



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mariana Teixeira Barroso

**Produção Científica Nacional sobre Mulher e HIV/aids (1990 – 2018): usos da concepção
de vulnerabilidade**

Rio de Janeiro

2020

Mariana Teixeira Barroso

Produção Científica Nacional sobre Mulher e HIV/aids (1990 – 2018): usos da concepção de vulnerabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Simone Monteiro

Coorientador(a): Prof^a. Dra. Adriana de Araujo Pinho

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B277p Barroso, Mariana Teixeira.
Produção Científica Nacional sobre Mulher e HIV/aids (1990 – 2018): usos da concepção de vulnerabilidade / Mariana Teixeira Barroso. — 2020.
137 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Simone Monteiro.
Coorientadora: Adriana de Araujo Pinho.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.
3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Mulheres. 5. Política Pública. 6. Perfil de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993

Mariana Teixeira Barroso

Produção Científica Nacional sobre Mulher e HIV/aids (1990 – 2018): usos da concepção de vulnerabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 26 de março de 2020.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdena
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^ª. Dra. Adriana de Araujo Pinho (Coorientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Medicina e Instituto de Estudos de Saúde Coletiva

Prof^ª. Dra. Simone Monteiro (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

Aos meus pais, por tanto.

AGRADECIMENTOS

À sociedade brasileira por financiar toda a minha formação acadêmica, por resistir aos retrocessos, às retiradas de direitos e por me lembrar diariamente de vislumbrar o horizonte de um mundo socialmente mais justo e mais alegre. Aos trabalhadores que nunca puderam parar e me mostraram, com o golpe em 2016, com a aprovação da “PEC do fim do mundo” e com a derrota democrática em 2018, que era necessário seguir nas trincheiras.

Aos meus pais pela inesgotável confiança e amor, por me possibilitarem ir em frente no que eu acredito e por compreenderem a minha distância e a minha ausência.

Às minhas orientadoras Simone Monteiro e Adriana Pinho por todo o aporte e disponibilidade, por ofertarem a possibilidade da desconstrução das minhas certezas *incertas*, por acompanharem a trajetória desse trabalho de perto, por entenderem minhas limitações e possibilitarem tanto aprendizado. Obrigada por contribuírem para que eu subisse alguns degraus na construção dos princípios da ética, da responsabilidade e do compromisso com a pesquisa.

Aos meus felinos Chanel, Gal, Malu e Mujica por serem companhia em silêncio em todas as noites e alegria em todas as manhãs. Vocês não deixaram esse processo ser totalmente solitário. Ao Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB-RJ) que foi minha segunda casa durante a escrita; a todos os seus funcionários, em especial aos que trabalham na biblioteca e no elevador, sou grata por serem meu primeiro “bom dia” e meu último “boa noite” de tantos domingos, feriados e dias úteis. Obrigada pelos sorrisos e por desejarem um bom descanso diariamente. À Alexandra que trabalha em escala 12 por 36h no guarda-volumes e nunca deixou de sorrir e falar para eu ir ver as exposições. Ao seu Dilson que com seus 70 anos trabalha seis dias por semana e na folga vai ao baile charme; todas as noites fala da alegria de me encontrar e me lembra a importância de construir redes de afeto. Aos demais estudantes que em silêncio se fizeram presentes, principalmente aqueles que, pela convivência diária, compartilharam cafés, vitórias e angústias.

À minha turma de mestrado e aos amigos mais próximos da área de Processos Sociais e Violência, fui muito feliz em compartilhar essa trajetória com um grupo tão solidário e engajado. À Thayana Pastori por trazer tanta doçura aos meus dias. À Jaqueline Rocha e ao Hugo Crasso pela produção de afeto em cada diálogo, pelos respiros nas sextas feiras, por não abandonarem a dialética e por dançarem comigo.

Às minhas amigas Amanda Frazão e Celita Almeida, igualmente sanitaristas de formação e coração. Vocês me ensinam que a vida é mesmo dura, mas que a gente tem uma a outra para

seguir. À Gabriela Rodrigues, Mariana Seger, Carolina Coelho e Julia Oliveira por tanta força e por serem companheiras nesses tempos.

À Mariah Araújo por dividir comigo a casa, as contas e a esperança em um mundo mais igualitário, por ser espelho. À Luiza Moreira pela disponibilidade de escutar, por me acolher e me lembrar que a vida pode ter mais carinho. À Julia Vommaro por me olhar de um modo tão gentil, pelas aventuras que vivemos e pelos sons que compartilhamos. Ao Jesus Negreiros pelos convites inesperados para almoçar e pelas tardes de risadas. Nesses momentos você me lembrou que às vezes eu precisava descansar um pouco.

À Maykeline Leite, Fabiana Baraldo e Leandro Batista. Vocês são meu exemplo de resistência na construção de um projeto de sociedade solidária. Obrigada por compreenderem as ausências nos últimos meses e não deixarem de sambar comigo da Glória a Padre Miguel, sempre passando por Madureira, pelo Renascença e pela Mangueira; sambando em defesa da alegria!

À Cristina Birck que acompanha minha trajetória, por vezes, *gauche* e me lembra que o caminho mais fácil nem sempre é a melhor opção, mas que a direção é àquela do meu desejo.

Ao Leonardo Mattos companheiro de vida, por ser ombro e pé no chão na medida certa. Ao Denyr Jeferson pelo cuidado de me perguntar como eu estou quando menos espero e por me arrancar tanta gargalhada. À Camile Mascarenhas por ser a segurança de que eu nunca estarei sozinha. À Priscylla Alves que sempre parece escutar com meus ouvidos, que me ensina que a subjetividade e a coletividade podem andar juntas, mas que a emancipação só poderá ser coletiva. Ao Murilo Cereda, à Anne Borges, ao Jans Izidoro, à Thais Piazza e à Clara Newlands, já são dez anos desde o movimento estudantil e na luta continuamos nos encontrando.

Às minhas amadas Beatriz Ras, Ingrid D'Ávilla, Rosa Mira, Milena Reis, Adriana Penatti, Rebecca Cabral e Elisa Mendonça, nas encruzilhadas da vida nos encontramos e nunca mais nos largamos. Vocês são família, acolhimento e colo quentinho. Aos amigos de Fortaleza Liziane Menezes, Gabrieli da Penha, Anderson Moraes, João Victor Almeida, Victor Nepomuceno, Saul Rodrigues, Emanuel Almeida e Diego Marinho. Vocês me cuidam de longe. À ENSP por toda a transformação que me proporcionou e pelo espaço de aprendizado. Aos funcionários da SECA pela disponibilidade e agilidade em resolver as demandas. Ao CNPq pelo aporte financeiro que permitiu a execução desse trabalho.

Por fim, sou grata aos espaços de militância em que estive de modo transitório ou orgânico, principalmente os movimentos em defesa do SUS e da saúde pública e ao movimento de mulheres, por me moverem e alicerçarem algumas inquietações que impulsionaram esse trabalho.

*Defender a alegria como uma trincheira
defendê-la do escândalo e da rotina
da miséria e dos miseráveis
das ausências transitórias e das definitivas
defender a alegria por princípio*

(Mário Benedetti)

RESUMO

Introduzido nas interpretações sobre as perspectivas de expansão da epidemia de HIV/aids na década de 1990, o conceito vulnerabilidade procura articular a dimensão individual de vulnerabilidade ao HIV aos contextos sociais e programáticos, muitas vezes marcados pela desigualdade e injustiça social. Esse estudo objetiva analisar os usos dessa concepção na produção científica nacional sobre mulheres e HIV/aids de 1990 a 2018. Tal opção justifica-se pela contribuição da vulnerabilidade na reconceitualização da tendência individualizante da noção de “grupo de risco” ou “comportamento de risco” que marcou a história da epidemia. O estudo se caracteriza por uma revisão de escopo da literatura, tendo por base os artigos científicos publicados no portal Scielo sobre HIV/aids e mulheres, incluindo também as categorias lésbica, jovem, profissional do sexo e gestante. Os resultados foram organizados em três etapas. A primeira refere-se à classificação dos 80 artigos selecionados na revisão quanto: população, metodologia e ano de publicação. A segunda diz respeito à seleção dos 39 estudos voltados para população exclusivamente de mulheres. Tendo por base uma definição de conceito *do tipo ideal* de vulnerabilidade, os 39 artigos foram classificados em relação à três categorias: uso consistente da concepção de vulnerabilidade, uso parcial e uso inconsistente. A terceira fase envolveu uma análise dos 22 artigos considerados como tendo feito uso consistente no que se refere: ao referencial teórico da vulnerabilidade, ao modo como as dimensões individual, programática e/ou social foram operacionalizadas e como o conceito foi acionado para explicar a vulnerabilidade das mulheres. Foi observado que o uso consistente do conceito ocorreu em anos mais recentes, sendo o componente social amplamente acionado na interpretação dos achados empíricos. Nesta direção, os principais aspectos referidos para explicar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids foram: a desigualdade de gênero, a dificuldade de negociação do uso do preservativo por parte das mulheres, a dimensão social e simbólica do amor romântico, do casamento e da maternidade, os significados diferenciados da sexualidade para homens e mulheres e a fragilidade quanto aos direitos sexuais e reprodutivos. Foram observadas ainda lacunas quanto à capacidade dos estudos de articularem os três componentes do conceito e a escassez de dados sobre a avaliação de intervenções sobre os contextos de vulnerabilidade. Compreender como um conceito calcado nos princípios dos direitos humanos pode contribuir para o enfrentamento da epidemia de modo emancipatório, para além do uso como ferramenta analítica, aparece como um desafio lançado por esse estudo.

Palavras-chave: HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Vulnerabilidade em Saúde, Mulheres.

ABSTRACT

Introduced in the interpretations of the prospects for the expansion of the HIV/aids epidemic in the 1990s, the term vulnerability seeks to articulate the individual dimension of vulnerability to HIV with social and programmatic contexts, often marked by inequality and social injustice. This study aims to analyze the uses of this concept in the national scientific production on women and HIV/aids from 1990 to 2018. This option is justified by the contribution of vulnerability in the reconceptualization of the individualizing tendency of the notion of “risk group” or “risk behavior”. That marked the history of the epidemic. The study is characterized by a review of the scope of the literature, based on scientific articles published on the Scielo portal on HIV/aids and women, including also the categories lesbian, young, sex worker and pregnant woman. The results were organized in three stages. The first refers to the classification of the 80 articles selected in the review regarding: population, methodology and year of publication. The second concerns the selection of the 39 studies aimed at the exclusively female population. Based on a definition of the ideal concept of vulnerability, the 39 articles were classified in relation to three categories: consistent use of the concept of vulnerability, partial use and inconsistent use. The third phase involved an analysis of the 22 articles considered to have made consistent use with regard to: the theoretical framework of vulnerability, the way in which the individual, programmatic and/or social dimensions were operationalized and how the concept was used to explain the vulnerability of the women. It was observed that the consistent use of the term occurred in more recent years, with the social component being widely used in the interpretation of empirical findings. In this sense, the main aspects mentioned to explain the vulnerability of women to HIV/aids were: gender inequality, the difficulty in negotiating the use of condoms by women, the social and symbolic dimension of romantic love, marriage and motherhood, the different meanings of sexuality for men and women and the fragility regarding sexual and reproductive rights. Gaps were also observed in terms of the ability of studies to articulate the three components of the concept and the scarcity of data on the assessment of interventions in contexts of vulnerability. Understanding how a concept based on human rights principles can contribute to tackling the epidemic in an emancipatory way, in addition to its use as an analytical tool, appears as a challenge launched by this study.

Keywords: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health Vulnerability, Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma do processo de busca, seleção e classificação dos Resumos.....	47
Figura 2 -	Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids por ano de publicação.....	54
Figura 3 -	Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids quanto a abordagem metodológica.....	55
Figura 4 -	Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids quanto ao local onde o estudo foi realizado.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das populações dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids	51
Tabela 2 –	Distribuição das categorias temáticas dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CAP	Conhecimentos, atitudes e práticas
DECS	Descritores em ciências da saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
MVHA	Mulheres vivendo com HIV/aids
ONGS	Organizações não governamentais
ONU	Organização Das Nações Unidas
PEP	Profilaxia pós-exposição ao HIV
PIEFA	Plano Integrado de Enfrentamento a Feminização da aids e outras DST
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher
PREP	Profilaxia pré-exposição ao HIV
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
SIELO	<i>Scientific electronic library online</i>
SUS	Sistema Único De Saúde
TARV	Tratamento antirretroviral
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UFC	Universidade Federal Do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	20
2.1	HIV/AIDS ENTRE MUHERES.....	20
2.1.1	Aspectos epidemiológicos	20
2.1.2	Ações políticas	23
2.2	VULNERABILIDADE AO HIV: ASPECTOS CONCEITUAIS.....	28
2.2.1	Vulnerabilidade das mulheres ao HIV	34
2.3	O CONCEITO DO TIPO IDEAL.....	41
3	PERCURSO METODOLÓGICO	44
4	RESULTADOS	50
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	50
4.2	DESCRIÇÃO DOS USOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE....	56
5	DISCUSSÃO	78
5.1	USOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE.....	78
5.1.1	Usos inconsistentes do conceito de vulnerabilidade	78
5.1.2	Usos parciais do conceito de vulnerabilidade	79
5.1.3	Usos consistentes do conceito de vulnerabilidade	81
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXO A – RELAÇÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CORRESPONDENTES AO CONJUNTO DE ESTUDOS ANALISADOS	134

1 INTRODUÇÃO

A despeito dos relevantes avanços no campo do tratamento e dos direitos das pessoas vivendo com HIV (PVHA), ainda hoje a aids é uma pandemia presente em todos os continentes, tendo ultrapassado limites geográficos, étnicos, de orientação sexual, feições culturais, entre outros. Globalmente desde 2010 a mortalidade relacionada a aids diminuiu 33%, sendo essa porcentagem impulsionada pelo declínio da mortalidade nos países da África Oriental e Austral, que concentram 54% das PVHA no mundo. Com relação ao número de novas infecções há um declínio global anual, sendo, assim como os números de mortalidade, mais proeminentes no leste e sul da África (redução de 28% entre 2010 e 2018). Entretanto em outras regiões houve aumento no mesmo período, como na América Latina (7%), no Oriente Médio e Norte da África (10%) e Europa Oriental e Ásia Central (29%) (UNAIDS, 2019).

Em âmbito global, segundo o último relatório da UNAIDS (2019) houve, entre os anos de 2010 e 2018, uma redução de 25% de novas infecções por HIV entre mulheres jovens (entre 15 e 24 anos), porém 6000 mulheres e adolescentes ainda são infectadas no mundo toda semana. Embora impactantes, tais dados contrastam com o crescimento expressivo de casos entre outras populações. Nessa direção, cabe destacar que em 2018 homens que fazem sexo com homens (HSH) estiveram 22 vezes mais susceptíveis ao HIV que todos os homens adultos; usuários de drogas injetáveis (UDI) também estiveram 22 vezes mais vulneráveis que os não usuários em geral; a susceptibilidade foi 21 vezes maior para profissionais do sexo e 12 vezes maior para pessoas transexuais que para adultos entre 15 e 49 anos. (UNAIDS, 2019).

