

Aspectos Epidemiológicos de Mulheres Vivendo com HIV

Analysis of Epidemiological Aspects of Women Living With HIV

Laís Gonçalves Muniz¹
Priscila I. S. de Tótar²
Douglas Gabriel Pereira³

167

Resumo: A aids é o agravamento da infecção pelo HIV, e teve seus primeiros relatos no início da década de 1980, passando a atingir mulheres e meninas significativamente a partir dos anos 1990, esse avanço pode ser observado na epidemiologia nacional, pela diminuição da razão da infecção entre os sexos, e no atual contexto epidemiológico mundial, no qual mulheres e meninas representam o maior número de pessoas vivendo com HIV no mundo. Com o objetivo de obter dados referentes aos aspectos epidemiológicos de mulheres que vivem com HIV no Brasil, foi realizada pesquisa bibliográfica em 6 bases de dados on-line, de onde foram extraídos 7 estudos para análise dos resultados e 26 para a fundamentação e discussão. Os principais critérios de inclusão foram estudos publicados entre os anos de 2002 e 2022, em língua portuguesa e inglês, que tivessem conteúdo relacionado ao tema proposto. Dentre os aspectos analisados, observou-se para a maioria dos estudos, mulheres entre 30 e 39 anos, casadas ou em união estável, com baixo nível de instrução, de baixa renda, que se infectaram por via sexual e que possuem dificuldade no uso unânime do preservativo. A partir da análise dos resultados

¹ Biomédica pela Faculdade Tecsoma. E-mail: lais.muniz@soufinom.com.br.

² Bióloga (UFV). Mestre em Biologia Celular e Estrutural (UFV). Doutora em Ciências (Biologia Celular) (UFMG). Realizou residência pós-doutoral no Departamento de Química (ICEX-UFMG). Atualmente integra o corpo docente das faculdades FINOM e TECSOMA e do Colégio SOMA. Atua no Centro Universitário ICESP do Distrito Federal como tutora de disciplinas de ensino à distância e conteudista em nível nacional. É coordenadora do curso de pós graduação em Biologia-Educação Básica ofertado a professores efetivos da rede estadual de ensino, em parceria com a Faculdade Finom pelo programa Trilhas de Futuro. E-mail: priscilatotaro@finom.edu.br.

³ Biomédico. Bacharel em Biomedicina (2012) pela Faculdade Tecsoma. Pós-Graduado em Biomedicina Estética (2014) pelo Instituto Savoir. Atua clinicamente no Centro Clínico Vittale LTDA desde o ano de 2015. É membro do corpo docente do Centro Universitário Atenas e Faculdade Tecsoma, com cadeiras clínicas nos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia. E-mail: douglaspereira@finom.edu.br.

Recebido em 01/02/2023

Aprovado em 04/03 /2023

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



podemos observar que a falta da percepção de risco à infecção pelo HIV foi um fator agravante no contexto de diagnóstico dessas mulheres.

Palavras-chave: HIV/aids. Mulheres. Aspectos epidemiológicos.

Abstract: AIDS is the worsening of HIV infection, and had its first reports in the early 1980s, starting to affect women and girls significantly from the 1990s, this advance can be observed in national epidemiology, by the decrease in the rate of infection between genders, and in the current global epidemiological context, in which women and girls represent the largest number of people living with HIV in the world. With the objective of obtaining data referring to the epidemiological aspects of women living with HIV in Brazil, a bibliographical research was carried out in 6 online databases, from which 7 studies were extracted for analysis of the results and 26 for the justification and discussion. The main inclusion criteria were studies published between 2002 and 2022, in Portuguese and English, with content related to the proposed topic. Among the analyzed aspects, it was observed for most of the studies, women between 30 and 39 years old, married or in a stable relationship, with low level of education, low income, who were sexually infected and who have difficulty in unanimous use of the condom. From the analysis of the results, we can observe that the lack of perception of risk of HIV infection was an aggravating factor in the context of diagnosis of these women.

Keywords: HIV/AIDS. Women. Epidemiological aspects.

1 Introdução

A aids é o agravamento da infecção pelo HIV, e teve seus primeiros relatos no início da década de 1980, sendo caracterizada pela depleção do sistema imune com surgimento de infecções oportunistas e neoplasias. (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

Inicialmente os casos de aids aconteciam principalmente entre homens, no entanto, já em 1981 foram identificadas as primeiras manifestações de aids em mulheres nos Estados Unidos. No Brasil, os primeiros casos foram registrados em 1982 e 1983. Como esses casos eram restritos às usuárias ou parceiras de usuários de drogas injetáveis, parceiras de hemofílicos ou bissexuais, ou ainda profissionais do sexo, a atenção a saúde e estratégias de prevenção, principalmente nos Estados Unidos, estavam focadas nos denominados “quatro Hs”, do inglês *homosexuals*, *hemophiliacs*, *haitians* e *heroin-addicts*. Esta abordagem favoreceu o preconceito uma vez que transformou fatores de risco e vulnerabilidades em grupos de risco e negligenciou o atendimento das mulheres diagnosticadas com aids. Além disso, os casos de mulheres infectadas com o vírus da aids não recebiam muita atenção. (FISCH, 2013).

Desde 1990 a pandemia da aids atinge as mulheres de modo significativo, e atualmente mulheres e meninas representam a maioria das pessoas que vivem com HIV no mundo, sendo cerca de 54% dos casos em 2021, de acordo com a UNAIDS. (FISCH, 2013; UNAIDS, 2022).

No Brasil, os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2021), trazem as notificações dos casos de HIV de 2007 a junho de 2021 em que foram registrados cerca de 381.793 casos de infecção por HIV, destes 115.333 em mulheres, que representam 30,2% do total das infecções notificadas. (BRASIL, 2021). Alguns estudos relacionam a infecção pelo HIV no âmbito feminino à vulnerabilidade social e de violência, bem como a desigualdade de gênero e a exclusão social. (BARBOSA *et al.*, 2012). O aumento gradual do número de infecções pelo HIV na população feminina pode ser fruto da vulnerabilidade feminina atribuída a sua marginalização no que diz respeito às ações de saúde direcionadas à população soropositiva, que atualmente se restringem à identificação de gestantes com HIV. Tal fato, consequentemente, resulta na limitação do acesso das não gestantes ao diagnóstico e ao início do tratamento em tempo hábil. (ARAÚJO *et al.*, 2021; VILLELA; BARBOSA, 2017).

Visando o aumento do número de casos entre mulheres, a limitação do acesso ao diagnóstico do HIV, e a falta da percepção feminina quanto ao risco de contrair a infecção pelo HIV, o presente estudo aponta a seguinte problemática “Quais os aspectos mais relevantes do perfil epidemiológico de mulheres vivendo com HIV no Brasil?”. Tendo por objetivo geral “Realizar pesquisa bibliográfica a fim de obter dados referentes aos aspectos epidemiológicos de mulheres que vivem com HIV no Brasil”. Já os objetivos específicos são: “identificar os aspectos envolvidos com a infecção pelo HIV”, “identificar os fatores sociais das mulheres HIV positivas” e “identificar alternativas para modificação do perfil social das mulheres com HIV”.

2 Materiais e Métodos

O presente estudo foi realizado com uma pesquisa bibliográfica do tipo sistemática. Para a análise dos resultados os critérios de inclusão foram artigos entre os anos de 2012 e 2022, em língua portuguesa, que tivessem por objetivo de pesquisa ou que incluíssem em seu objeto de estudo o perfil epidemiológico e sociodemográfico das mulheres que vivem com HIV no território nacional, e que tivessem uma amostra significativa de mulheres analisadas, sendo estabelecido o mínimo de 30 mulheres.

