV-1 infection. **Frontiers in Microbiology**, v. 3, p. 388, 2012.
- HATCHER, A. M. *et al.* Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, v. 29, n. 16, p. 2183-2194, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2030**. Brasília, DF: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Diagnóstico sobre a situação do país em relação ao ODS 5**: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Brasília, DF: IPEA, 2019.
- KOZLOWSKI, A. G. *et al.* Seroprevalence of HTLV in a Population of HIV1-Infected Patients in Midwestern Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 5, n. 1, p. 80, 2016.
- LORENZO, C. Vulnerabilidades em Saúde Pública para as Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 3, 2006.

- MARCON, C. E. M. *et al.* The first survey of human T-cell lymphotropic viruses (HTLV) in HIV/AIDS patients in Santa Catarina State, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 61, p. 53, 2019.
- MARCONDES, M. M.; FARAH, M. F. S. Transversalidade de gênero em política pública. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, n. 165398, 2021.
- MIRANDA, W. A. *et al.* Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, p. e00209416, 2018.
- MOTA, A. *et al.* A case-control study of HTLV infection among blood donors in Salvador, Bahia, Brazil – Associated risk factors and trend towards declining prevalence [Estudo da infecção do HTLV entre doadores de sangue de Salvador, Bahia, Brasil]. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 28, 2006.
- MÜLLER, E. O Conceito de Transição e o Curso de Vida Contemporâneo. **Revista Feminismos**, v. 1, n. 3, set./dez. 2013.
- MUÑOZ, R. L. S.; MIGUEL, L. D. P. **Estigma e discriminação sociais como fardo oculto no processo saúde-doença**. João Pessoa: UFPB, 2020. 221 p.
- OLIVEIRA, E. H. DE *et al.* Human T-cell lymphotropic virus in patients infected with HIV-1: molecular epidemiology and risk factors for transmission in Piauí, Northeastern Brazil. **Current HIV Research**, v. 10, n. 8, p. 700-777, 2012.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Brasília, DF: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 7 jun. 2023.
- PEREIRA, G. F. *et al.* HIV Prevalence among Pregnant Women in Brazil: a national survey. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 8, p. 391-398, ago. 2016.
- RIBEIRO, M. L. *et al.* HTLV 1/2 Prevalence and risk factors in individuals with HIV/AIDS in Pernambuco, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, 2019.
- SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 321-332, 2009. Supl. 2.
- SCHIERHOUT, G. *et al.* Association between HTLV-1 infection and adverse health outcomes: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. **Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 1, p. 133-143, 2020.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990.
- SCOTT, J. W. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Traduzido pela SOS: Corpo e Cidadania. Recife: SOS, 1995.

SOUZA, R. L. DE *et al.* Molecular Epidemiology of HIV-1 and HTLV-1/2 among female sex workers in four cities in the State of Pará Northern Brazil. **Frontiers in Microbiology**, v. 11, 2020.

SOUTO K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde Debate**, v. 40, n. especial, p. 49-62, dez. 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Women and Drugs: drug use, drug supply and their consequences.** Vienna: UNODC, 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs -technical guide.** Vienna: UNODC, 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report.** Vienna: UNODC, 2022.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda à pesquisa.

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**