No contexto brasileiro, igualmente houve um decréscimo de 24,1% no coeficiente de mortalidade entre os anos de 2008 e 2018 e uma queda de 16,8% na taxa de detecção de novos casos de aids no período compreendido entre 2012 e 2018 (BRASIL, 2019). Embora esses números sejam importantes no que diz respeito ao enfrentamento à aids, essa tendência de queda não contempla populações específicas, onde se concentram a maioria dos casos, como trabalhadoras do sexo, HSH e pessoas transexuais, também concordando com a tendência global. Mais da metade (59,4%) dos casos de infecção pelo HIV registrados em homens entre os anos de 2007 e 2018 foram em HSH. Enquanto a taxa de prevalência para a população geral no Brasil é de 0,4%, em mulheres profissionais do sexo é de 4,9%, entre HSH é de 10,5% e entre pessoas transexuais é de 31,5% (BRASIL, 2018).

Cabe salientar que ao longo de quase quatro décadas de epidemia, consolidou-se no país uma política pública de saúde de caráter preventivista. Durante esse período tem havido, de

modo variado, ações de educação para a prevenção da transmissão do HIV para diferentes grupos populacionais, aliadas à ampliação da distribuição gratuita de preservativos, ao cuidado à PVHA, o acesso ao teste diagnóstico e à disponibilidade universal do tratamento medicamentoso. Contudo, o HIV/aids segue sendo um importante problema de saúde pública no país e seu enfrentamento na atual conjuntura social, econômica e política do país enseja novos desafios (GRANGEIRO *et al.*, 2009). Entre os desafios estão diretrizes políticas com centralidade no medicamento, de modo a secundarizar questões relacionadas ao debate ancorado a matriz dos direitos humanos e o reconhecimento das desigualdades de gênero nas medidas preventivas. Ocorre, de modo paralelo, o aumento na oferta de medicamentos e exames, enquanto há reforço de antigas situações de estigma (SEFFNER; PARKER, 2016).

Convém lembrar que a aids teve seus primeiros casos notificados no início da década de 1980 nos Estados Unidos entre homossexuais masculinos, sendo posteriormente associado aos haitianos, hemofílicos e heroínômanos. Esses grupos, denominados como os 4 H's, foram classificados como “grupo de risco”, uma nomenclatura utilizada na literatura epidemiológica, para indicar as populações mais suscetíveis a um determinado agravo. Todavia, a associação dos grupos de risco com práticas sociais consideradas desviantes contribuiu para a representação da aids como uma “doença dos outros”, trazendo a falsa sensação de proteção para os indivíduos que não se enquadravam nesses grupos. Ademais, favoreceu a construção do estigma associado à aids, haja vista a vinculação entre as populações inicialmente afetadas pelo novo agravo, como homossexuais masculinos e heroínômanos, e os processos já existentes de homofobia e marginalização social de usuários de drogas, respectivamente. Ao longo da epidemia, os casos de aids entre mulheres e entre a população heterossexual atestaram que a aids era um problema social pertencente a toda sociedade (BASTOS, 2006).

Vale ressaltar que no Brasil, diante de um cenário de profundas desigualdades sociais, a partir de 1990 ocorreram modificações no perfil epidemiológico, que refletiram em processos denominados de: 1) interiorização, que consistiu, na disseminação da doença para os municípios de pequeno e médio porte do interior do país; 2) feminização, traduzido no aumento de número de casos de HIV entre as mulheres; 3) pauperização, que significou o aumento da proporção de casos em pessoas com baixa escolaridade. (AYRES *et al.*, 1997; BRITO *et al.*, 2001; RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2004; BASTOS, 2006; ROCHA *et al.*, 2013). Todavia, ainda hoje persiste o receio do estigma associado ao HIV, dado a sua conexão com os demais processos de estigmatização e de desigualdades sociais e de gênero (VILLELA; MONTEIRO, 2015).

Interessa aqui destacar que o caso de aids entre mulheres no cenário nacional passou por modificações durante a trajetória da epidemia e ganhou atenção no final da década de 1980 e início da década de 1990. Nesse período, os casos de aids entre as mulheres aumentaram e posteriormente tiveram o crescimento acelerado, demandando respostas programáticas (BRITO *et al.*, 2001). Entre 1980 e junho de 2019, do total de casos de aids registrados, 34,4% foram em mulheres. No início da história da epidemia, a razão entre os sexos – que é expressa pela relação do número de casos entre homens e mulheres – era elevada, ocorrendo uma diminuição com o passar dos anos, a medida que a aids passou a acometer mais mulheres. No período entre 2002 e 2009 a razão entre os sexos se manteve em 1,5 (15 casos em homens para 10 casos em mulheres), posteriormente a razão voltou a aumentar, em consequência do aumento de casos entre os homens e redução do número de casos entre as mulheres. O número de óbitos também é historicamente maior entre os homens, sendo observada, desde 2005, uma taxa linear que varia entre 19 e 20 óbitos entre homens para cada 10 óbitos entre mulheres; entre 1980 e 2018 do total de óbitos registrados por aids no Brasil, 70,5% ocorreram entre homens e 29,5% entre mulheres (BRASIL, 2019).

Sobre as respostas ao enfrentamento à epidemia entre as mulheres, cabe ressaltar as principais políticas de prevenção ao HIV para a população feminina no contexto brasileiro. Uma delas refere-se à implementação da testagem entre gestantes no pré-natal e parto, tendo em vista a perspectiva de prevenção da transmissão vertical entre as gestantes infectadas, a partir do uso da terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação. Na última década houve uma queda de mais de 47,2% na taxa de detecção de HIV/aids em menores de cinco anos, indicando que a política segue na direção de efetividade (BRASIL, 2019). Entretanto, a vinculação da testagem anti-HIV ao pré-natal abrange apenas as mulheres em idade reprodutiva, fazendo com que mulheres não gestantes e fora do período gravídico-gestacional não se beneficiem dessa política.

Outra importante diretriz para as mulheres no campo da aids refere-se ao Plano Integrado de Enfrentamento a Feminização da Aids e outras DST (PIEFA), que foi publicado em 2007. O Plano tem em seu arcabouço o entendimento dos eixos de vulnerabilidade e o intuito de enfrentá-los, levando em consideração a diversidade das mulheres e buscando a participação da sociedade civil junto aos profissionais de saúde e entes do governo (BRASIL, 2007). Dentre as propostas de atividades do plano, recomendou-se o desenvolvimento de pesquisas em HIV/aids neste segmento.

O presente estudo buscou refletir sobre os usos do conceito¹ de vulnerabilidade nos estudos sobre mulheres ao longo da trajetória de desenvolvimento acadêmico e político no campo do HIV/AIDS. Ainda que o conceito de vulnerabilidade esteja presente desde a década de 1980 na trajetória da aids no Brasil, seu uso pode ter tido apropriações diversas. Desse modo, tem-se o intuito de apreender de que modo ele vem sendo utilizado na produção científica nacional, tendo em vista que sua incorporação na história da aids no Brasil tem relação direta com a produção de cidadania e direitos humanos nas políticas públicas de saúde.

Torna-se importante indagar se a apropriação do conceito gerou incompreensões que resultaram no esvaziamento do seu significado. A opção por abordar as concepções de vulnerabilidade na produção nacional sobre aids e mulheres justifica-se pela contribuição dessa perspectiva na reconceituação da tendência individualizante trazida pela ideia de “grupo de risco” ou “comportamento de risco” que marcaram a história da epidemia.

Convém salientar que o conceito de vulnerabilidade não tem uma definição única e é utilizado em diversas áreas do conhecimento, como no campo ambiental e da assistência social. Seu uso na saúde pública teve início na década de 1980 como categoria de análise dos estudos sobre a aids, mas, muitas vezes, pode estar atrelado de maneira simplificada a noção de “risco”, dentro de uma perspectiva epidemiológica (CARMO; GUIZARDI, 2018). No entanto, a partir da concepção, formulada por Mann e col. (1993) na análise da epidemia de aids, o conceito de vulnerabilidade procura articular a dimensão individual de vulnerabilidade ao HIV aos contextos sociais e programáticos, muitas vezes marcados pela desigualdade e injustiça social. A dimensão pessoal do indivíduo e sua subjetividade não é abandonada no processo de tomada de decisões, mas os autores argumentam que tal processo é atravessado pelo contexto societário (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Trajetória profissional

O interesse pela temática da aids em parte pode ser explicado pela minha trajetória profissional. As primeiras lembranças que tenho sobre a história do HIV/aids talvez sejam as mesmas lembranças de parte das pessoas da minha geração, nascida nos anos 1990 e do meu local de origem, uma cidade no interior do Ceará. Me recordo apenas das notícias da televisão

¹ Segundo Chauí (2012, p.198) conceito é “uma rede de significações que nos oferece: o sentido interno e essencial daquilo a que se refere; os nexos causais ou as relações necessárias entre seus elementos, de sorte que por eles conhecemos a origem, os princípios, as consequências, as causas e os efeitos daquilo a que se refere”. No presente estudo, o conceito de vulnerabilidade refere-se à “essência-significação” de vulnerabilidade, oriundos de um “ponto de vista sintetizado ou dito resumido”, que podem apresentar concepções variadas.

sobre pessoas famosas acometidas pelo HIV e sua associação, de maneira estigmatizante, à orientação sexual. No mais, no meu ambiente social e familiar havia um silenciamento, um tabu sobre a questão.

Já na faculdade de Farmácia, na Universidade Federal do Ceará (UFC), nos idos dos anos 2000, tive contato, ainda que distante, com projetos desenvolvidos em um ambulatório de um centro de referência para HIV, onde eram prestados serviços de assistência farmacêutica a PVHA. Na época, pude compreender o atendimento e ver a questão da epidemia sob o prisma da cidadania e dos direitos humanos. O caminho seguido na militância e a compreensão dos movimentos sociais vivenciado por mim na mesma época catalisaram o processo de entendimento de experiências como a descrita e o anseio por uma sociedade que cunhasse valores de solidariedade e igualdade entre os sujeitos.

Durante a Residência em Farmácia Hospitalar, em um hospital geral de grande porte localizado no Rio de Janeiro, pude acompanhar o atendimento ambulatorial a PVHA, que compunha o trabalho de monografia de uma outra residente. Resolvi dar continuidade ao trabalho desenvolvido por ela no meu projeto de monografia. O ambiente hospitalocêntrico e o caráter predominantemente biomédico dos trabalhos desenvolvidos não foram impeditivos para atentar para as histórias contadas a cada atendimento e para observar o perfil das mulheres que prevalecia na unidade. A maioria das usuárias do serviço eram mulheres casadas que relatavam ter adquirido o HIV dos seus cônjuges. Apesar de saber das mudanças no perfil epidemiológico da aids durante sua história, me inquietou compreender os processos de vivência e enfrentamento ao HIV entre essas mulheres, a partir tanto da escuta de histórias que as mesmas contavam voluntariamente, quanto pelas informações obtidas através das leituras durante a escrita do trabalho de conclusão de residência.

Simultaneamente, meu processo de militância caminhou em direção a compreender a dinâmica de opressões de gênero, acentuado pela conjuntura política do Brasil no período de 2015, onde eclodiu a “Primavera Feminista” contra os retrocessos pretendidos pelo ex-Deputado Eduardo Cunha. As dúvidas e inquietações acerca da temática entre mulheres e HIV/aids ganharam espaço para serem tema do trabalho de conclusão do curso (TCC) de Especialização em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz em 2018. Nesse trabalho, foi realizado um mapeamento da produção científica nacional entre mulheres e HIV/aids, tendo como marco o Plano Integrado de Enfrentamento a Feminização da Aids e outras DST (PIEFA). O processo de elaboração do TCC contribuiu para a compreensão da história da aids e sua relação com as mulheres para além do foco biomédico, o qual tinha predominado, até então, na minha formação

acadêmica.

Tendo em vista os argumentos apresentados, o presente trabalho objetiva analisar os usos das concepções de vulnerabilidade ao HIV na produção científica nacional sobre mulher e HIV/aids, publicada entre 1990 a 2018. Para tanto, a dissertação teve o propósito de mapear a produção científica nacional sobre mulher e aids, publicada no período de 1990 a 2018, no portal Scielo e classificá-la quanto: à década de publicação, à região onde foi realizado o estudo, a abordagem metodológica, ao perfil da população e à temática central do estudo; seguida da identificação das concepções de vulnerabilidade ao HIV utilizada na produção científica selecionada.

A dissertação foi estruturada em quatro capítulos. O capítulo I aborda os fundamentos teóricos do estudo e foi dividido em três eixos: o primeiro apresenta a epidemia do HIV/aids entre as mulheres, abrangendo seus aspectos epidemiológicos e as ações políticas de enfrentamento; o segundo eixo contextualiza o conceito de vulnerabilidade e sua incorporação na interpretação da epidemia e caracteriza a vulnerabilidade das mulheres ao HIV; o terceiro eixo justifica a escolha do conceito *ideal* de vulnerabilidade para a análise dos achados do estudo.

O capítulo II apresenta o percurso metodológico desta dissertação, os referenciais que sustentam a escolha do tipo de revisão, bem como se deu a aplicação dos critérios de exclusão para que se chegasse ao número real de estudos que foram analisados. Ademais, expõe de que modo ocorreu a classificação do grupo de estudos selecionados e os critérios utilizados na leitura para que o uso do conceito fosse considerado consistente.

No capítulo III está o *corpus* empírico do estudo. A exposição dos resultados deu-se em três partes: inicialmente é apresentada a análise descritiva que caracterizou a literatura científica analisada; em uma segunda seção encontram-se as fichas de leitura correspondentes a análise qualitativa dos artigos, onde estão todos os itens que orientaram a leitura de cada texto e suas respectivas classificações quanto ao uso do conceito de vulnerabilidade; por último apresenta-se a análise interpretativa dos achados.

O capítulo IV apresenta a compreensão dos usos do conceito de vulnerabilidade pela literatura científica nacional. É abordado o que havia em comum entre os estudos quanto a maneira que o conceito foi acionado, bem como os que o diferenciava. São apresentadas as abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas e, posteriormente, a interpretação da operacionalização do conceito, que foi dividida em cinco seções correspondentes aos itens que direcionaram a leitura dos artigos, sendo estes: os referenciais teóricos de vulnerabilidade

utilizados pelos estudos, as dimensões do conceito abordadas, o que caracterizou cada dimensão, como o conceito foi acionado nas pesquisas e de que modo era explicada a vulnerabilidade das mulheres que compunham as populações dos estudos. Por fim, as considerações finais sintetizam o modo como o conceito de vulnerabilidade foi apropriado pela literatura nacional no âmbito das pesquisas sobre mulheres e HIV/aids e apontam possíveis desdobramentos deste estudo, os questionamentos e as contribuições para o campo da saúde coletiva.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 HIV/AIDS ENTRE MUHERES

2.1.1 Aspectos epidemiológicos

Como referido na introdução, a primeira fase da epidemia no contexto nacional, na década de 1980, é marcada pela concentração de casos em HSH e indivíduos que receberam transfusão sanguínea, muitos deles hemofílicos. Entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990 os casos aumentaram entre os UDI. Na terceira fase da epidemia, no início da década de 1990, os casos de transmissão por via heterossexual cresceram, assim como o número de casos entre mulheres (FONSECA; BASTOS, 2007; SANTOS *et al.*, 2002).