Os estudos também deveriam constar, no mínimo, 5 dos fatores estabelecidos dentre as seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade/tempo de estudo, renda

familiar, ocupação/profissão, situação conjugal), comportamento e saúde sexual (início da vida sexual, vida sexual ativa, histórico de ISTs), riscos e vulnerabilidades para infecção do HIV (uso do preservativo, uso de drogas, prática de sexo por dinheiro e/ou drogas) e perfil diagnóstico (forma de contágio/transmissão, tempo de diagnóstico e circunstância que levou ao conhecimento do diagnóstico).

Para a composição da fundamentação teórica os critérios de inclusão foram materiais em língua portuguesa e inglês com viabilidade de tradução, com publicações entre os anos de 2002 e 2022, com as palavras-chave: “histórico do HIV/aids”, “HIV e patologia”, “HIV e mulheres” e “perfil mulheres HIV/aids”.

Os critérios de exclusão foram materiais em língua estrangeira sem a possibilidade de tradução, publicados antes de 2002, que não estejam de acordo com a proposta do tema do artigo.

Todos os materiais utilizados nesta revisão bibliográfica foram pesquisados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Ministério da Saúde, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (CAPES), PubMed e Scielo (Scientific Electronic Library Online).

3 Fundamentação teórica

3.1 Histórico do HIV e da AIDS

As primeiras ocorrências reconhecidas como síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) foram notificadas pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) em 1981, nos Estados Unidos, quando começaram a surgir vários casos de sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* entre jovens homossexuais. (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Por ser inicialmente mais comum entre gays e usuários de drogas intravenosas, as primeiras teorias sobre as causas da aids giravam em torno do estilo de vida, sobrecarga imunológica de múltiplas infecções, uso de *poppers* de nitrato de amila ou butila, uma reação ao sêmen, infecção por um fungo não identificado e múltiplos parceiros sexuais. Teorias como essas favoreceram o medo e o preconceito acerca da doença. (GREENE, 2007).

Ao final de 1982, evidências epidemiológicas apontavam a aids como uma doença infecciosa transmitida por fluidos corporais e pela exposição a sangue ou produtos sanguíneos

contaminados. No ano seguinte, 1983, o CDC descreveu a transmissão heterossexual da aids, uma descoberta que iniciou a mudança de percepção da aids como uma doença exclusiva de homossexuais. (GREENE, 2007).

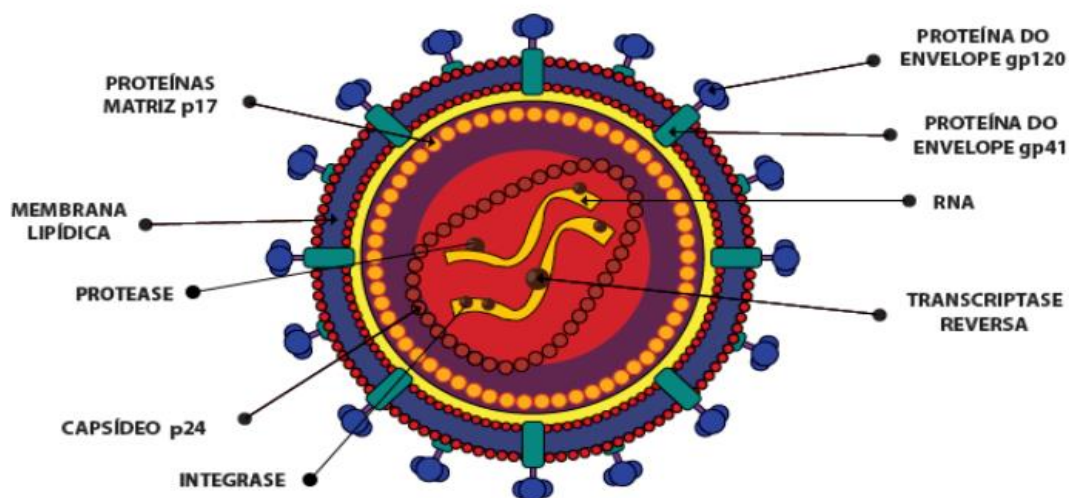
A importância dessa constatação é ilustrada, por exemplo, pelo fato de que já em 2007, a transmissão heterossexual era responsável por mais de 80% das novas infecções em todo o mundo (GREENE, 2007), e no Brasil, de 2007 a 2021, a principal causa de infecção por HIV em mulheres, em uma taxa de aproximadamente 87% dos casos notificados nesse período. (BRASIL, 2021).

Ainda em 1983, foi descoberto o agente etiológico da aids por meio do isolamento viral, inicialmente denominado de LAV e HTLV-III, e por fim nomeado HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em 1986. (GREENE, 2007). No mesmo ano foi isolado e identificado um retrovírus diferente em dois pacientes na África Ocidental, que recebeu o nome de HIV-2. O HIV-1 é o maior responsável pela pandemia da aids e seus subtipos estão distribuídos de modo heterogêneo ao redor do mundo. (FISCH, 2013).

3.2 Patogênese

O HIV faz parte da subfamília de lentivírus dos retrovírus humanos, possui em seu núcleo duas cópias de RNA encapsuladas por um nucleocapsídeo, um capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. As proteínas virais são identificadas com a abreviação “gp” para glicoproteína ou “p” para proteína, seguida do número que identifica o peso molecular em kilodaltons (kd). (BRASIL, 2018a; RACHID; SCHECHTER, 2017).

Figura 1 – Estrutura do HIV-1

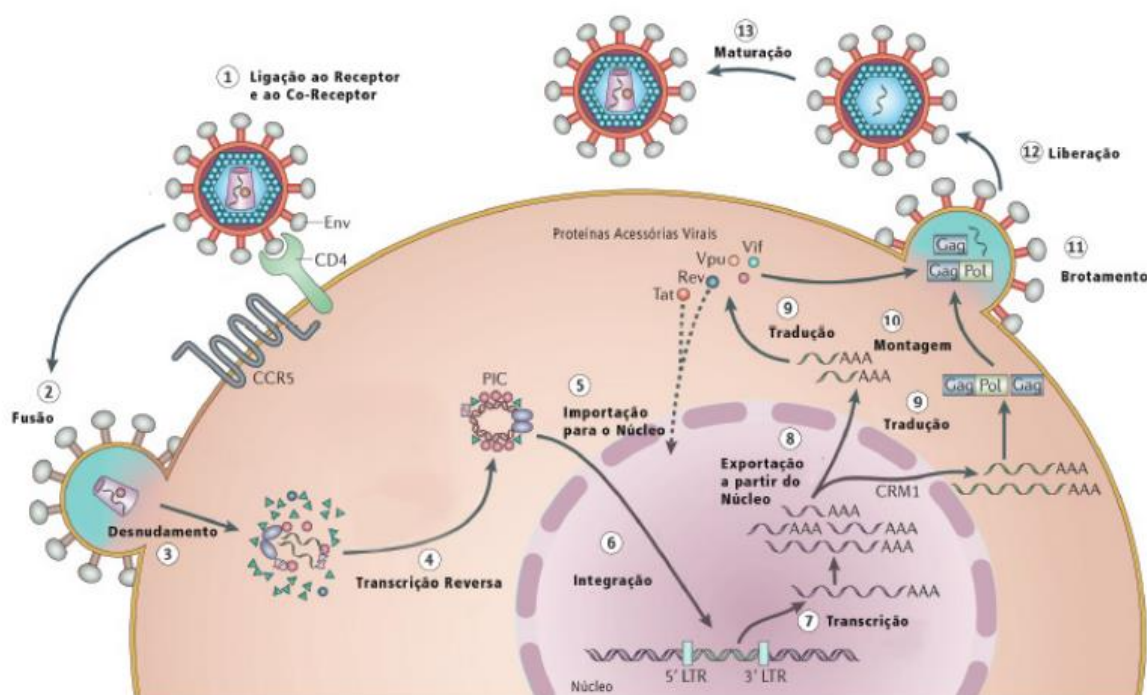


Fonte: Brasil (2014).