No que se refere a razão entre os sexos, do total de 966.058 casos de aids, notificados entre 1980 a 2019, 65,6 foram registrados em homens e 34,4% em mulheres, havendo modificações na dinâmica de infecção pelo HIV por sexo desde o início da epidemia até os dias de hoje. Na década de 1980, havia uma concentração de casos muito expressiva em pessoas do sexo masculino, sendo registrados 26 casos em homens para cada caso registrado em mulheres no ano de 1985. A partir da década de 1990 até 2002 há o aumento do registro de casos entre as mulheres, com diminuição da razão de sexos, embora nunca tenha ultrapassado o número absoluto de casos entre os homens. No período entre 2002 e 2009 ocorreu uma estabilização na razão entre os sexos, mantendo-se em 1,5. A partir de 2010 houve novamente um crescimento na detecção de casos entre os homens comparativamente às mulheres; em 2018, 23 casos de aids foram notificados entre homens para cada 10 casos de Aids em mulheres (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019).

Com relação ao histórico do perfil epidemiológico no país, estratificando a população apenas por sexo, dados do Ministério da Saúde de 2006 mostravam que em 1985 a taxa de mortalidade por aids em mulheres era de zero. Todavia, houve um crescimento logo no início dos anos 1990, chegando a 4,8 óbitos por 100.000 mulheres em 1996, ano de introdução da TARV. Dados do último Boletim Epidemiológico (2019) revelam que do total de óbitos registrados no país (338.905), 70,5% ocorreram em homens e 29,5% em mulheres. A razão de sexos para óbitos foi de 2, taxa que vem se mantendo estável desde 2005 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2019).

Outro dado relevante refere-se à notificação do HIV entre gestantes, que no período entre 2000 e junho de 2019 totalizou 125.144 casos. Ressalta-se que entre 2008 e 2018 a taxa

de detecção aumentou 38,1%, mas parte desse incremento pode ser justificado pela consolidada política de ampliação do diagnóstico rápido durante o pré-natal de gestantes pela Rede Cegonha. O número de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha em 2012 foi 366.910, enquanto em 2017, até o mês de outubro, já haviam sido distribuídos 3.350.440 testes, sendo o total de 17.062.770 testes distribuídos entre 2012, ano da implementação da Rede Cegonha, e outubro de 2018 (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

O período de um crescimento do número de casos entre mulheres, denominado de feminização da epidemia, pode ser em parte explicado pelo componente social de vulnerabilidade das mulheres ao HIV, composto por diversos fatores, como: aqueles relativos aos aspectos constitutivos da masculinidade, as relações de desigualdade entre os gêneros, a invisibilidade da sexualidade das mulheres e o atendimento estigmatizado pelos serviços de saúde (XAVIER, 2001; SANTOS *et al.*, 2002; ROCHA *et al.*, 2013).

Sendo o Brasil um país com território geográfico continental é esperado que haja diferenças regionais importantes. A região Sul apresenta significativa participação das mulheres, com 18 casos notificados em homens para 10 casos notificados em mulheres; enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste há maior participação dos homens se comparado às demais regiões do país, com 27 casos notificados em homens para cada 10 casos em mulheres em 2017, respectivamente. As regiões Norte e Nordeste apresentaram razões similares à média nacional, sendo 2,2 a razão entre os sexos (BRASIL, 2019).

Dados do Boletim Epidemiológico de aids de 2019 revelam diferenças na taxa de detecção de aids por faixa etária. Entre 2008 e 2018, a taxa de detecção de aids entre mulheres vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias. No mesmo período a variação mais expressiva ocorreu nas faixas de 5 a 9 anos e 10 a 14 anos, havendo uma queda de 68,8% e 62,5%, respectivamente. Em contrapartida, entre os homens houve aumento da taxa de detecção em quase todas as faixas etárias nos últimos dez anos, principalmente na faixa entre 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. Em 2018, a maior taxa de detecção foi entre 25 a 29 anos, com 50,9 casos a cada 100 mil habitantes, superando as taxas em homens de 30 a 34 anos e 35 a 39 anos, que até 2015 eram mais expressivas (BRASIL, 2019).

São observadas ainda diferenças na taxa de mortalidade por aids entre homens e mulheres negras, que teve um aumento até o início dos anos 2000, ao contrário da queda observada nas taxas entre brancos (FONSECA; BASTOS, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2006, as taxas de mortalidade por aids decresceram entre a população branca (64,8% dos óbitos entre homens brancos e 58,9% entre mulheres brancas em 1998; 56,9% entre

homens brancos e 51,8% entre mulheres brancas em 2005) e aumentaram entre pardos/negros (10,6% dos óbitos entre homens negros e 12,8% entre mulheres negras em 1998; 12,6% entre homens negros e 14,4% entre mulheres negras em 2006), sendo observados números mais elevados em mulheres negras do que em homens (BRASIL, 2006). No entanto, é necessário um olhar para além dos números quando abordamos a questão racial. Até a primeira década dos anos 2000 não eram disponíveis dados oficiais desagregados por raça/cor, fato que influencia os resultados sobre classificação racial e enviesam a interpretação dos resultados (FRY *et al.*, 2007; LOPES *et al.*, 2007). Dados atualizados do último Boletim Epidemiológico (2019) mostram uma queda de 22,2% na proporção de óbitos entre pessoas brancas e aumento de 22,5% em pessoas negras entre os anos de 2008 e 2018 (BRASIL, 2019).

Deve-se ressaltar o contexto sócio-político a partir de 2002, onde as políticas afirmativas para a população negra estavam ganhando espaço no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (PT). No período, foram criadas a Secretaria Especial de Promoção de Políticas Para a Igualdade Racial, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra e foi lançado o Programa Brasil AfroAtitude – que estimulava estudos sobre a vulnerabilidade da população negra ao HIV – e o Programa Estratégico e Ações Afirmativas: População Negra e AIDS. Ou seja, a conjuntura possuía dispositivos que entendiam a questão de desigualdade por raça/cor como um produtor de vulnerabilidade ao HIV/aids (BRASIL, 2006; FRY *et al.*, 2007). A expansão do HIV na população negra está associada às desigualdades inerentes ao racismo, relacionadas ao acesso diferenciado à educação e ao mercado de trabalho, à pobreza, à violência, à criminalidade, entre outros. Segundo essa perspectiva, a posição social da população negra na sociedade influencia o acesso a bens materiais e simbólicos, como os serviços de saúde, sendo um fator para uma maior vulnerabilidade social dessa população ao HIV, que se torna mais evidente quando há desigualdade de gênero (LOPEZ, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

O cenário epidemiológico atual revela que a epidemia segue concentrada nas trabalhadoras do sexo, cuja prevalência estimada é de 4,9%, enquanto na população em geral é estimada e 0,4% (UNAIDS, 2014). Ademais, a maioria dos casos de aids notificados em mulheres por transmissão sexual pertence a um grupo heterogêneo de mulheres - jovens, adultas ou adolescentes – com trajetórias de vida diversas. Tais dados demandam políticas governamentais e práticas de saúde relacionadas à prevenção que atendam às necessidades dessas mulheres em suas diversidades individuais, seus contextos sociais e seus modos de vivenciar a sexualidade (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Considerando os dados assinalados sobre o histórico de casos de aids entre mulheres,

cabe descrever ações de enfrentamento da epidemia dirigido para essa população no cenário nacional.

2.1.2 Ações políticas

Em termos de ação política, interessa aqui destacar que, ao longo das diferentes fases da epidemia, o ativismo anti-aids teve papel fundamental na resposta global a epidemia. Nos primeiros anos os movimentos sociais foram centrais no combate ao estigma; posteriormente atuaram reivindicando das autoridades governamentais o compromisso com a prevenção e a disponibilidade do tratamento antirretroviral (TARV). Nesse período, as ONGs e outros movimentos sociais desempenharam um papel que o Estado não cumpriu, como a realização de campanhas de educação preventiva, defesa dos direitos humanos dessa população e combate ao estigma associado às PVHA (BERKMAN *et al.*, 2006)².

No contexto brasileiro, o movimento gay teve papel ativo no enfrentamento ao HIV nos anos iniciais da epidemia, sendo as ONGs o primeiro dispositivo de resposta à epidemia e de cobrança ao governo federal para a construção de políticas de enfrentamento a aids. Cabe lembrar que o surgimento da aids no país coincide com o processo de reabertura democrática na década de 1980 e com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que gerou uma intensa mobilização por parte da sociedade civil, repercutindo no ativismo anti-aids (LÓPEZ, 2011; CAJADO; MONTEIRO, 2018). Em um segundo momento, o ativismo anti-aids transmutou entre ser o agente das ações e passou a exigir respostas governamentais ao HIV. Um momento importante dessa luta na história da epidemia no Brasil ocorreu em 1996 com a implantação da política de acesso gratuito e universal ao TARV às PVHA (LÓPEZ, 2011). A introdução da TARV resultou em uma queda na taxa de mortalidade por aids (FONSECA, BASTOS, 2007).

Ressalta-se que as mulheres não protagonizaram um papel no enfrentamento da epidemia. Segundo Barbosa (1996), o movimento feminista teve dificuldade em incorporar esse debate em suas pautas. O fato das mulheres, nesse momento, não serem percebidas como uma população exposta ao risco do HIV explica, apenas em parte, tal ausência. Cabe considerar que

² Houve, nesse período, o protagonismo do movimento gay nos Estados Unidos e em outros países do Norte Global, atuando principalmente no objetivo de garantir o tratamento medicamentoso, mas sem enfrentar de maneira ampliada as demais questões que permeavam e permeiam as populações que estão em maior vulnerabilidade. Isso porque parte dessa população de ativistas tinha recursos e posições sociais beneficiadas, e a disponibilidade do tratamento significava uma resposta para que fosse possível conviver com a doença. O mesmo não valia para as demais populações que antes do HIV já se encontravam em situações adversas e necessitavam de respostas de enfrentamento que fossem além do medicamento (PARKER, 2011).

o movimento de mulheres pautou nos anos 1980 a liberdade sexual e o direito ao próprio corpo e, durante anos, o feminismo tentou desvincular o uso de preservativo de doenças e prostituição. Sua utilização na prevenção da aids nos anos 1990 de algum modo atualizava a associação da camisinha a questões morais, como a “promiscuidade”. Tais fatores, possivelmente, contribuíram para dificultar o enfrentamento das mulheres ao HIV nos primeiros anos da epidemia (BARBOSA, 1996; PARKER, 2011). Goldstain (1996) complementa que as estratégias de proteção baseadas no denominado ‘sexo seguro’, desenvolvidas no contexto europeu e norte-americano, não levavam em consideração as particularidades brasileiras, tanto da doença como da sexualidade da população; nem mesmo as lutas ainda não conquistadas por mulheres brasileiras no meio privado.

Como argumenta Lenoir (1996), a constituição dos problemas sociais varia de acordo com a época e o lugar e pode desaparecer e vir a reaparecer. Ou seja, algo que foi problema social em uma dada época pode, posteriormente, não se tratar de um problema social a depender de diversos fatores. Inicialmente, o HIV entre mulheres não era visto como um problema social. Sua constituição passa pela etapa do *reconhecimento*, que diz respeito ao processo de visibilidade do problema e envolve atores que estejam interessados na produção dessa categoria e que seja “digno de atenção” para a sociedade, por exemplo, a entrada da pauta na agenda do movimento de mulheres e do ativismo anti-aids como um todo. Outra fase é a *legitimação*, que vai além do reconhecimento e implica na inserção do tema na agenda das preocupações sociais do momento, estando o problema em debate público. O reconhecimento por parte do Estado é uma etapa da formulação do problema social, que é quando o compartilhamento de determinado problema de uma coletividade de indivíduos se torna público e exige soluções, como financiamento e formulações de políticas públicas (LENOIR, 1996).

No âmbito da legitimação está a formulação de políticas públicas para dar respostas ao problema. No que se refere às principais políticas de prevenção ao HIV para a população feminina no contexto brasileiro, cabe destacar a implementação da testagem entre gestantes no pré-natal e parto. As condutas estão no documento “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes”, revisado periodicamente pelo Programa Nacional de DST/Aids, lançada pela primeira vez em 1997, tendo em vista as perspectivas da prevenção da transmissão vertical entre as gestantes infectadas, a partir do uso da terapia antirretroviral durante a gestação. Em 2010 foi publicado um manual de bolso do documento sobre as recomendações da profilaxia para gestantes e em 2015 ocorreu a divulgação do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão

Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”; novamente atualizado em 2018.

Portanto, a política focalizada em gestantes e mulheres no período reprodutivo segue sendo a principal resposta governamental à aids voltada para as mulheres na atualidade. Essa política vem sendo bem-sucedida se olharmos pelo prisma epidemiológico, onde as taxas de detecção de HIV/Aids em menores de cinco anos – indicador utilizado para o monitoramento da transmissão vertical - que passou de 3,5 casos/100 mil habitantes em 2007 para 2,0 casos/100 mil habitantes em 2017, correspondendo a uma redução de 42% na referida década (BRASIL, 2018).

Embora tais ações sejam efetivas para a redução da transmissão vertical, conforme referido, há uma lacuna nas políticas de prevenção ao HIV para mulheres fora do período gravídico. Esta ausência se expressa entre diversos segmentos de mulheres, como jovens, mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), lésbicas e bissexuais, bem como idosas, como se houvesse uma negação de que essas mulheres têm desejo e, portanto, vida sexual, não estando passíveis de transmissão (PALMA; ORCASITA, 2017).

Nessa direção, para abranger esses segmentos e visibilizar suas vulnerabilidades e propor ações para reduzi-las, em 2007, a Secretaria Nacional de Política Para Mulheres com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Departamento de DST/aids lança o Plano Integrado de Enfrentamento a Feminização da Aids e outras DST (PIEFA). O plano teve como objetivo construir respostas para os contextos de vulnerabilidade ao HIV/aids e outras IST das mulheres, com a participação de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil dos níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007). O referencial de “vulnerabilidade” é central no arcabouço do PIEFA, de maneira que é citado que as relações desiguais de poder entre homens e mulheres, ou seja, a desigualdade de gênero, são aspectos fundamentais a serem considerados na análise das vulnerabilidades individual e social das mulheres.

O Plano foi publicado em um período em que a razão entre os sexos havia diminuído, mas já estava estabilizada mantendo-se em 1,5 desde 2002. Porém, no mesmo período crescia o número de municípios no interior do país com pelo menos um caso de aids entre mulheres que denota o processo de interiorização da epidemia, além de haver diferenças nos números de casos de aids em relação a escolaridade e a raça, sendo importante a construção de políticas afirmativas de enfrentamento (BRASIL, 2007).

Uma versão revisada do PIEFA foi publicada em 2009 visando torná-lo mais operacional e considerando a classificação do Brasil como um país de “epidemia concentrada”. Ou seja, um país em que a epidemia se concentra em subpopulações mais definidas, com taxas

acima da média da população em geral. O plano revisado reafirmou o compromisso de modificar os contextos de vulnerabilidade onde estão inseridas as mulheres e trouxe os resultados das estratégias regionais de implementação do plano, que foram: as oficinas regionais, os grupos de trabalho intersetorial, encontros com redes sociais, e panorama das agendas afirmativas. As estratégias do Plano objetivaram contemplar as mulheres em sua diversidade e suas especificidades e considerar que as mulheres não são iguais e essas diferenças estão baseadas em raça, classe, idade, etnia, orientação sexual, local de moradia, maternidade, suas tradições e se são privadas de liberdade (BRASIL, 2009).

A articulação de oficinas regionais foi a principal estratégia para a implementação do Plano, contando com representantes do governo, da sociedade civil, dos movimentos sociais e das universidades, entre outros. Nessas oficinas, realizadas entre agosto de 2007 e abril de 2008, havia o objetivo de construção dos Planos Estaduais de Enfrentamento à Epidemia de Aids e outras DST, tendo como referência o Plano Nacional. A partir do diálogo com a sociedade civil, surgiu a necessidade da construção de Agendas Afirmativas, com base nas especificidades de alguns segmentos de mulheres. O intuito era a contribuição para a promoção da equidade de gênero, reconhecendo a diversidade e a vulnerabilidade das mulheres: mulheres adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade e lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres (BRASIL, 2009).

Em 2009, o MS realizou uma avaliação da execução do PIEFA no intuito de identificar suas potencialidades, obstáculos e característica da sua implementação em cada estado da Federação. A avaliação constatou, entre outras coisas, que as ações para MVHA eram insuficientes em volume e abrangência e que havia uma resistência na incorporação do aconselhamento de abordagem sobre sexualidade, associado à persistência de preconceitos relacionados às PVHA por parte dos serviços de saúde. Isso explicita a dificuldade do atendimento integral às MVHA e deixa aparente as fissuras do componente programático da vulnerabilidade à epidemia. As respostas governamentais, para além de questões operacionais ou de gestão, são atravessadas pela reprodução hegemônica de um modelo biomédico prescritivo e tecnicista, onde o estigma associado às PVHA interfere na integralidade do cuidado (AGUIAR; SIMÕES-BARBOSA, 2006; BRASIL, 2010). Em anos recentes esse plano foi descontinuado.

Nos últimos anos houve mudanças importantes nas diretrizes globais e nacionais de enfrentamento da epidemia, decorrentes dos avanços nos medicamentos antirretrovirais e nas

mudanças políticas e econômicas no cenário global. Em 2014, foi lançada pela UNAIDS a proposta de eliminar a epidemia da aids até 2030 (Agenda 2030) através de uma estratégia intitulada 90-90-90 que consiste em testar 90% da população com HIV, tratar 90% dessa população e manter 90% desses casos com carga viral indetectável.

Em 2015, o Brasil se comprometeu com o cumprimento dessa meta e tem feito investimento na ampliação da oferta de teste, visando identificar precocemente pessoas infectadas, encaminhá-las para o tratamento e, desse modo, reduzir a circulação da carga viral. Tais ações têm sido dirigidas, principalmente, para segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV e com prevalência superior à média nacional, de 0,4% - as denominadas populações-chave -, como gays e HSH; transexuais; usuários de drogas; profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade. Além da oferta de testes rápidos de HIV, tem-se priorizado o acesso às profilaxias pré (PrEP) e pós exposição (PEP) ao HIV. Tais iniciativas são relevantes, mas não têm contemplado investimentos em ações que busquem mudanças estruturais (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Cabe questionar os sentidos atribuídos ao termo “populações-chave”, pois vai na contramão da desconstrução da ideia estereotipada trazida pelo já criticado termo “grupos de risco” e reforça a aids como um problema longe da coletividade, associando-a apenas a grupos socialmente marginalizados. O termo “populações em vulnerabilidade” ou “relações de vulnerabilização” pode ter maior eficácia retórica para representar aqueles que se encontram em situações desfavoráveis que podem influenciar na infecção pelo HIV (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Vale lembrar que nas três primeiras décadas da epidemia o uso do preservativo foi protagonista na prevenção à infecção pelo HIV. Tal estratégia considera a agência do indivíduo no manejo na prevenção. Conforme afirmam Monteiro e col. (2019), apesar do diagnóstico precoce sempre ter sido utilizado nas políticas de saúde no Brasil, inclusive no pré-natal, no início da epidemia seu caráter era voluntário, como parte do direito do sujeito de conhecer seu estado sorológico, levando em consideração a perspectiva dos direitos humanos. Ter como modelo preventivo atual a meta 90-90-90 vai de encontro às diretrizes históricas da resposta brasileira ao HIV/aids por ter uma lógica biomédica e tecnocrata e não enfrentar as estruturas responsáveis pela vulnerabilidade ao HIV (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Dito de outro modo, o acesso universal ao TARV é uma estratégia nacional de enfrentamento bem-sucedida, da qual não se pode abrir mão. Entretanto, a oferta de medicamentos e exames não é suficiente para o enfrentamento do estigma e da vulnerabilidade

ao HIV. O processo de medicalização é individualizante e se opõe às características da resposta brasileira à aids, que tinha conexão com os direitos humanos e buscava assumir que o HIV se tratava de um problema coletivo. Campanhas individualizantes e que reforçam que apenas determinados grupos devem se prevenir reforçam a ideia de “doença dos outros” (GALVÃO, 2005; SEFFNER; PARKER, 2016).

Objetiva-se destacar que as ações de enfrentamento da aids no contexto nacional precisam levar em conta o alto índice de desigualdade socioeconômica do Brasil, superior a países com renda *per capita* similar. Mesmo o SUS sendo um sistema de saúde que busca a inclusão, as falhas decorrentes de seu sub-financiamento recaem sobre a população mais pobre e socialmente marginalizada, deixando-os mais vulneráveis à infecção, tendo em vista os obstáculos ao acesso aos serviços de saúde, aos recursos preventivos e as informações (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; BASTOS, 2006; ROCHA *et al.*, 2013; LIMA; SCHRAIBER, 2013). Nesta direção, é pertinente analisar as contribuições do conceito vulnerabilidade para compreensão e enfrentamento da epidemia de aids.

2.2 VULNERABILIDADE AO HIV: ASPECTOS CONCEITUAIS

O conceito de vulnerabilidade tem sido empregado em diversos campos, como nos estudos sobre assistência social, desastres e na saúde pública, apresentados, de forma breve, a seguir.

No final da década de 1970, o conceito foi utilizado enquanto categoria política e social frente às fragilidades e erosões que atingiram os sistemas de proteção social estatais. Tal desmonte gerou *insegurança social* para uma parcela da população que dependia dessa proteção, comprometendo a garantia dos seus direitos de cidadania (CASTEL, 2005; OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Nesse caso, a concepção de vulnerabilidade está relacionada a um menor acesso a bens e serviços públicos, que causa desvantagem no processo de mobilidade social direcionada a uma qualidade de vida mais elevada.

Convém salientar que, no contexto brasileiro, o sistema de proteção social não se solidificou a ponto de seguir o princípio da universalidade em sua plena efetividade. Estudos apontam que a política tem focalizado nos sujeitos em situação de vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI, 2018). Nesta direção, Brown (2017) destaca que o conceito de vulnerabilidade se tornou uma ferramenta analítica chave na formulação de políticas de proteção social; todavia, existe a possibilidade dessas políticas servirem apenas para atenuar o problema sem promover,

de modo simultâneo, avanço no sentido de mudanças estruturais. Nesse aspecto, a autora assinala que estar vulnerável pode ser contraditório e desconfortável, tendo em vista o sistema político neoliberal vigente, que produz vulnerabilidades, mas celebra o individualismo dos sujeitos, enquanto eles são “dependentes” de políticas do Estado.

O conceito de vulnerabilidade também tem sido utilizado para analisar populações ou lugares vulneráveis a desastres, como terremotos, inundações e secas; nesse caso a vulnerabilidade está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo de enfrentamento, autoproteção e recuperação (WISNER, 1998). Desse modo, visa compreender os riscos aos quais as pessoas estão expostas e os fatores que reduzem a capacidade dos sujeitos e dos lugares de responder às ameaças ambientais. Partindo da compreensão que o componente financeiro é um fator de proteção e segurança, tal enfoque assinala que a pobreza, somada a outros fatores como nacionalidade e ocupação, estão intimamente relacionados e interagem entre si na produção ou diminuição da vulnerabilidade (ALEXANDER, 2011).

Em consonância com essa visão, Watts e Bohle (1993) afirmam que a vulnerabilidade é composta pela interação de três poderes: o direito das pessoas (*entitlement*), o empoderamento (*empowerment*), que diz respeito à participação política e institucional e a política econômica, que significa a organização estrutural e histórica da sociedade. Por meio desse caráter multifatorial, compreende-se que a vulnerabilidade é distribuída de maneira diferente entre pessoas e grupos sociais a depender de fatores socioeconômicos, do nível educacional e do local onde os sujeitos estão inseridos. De acordo com esse eixo de análise, a vulnerabilidade é produzida a partir da interação entre a exposição a situações adversas e a capacidade e as potencialidades de enfrentamento que os sujeitos possuem.

Os usos das concepções de vulnerabilidade em campos diversos têm em comum a importância dada à influência do contexto social, econômico e político nos aspectos individuais da produção da vulnerabilidade. Além disso, partem de uma análise de caráter multifatorial, de maneira que diversos componentes, como fatores socioeconômicos, culturais, institucionais, geográficos e de acesso à informação, são levados em consideração na análise da vulnerabilidade. O mesmo ocorre com a concepção de vulnerabilidade utilizada no campo da saúde pública.

O conceito ganhou maior visibilidade na saúde pública a partir de seu uso na interpretação das perspectivas de disseminação da epidemia da aids no contexto global. Mann³

³ Mann foi líder na articulação das ideias envolvendo saúde e direitos humanos; em 1987 discursou na Assembleia

e col. (1993) tiveram um papel central na concepção e divulgação dessa perspectiva, sendo o ponto de inflexão a 8ª Conferência Internacional de Aids realizada em 1992 em Amsterdã, onde ocorreu o lançamento do livro “Aids no Mundo”. Originalmente publicado em inglês, o livro apresenta o conceito de vulnerabilidade trazido do campo dos Direitos Humanos no intuito de avaliar a vulnerabilidade da população ao HIV (PAIVA *et al.*, 2002; SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2007). Nesta direção, analisa os aspectos coletivos e contextuais que podem influenciar as chances de suscetibilidade dos indivíduos à infecção do vírus da aids (AYRES, 2009).

É importante contextualizar que a proposição do conceito de vulnerabilidade visou se contrapor ao uso do conceito epidemiológico de risco, que ocupou espaço importante nas respostas iniciais à epidemia. A caracterização de grupos sociais com maior risco de infecção do HIV, naquele momento denominadas de *grupo de risco*, contribuiu para fomentar um caráter estigmatizador entre as pessoas afetadas pela epidemia, conforme referido na introdução. Posteriormente, a noção de grupo de risco foi substituída por comportamento de risco. Embora tenha significado um avanço, tal noção ainda remetia a ideia de culpabilização individual, na medida em que o comportamento dos sujeitos se tornava o único fator causador da infecção e, portanto, o único alvo de prevenção (DELOR; HUBERT, 2000). A ênfase no comportamento de “risco”, igualmente era limitada para esclarecer a expansão, no final dos anos 1980, da epidemia entre àqueles que não estavam sob “risco”: mulheres, pobres, negros, jovens.

Para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids, Mann e col. (1993) definiram três planos interdependentes de vulnerabilidade: o comportamento pessoal, ou vulnerabilidade individual, o contexto social, ou vulnerabilidade social, e os programas de combate à Aids, ou vulnerabilidade programática. Ayres e col. (1999), no Brasil, ampliaram o conceito inicialmente proposto de maneira que o aspecto individual não preceda os aspectos coletivos da vulnerabilidade. Buscou-se assim estabelecer uma relação intrínseca entre os componentes individual e coletivo, indicando que a resposta à epidemia deve ser uma “resposta social”, com participação ativa da sociedade e com preceitos baseados em valores de solidariedade. Uma importante contribuição do conceito de vulnerabilidade foi dar luz a relevância da relação dos sujeitos com o contexto.

Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e abordou pela primeira vez naquele espaço um problema específico de saúde ao falar sobre a relação da aids com o preconceito e a exclusão social. Posteriormente, em Harvard, Mann e seus colaboradores seguiram articulando a visão mais ampla sobre saúde e inspirando uma resposta global à aids.

A vulnerabilidade **individual** ao HIV parte de três pressupostos: todo indivíduo em um nível biológico é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV se exposto ao vírus e, assim, está susceptível à morbidade se lhe for negada a assistência adequada. Biologicamente, as mulheres estariam mais vulneráveis à infecção devido a alguns fatores, dentre eles, o fato das infecções sexualmente transmissíveis (IST), muitas vezes, aparecerem de maneira mais assintomática em mulheres do que em homens, e serem um facilitador para a infecção pelo HIV. Além disso, o sêmen possui uma concentração de vírus maior que o líquido vaginal e a mucosa vaginal é relativamente extensa, existindo maior superfície de contato. Somado a esses fatores, se a mulher é adolescente e seu aparelho vaginal é imaturo, mais uma fragilidade deve ser considerada (BASTOS, 2001).

Mas, além do biológico, há outros fatores necessários para a transmissão, como aqueles de ordem cognitiva e social. É necessário levar em consideração a comunidade, os indivíduos-chave (família, amigos) e aspectos culturais, bem como o fato do comportamento individual não ser fixo, podendo variar durante a vida. Deve ser levado em conta ainda as habilidades necessárias para a adoção de práticas protetoras. Essas habilidades podem ser motoras (capacidade de colocar preservativo) ou relacionadas ao poder de negociação do sexo seguro. Assim, as ações focadas na vulnerabilidade individual não são suficientes para o controle da epidemia (PARKER *et al.*, 1993; AYRES *et al.*, 1997).

A compreensão dos contextos de vulnerabilidade **social** ao HIV engloba a análise do estigma e a violação de direitos humanos, dos fatores que contribuem para a manutenção da desigualdade socioeconômicas, étnico/raciais e entre os gêneros. Esta se expressa em sua face extrema na violência doméstica e sexual, bem como no não reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeito de direitos, no racismo, nas condições de pobreza, entre outras desigualdades socioeconômicas, e do uso abusivo de drogas. É importante que ocorra a superação da dinâmica de estigmas veiculados à sexualidade, ao gênero e a raça para o efetivo enfrentamento à epidemia, de maneira que esse enfrentamento não se restrinja a adesão ao campo biomédico do tratamento medicamentoso (PARKER *et al.*, 1993; AYRES *et al.*, 1997; BRASIL, 2011; LOPEZ, 2011).

Para a avaliação do aspecto social da vulnerabilidade, os autores vão buscar nos indicadores adotados no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) oito índices julgados relevantes, para os quais são definidos escores, igualmente agrupados na classificação alta, média e baixa vulnerabilidade. São eles: acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, mortalidade antes dos cinco anos,

situação da mulher, índice de liberdade humana, relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde e índice de desenvolvimento humano (AYRES *et al.*, 1997).