As principais células infectadas pelo HIV são aquelas que possuem receptores CD4 em sua superfície, onde predominam linfócitos T-CD4⁺ e macrófagos. Dessa forma, o HIV interage com a célula-alvo através da proteína transmembrana CD4 que atua como uma molécula receptora facilitando a entrada do vírus, sendo, portanto, mediadora da invasão celular. Também os receptores de quimiocinas CCR5, CXCR4 e CCR2 são essenciais para que a infecção ocorra. As moléculas de CCR5 participam da infecção de macrófagos por cepas monócitotrópicas, que são associadas a infecção primária, e a CXR4 da infecção de linfócitos por cepas linfocitotrópicas, mais comumente isoladas em casos em que a infecção já se estabeleceu. (GREENE, 2007; RACHID; SCHECHTER, 2017).

A infecção se inicia a partir da ligação da proteína viral gp120 com o receptor CD4 e o correceptor CCR5 da célula-alvo, seguida da ativação da proteína gp41 e da fusão entre o envoltório viral e a membrana celular, proporcionando a penetração do vírus por meio do poro de fusão do citoplasma. (BRASIL, 2014; GREENE, 2007).

Figura 2 – Replicação do HIV-1



Fonte: Brasil (2014).

No citoplasma, o capsídeo viral solta-se e a enzima transcriptase reversa é ativada, dando início a transcrição do RNA viral em DNA viral. O DNA viral junto da enzima integrase migra para o núcleo celular se integrando ao genoma da célula, permanecendo aí por toda a vida celular, passando a ser chamado de provírus. O HIV se integra preferencialmente em genes transcritos ativamente, de forma a favorecer a sua replicação e disseminação. (BRASIL, 2014; GREENE, 2007).

O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que em seguida é transcrito em proteínas virais, sintetizadas como as principais moléculas precursoras estruturais gag, pol e env, que codificam proteínas do capsídeo, enzimas virais e glicoproteínas, respectivamente. Também as moléculas de função reguladora ou acessória, que atuam no controle da replicação viral e infectividade como os genes tat, rev e nef. O genoma e as proteínas virais se deslocam para a extremidade do citoplasma, onde ocorre a montagem das novas partículas virais, que após adquirirem envoltório, saem da célula hospedeira por brotamento. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018a).

A transmissão do HIV ocorre durante relações sexuais, inoculação de sangue e derivados, e transmissão vertical, da mãe para o feto. A maior parte dos casos de infecção por

HIV ocorrem durante o ato sexual através das mucosas genitais ou anal. Assim sendo, nas primeiras horas após a infecção, o HIV e células infectadas atravessam a barreira da mucosa, facilitando que os vírus se estabeleçam no local de entrada e infectem linfócitos T-CD4+, células dendríticas e monócitos. (BRASIL, 2018a; RACHID; SCHECHTER, 2017).

Após a transmissão viral, há um período em que o RNA viral não é detectado no corpo do hospedeiro, esse período dura cerca de 10 dias e é denominado como fase eclipse. A resposta imunológica inata no sítio da infecção atrai um maior número de linfócitos T o que, consequentemente, favorece o aumento da replicação viral. Partindo da infecção dessas células o vírus é disseminado nos linfonodos locais e em seguida, sistemicamente, em número suficiente para estabelecer e manter a infecção nos tecidos linfóides e um reservatório viral latente, especialmente nos linfócitos T-CD4+ de memória. (BRASIL, 2018a).

Com a replicação viral ativa e a livre circulação dos vírus pela corrente sanguínea ocorre um pico da viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está relacionada a uma diminuição acentuada no número de linfócitos T-CD4+. (BRASIL, 2018a).

A redução dos linfócitos T-CD4+ ocorre por três mecanismos principais, que incluem, a morte viral das células infectadas, apoptose de células produtivamente infectadas e ativadas e a ação citotóxica dos linfócitos T-CD8+, que reconhecem os linfócitos T-CD4+ pelos antígenos virais expressos em sua membrana celular. (MACHADO *et al.*, 2004; MURPHY, 2014).

Apesar de haver o estímulo da resposta imune durante a fase de expansão da infecção e disseminação sistêmica do vírus, esta é tardia e insuficiente para erradicar a infecção, causando um efeito contrário ao produzir linfócitos T-CD4+ adicionais, que serão alvo para novas infecções. Ao mesmo tempo, o crescente aumento de linfócitos T-CD8+ controlam parcialmente a infecção, não sendo, porém, suficiente para impedir, na ausência de terapia, a lenta e sucessiva redução das células T-CD4+ e o eventual desenvolvimento da aids. (BRASIL, 2018a).

3.3 Evolução da infecção

A evolução do HIV-1 possui um amplo espectro de manifestações clínicas e pode ser dividida em três etapas: infecção aguda, período de latência clínica e fase sintomática e aids. Assim, estima-se que no corpo de um indivíduo sem intervenção terapêutica o período médio

entre o contágio e o surgimento da doença esteja em torno de dez anos. (BRASIL, 2013a; FISCH, 2013).

A fase da infecção aguda se inicia nas primeiras semanas da infecção pelo HIV, quando ainda há uma intensa replicação viral nos tecidos linfóides. Nesta fase, a CV-HIV (carga viral do HIV) se encontra elevada e os linfócitos estão diminuídos, especialmente os linfócitos T-CD4+, desse modo o indivíduo está em um período altamente infectante. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

As manifestações clínicas decorrentes desse período da infecção são denominadas Síndrome Retroviral Aguda (SRA), e os principais sintomas são febre, cefaleia, adenopatia, faringite, exantema, mialgia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Também pode haver vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais. Normalmente a grande maioria dessas apresentações clínicas tendem a desaparecer em torno de 3 a 4 semanas após a infecção viral, com exceção da letargia, linfadenopatia e astenia, que podem permanecer por meses. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Pelos sinais e sintomas serem similares aos de outras infecções virais, dificilmente a infecção pelo HIV é diagnosticada nesta fase inicial, sendo os imunoenaios de quarta geração, que detectam a carga viral, os métodos diagnósticos mais indicados para essa fase. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Ao exame clínico, a fase de latência clínica e sintomática costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia que pode perdurar após o período de infecção aguda. Normalmente, em casos de linfadenopatia generalizada, o diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Na fase de latência clínica, os exames laboratoriais podem apresentar plaquetopenia, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leves, e no tempo em que a contagem de linfócitos T-CD4+ permanecer acima de 350 células/mm³, os episódios infecciosos mais comuns, são os bacterianos, como as infecções respiratórias, por exemplo, a tuberculose. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Conforme o avanço da infecção e a diminuição da contagem de linfócitos T-CD4+, que ficam entre 200 e 300 células/mm³, os sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções

bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, são mais constantes. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Nesta fase de latência clínica a candidíase oral é um marcador clínico precoce da imunossupressão grave, sendo associada a manifestação da pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. A diarreia crônica e a febre de origem indeterminada, também a leucoplasia oral pilosa, são indicadores da evolução para a síndrome da imunodeficiência adquirida. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é marcada por manifestações de infecções oportunistas e neoplasias, que são preditoras dessa fase da infecção. As infecções oportunistas mais comuns são a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus, e as neoplasias são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Em situações como essas, é comum que a contagem de linfócitos T-CD4+ esteja abaixo de 200 células/mm³. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

Além das manifestações mencionadas, o HIV pode provocar doenças por lesão direta a certos órgãos ou por promover processos inflamatórios, como por exemplo, a miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018b).