O plano **programático** da avaliação de vulnerabilidade diz respeito às políticas de enfrentamento ao HIV, observando as respostas às demandas de prevenção e tratamento, a conformidade da execução dos programas implementados, os recursos financeiros disponibilizados, entre outros. Atua como um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e das contradições socialmente postas (AYRES *et al.*, 1997; FELICIANO; KOVACS, 2002). Os programas de combate à aids têm como uma de suas funções fornecer informações e educação sobre o HIV e incentivar a participação da sociedade civil na formulação e atualização dos programas. Além disso funciona como um articulador entre os planos individual e social, tendo em vista que a falta de informações sobre prevenção e tratamento contribui para o aumento da vulnerabilidade individual e para a perpetuação da invisibilidade do HIV e do estigma que lhe é atrelado (PARKER *et al.*, 1993; AYRES *et al.*, 1997).

O conceito de vulnerabilidade aqui apresentado, tem aspirações sintéticas, não probabilísticas, diferente do caráter analítico do conceito de risco. Já o risco epidemiológico é justamente a probabilidade que o indivíduo exposto venha a adquirir uma característica, no caso o HIV e passe a pertencer a outro grupo, o grupo dos “afetados”; ou seja, o risco busca a chances matemáticas de tal evento ocorrer. Desse modo, argumenta-se que as análises de risco “deixam de fora” aspectos considerados pela perspectiva da vulnerabilidade, tais como: a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco e o não permanente, próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço. O conceito de risco funciona como se a ação das pessoas fosse resultado de suas características individuais, desconsiderando que o comportamento é fruto de diversas forças sociais que regulam as práticas sexuais, as quais são culturais, não sendo homogêneas, únicas ou imutáveis (AYRES, 2009; KIPPAX *et al.*, 2013).

Kippax e col. (2013) relembram que a noção de risco tende a posicionar os usuários em um lugar simplista e estático; como se eles recebessem de forma passiva às informações sobre prevenção ao HIV e, automaticamente, mudassem seus comportamentos. Uma lógica comparável ao que Paulo Freire (2011a) denomina de “educação bancária”⁴. A partir desse

⁴ Paulo Freire, em sua obra “Pedagogia do Oprimido” (2011a, p. 58), afirma que na concepção da educação bancária *a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los*. Em “Pedagogia da Autonomia” (2011b, p. 47), argumenta que *ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção*. Dessa forma, o educador deve estar disponível à escuta e as inquietações que são possíveis de surgir na sala de aula, tal como um profissional de saúde

prisma as informações sobre prevenção ao HIV preencheriam os “depósitos bancários” dos indivíduos, resultado de uma relação verticalizada, de cima para baixo, entre os profissionais de saúde e os usuários, não ocorrendo o estímulo ou a promoção de uma agência coletiva na construção de outras práticas. O profissional de saúde assume o lugar de quem é detentor do conhecimento e o usuário está no lugar de quem não sabe, de maneira que seus “depósitos” recebem a narrativa apenas como som, sem significado, portanto, sem possibilidade de transformação. Isso ocorre porque no que tange ao conceito de risco, a susceptibilidade dos sujeitos ao HIV é centralizada em seus comportamentos individuais, havendo pouca compreensão dos aspectos culturais que compõem as práticas sexuais e de uso de drogas. Isso pode resultar, por parte do sistema de saúde, na baixa disponibilidade de recursos que fomentem a agência coletiva (FREIRE, 2011a; KIPPAX *et al.*, 2013)

Nas respostas a aids é possível identificar de que modo as ações centradas nas dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade ao HIV foram historicamente exitosas no enfrentamento da epidemia. Ilustra essa perspectiva a mobilização de diferentes atores sociais na construção de coalizões com os grupos afetados pela epidemia. Ao invés de focar apenas no comportamento individual, buscou-se uma construção solidária entre profissionais de saúde, organizações religiosas progressistas, a sociedade civil organizada e os sujeitos tido como mais vulneráveis. Além de entender que a agência individual não era suficiente para um enfrentamento eficaz, tal enfoque se baseava em uma estratégia mais ampla que reconhecia a saúde como parte fundamental da cidadania. O diálogo coletivo é que conduz e, de certa maneira, implementa respostas, a partir da interação entre os atores e os agentes externos, possibilitando que práticas sociais sejam modificadas ou produzidas, como, por exemplo, a construção de práticas sexuais seguras (KIPPAX *et al.*, 2013).

Em suas análises sobre a contribuição do conceito de vulnerabilidade, Ayres e col. (2003) assinalam que a participação da sociedade, de maneira emancipatória, é indispensável no processo de formulação de respostas a epidemia de aids. Além do contexto social, tem o potencial de considerar as vozes e a agência dos sujeitos e suas subjetividades, as quais refletem nas suas maneiras de se relacionar com seus cotidianos e territórios (GONDIM, 2018). Em direção semelhante, Paiva e col. (2006) argumentam que tratar a questão do enfrentamento à epidemia por meio dos direitos humanos tem a vantagem de vincular o problema da aids às suas

que não pode transferir a informação sobre a prevenção ao HIV sem escutar as indagações e compreender o contexto social do sujeito, para que seja possível a construção de práticas de prevenção possíveis.

raízes sociais mais profundas. Ao estimular as pessoas para transformação dessa realidade, essa perspectiva fomenta o poder de mobilização dos grupos sociais, favorece a transdisciplinaridade e a intersetorialidade da abordagem da aids e revitaliza uma resposta global à epidemia. Assim, é possível que sejam consideradas as relações de poder que entrelaçam a trajetória da aids, como aquelas relacionadas ao gênero, a orientação sexual, ao racismo e a pobreza.

Delor e Hubert (2000) igualmente apresentam o conceito de vulnerabilidade ao vírus da aids a partir de três dimensões, quais sejam: trajetória social, interações sociais e contexto social. Considerando que a trajetória social de cada indivíduo é singular e passa por modificações ao longo do tempo, é importante analisar em que momentos da sua vida é possível identificar associações entre contextos de interações sexuais e vulnerabilidade ao HIV. As interações sociais, por sua vez dizem respeito a caracterização da dinâmica entre as trajetórias pessoais, tendo em vista que a transmissão do HIV pela sexual envolve a interação entre, pelo menos, duas pessoas. Já o contexto social vai influenciar a maneira com que ocorre o cruzamento das trajetórias, tendo em vista que as normas culturais e sociais pré-determinadas influenciam o comportamento sexual dos sujeitos.

Segundo os autores, a análise da vulnerabilidade é sobretudo a análise da diferença. O grau de vulnerabilidade pode variar para um mesmo indivíduo em contextos diferentes, assim como em pontos distintos da sua trajetória e em suas diferentes relações. Dado que o processo de vulnerabilidade é alimentado por um conjunto de variações, tais processos devem ser analisados sob a ótica contextual; quer dizer, compreende-se que não se trata de uma característica estável e essencial dos indivíduos, pelo contrário, a vulnerabilidade é mutável e influenciada pelos contextos em que os indivíduos se encontram (DELOR; HUBERT, 2000).

Tendo em vista os objetivos do estudo, cabe a seguir apresentar os diferentes eixos de vulnerabilidade ao HIV entre mulheres tendo por base a produção acadêmica sobre o tema.

2.2.1 Vulnerabilidade das mulheres ao HIV

A partir do componente social de vulnerabilidade, entendemos que, além da questão biológica, os fatores sociais, econômicos e culturais, compõem o cenário para uma maior vulnerabilidade das mulheres à infecção, pois aglutinaria uma série de riscos de exposição ao HIV. Essa desigualdade é estrutural e perpassa por dimensões associadas a relações assimétricas de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, resultando, entre outras coisas, na violência de gênero. Tal violência deriva da combinação entre violência material e simbólica,

concretizada, por exemplo, na diferenciação do que é certo e o que é errado para homens e mulheres quanto ao comportamento sexual, social e moral. Aspectos culturais, como aceitação pela sociedade da violência contra a mulher e o fato de as mulheres terem parceiros com múltiplas parceiras sexuais, são exemplos da influência da desigualdade de gênero na vulnerabilidade facilitada à exposição ao HIV (BASTOS, 2001; SANTOS, *et al*, 2009; DUARTE *et al.*, 2014).

Ostrach e Singer (2012) usaram o termo “biopolítico” para se referir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e outras IST devido às interseções dos fatores biológicos com as estruturas das relações sociais, incluindo a desigualdade de poder entre os gêneros. Os fatores biopolíticos incluem, assim, componentes da vulnerabilidade individual e social, como a estrutura das relações de gênero, dinâmica do poder sexual, feminização da pobreza, violência de gênero, desigualdades econômicas entre homens e mulheres, entre outros. O uso de alguns métodos anticoncepcionais orais por sua vez aumenta, biologicamente, a vulnerabilidade das mulheres ao HIV pelo fato de diluir o epitélio vaginal predispondo a ocorrência de fissuras durante a relação sexual (OSTRACH; SINGER, 2012).

Na teoria sindêmica proposta por Singer (2009) os fatores biológicos interagem com os fatores biopolíticos e geram um ambiente social desfavorável, produzindo níveis ainda maiores de vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV. Estruturas de ordem política e econômica constituem as diferenças de poder entre homens e mulheres, sendo atravessadas por outras desigualdades estruturadas, como o racismo, o sexismo e a estratificação de classe, as quais sustentam as relações sociais que culminam no sinergismo que gera a vulnerabilidade (OSTRACH; SINGER, 2012). No Brasil, a sinergia conta com a precária e constante diminuição dos mecanismos de proteção social para a população (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

Vale ressaltar que inicialmente as mulheres foram excluídas dos estudos para medicamentos antirretrovirais, principalmente mulheres em idade reprodutiva, devido à possibilidade de teratogenicidade (BASTOS, 2001). Porém, essa exclusão, que tinha intuito de acelerar a regulamentação dos medicamentos, acabou por atrasar o efetivo acesso das mulheres aos ARV, muitas já doentes, impactando, significativamente, na sua sobrevivência (BASTOS, 2001). Além disso, ocorreu uma assimetria quanto à aprovação dos preservativos masculino e feminino. Emitiu-se uma urgência quanto à aprovação da utilização do preservativo masculino para a prevenção da transmissão das IST e, principalmente, do HIV, dada à gravidade da epidemia na época. Entretanto, não foi observada a mesma urgência na regulamentação do

preservativo feminino com a mesma finalidade, ou seja, não houve pressa quando se tratava de um método de prevenção com controle feminino. Ao contrário do que aconteceu com o preservativo masculino, foram exigidas evidências empíricas consistentes (PARKER; GALVÃO, 1996; BASTOS, 2001).

Outro aspecto relevante da vulnerabilidade ao HIV que impacta na prevenção refere-se a autoavaliação quanto ao risco de infecção pelo HIV. Ainda hoje muitas mulheres, principalmente em relações estáveis, não se percebem em risco de se infectarem. Além disso, há a associação entre o sexo desprotegido e a gravidez/maternidade que, mesmo não sendo planejada, tem a representação social de fertilidade, da consolidação de um relacionamento ou realização de um desejo. O HIV, que pode resultar de relação sexual desprotegida, é, por outro lado, marcado de maneira negativa, estigmatizado e objeto de exclusão social. Portanto, a prevenção de ambos remete a dimensões subjetivas diferenciadas (VILLELA; MONTEIRO, 2015).

É importante lembrar que as relações estáveis simbolizam proteção frente a associação do HIV com práticas homossexuais, prostituição e uso de drogas. Tais fatores, contribuem para a não utilização do preservativo (RODRIGUES *et al.*, 2012). Seu uso em parcerias fixas é motivado, muitas vezes, como método contraceptivo, não sendo a prevenção ao HIV e outras IST o fator prioritário na escolha do método. A coincidência desse método de prevenção para IST ser um método contraceptivo é, sem dúvida, vantajoso, tanto do ponto de vista do atendimento integral à saúde, como para a logística dos serviços de saúde, não necessitando duplicar os custos. Mas, em se tratando do preservativo masculino, não há controle do método por parte da mulher e mesmo nos métodos onde ela possa ter controle, há fatores de natureza psicológica e cultural que podem interferir, como o pouco conhecimento sobre seu próprio corpo e questões de cunho religioso que podem impedi-la de utilizar métodos contraceptivos. Ademais, os homens apontam diversas dificuldades no uso do preservativo masculino, como o alto custo, dificuldade de colocação durante a relação sexual por “medo de quebrar o clima” e perder a ereção, alteração da sensibilidade, diminuição do prazer sexual da mulher, entre outros. Portanto, o não controle do método pelas mulheres carrega em si um problema e as torna mais vulneráveis (BASTOS, 2001; GUERRIERO *et al.*, 2002).

O papel da masculinidade no uso do preservativo fica evidente quando a solicitação da sua utilização só cabe ao homem, sendo mais plausível à mulher quando tem o objetivo de evitar a gravidez. Isso significa dizer que há maior dificuldade de negociação quando a mulher exige o uso no intuito de prevenção ao HIV e outras IST, tendo em vista a associação do uso

da camisinha a relações extraconjugais. Além disso, o significado da sexualidade para os homens tem caráter incontrolável e indomável, de maneira que necessita de imediata satisfação, sendo a infidelidade naturalizada como uma característica imutável e inerente ao homem (GUERRIERO *et al.*, 2002).

Um dos pilares do ideal de masculinidade é a reputação, que significa, entre outras coisas, ter ímpeto sexual e desafiar autoridade; os homens mantêm sua reputação partilhando suas proezas em ambientes masculinos. Tal constructo de papel de gênero influencia de maneira central na vulnerabilidade social das mulheres ao HIV, perpassando especificamente pelos seus direitos sexuais e reprodutivos (GUERRIERO *et al.*, 2002). A interferência do uso do preservativo no prazer sexual é comumente atrelada aos homens, mas o prazer e a agência das mulheres não podem ser ignorados, como se não tivesse influência para as mulheres também, sendo essas transformadas apenas vítimas. No entanto, há restrições sociais, culturais e estruturais a essa agência. Embora os homens heterossexuais sejam os transmissores ativos do vírus, paradigmaticamente eles não são alvo de prevenção. Sendo transmissores, os homens devem ser vistos como agentes ativos no processo de construção de práticas preventivas, pois a noção contrária os desencoraja e enfraquece as mulheres (HIGGINS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, Higgins e col. (2010) utilizam a definição de *paradigma da vulnerabilidade*, onde há o reconhecimento da importância do conceito em dar visibilidade ao lugar das mulheres na epidemia, mas recai em uma lógica onde as mulheres têm sua agência apagada e são colocadas apenas como vítimas da epidemia. Os autores, no entanto, não negam que uma mulher monogâmica e economicamente desfavorecida possa ter mais chances de contrair o HIV por conta do comportamento do seu parceiro mais do que dos próprios comportamentos. O significado da sexualidade para os homens e seu maior acesso ao sexo extraconjugual de maneira aceitável nas normas sociais ocidentais contribuíram para a constituição da vulnerabilidade da mulher. A reflexão sobre o *paradigma da vulnerabilidade* traz uma relevante contribuição acerca da vulnerabilidade dos homens que vivenciam estruturas de poder diferenciadas e marcadas pela classe social, questões de raça, etnia e sexualidade, como revelam as diferenças nas condições de vulnerabilidade entre homens brancos, negros e latinos no contexto norte-americano. Ademais, atualiza a importância de não generalizar o contexto ocidental para tomar certezas acerca da vulnerabilidade.