3.4 Diagnóstico

O diagnóstico do HIV baseia-se no princípio dos “3 Cs” *Confidential*, resultado confidencial, *Counselling*, testagem acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, e *Consent*, diagnóstico realizado somente após o livre consentimento. (FISCH, 2013). Dessa forma, antes da testagem o paciente deve receber orientações acerca da infecção, formas de transmissão, práticas de maior e menor risco para o contágio, significado do resultado do teste (positivo, negativo, falso-negativo e indeterminado), janela imunológica (intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV), impacto do resultado positivo em relação a parceiros, família, trabalho. (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Em casos de resultado negativo, o paciente deve receber recomendações acerca da prevenção do HIV. Para o diagnóstico positivo, o paciente deve ser encaminhado ao local de tratamento específico. Também é importante proporcionar ao paciente o esclarecimento acerca

das formas de redução do risco de transmissão e da importância de comunicar o diagnóstico aos seus parceiros sexuais. Além disso, o paciente deve saber que familiares ou pessoas próximas podem ser informados do diagnóstico, e que conforme o Código de Ética Médica, o profissional deve guardar sigilo absoluto, podendo revelar o diagnóstico somente com a autorização do paciente, exceto em casos de parceiros sexuais conhecidos que o paciente não tenha informado seu diagnóstico positivo. (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Para o diagnóstico de infecções recentes do HIV os ensaios imunoenzimáticos de terceira geração que detectam a imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG), e os testes de quarta geração que usam a combinação de antígeno e anticorpo reduzindo o período de janela diagnóstica (período entre a infecção e a manifestação de um marcador da infecção) do HIV, são os melhores indicados, e os testes moleculares são utilizados para a confirmação diagnóstica, uma vez que são mais eficazes no diagnóstico de infecções agudas e/ou recentes além de possuírem um melhor custo-efetividade. (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2018a).

Controladores de elite (indivíduos que conseguem controlar sua viremia, mantendo a carga viral baixa e até mesmo indetectável sem o uso de antirretrovirais) são diagnosticados com imunoensaios de terceira ou quarta gerações, combinado ao teste de western blot (WB) como teste complementar para confirmação diagnóstica. (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2018a).

Pessoas que já se encontram na fase crônica da infecção são diagnosticadas por meio da combinação de testes de triagem, os imunoensaios de terceira e quarta geração, seguidos de um teste complementar confirmatório, que pode ser o WB ou um teste molecular. (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2018a).

3.5 Tratamento

O início do tratamento é recomendado para todas as pessoas que vivem com HIV imediatamente após o diagnóstico. Isso a partir do momento em que o indivíduo compreenda os riscos e benefícios do tratamento, esteja fortemente motivado e ciente da importância da adesão ao tratamento, informado sobre as possíveis alterações clínicas e laboratoriais decorrentes do uso dos medicamentos, além da consciência de que o tratamento não deve ser interrompido após ser iniciado. (BRASIL, 2018b; RACHID; SCHECHTER, 2017).

Na abordagem inicial, o profissional deve estabelecer uma relação de empatia e acolhimento para com a pessoa infectada, e a anamnese deve ser criteriosa procurando detectar

situações de risco, histórico de IST, doenças crônicas e imunizações. (PINTO NETO *et al.*, 2021).

O principal objetivo da terapia antirretroviral (TARV) é a diminuição da morbidade e mortalidade das pessoas que vivem com HIV/aids por meio da inibição da replicação viral e recuperação ou preservação do sistema imune. (FISCH, 2013).

A contagem de linfócitos T-CD4⁺ é um dos biomarcadores mais relevantes para a avaliação de urgência de início da TARV e o aconselhamento das imunizações e das profilaxias para infecções oportunistas. Esse exame analisa o grau de comprometimento do sistema imunológico e o restabelecimento da resposta imune com o tratamento adequado, além de estabelecer o momento de interromper as profilaxias. A contagem de linfócitos T-CD4⁺ tem importância na avaliação inicial, ao passo que a CV-HIV é o padrão-ouro no monitoramento da eficácia da TARV e na detecção precoce de problemas de adesão em pessoas vivendo com HIV. (BRASIL, 2018b).

A terapia antirretroviral inicial deve sempre incluir combinações de três ARV (antirretrovirais), sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) ou análogo de nucleotídeos (ITRNt) associados a uma outra classe de antirretrovirais (inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo, inibidor de protease com reforço de ritonavir ou inibidor de integrase). No Brasil, esse esquema inicial é composto por lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF), que são os (ITRN/ITRNt), associados ao inibidor de integrase, dolutegravir (DTG). (BRASIL, 2018b).

Esse esquema de medicamentos, compreende o uso de duas pílulas de antirretrovirais ao dia, tendo boa aceitação entre os pacientes e raros relatos de insônia e cefaleia. Além disso, são poucos os casos de interações medicamentosas ou de resistência primária a inibidores da integrase. (PINTO NETO *et al.*, 2021).

Para o tratamento inicial de mulheres vivendo com HIV, são utilizados, preferencialmente, esquemas contendo efavirenz (EFZ), que pertence à classe dos antirretrovirais ITRNN (inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo). Esse medicamento estimula a supressão da replicação viral por um longo período, tendo posologia de um comprimido ao dia, e perfil de toxicidade favorável, que contribuem com a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2018b).

O correto uso da TARV possibilita a supressão da carga viral, e baixos níveis séricos de carga viral estão relacionados a menores concentrações virais nas secreções genitais, contribuindo com o controle da transmissão da infecção pelo HIV. É imprescindível que o paciente saiba que, apesar da carga viral indetectável e chances mínimas de transmissão do HIV pela via sexual, o uso do preservativo continua sendo recomendado como prevenção a reinfecção pelo HIV, outras IST e hepatites. (BRASIL, 2018b).

3.6 Dados epidemiológicos

A epidemia da aids é dinâmica e multifatorial, não se limitando apenas ao comportamento sexual, se relacionando a fatores étnicos, etários, de gênero e estilo de vida dos indivíduos afetados, configurando-se como um problema de saúde pública no Brasil. (SANTOS, 2016).

Dessa forma, embora haja um número maior de infecções entre a população masculina (69,8%) do que feminina (30,2%), houve um aumento considerável de mulheres infectadas desde 1980. Em 1986, a razão da infecção entre os sexos era de 15,1 homens por mulher, decrescendo nos anos subsequentes, para 1,5 homens por mulher. No ano de 2005, essa razão passou a ser de 2,8 homens infectados por mulher, e mais tarde em 2020, esse valor chegou à marca de 28 homens para cada 10 mulheres. (BRASIL, 2021; BRASIL, 2007a).

No ano de 2021, o número de casos de HIV em mulheres notificados no Sinan foram 3898 casos, desses, conforme a incidência de casos de HIV em mulheres por raça/cor, verificou-se que no mesmo ano, 35,9% dos casos ocorreram entre mulheres brancas, 42,1% em mulheres pardas e 13% em mulheres pretas. (BRASIL, 2021).

Em relação à faixa etária por sexo, no ano de 2021, às idades entre 20 e 29 (26,3%), 30 e 39 (27,3%), e 40 e 49 (21,4%) anos de idade, representavam os maiores percentuais de mulheres infectadas. (BRASIL, 2021).

De maneira geral, também no ano de 2021, observou-se aumento da infecção por HIV, entre mulheres e homens, com idades de 20 e 24 (18,6%) e 25 e 29 (20,8%) anos, do mesmo modo que a maior porcentagem de infecção por HIV no que tange o grau de escolaridade está entre os que possui ensino médio completo (25,8%) e superior completo (11%). (BRASIL, 2021).

Para a via de transmissão, os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, apontam que no ano de 2021, 87,2% dos casos de infecção pelo HIV em mulheres maiores de 13 anos de idade são decorrentes da exposição à relação heterossexual, 2,7% transmissão vertical, 0,9% uso de drogas injetáveis e 0,1% por transfusão sanguínea. (BRASIL, 2021).

No que se refere a notificação de casos de aids, esse boletim demonstra que entre os anos de 2016 e 2020, o país registrou, anualmente, uma média de 36,8 mil novos casos de aids. Sendo que a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,7 mil; o Sudeste, 14,1 mil; o Sul, 6,9 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil casos. (BRASIL, 2021).

É importante salientar, que a taxa de detecção de aids vem caindo no Brasil desde o ano de 2012. Em 2010, essa taxa foi de 21,4 casos por 100 mil habitantes; em 2011, aumentou para 22,3 casos por 100 mil habitantes; e em 2012 apresentou uma queda para 22,0, chegando a 18,0 em 2019. (BRASIL, 2021). Essa redução na taxa de detecção de aids, se relaciona a recomendação de tratamento para todos os casos de aids, independente dos níveis de linfócitos T-CD4+, que está em vigor desde o final de 2013. (BRASIL, 2021; PINTO NETO *et al.*, 2021).

Em relação aos óbitos por aids, desde o início da epidemia em 1980 até 31 de dezembro de 2020, foram notificados no Brasil 360.323 óbitos, tendo o HIV/aids como principal agente causal. A maior proporção desses óbitos revelou-se na região Sudeste com 57,2%, seguida das regiões Sul (17,8%), Nordeste (14,2%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,5%). (BRASIL, 2021).

3.7 As vulnerabilidades na infecção por HIV

Santos (2016) aborda “vulnerabilidade” em um conceito que inclui aspectos individuais e coletivos que se relacionam em grau e modo de exposição de uma determinada situação. Dessa forma, a vulnerabilidade seria indissociável da qualidade do acesso a recursos adequados capazes de evitar consequências indesejáveis de uma determinada situação.

Esse conceito, demonstra a correlação que existe entre os aspectos individuais, socioeconômicos e as políticas públicas, na investigação das hipóteses explicativas da ocorrência da infecção pelo HIV e de sua evolução para o adoecimento e morte por aids. (SANTOS, 2016).

Desse modo, a vulnerabilidade estaria dividida em individual, social e programática. Onde a vulnerabilidade individual considera os cenários epidemiológicos e sociodemográficos que estabelecem um menor ou maior grau de exposição dos indivíduos ao HIV, incluindo

fatores de idade, sexo, atividade sexual, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. (SANTOS, 2016).

Por outro lado, a vulnerabilidade social está relacionada ao exercício da cidadania e dos direitos, abordando os direitos sexuais e reprodutivos e a diversidade sexual, incluindo as questões de gênero e gerações, o pertencimento étnico e racial e seus conceitos dentro da sociedade. (SANTOS, 2016).

Por fim, a vulnerabilidade programática tem relação com o investimento em ações e projetos de saúde voltados para a prevenção da infecção pelo HIV e ao apoio dado às pessoas que vivem com HIV. É relevante também, a amplitude da assistência prestada aos distintos segmentos da população quanto às ações e equipamentos sociais e de saúde. (SANTOS, 2016).

4 Resultados

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica tem como maior vantagem o fato de permitir que o pesquisador avalie grande quantidade de fenômenos relacionados ao tema. Desta forma, a pesquisa consegue compilar dados dispersos em diferentes bases de dados. Por outro lado, pode-se comprometer a qualidade do material justamente pela dispersão das informações.

Dessa forma, constam nesta revisão 7 artigos, que em sua maioria, possuem métodos de análise descritiva quantitativa e/ou qualitativa, com amostra entre 37 e 199 mulheres soropositivas para o HIV atendidas em serviços especializados no atendimento e/ou tratamento do HIV, localizados predominantemente nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, dos quais foram extraídos fatores sociodemográficos, riscos e vulnerabilidades e perfil diagnóstico das mulheres que compuseram a amostra dessas pesquisas. Para melhor entendimento e discussão dos dados, utilizamos a sigla “MVHIV” para denominar as mulheres que vivem com HIV.

Dito isso, na análise dos resultados, a média de idade entre os estudos foi de mulheres entre os 30 e 39 anos, sendo que Félix e Ceolim (2012), em uma pesquisa com 60 MVHIV entre 19 e 64 anos de idade, obteve a faixa etária média de 39,8 anos. Em estudo de caracterização do perfil epidemiológico das MVHIV Duarte, Parada e Souza (2014) constataram que das 184 mulheres que participaram da pesquisa, 70% delas possuíam entre 30 e 49 anos. Argolo Júnior *et al.* (2014) constatou em uma amostra de 154 MVHIV, com idades variáveis entre 18 e 68 anos, uma média de, aproximadamente, 37,38 anos. Também no estudo de Padoin *et al.* (2015), das 81 mulheres que participaram da pesquisa, predominou aquelas com faixa etária entre 30 e

39 anos. Do estudo de Villela e Barbosa (2017), das 85 mulheres que compuseram a amostra 38,82% (33) tinham entre 30 e 39 anos de idade e 22,35% (19) tinham entre 18 e 29 anos.

Em estudos mais recentes temos Cardoso *et al.* (2021), em uma amostra de 37 mulheres com idades variáveis entre 21 e 61 anos, que obtiveram média de 39,3 anos entre as participantes, sendo importante destacar um significativo número de mulheres, 16 ou 43,2% das participantes, com idade entre 25 e 39 anos. Torres *et al.* (2020) também observou maior prevalência de mulheres vivendo com HIV com idades entre 30 e 39 anos (29,2%) e 18 e 29 anos (27,1%) numa amostra de 199 mulheres.

Para a variável raça/cor autodeclarada, em 2 dos 4 estudos que apresentaram este dado em sua análise, constatou-se maior prevalência da raça/cor branca entre MVHIV, sendo 66,7% (FÉLIX; CEOLIM, 2012), 71,7% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), para dois artigos que tiveram maior prevalência da raça/cor negra, dado que negra inclui pretas e pardas, sendo 58,82% (VILLELA; BARBOSA, 2017) e 64,3% (TORRES *et al.*, 2020) entre as populações analisadas.

Dentre a escolaridade, predominou um baixo nível de instrução entre ensino fundamental incompleto e menos de 8 anos de estudo, sendo ensino fundamental incompleto 48,3% (FÉLIX; CEOLIM, 2012), 62,96% (PADOIN *et al.*, 2015) e 77% ensino fundamental incompleto e analfabetas (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014) ou com ≤ 8 anos de estudo 56,5% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014) e 49,8% (VILLELA; BARBOSA, 2017).

No entanto é importante destacar a significativa presença de MVHIV com mais de 8 anos de estudo 43,5% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014) e 31,77% (VILLELA; BARBOSA, 2017), ensino fundamental completos 73% (CARDOSO *et al.*, 2021) e 59,8% (TORRES *et al.*, 2020) e ensino médio completos 25,1% (TORRES *et al.*, 2020), 21,6% (CARDOSO *et al.*, 2021), 22,7 (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014).

Dos estudos que levantaram dados sobre a renda mensal/renda familiar, temos 56,6% que relataram renda entre 1 e 3 salários mínimos (FÉLIX; CEOLIM, 2012), 60,49% entre 1 e 2 salários mínimos (PADOIN *et al.*, 2015), 51,9% relataram renda de até 1 salário mínimo, ao passo que, 38,3% disseram não ter renda. (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014).