Os desafios que integram a vulnerabilidade enquanto recurso analítico para interpretar a epidemia não se restringem ao grupo das mulheres. Os estudos sobre vulnerabilidade devem ter como especificidade a capacidade de enxergar os processos sociais e estruturantes do HIV

articulados com as agências individual e coletiva (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Muitas vezes a aplicação do conceito de vulnerabilidade minimiza a agência humana e produz uma dicotomia entre as pessoas e o contexto social, trazendo a ideia de que as ações dos sujeitos são diretamente conduzidas pelos fatores sociais, enquanto esses mesmos sujeitos são incapazes de agir sobre a estrutura. Ademais, recai em sugerir que as condições sociais e políticas favoráveis são suficientes para direcionar o comportamento dos indivíduos no sentido tido como certo, no caso da epidemia do HIV, tomar as medidas de prevenção sugeridas. Assim, a agência desaparece, pois a vulnerabilidade é utilizada de modo que os indivíduos só irão agir após a mudança do contexto social, como se ambos não estivessem em constante interação.

Nessa direção, cabe ressaltar que as comunidades desempenham papel importante e são exemplo da relevância da ação da agência coletiva ao se conectarem e desenvolverem meios de modificar suas próprias práticas na direção da construção de capacidades que as permitem alcançar o que desejam. Um exemplo é a comunidade gay, que orientada a adotar a abstinência sexual como prática de prevenção criou outras estratégias que minimizavam as chances de transmissão, como o uso do preservativo, mas não adotaram práticas que entrassem em conflito com seus desejos. A experiência brasileira em relação ao enfrentamento ao HIV também demonstra a potência da agência coletiva, tendo em vista a maneira que os grupos se organizaram para proteger uns aos outros apostando na transformação de suas próprias práticas, mostrando ser possível abordagens não individualistas na prevenção do HIV e entendendo a necessidade de mudanças estruturais. A mudança social, seja positiva ou negativa, é fruto da interação entre os diversos grupos da sociedade organizados e os contextos sociais e políticos (KIPPAX *et al.*, 2013).

Outra ponderação relevante na análise da aids no contexto de classe/gênero específicos diz respeito a necessidade de se levar em consideração os discursos de mulheres de baixa renda, com lógicas sobre sexo, o corpo, direitos, poderes e (im)possibilidades. Ou seja, é preciso reafirmar que existe uma cultura sexual brasileira com várias subculturas, com discursos distintos e, às vezes, contraditórios. Significa dizer que as relações que definem beleza, o corpo, o desejo, o prazer, o valor do sexo são territórios carregados de relações de poder, de discursos contraditórios e de resistência (GOLDSTAIN, 1996; BASTOS, 2001). Portanto, quando se fala em direitos sexuais e reprodutivos para mulheres nem sempre é possível se falar em escolhas ou liberdade individuais, principalmente para os grupos socialmente privados de acesso a recursos, sejam eles materiais ou simbólicos, que permitam o acesso a essas escolhas.

Todas essas possibilidades estão imbricadas com o modelo de sociedade, o modelo

democrático em busca da abolição das desigualdades étnicas, raciais, de gênero e classe (CORREA, 1996; PARKER; GALVÃO, 1996). As questões morais acerca da sexualidade têm pesos e simbologias diferentes para homens e mulheres, de modo que a sexualidade assegura um local de poder para os homens, enquanto para as mulheres a sexualidade está intimamente relacionada ao processo reprodutivo (ALVES, 2003).

Como citado, o avanço da epidemia entre as mulheres, da segunda metade da década de 1990 ao início dos anos 2000, foi influenciado pela demora da apropriação do tema por parte do próprio movimento de mulheres. Falar sobre a relação entre feminismo e aids foi um desafio, pois era um tema que o movimento feminista, no Brasil, não tinha experiência e, inclusive, demonstrava certa resistência para a incorporação do debate, como assinalado acima. Apesar disso estavam postas as questões sobre as diferenças entre a forma que homens e mulheres eram tratados ou priorizados na formulação de políticas públicas (BARBOSA, 1996).

Cabe, por fim, salientar que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV não pode ser vista como homogênea; existem gradações resultantes do contexto social e identitário, como, por exemplo, a vulnerabilidade de mulheres jovens e pobres distinta daquela de mulheres que tem outras realidades econômicas. Assim, como em todas as vulnerabilidades, não é razoável simplificar e não levar em consideração a dinâmica de opressões existente (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

Dentro de contextos de avanço de políticas neoliberais, onde há propagação de pobreza e desigualdades, as mulheres de estratos mais baixos são as mais atingidas, tendo em vista chances desiguais de competição no mercado de trabalho. Ademais, elas desenvolvem o papel do cuidado, entre outras atividades domésticas não remuneradas que implicam em maior tempo de ocupação e, como consequência da precarização do trabalho, muitas vezes ocupando posições subordinadas que exigem pouca qualificação e que pagam baixos salários (TAQUETTE, 2010; ANDRADE, 2015). A manutenção do lar, a educação dos filhos e o trabalho sexuado reprodutivo são atividades que as mulheres ainda exercem mesmo com a sua entrada no mercado de trabalho formal. Desse modo o tempo de trabalho sem remuneração é multiplicado, refletindo a hierarquização proveniente da desigualdade de gênero que aparece tanto no trabalho tanto doméstico, quanto no trabalho formal. Além disso, o trabalho doméstico pode funcionar como um componente alienante, por tomar tempo necessário para aprimoramento intelectual e cultural e para a participação da vida social e política. Ou seja, reduz seu capital cultural, localizando-as em outra posição na sociedade (HIRATA; ZARIFIAN, 2009; ANDRADE, 2015).

As mulheres negras vivenciam uma dinâmica de opressão tripla: por ser mulher, por ser negra e, muitas vezes, por ser pobre (TAQUETTE, 2010). Até o início dos anos 2000 não eram disponíveis dados oficiais relativos à raça/cor. Porém, sabe-se que no âmbito da saúde e especificamente no que diz respeito à saúde reprodutiva, a situação de mulheres negras e pobres é desfavorável em relação à disseminação do HIV, como já demonstrado anteriormente pelos dados epidemiológicos relativos à mortalidade por aids em mulheres negras. A população negra brasileira está exposta a consequências da violência estrutural, como, por exemplo, a dificuldade para a continuidade de projetos de prevenção em comunidades mais pobres, onde muitas vezes essa população está inserida (LOPES *et al.*, 2007).

Falando especificamente das mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), é possível afirmar que a invisibilidade da sexualidade feminina é baseada em padrões heteronormativos e reprodutivistas. A vulnerabilidade dessas mulheres vem da sua invisibilidade e, conseqüentemente, da incipiente formulação de políticas públicas em saúde voltadas para este segmento (BRASIL, 2011). Se a sexualidade feminina heterossexual já é invisibilizada, as mulheres homossexuais são ainda mais invisíveis pelo campo biomédico. Em relação ao HIV/aids, ao contrário do que aconteceu com os HSH, as MSM são vistas como protegidas da infecção pelo vírus, a despeito da possibilidade de transmissão via sangue menstrual ou fluidos vaginais, transfusão sanguínea ou por intermédio do uso de drogas injetáveis (ALMEIDA, 2009). Ademais, a existência de práticas bissexuais entre pessoas identificadas como hetero ou homossexuais não é considerada (MORA; MONTEIRO, 2013).

É contundente a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV e a influência das relações desiguais de poder entre homens e mulheres nesse processo. É importante lembrar que pela via de transmissão heterossexual essas mulheres se infectam por meio de relações sexuais com homens que também estão expostos a situações de vulnerabilidade, como os homens negros ou latino americanos. As diferenças de poder que envolvem raça, etnia, classe social, sexualidade e estruturas globais de desigualdade também operam sobre diferenças de poder que causam prejuízos (HIGGINS *et al.*, 2010).

Mesmo a pobreza e a desigualdade de gênero, que são fatores abrangentes, podem ser expressas de maneira diferentes em contextos diversos e isso deve ser levado em consideração para que se possa avaliar o impacto em populações específicas. Em algumas partes do mundo, como na África do Sul, a dependência econômica das mulheres aos homens, causada pela desigualdade de gênero, culmina em trocas econômico-sexuais que podem lhes render baixo

poder de negociação sexual em termos de prevenção (JEWKES; MORELL, 2012); na Nigéria há mutilação genital, casamento infantil, e compartilhamento de cônjuge. Portanto, é necessário entender que a desigualdade de gênero tem caráter relacional ocorrendo de maneiras diferentes em contextos diferentes (OSTRACH; SINGER, 2012).

As construções socioculturais da masculinidade hegemônica no contexto latino americano são nocivas às mulheres e aos homens. Trazem para eles a noção de serem invulneráveis, uma suposta falta de interesse pela própria saúde, normalizam o padrão sexual de múltipla parceria e reforçam os moldes de atitudes que são negativas para as mulheres, como os diversos tipos de violência (HIGGINS *et al.*, 2010).

2.3 O CONCEITO DO TIPO IDEAL

Como foi apresentado, o conceito de vulnerabilidade pode ser utilizado de forma diversificada em múltiplos campos disciplinares a partir de diferentes concepções. Assim, no presente estudo optou-se por definir um conceito de vulnerabilidade que servirá de referencial de análise, funcionando como um “conceito do tipo ideal”. Para Weber (1979), o tipo ideal é um instrumento de análise da realidade, onde a subjetividade do sociólogo é levada em consideração na formulação do tipo ideal, funcionando como um parâmetro que orienta o pesquisador em suas análises. Por ser “ideal” não significa que representa a realidade. O pesquisador o formula através de um conjunto de características para originar o tipo ideal e, assim, analisar a realidade empírica (MORAES *et al.*, 2003). Nas palavras de Weber:

Trata-se de um quadro do pensamento, não da realidade histórica, e muito menos da realidade “autêntica”, e não serve de esquema no qual se pudesse incluir a realidade à maneira de exemplar. Tem antes um significado de um conceito limite puramente ideal, em relação ao qual se mede a realidade a fim de se esclarecer o conteúdo empírico de alguns dos seus elementos importantes, e com o qual esta é comparada. Tais conceitos são configurações nas quais construímos relações, pela utilização da categoria da possibilidade objetiva, que a nossa imaginação, formada e orientada segundo a realidade, julga adequadas. (WEBER, 1979, p. 109)

Assim, o tipo ideal tem em sua formulação a construção mental do pesquisador, que enfatizará os aspectos desejados para estudar o objeto em questão. O tipo ideal é, então, um parâmetro, não sendo uma representação da realidade, onde o sujeito constrói, baseado em suas ideias, um instrumento para fins de orientação na pesquisa (MORAES *et al.*, 2003).

O “conceito do tipo ideal” de vulnerabilidade usado no presente trabalho considera o pensamento latino-americano contra-hegemônico de saúde coletiva ao entender que as situações de pobreza são agudizadas pelo contexto neoliberal, reiterando que tal contexto em interação com os aspectos individuais e programáticos são produtores de situações vulnerabilizantes. Ademais, entende que o modelo de sociedade de globalização proposta pelo capitalismo tardio produz a precarização da vida, de maneira que não traz apenas a erosão material, mas, ao propor a ideia egoísta do consumo, dilui a identidade cultural dos povos, prega o individualismo, causando a deterioração das organizações coletivas e da solidariedade. Dessa forma, é importante compreender a vulnerabilidade à luz do contexto político e histórico e as diferentes matrizes de desigualdades.

Essa análise se alinha com as práticas e saberes da saúde coletiva no continente latino-americano e com o pensamento brasileiro (SANTOS, 1999; GONDIM, 2018; BREILH, 2006). O pensamento liberal individualiza e vai de encontro aos preceitos de solidariedade, os quais auxiliam a enxergar a aids sob a lente da coletividade, entendendo que vivemos em um mundo com HIV e não em um mundo onde há pessoas com HIV. Assim, é possível entender a necessidade de uma resposta social, que seja de responsabilidade compartilhada e beneficie todos (SEFFNER; PARKER, 2016).

Diante do exposto, no presente trabalho a definição de “conceito do tipo ideal” de vulnerabilidade tem por base a descrição proposta por Mann e col. (1993), ampliado por Ayres e col. (2003) no Brasil, caracterizado pela análise das dimensões individual, social e programático ao HIV. Dado o objetivo do estudo, cabe elencar essas dimensões da vulnerabilidade ao HIV tendo como foco a população de mulheres ou como elas se concretizam nos contextos de vida e situação social das mulheres brasileiras.

Ademais, é importante reiterar que o conceito de vulnerabilidade nos lembra que a realidade não é cristalizada e que o dinamismo é processo inerente à trajetória do HIV, bem como as vidas dos sujeitos. Da mesma forma, o próprio conceito tem como característica ser permeável a atualizações e não ser estático. É indispensável não perder de vista a possibilidade do esvaziamento do conceito quando aplicado nas análises de dados empíricos ou a ocorrência de certa naturalização das vulnerabilidades, como se ser idoso, mulher ou criança, por exemplo, conferisse de maneira automática um estado de vulnerabilidade, enquanto tal condição é sempre relacional, não podendo ser generalizada.

Assim, faz-se necessário lembrar que existem ações intersubjetivas que interagem com a estrutura de maneira constante e indissociável na produção da vulnerabilidade. É necessário

que esteja no horizonte que a modificação das relações de vulnerabilidade ouse modificar a estrutura que impede a emancipação dos sujeitos, não sendo condizente cair na armadilha de naturalizar certas características que configuram situações desfavoráveis de determinadas populações a condição de vulneráveis. Uma das contribuições do conceito está em levar em conta a capacidade dos indivíduos ou grupos de indivíduos de responderem as adversidades dada às condições que eles têm para tal, sempre em uma via de interação. Ou seja, a conceituação não deve minimizar a capacidade das agências humana e coletiva (KIPPAX *et al.*, 2013; AYRES, 2018).

Como já referido, o que neste trabalho é considerado o conceito do tipo ideal de vulnerabilidade, dialoga com quadro conceitual dos direitos humanos e com as perspectivas da saúde coletiva no contexto latino-americano. Porém, o desafio da análise está também em considerar o dinamismo do conceito e suas atualizações de modo que se mantenha sua capacidade heurística. Outra armadilha reside em utilizar a concepção de vulnerabilidade em análises instrumentalizadas no dualismo indivíduo/estrutura, enquanto o conceito, no que consiste em uma de suas importantes contribuições, aborda justamente a relação constante entre os sujeitos e o contexto social como uma via de mão dupla. Assim, há de se ter atenção para que as análises não caiam em engessamentos e mecanicismos ao atrelar uma característica a um estado de vulnerabilidade descartando a capacidade de agência coletiva na produção de novas práticas (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O conceito de vulnerabilidade foi amplamente utilizado no campo da saúde no Brasil desde a criação da resposta à aids e teve papel importante no processo da desconstrução de estigmas atrelados à epidemia, na formulação de políticas públicas universais, baseadas na solidariedade e dialogando com a perspectiva dos direitos humanos. Porém, observando as modificações no perfil de enfrentamento durante a trajetória da epidemia do Brasil, a revisão de escopo na produção científica nacional pretende mostrar as utilizações do conceito de vulnerabilidade ao longo de quatro décadas no que tange os estudos sobre a epidemia entre mulheres. No entanto, compreende-se que a restrição à literatura nacional pode causar perdas de estudos, que embora aborde a questão brasileira, são publicados em revistas internacionais.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos do trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica em estudos feitos no Brasil, publicados entre os anos de 1990 e 2018 sobre a temática HIV/aids e mulheres, verificando as concepções de vulnerabilidade nos artigos selecionados. Foram incluídos estudos empíricos e teóricos no intuito de obter resultado abrangente para a construção e conclusão da revisão. O recorte temporal foi definido de maneira automática pela busca, sendo 1990 a data do estudo mais antigo na base de dados.