Ainda sobre as variáveis socioeconômicas, dos 6 estudos que apresentaram dados sobre ocupação laboral, em 4 predomina um maior número de mulheres sem nenhum tipo de vínculo empregatício, e que desse modo, se classificam como “do lar”, sendo 61,7% (FÉLIX; CEOLIM,

2012), 37,5% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), 76,6% (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014), 64,19% (PADOIN *et al.*, 2015), 62% (CARDOSO *et al.*, 2021), para 50,5% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014) e 64,7% (VILLELA; BARBOSA, 2017) que exercem uma atividade remunerada.

Os estudos de Duarte, Parada e Souza (2014) e Villela e Barbosa (2017), também constam dados para as mulheres que em algum momento da vida praticaram sexo em troca de droga ou dinheiro, sendo, respectivamente, 19 (10,3%) e 15 (17,64%) em cada estudo.

Duarte, Parada e Souza (2014) descrevem que apesar de 37,5% das 184 mulheres entrevistadas estarem desempregadas no momento da entrevista, também não recebem nenhum benefício da previdência social, e é importante destacar os resultados de Argolo Júnior *et al.* (2014), nos quais 26% das 154 mulheres entrevistadas declararam incapacidade laboral devido a aids.

Com relação ao estado civil/situação conjugal, em 3 dos 5 estudos que trouxeram esse dado, prevaleceu a união estável ou o casamento entre as MVHIV que informaram sua situação civil, sendo 46,6% (FÉLIX; CEOLIM, 2012), 49,5% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), 60,9% (CARDOSO *et al.*, 2021) e solteiras/divorciadas/separadas com 64,3% (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014) e 60,9% (TORRES *et al.*, 2020).

Em relação a forma de contágio com o HIV a maioria dos estudos apresentou a transmissão sexual como principal via, sendo a menor taxa 65% no estudo de Cardoso *et al.* (2021) e a maior 94% dos casos no artigo de Duarte, Parada e Souza (2014), sendo que 90% (FÉLIX; CEOLIM, 2012), 81,48% (PADOIN *et al.*, 2015), 68,8% (TORRES *et al.*, 2020) e 68,2% (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014) relataram contágio por relação sexual e, apenas 2 estudos apresentaram taxa específica para outras fontes de contágio, como a transmissão vertical 5% (FÉLIX; CEOLIM, 2012) e 1% (TORRES *et al.*, 2020), e acidente biológico 0,5% (TORRES *et al.*, 2020). Segundo Villela e Barbosa (2017) 56,47% das 85 mulheres que participaram de seu estudo sabem como se infectaram, as outras 43,53% possuem dificuldades em estabelecer como ou com quem se infectaram.

Destaca-se as observações de Duarte, Parada e Souza (2014) que verificaram que 84,2% das mulheres entrevistadas foram infectadas por seus ex-parceiros sexuais fixos, que se infectaram ao manter relações sexuais com múltiplas parceiras (38,6%) e usar drogas injetáveis (18,5%).

Quanto à adesão ao uso do preservativo podemos observar taxas variáveis, sendo a pior taxa 33,3% e a melhor 70,8% entre os estudos analisados.

Félix e Ceolin (2012) abordaram em sua pesquisa que das 60 mulheres entrevistadas 85% delas não usavam preservativo antes do diagnóstico positivo para o HIV, e justificaram o fato na confiança que tinham no parceiro (83,5%) ou na ausência de conhecimento acerca da doença (15,1%). Entre as 40 mulheres que afirmaram estar sexualmente ativas, apenas 61,7% delas usavam preservativo de forma unânime com o parceiro, e 16,7% encontravam dificuldades na negociação do uso do preservativo, visto que a principal queixa do parceiro era não gostar de usar a proteção.

Duarte, Parada e Souza (2014), descreveram que das 136 mulheres que relataram vida sexual ativa nos seis meses anteriores à inclusão dos dados da pesquisa, 44,1% referiram o uso do preservativo em todas as relações. Já as mulheres que tinham parceiros sorodiscordantes ou condição sorológica ignorada e, ainda, aquelas com parceiros eventuais, 43,7% e 37,5%, respectivamente, não utilizavam o preservativo em todas as relações.

Na pesquisa de Argolo Júnior *et al.* (2014), 100 (64,9%) das 154 mulheres participantes declararam possuir parceiro, dessas 98 (63,6%) estavam em um relacionamento fixo, e 109 (70,8%) relataram utilizar o preservativo em suas relações sexuais. Padoin *et al.* (2015) descreveu que das 81 MVHIV pesquisadas, 43 eram sexualmente ativas, sendo que 30 (37,03%) afirmaram usar o preservativo somente às vezes.

No que diz respeito a circunstância do diagnóstico 27,2% foram diagnosticadas a partir do seu adoecimento, 26,6% adoecimento do parceiro, 21,2% no pré-natal, 8,1% solicitação de um profissional de saúde, 8,1% autopercepção de risco, 6% por adoecimento do filho e 2,7% através da doação de sangue. (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014). Também Félix e Ceolin (2012) relataram que 28,3% fizeram exames sorológicos para o diagnóstico após relação sexual com parceiro infectado e 25% durante internação hospitalar devido a uma complicação de saúde.

Villela e Barbosa (2017) avaliaram a circunstância e o tempo de diagnóstico de modo a estabelecer um parâmetro entre esses dados, sendo que as mulheres com maior tempo de infecção, relataram procurar o diagnóstico por ocorrência de doença oportunista ou adoecimento do parceiro, e mulheres com período de diagnóstico recente, foram diagnosticadas durante o pré-natal. Dessa forma, temos 35,29% (30) das mulheres com 5 a 10 anos de

diagnóstico e 37,64% (32) de mulheres com mais de 10 anos, dessas 36 (58%) afirmaram buscar o diagnóstico por sintomas ou iniciativa própria. Já as mulheres com diagnóstico mais recente, entre 1 a 4 anos (15) e com menos de 1 ano (8), predominou o diagnóstico no pré-natal/parto, cerca de 47,8% (11).

Nos resultados de Padoin *et al.* (2015) e Villela e Barbosa (2017), a primeira relação sexual predominou, respectivamente, entre a faixa etária de 13 e 18 anos 71,6% e 51,76%. É importante destacar que no estudo de Villela e Barbosa (2017) há um número expressivo (32,95%) de mulheres que iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos.

Em relação ao perfil clínico das mulheres, das 37 entrevistadas por Cardoso *et al.* (2021), a grande maioria (70%) não possuíam comorbidades no momento da pesquisa. Ao contrário das 60 mulheres entrevistadas por Félix e Ceolin (2012), em que 75% já tiveram alguma doença oportunista e, 41,7% manifestavam no momento da pesquisa, algum tipo de doença oportunista relacionada ao HIV/aids e 58,3% outras doenças, com destaque para neurotoxoplasmose (15,2%) e tuberculose (8,5%) em doenças oportunistas e distúrbios hormonais (23,3%) e cardiovasculares (15%) para outras doenças.

Duarte, Parada e Souza (2014), identificaram uma prevalência de DST em 87,0% das mulheres pesquisadas, sendo mais predominante a infecção pelo HPV (83,6%), clamídia (24,6%) e tricomoníase (14,7%). No que se refere ao relato de doenças oportunistas relacionadas ao HIV ou presença de ISTs, Torres *et al.* (2014) identificou maior prevalência de caqueixa (3,0%), tuberculose (1,5%) e ISTs (1,5%), sendo que na maioria (90,5%) dos prontuários analisados não havia registro dessas comorbidades, revelando uma falha no registro do tratamento das pacientes.

No que se refere aos hábitos de vida, Félix e Ceolin (2012), descreveram que a maioria das mulheres não relataram o uso ou consumo de cigarro (73,3%), bebidas alcoólicas (78,3%) e drogas (98,3%). Duarte, Parada e Souza (2014) relataram que 20 (10,9%) das mulheres utilizavam pelo menos uma droga nos últimos doze meses anteriores à inclusão de dados no estudo, 12,5% faziam o consumo de álcool diariamente ou mais de uma vez na semana e 42,9% eram tabagistas. No estudo de Torres *et al.* (2020) mais da metade das mulheres entrevistadas relataram não fazer uso de álcool (53,8%), cigarro (58,8%) e de drogas (64,8%), ao passo que 21,1% referiram o uso de álcool e 8,5% o uso de drogas. Também em Cardoso *et al.* (2021) a

maioria das mulheres disseram não ser tabagistas, sendo 73,0% que referiram não fazer uso do cigarro para 27,0% que relataram ser tabagistas.

5 Discussão

Ao observar o avanço dos casos de HIV na população feminina, podemos verificar que há um maior número de casos entre mulheres em idade reprodutiva, 30 a 39 anos na maioria dos estudos pesquisados (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014; CARDOSO *et al.*, 2021; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; FÉLIX; CEOLIM, 2012; PADOIN *et al.*, 2015; TORRES *et al.*, 2020; VILLELA; BARBOSA, 2017), resultados que são condizentes com a média nacional referente ao período de 2007 a 2021 em que cerca de 56,8% dos casos da infecção pelo HIV é mais prevalente entre as mulheres de 20 a 39 anos. (BRASIL, 2021).

Acrescenta-se a isso, a progressiva diminuição na razão da infecção entre os sexos, justificando a relevância das intervenções governamentais para o diagnóstico do HIV no pré-natal e parto, que como citado por Villela e Barbosa (2017), essa ação pública contribui com o diagnóstico de mulheres desde a década de 1990, visando prevenir a transmissão vertical. (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2022).

No entanto, nos estudos de Duarte, Parada e Souza (2014), Félix e Ceolin (2012) e Villela e Barbosa (2017), há um número significativo de mulheres que foram diagnosticadas após sentir algum sintoma relacionado ao HIV/aids ou ter adoecido por uma doença oportunista. Além disso, é estimado que a grande maioria dos casos de HIV diagnosticados no Brasil (>95%) são de indivíduos que já estão na fase crônica da infecção. (BRASIL, 2018a).

Tais achados podem se relacionar ao período de diagnóstico, em que a epidemia da aids começava a surgir de modo mais significativo entre mulheres, por volta do final dos anos 1980, em que não havia políticas públicas voltadas para essa população, ou ainda, se relacionam a marginalização do acesso ao diagnóstico do HIV, que, em um contexto de epidemia concentrada, ao restringir o diagnóstico à identificação do HIV em gestantes, limita o acesso das não-grávidas ao diagnóstico e ao início do tratamento em tempo hábil. (ARAÚJO *et al.*, 2021; VILLELA; BARBOSA, 2017).

Para a variante raça/cor que teve prevalência variável entre brancas (FÉLIX; CEOLIM, 2012; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014) e pretas (VILLELA; BARBOSA, 2017; TORRES *et al.*, 2020) é importante destacar que esse fator varia sua predominância conforme a região do

país, sendo que na região Sudeste, onde Félix e Ceolin (2012) e Duarte, Parada e Souza (2014) realizaram suas pesquisas, predomina um maior número de pessoas autodeclaradas brancas, cerca de 50,0%, e na região Nordeste, onde o estudo de Torres *et al.* (2020) foi realizado, têm maior predominância de pessoas pardas 62,5%. (IBGE, 2019). Villela e Barbosa (2017) coletaram para sua pesquisa, dados de mulheres de diferentes localidades do país (Belém, Goiânia, Porto Alegre, Pelotas, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo), com um parâmetro mais diversos obtiveram uma média (58,82%) mais próxima da média nacional do período de 2007 a 2021, que é 55,1% dos casos de infecção por HIV entre pardas e pretas. (BRASIL, 2021).

Tendo a escolaridade, a renda e a taxa de empregabilidade como indicadores de pobreza, podemos observar que a maioria das mulheres dos estudos analisados apresentam perfil de vulnerabilidade socioeconômica à infecção pelo HIV, uma vez que essas pesquisas trouxeram índices demonstrativos de um baixo grau de instrução (ensino fundamental incompleto ou menor de 8 anos de estudo) (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014; FÉLIX; CEOLIM, 2012; PADOIN *et al.*, 2015), de renda (predominante entre 1 a 3 salários mínimos para todos os estudos que apresentaram esse dado) (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014; FÉLIX; CEOLIM, 2012; PADOIN *et al.*, 2015) e de inserção no mercado de trabalho (em 4 dos 6 estudos que apresentaram essa variável, predominou-se maior média de mulheres que se classificaram como “do lar” ou sem ocupação remunerada) (ARGOLO JÚNIOR *et al.*, 2014; CARDOSO *et al.*, 2021; FÉLIX; CEOLIM, 2012; PADOIN *et al.*, 2015).

Além disso, as autoras Félix e Ceolin (2012), afirmam que a população de seu estudo acompanha as características da evolução da epidemia da aids no Brasil, o que nos cabe ressaltar o menor nível de escolaridade, o qual as autoras denominam de pauperização, característica atribuída pelo crescimento do número de casos entre indivíduos de menor nível de instrução, sendo este, um marcador de situação socioeconômica.

Também no que se relaciona a pauperização, Torres *et al.* (2020) afirmam que populações mais pobres tendem a sofrer maiores dificuldades de acesso à serviços básicos, como educação e saúde, o que configura uma vulnerabilidade social, e, portanto, as mulheres de seu estudo, estariam, até certo ponto, mais vulneráveis a adquirir a infecção pelo HIV independente dos anos de estudo concluídos.

No entanto, também é importante salientar a significativa parcela de mulheres com maior nível de instrução, trazendo um risco de subestimação a infecção pelo HIV, já citada em

estudos anteriores (SANTOS *et al.*, 2002) e evidenciada por Duarte, Parada e Souza (2014), que acaba por colocar mulheres e populações de maior grau de instrução e nível socioeconômico em risco, pela sensação de distanciamento da doença, uma vez que não se reconhecem dentro de um “grupo de risco” para a infecção.

Tendo a prevalência da transmissão sexual como principal via de infecção para a maioria dos estudos analisados, com taxas que variam entre 65% (CARDOSO *et al.*, 2021) a 94% (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014) dos casos, que é bem próximo à média nacional de 87,2% dos casos (BRASIL, 2021), podemos observar os achados de Félix e Ceolin (2012), que apontam para 85% das mulheres de seu estudo que não usavam preservativo antes do diagnóstico positivo para o HIV, com a predominância de 83,5% da justificativa “confiança no parceiro”.

Semelhante a outros estudos (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; SILVA; VARGENS, 2009), 16,7% das mulheres entrevistadas por Félix e Ceolin (2012), relataram dificuldade de adesão ao uso do preservativo devido o parceiro não gostar de usar a proteção.

Também em Duarte, Parada e Souza (2014), foi observado que mais de 40% das entrevistadas não utilizavam preservativo independente da parceria eventual ou fixa.