O percurso metodológico se deu através de uma **revisão de escopo**, que permite uma visão geral e abrangente da literatura disponível e tem o propósito de mapear conceitos que sustentam determinada área de pesquisa, podendo identificar lacunas nos campos do conhecimento e elucidar conceitos chaves. Para apoiar a amplitude inerente as revisões de escopo, diversos desenhos metodológicos podem ser incluídos na revisão no intuito de sintetizar as evidências que as múltiplas metodologias podem oferecer, não sendo essa uma regra prescritiva. Ou seja, os revisores podem decidir quais desenhos metodológicos irão ser considerados na análise. A revisão de escopo se diferencia da revisão sistemática, que visa responder a uma questão específica ou a um conjunto de questões, seguindo um roteiro rígido de fatores de delimitação, especificados no protocolo de análise (GRANT; BOOTH, 2009; PETERS *et al.*, 2015).

De acordo com Peters e col. (2015), a revisão de escopo tem como propósito:

“esclarecer definições e limites conceituais de um tópico ou campo (...) são frequentemente utilizadas para mapear a literatura existente em um determinado campo em termos de sua natureza, suas características e volume de produção. As revisões de escopo são particularmente úteis quando um corpo da literatura ainda não foi revisado de forma abrangente, exibe natureza complexa ou heterogênea não passível de uma revisão sistemática mais precisa.” (PETERS *et al.*, 2015)

A busca foi realizada no portal Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). Tal escolha se deu por ser uma base de dados que indexa grande parte da produção brasileira no campo da saúde. Esse recorte apresenta limitações frente à diversidade de bases, mas atende aos propósitos do estudo focado na revisão nacional, que poderá ser ampliado em estudos futuros.

Com relação aos descritores, optou-se pela combinação dos seguintes termos: “HIV”; “aids”; “mulheres”; “vulnerabilidade”, “lésbicas”; “jovens”; “prostitutas”; “profissionais do sexo”; “gestantes”, com o objetivo de abarcar as dimensões identitárias relativas a essas

categorias. Tais termos foram verificados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)⁵. Cabe esclarecer que foi realizada uma revisão preliminar como trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz (BARROSO, 2018) onde foram utilizadas apenas as palavras “HIV”; “aids” e “mulheres”. Os resultados revelaram uma limitação do descritor “mulheres”, pois este se mostrou muito amplo, nem sempre abrangendo o escopo relacionado à orientação sexual, à dimensão geracional, inserção profissional, entre outras. Portanto, optou-se por incluir na busca categorias identitárias.

Foram realizadas seis buscas diferentes com as seguintes combinações de descritores:

1. HIV OR Aids AND Lésbicas AND Vulnerabilidade (n = 2);
2. HIV OR Aids AND Jovens AND Vulnerabilidade (n = 34);
3. HIV OR Aids AND Prostitutas AND Vulnerabilidade (n = 3);
4. HIV OR Aids AND Profissionais do sexo AND Vulnerabilidade (n = 11);
5. HIV OR Aids AND Gestantes AND Vulnerabilidade (n = 6);
6. HIV OR Aids AND Mulheres AND Vulnerabilidade (n = 91).

Não foram incluídas publicações que não estavam em formato de artigo, como dissertações de mestrado ou teses de doutorado, tendo em vista o tempo de pesquisa do mestrado e que essa escolha priorizou publicações com ampla divulgação no campo científico-acadêmico. Dos artigos disponíveis foram selecionados aqueles publicados em português, inglês e espanhol.

Foi observado que havia repetição de estudos entre as diferentes categorias de busca, portanto para se chegar ao número real foram retiradas essas repetições, obtendo como resultado o número de 124 estudos.

Através das leituras dos resumos, foram aplicados os seguintes de critérios de exclusão: estudos não realizados no Brasil; população composta apenas por homens ou pessoas trans⁶; população composta por profissionais de saúde e coordenadores de grupos ou atividades e os artigos onde o HIV não era o objeto central do estudo. Todos os demais estudos foram incluídos na análise, não sendo necessário a definição de critérios de inclusão. Após aplicar os critérios

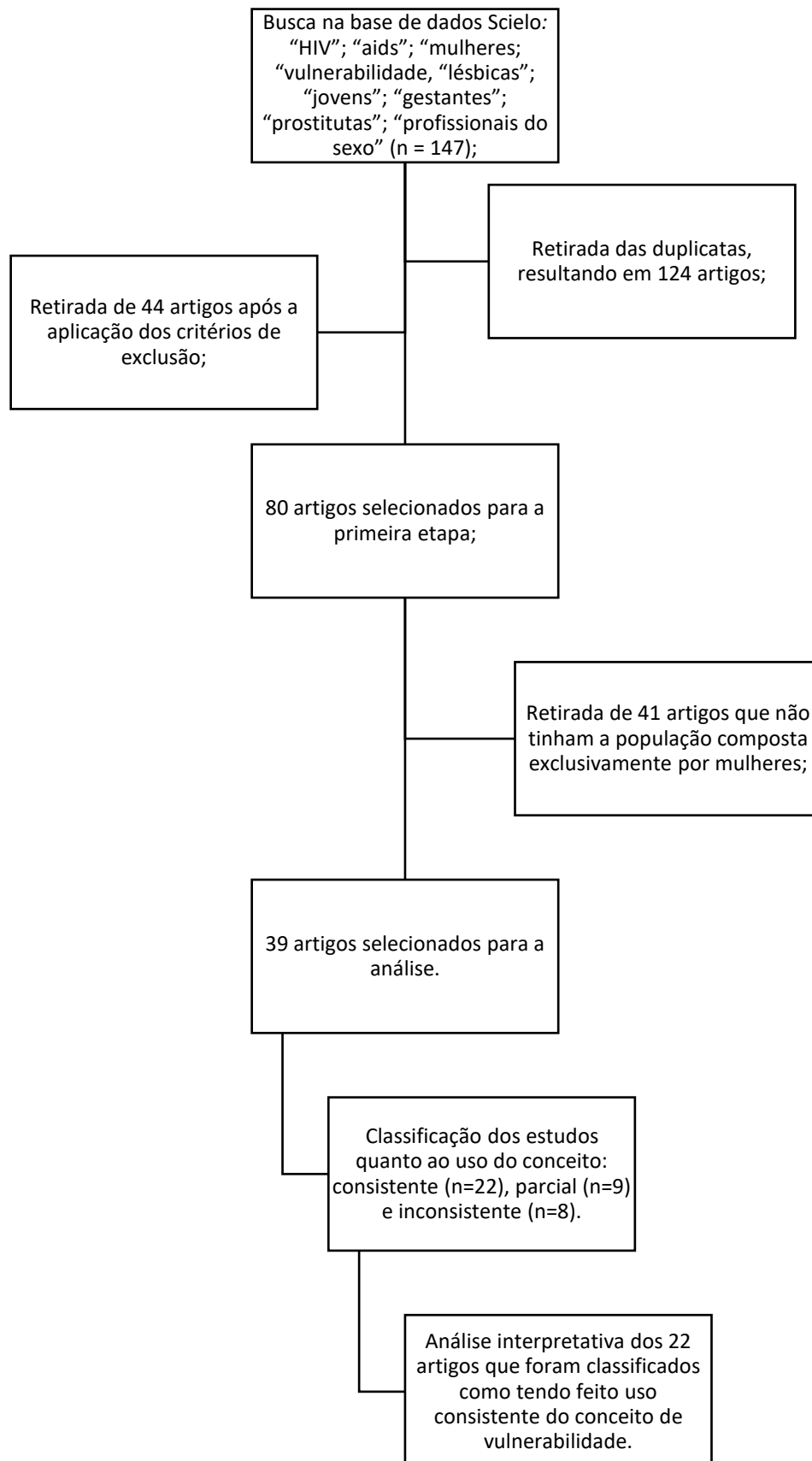
⁵ Os termos “lésbicas” e “prostitutas” não apareceram como descritores, no entanto foram incluídos na busca no intuito de abranger essas categorias identitárias.

⁶ Optou-se por incluir apenas estudos com população de mulheres cis. A inclusão de estudos com a população de mulheres trans implicaria numa ampliação da discussão, tendo em vista as especificidades de suas trajetórias na conformação da transição de gênero e na vulnerabilidade ao HIV.

de exclusão o resultado foi um número de 80 artigos. Esse conjunto de artigos foram lidos na íntegra e classificados segundo:

- título/resumo;
- autor (es);
- população do estudo;
- local onde o estudo foi realizado, segundo região do país;
- ano de publicação do estudo;
- abordagem metodológica: ensaio, qualitativa, quantitativa, quanti-qualitativa ou revisão;
- link para o texto na íntegra
- temática do estudo;

Após a leitura preliminar do conjunto de artigos selecionados, foi observado que na maioria dos estudos onde a população era jovem ou idosa, a análise da vulnerabilidade era deslocada para a categoria geracional, independentemente do gênero, agregando estudos com mulheres e homens jovens ou idosos, não havendo uma análise específica relacionada à vulnerabilidade e condição feminina, objeto do presente estudo. Portanto, optou-se por selecionar apenas os estudos onde a população era composta exclusivamente por mulheres, resultando em um número de **39 artigos** (ver Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de busca, seleção e classificação dos resumos.

No intuito de apreender como a concepção de vulnerabilidade se deu na literatura selecionada, foi elaborada uma ficha para orientar a leitura do uso do conceito de vulnerabilidade em cada estudo. A ficha foi desenhada a fim de responder as seguintes questões-chave:

- Como o conceito de vulnerabilidade foi referido no texto, seja por meio de uma descrição da sua definição ou apenas como um sinônimo de suscetibilidade ou risco;
- Quais autores foram referidos no texto e nas referências bibliográficas para fundamentar a descrição do referencial teórico do conceito de vulnerabilidade;
- Quais das três dimensões do conceito de vulnerabilidade (individual, social e programático) foram abordadas no texto, como ocorreu a operacionalização dessas dimensões e se a análise estava coerente com o conceito do tipo ideal adotado na dissertação;
- Se o conceito de vulnerabilidade foi acionado na definição do objetivo da pesquisa, nas categorias de análise e/ou na interpretação dos resultados;
- Os autores explicam ou consideram como as mulheres (ou grupos específicos, como gestantes, profissionais do sexo) são mais vulneráveis ao HIV e quais contextos ou características são definidas como produtores de vulnerabilidade.

Com base na leitura dos 39 textos selecionados, foi criada uma tabela com as respostas ao item da ficha de leitura para cada texto. Em seguida, com base nessa descrição, foi feita uma análise sobre os usos das concepções de vulnerabilidade de cada texto, visando identificar três categorias, quais sejam:

- **Uso consistente:** os estudos onde, no mínimo, um dos três componentes (individual, social e programático) do quadro conceitual de vulnerabilidade foi utilizado - de maneira coerente com o referencial do *conceito do tipo ideal* desse trabalho - na interpretação dos resultados empíricos do artigo ou como ferramenta analítica da pesquisa;
- **Uso parcial:** os estudos conceituam a vulnerabilidade de maneira coerente, mas não utilizam suas contribuições nas reflexões dos achados ou como ferramenta analítica; o conceito é referido apenas como apoio teórico para construir a narrativa da epidemia ou

para justificar a formulação de políticas de caráter focalizado.

- **Uso inconsistente:** inclui os artigos que não diferenciam a concepção de vulnerabilidade do conceito epidemiológico de risco, que citaram a palavras de maneira genérica, dissociada de uma definição conceitual e os que aplicaram o conceito de maneira incoerente com o referencial teórico adotado nesse trabalho.

Cabe ressaltar que foi priorizado o uso coerente e robusto das contribuições teóricas do conceito de vulnerabilidade nas interpretações e caracterizações dos resultados para que o estudo fosse classificado como consistente. Assim, mesmo nos casos em que não foi explicitado uma definição do conceito de vulnerabilidade ou uma referência bibliográfica específica sobre o tema, o artigo foi considerado consistente pelo fato de usar argumentos e dados relativos à vulnerabilidade individual, programática e/ou social das mulheres ao HIV, conforme previsto no conceito do tipo ideal referido na presente dissertação.

Após a etapa de classificação dos estudos, foram selecionados os artigos incluídos na categoria “consistente” (n=22). Esse conjunto de artigos foi lido novamente, visando analisar de forma mais aprofundada as formas de operacionalização do conceito de vulnerabilidade, a abordagem metodológica e os principais resultados do estudo. Em seguida, buscou-se explorar o que havia de comum entre eles e o que os diferenciava, em relação às questões-chave que orientaram a leitura e análise das concepções de vulnerabilidade: referencial teórico utilizado, dimensões do conceito exploradas, o que caracterizou cada dimensão, o modo em que a concepção de vulnerabilidade foi acionada e como foi explicada a vulnerabilidade das mulheres que compuseram as populações dos estudos.

Cabe reconhecer que a ausência de uma revisão documental sobre vulnerabilidade ao HIV configura uma limitação do estudo. A inclusão de documentos relativos às políticas de enfrentamento à aids no Brasil poderia elucidar de que modo(s) o conceito de vulnerabilidade foi incorporado do âmbito das diretrizes programáticas. Tal análise poderia auxiliar na compreensão da maneira como o campo científico orienta a formação de políticas públicas de saúde, sendo igualmente influenciado pelas mesmas. Todavia, frente ao período de 24 meses do mestrado e do volume da produção acadêmica sobre o tema, optou-se por privilegiar apenas a produção acadêmica sobre o tema.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi organizada em dois tópicos complementares. O primeiro refere-se à caracterização descritiva da primeira seleção da produção acadêmica, composta por **80 artigos**, quanto à população do estudo, à temática principal abordada, ao ano de publicação, à abordagem metodológica e a região onde o estudo foi realizado. No segundo tópico é apresentada a análise dos usos do conceito de vulnerabilidade presentes nos **39 artigos selecionados**.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ARTIGOS SELECIONADOS (N=80 ARTIGOS)

Na caracterização descritiva dos estudos selecionados foram classificadas 17 populações compostas exclusivamente por mulheres, demonstrando o caráter não homogêneo desse grupo, tendo em vista a ampla gama de segmentos populacionais identificados. Há uma concentração significativa (n=11) de estudos com mulheres vivendo com HIV/aids, sem nenhuma característica adicional descrita no estudo. Os onze artigos relacionados a essa população abordam variadas temáticas, não havendo um tema privilegiado.