Tal fato é consoante às considerações de Company, Amaral e Santos (2021), que descrevem acerca da percepção feminina sobre o amor como um sinônimo de abnegação de si, onde a exagerada confiança no parceiro somada ao medo de ser mal interpretada ao propor o uso do preservativo, impede a consciência do risco de infecção pelo HIV e outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Neste ponto, em que o amor implica na entrega ao outro e, no que tange a sexualidade, essa perspectiva pode induzir a abdicação de práticas sexuais mais seguras por parte das mulheres, como o uso do preservativo, por acreditarem estar protegidas. (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Acrescenta-se a esses aspectos a permanência, no campo afetivo, do papel histórico feminino de dependência e submissão ao homem, no qual se estabelece um dos fatores da vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, em que se observou o aumento de casos de HIV entre mulheres que mantinham relacionamentos heterossexuais estáveis e um número de parcerias sexuais durante a vida que não era significativamente diferente do relatado pela maioria da população, mesmo com a idealização histórica do imaginário social sobre o HIV/aids associada a promiscuidade com a crença de que somente as profissionais do sexo estariam

sujeitas à infecção. (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020; CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; SANTOS, 2016).

Isso pode ser observado nesta revisão, na qual, com exceção de Argolo Júnior *et al.* (2014) e Torres *et al.* (2020), os estudos analisados apresentaram maior média de mulheres casadas ou em união estável. (FÉLIX; CEOLIM, 2012; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; CARDOSO *et al.*, 2021).

O não uso do preservativo, também se relaciona aos dados obtidos por Duarte, Parada e Souza (2014), que ao constatar maior prevalência de ISTs entre as mulheres vivendo com HIV, atestam que a prática sexual sem preservativo continua sendo mantida.

Esses contextos se relacionam a baixa percepção de risco à infecção, manifestada pela maioria dessas mulheres, associado aos aspectos culturais e as desigualdades de poder entre os gêneros, em que se configuram os relacionamentos estáveis, e determinam a menor influência na negociação do sexo seguro por parte das mulheres. (FÉLIX; CEOLIN, 2012; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

Com relação ao estilo de vida e ao uso de tabaco, álcool e drogas, os dados em sua maioria são positivos, uma vez que grande parte das mulheres relataram não fazer uso de tais substâncias. No entanto, foi apresentado no estudo de Torres *et al.* (2020) que 21,1% das mulheres fazem uso de bebidas alcoólicas e 8,5% o uso de drogas, e em Cardoso *et al.* (2021) 27,0% das mulheres relataram ser tabagistas. Duarte, Parada e Souza (2014) descreveram o uso de substâncias psicoativas entre a população de sua pesquisa, sendo 12,5% para o consumo de álcool, 10,9% drogas ilícitas e 42,9% tabagistas. Estes fatores têm sido associados ao comportamento de risco para a transmissão do HIV, uma vez que se relacionam com a prática sexual sem uso do preservativo, e no contexto das mulheres que vivem com HIV, estão relacionados à não adesão à TARV ou descontinuidade do tratamento. (BRASIL, 2013a).

Além disso, para as pessoas que vivem com HIV e estão em tratamento antirretroviral, as substâncias psicoativas podem alterar o metabolismo hepático dos medicamentos e diminuir ou aumentar a concentração sérica dos medicamentos antirretrovirais. Sendo que o uso de drogas, como a cocaína, está associado a uma maior evolução da doença e menor adesão ao tratamento, e o tabaco eleva o risco de acidente cardiovascular e infarto, se configurando como fatores agravantes para as pessoas que vivem com HIV. (BRASIL, 2013a).

6 Conclusão

Tendo em vista a problemática inicialmente proposta: “Quais os aspectos mais relevantes do perfil epidemiológico de mulheres vivendo com HIV no Brasil?”, podemos concluir que aspectos de desigualdade social e de gênero fazem parte do perfil epidemiológico dos estudos analisados, e que a hipótese “As representações socialmente compartilhadas sobre relações de poder, sobretudo no que se refere às relações de gênero, podem estar relacionadas com a contaminação do HIV”, se confirma no contexto apresentado por essas mulheres.

Em virtude disso, os objetivo geral e específicos foram alcançados, uma vez que, foi possível “identificar os aspectos envolvidos com a infecção pelo HIV”, “identificar os fatores sociais das mulheres HIV positivas” e “identificar alternativas para modificação do perfil social das mulheres com HIV”.

No entanto, devido a característica limitante da análise em que se estabeleceu a amostra deste estudo, com artigos apenas das regiões Sul, Sudeste e Nordeste, não se pode generalizar essas características a nível nacional. Dessa forma, sugere-se que novas análises sejam feitas, para que os aspectos relacionados ao perfil das mulheres que vivem com HIV possam ser melhor identificados.

7 Agradecimentos

A autora agradece aos orientadores e coautores deste artigo, os professores Douglas Gabriel Pereira, professor especialista do curso de Biomedicina, e a Priscilla de Tótar, professora doutora do curso de Biomedicina, que contribuíram e acreditaram na realização e publicação deste trabalho. Também agradece aos colaboradores, Leonardo Francisco da Silva, professor especialista do curso de Biomedicina, e Lanielly Rodrigues da Silva, aluna do curso de Biomedicina, que participaram da elaboração do projeto do presente artigo, inicialmente denominado “Aspectos de Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids”.

Referências

ARAÚJO, Beatriz Costa *et al.* Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV/aids: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/67527>>. Acesso em: 31 mar. 2022.

ARGOLO JÚNIOR, Cecílio *et al.* Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 448-461, 2014.

BARBOSA, Regina M. *et al.* Exploring the relationship between induced abortion and HIV infection in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. sup39, p. 80-89, 2012. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39633-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39633-X)>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2022/05/manual_tecnico_hiv_20_09_2018_web.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Diagnóstico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22163/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view>. Acesso em: 15 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: MS, 2007a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf> .

Acesso em: 15 out. 2022.

CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, v. 29, p. 374-383, 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>>. Acesso em: 08 maio 2022.

CARDOSO, Mariele Amaral Schneider *et al.* PERFIL E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV. **Holos**, v. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em:

<<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/10174>>. Acesso em: 25 out. 2022.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; SOUZA, Lenice do Rosário de. Vulnerability of women living with HIV/aids. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, p. 68-75, 2014. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0104-1169.2837.2377>>. Acesso em: 22 out. 2022.

FELIX, Gabriela; CEOLIM, Maria Filomena. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 884-891, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400015>>.

Acesso em: 22 out. 2022.

FISCH, Patrícia. **Diagnóstico de HIV/Aids e o uso de antirretrovirais em mulheres usuárias dos serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre**. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000921209&loc=2014&l=d255103bb6d2e262>>. Acesso em: 17 set. 2022.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREENE, Warner C. A history of AIDS: looking back to see ahead. **European journal of immunology**, v. 37, n. S1, p. S94-S102, 2007. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1002/eji.200737441>>. Acesso em: 11 set. 2022.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2022.

MACHADO, Paulo RL *et al.* Mecanismos de resposta imune às infecções. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 79, p. 647-662, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000600002>>. Acesso em: 22 out. 2022.

MURPHY, Kenneth. Imunologia de Janeway. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-book.

OLIVEIRA, Mariana de Moraes Duarte; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

PADOIN, Stela Maris de Mello *et al.* Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 71-78, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100008>>. Acesso em: 22 out. 2022.

PINTO NETO, Lauro Ferreira da Silva *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/N3PFzwZKhgLVPHngzGRFdfy/>>. Acesso em: 22 out. 2022.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. Manual de HIV/aids. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017. E-book (não paginado).

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu *et al.* Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 349-355, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200012>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 602-618, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162627>>. Acesso em: 01 maio 2022.

SANTOS, Naila JS *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 12-23, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500004>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 401-406, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200020>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

TORRES, Shirley Sayonara Bezerra de Melo *et al.* Perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão ao tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4041-e4041, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e4041.2020>>. Acesso em: 22 out. de 2022.

UNAIDS. Conheça seus direitos. **UNAIDS**, c2022. Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 26 maio 2022.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 87-96, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>> Acesso em: 31 de mar. 2022.