Quanto ao conjunto de artigos contemplando população não exclusiva de mulheres, a maior parte (n=12) tem como população “Adolescentes e/ou jovens”, podendo mostrar uma tendência das pesquisas em buscar apreender a vulnerabilidade nesse segmento populacional. Como já mencionado, nesses estudos a compreensão da vulnerabilidade foi deslocada para os aspectos relacionados à adolescência, não sendo a vulnerabilidade das mulheres o foco e por isso foram excluídos da etapa de análise qualitativa.

Tabela 1: Distribuição das populações dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids (n=80).

População	Número de estudos
<i>Composta exclusivamente por mulheres</i>	
Gestantes	2
Gestantes VHA	3
Mulheres	3
Mulheres adolescentes e/ou jovens	2
Mulheres brancas e negras	1
Mulheres casadas ou em relações estáveis	3
Mulheres idosas	1
Mulheres lésbicas ou bissexuais	2
Mulheres negras	2
Mulheres privadas de liberdade	1
Mulheres profissionais do sexo	2
Mulheres quilombolas	1
Mulheres usuárias de drogas	1
Mulheres vítimas de violência sexual	1
MVHA	11
MVHA ativistas	2
Prostitutas, mulheres que abortaram e MVHA	1
Total	39
<i>Outras populações</i>	
Casais sorodiscordantes	2
Gestantes e profissionais de saúde	1
Homens e mulheres em conjugalidade	2
Idosos	3
Idosos VHA	2
Indivíduos de meia idade	1
Internautas	1
Jovens e/ou adolescentes	12
Jovens e/ou adolescentes e cuidadores	1
Jovens e/ou adolescentes e adultos	1
Moradores de uma favela	1
Migrantes do interior do nordeste	1
Outros	1
Pessoas acima de 50 anos	1
População brasileira	2
População negra	1
PVHA	7
Residentes em cidades rurais	1
Total	41
Total de ambas as populações	80

Os artigos também foram caracterizados quanto à temática central (tabela 2). Foram identificadas 14 categorias temáticas na produção científica com populações compostas exclusivamente por mulheres e 15 nos artigos que abrangeram as demais populações.

Foi observada uma distribuição semelhante entre os temas dos dois conjuntos de populações, a única exceção refere-se aos estudos classificados como “CAP”, que dizem respeito a conhecimentos, atitudes e práticas sobre HIV, e estão presentes apenas nos artigos que incluem homens na população. Nas populações compostas exclusivamente por mulheres há uma distribuição homogênea das temáticas, mas nota-se um certo destaque do tema “Vulnerabilidade ao HIV” (n=7), possivelmente devido à estratégia de busca, que incluiu os estudos que tinham a palavra vulnerabilidade no título, no resumo ou no texto.

Dentre as temáticas identificadas foi observada uma relevância dada aos temas que abordam a dimensão social da vulnerabilidade. Desigualdades de raça/gênero, estigma, pobreza/desigualdade e violência são considerados pelo PIEFA contextos de vulnerabilidade a serem superados (BRASIL, 2011). O acesso ao serviço de saúde especializado e a situação da mulher estão entre os indicadores do PNUD para avaliar os aspectos sociais da vulnerabilidade; ademais, as temáticas direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e gênero e/ou sexualidade também abrangem componentes sociais da vulnerabilidade feminina. Quanto à dimensão programática, os temas foram escassos e estão relacionados à questão preventiva, o que em parte pode ser explicado pela ênfase dada à prevenção da transmissão vertical pela política de saúde. O componente individual não teve destaque entre as temáticas, embora esteja presente no escopo dos estudos que abordam as demais dimensões.

Tabela 2: Distribuição das categorias temáticas dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids (n=80).

Temática	População de mulheres	Outras populações
Acesso ao serviço especializado	1	1
Ativismo anti-HIV	2	-
CAP (Conhecimento, atitudes e práticas)	-	12
Convívio com o HIV	3	-
Desigualdades de raça/gênero	4	1
Direitos sexuais e reprodutivos	1	-
Estigma	1	-
Fatores associados a infecção pelo HIV	-	1
Feminização do HIV	1	-
Gênero e/ou sexualidade	4	5

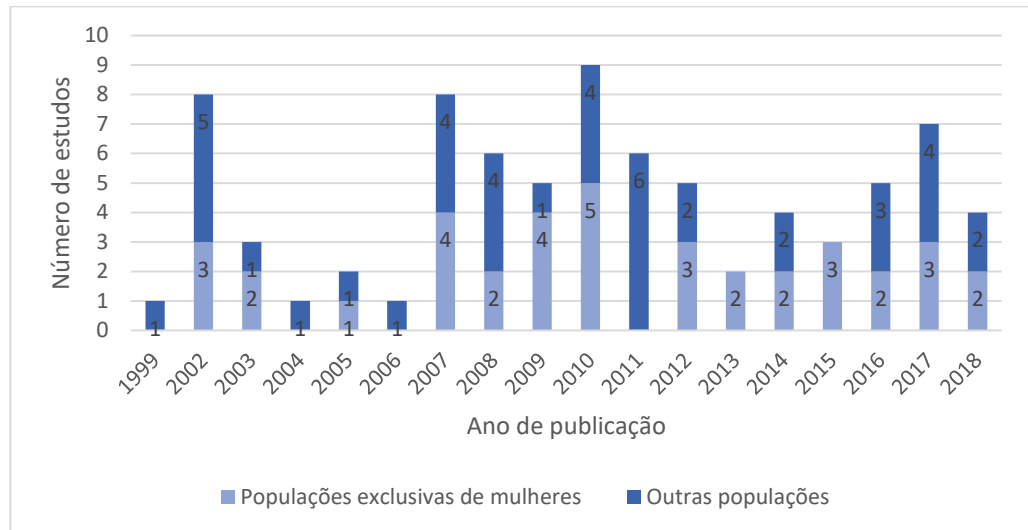
Pobreza/Desigualdade	-	1
Profilaxia pós exposição	1	-
Perfil clínico e/ou epidemiológico da epidemia	3	3
Prevenção ao HIV	5	6
Prevenção à transmissão vertical ⁷	3	1
Representações sociais sobre o HIV	3	2
Saúde e Cidadania	-	1
Seguridade social	-	1
Testagem anti-HIV	-	1
Violência	-	1
Vulnerabilidade ao HIV	7	4
Total	39	41

Na figura 2 é apresentada a caracterização da produção selecionada através da distribuição dos estudos pelo ano de publicação. O período analisado corresponde aos anos que vão de 1990 a 2018; entretanto, após os critérios de exclusão os estudos mais antigos foram localizados no ano de 1999.

É observado um vazio de publicações sobre a temática durante toda a década de 1990. Parte dessa ausência pode ser reflexo de a busca ter sido realizada em uma única base de dados e abranger apenas estudos nacionais. Mas ressalta-se que no Brasil as principais políticas relacionadas ao tema surgiram na segunda metade da década de 1990, como a que trata do acesso universal ao tratamento, em 1996. Ademais, no tocante às políticas direcionadas às mulheres, a normatização sobre a profilaxia da transmissão vertical ocorreu no mesmo ano, o que pode justificar o posterior aumento da produção científica sobre o tema.

⁷ Um dos estudos não está classificado entre as populações compostas exclusivamente por mulheres por ter sua população composta por gestantes e profissionais de saúde, o qual foi um dos critérios de exclusão para se chegar ao grupo de estudos selecionados para a análise final.

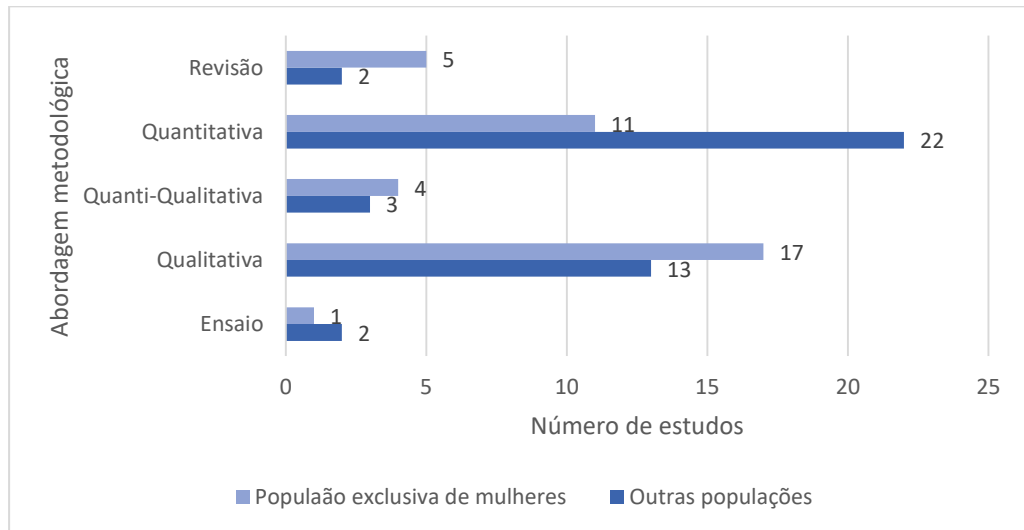
Figura 2: Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids por ano de publicação (n=80).



As abordagens metodológicas encontradas foram classificadas em: ensaio, quantitativa, qualitativa, quanti-qualitativa e revisão (Figura 3). A ampla maioria dos estudos (n=63) utilizou abordagem quantitativa (n=33) ou qualitativa (n=30).

Observa-se que a abordagem quantitativa é privilegiada nos estudos onde a composição da população inclui homens, resultando no dobro (n=22) de artigos em relação àqueles que tem sua população composta exclusivamente por mulheres (n=11). Isso pode ser justificado pelo fato de abordagem quantitativa contemplar todos os estudos relacionados à temática de “Conhecimento, atitudes e práticas sobre HIV” (CAP) e apresentarem um olhar epidemiológico sobre a vulnerabilidade, privilegiando abordagens metodológicas que comparam duas ou mais populações, especificamente homens e mulheres. Grande parte dos estudos onde a população é composta apenas por mulheres têm metodologias qualitativas, onde buscam apreender aspectos da vulnerabilidade por meio de entrevistas, em sua maioria.

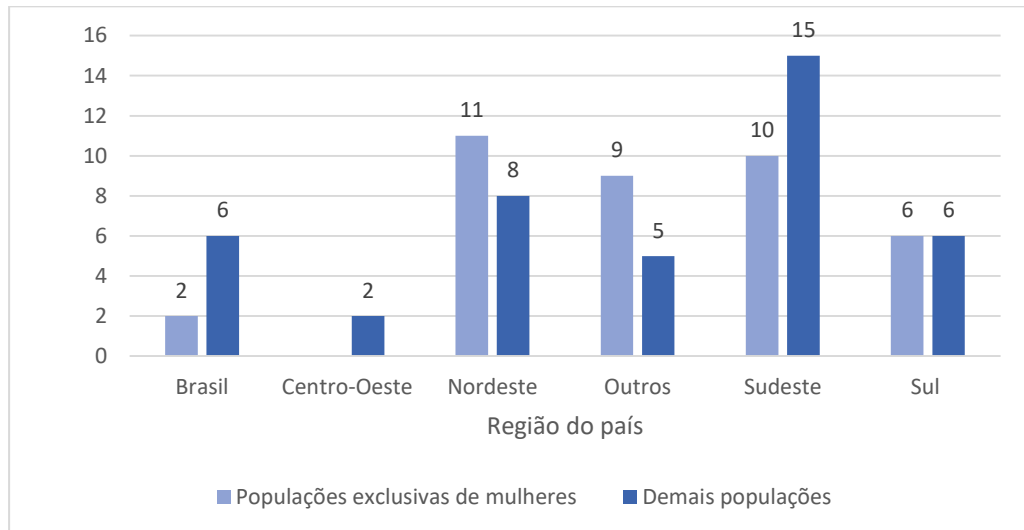
Figura 3: Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids quanto à abordagem metodológica (n=80).



Quanto ao local onde foi realizado o estudo, optou-se por dividir por região do país. Algumas pesquisas apresentaram caráter multicêntrico ou de base populacional e o local foi classificado como “Brasil”. Os estudos realizados em locais de dois ou mais estados de regiões diferentes, e as revisões e os ensaios foram categorizados como “Outros”.

Entre os artigos analisados, nenhum foi realizado na região Norte e a maioria se concentra na região Sudeste (n=25) e Nordeste (n=19) (Figura 4). Isso pode ser decorrente de grande parte das instituições de pesquisa e de ensino superior do Brasil estarem concentrados na região Sudeste, resultando em uma maior produção científica proveniente dessa região. Ademais, a epidemia se disseminou a partir do eixo Rio-São Paulo para as demais regiões do país, o que pode ter refletido o perfil de distribuição por região.

Figura 4: Distribuição dos estudos sobre vulnerabilidade, mulheres e HIV/aids quanto ao local onde o estudo foi realizado (n=80).



Os resultados da análise descritiva mostram a diversidade de segmentos populacionais presentes nos estudos sobre vulnerabilidade e confirmam as especificidades das populações exclusivas de mulheres. A diversidade também aparece nas categorias temáticas, mostrando que a compreensão da vulnerabilidade pode acontecer sob vários prismas. A abordagem metodológica quantitativa predomina nos estudos com as populações que não são compostas exclusivamente por mulheres, indicando um olhar epidemiológico da vulnerabilidade onde há a comparação entre grupos populacionais. Esses resultados serão analisados com maior profundidade no capítulo de discussão.

4.2 DESCRIÇÃO DOS USOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Nessa seção será apresentada a descrição quanto aos usos da concepção de vulnerabilidade em cada um dos 39 artigos, focalizando: as dimensões (individual, social e programática) e sua operacionalização; o referencial teórico utilizado; e como o conceito foi acionado para a interpretação dos resultados da pesquisa. A relação das referências bibliográficas correspondentes aos estudos analisados está apresentada no Anexo A.

- Inconsistentes

1. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal (Cechin <i>et al.</i> , 2007)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia

Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Não há a relação entre as dimensões da vulnerabilidade, apesar de na análise aparecerem aspectos que compõem a vulnerabilidade social. No entanto, de maneira contraditória, culpa a mulher. Assim, nem o conceito, nem suas dimensões são operacionalizadas: “A falta de negociação e a convivência com a violência doméstica levam a mulher a poucas opções de segurança contra a contaminação pelo vírus HIV. Estas condições de vida estão diretamente relacionadas com as questões de autocuidado e de valores que cada mulher possui.”
Como o conceito é acionado	O conceito não acionado, é apenas citado nas categorias de análise do estudo.
Vulnerabilidade da mulher	As autoras colocam a vulnerabilidade como uma escolha, mesmo que explicitem fatores de ordem social que contribuem para a vulnerabilidade: “Mulheres que, devido ao acúmulo de funções, dentro e fora do lar, associadas à drogadição, à violência, ao abandono, à carência, à imaturidade afetiva e, principalmente à falta de perspectiva, têm se submetido à vulnerabilidade de infecção pelo vírus HIV.

2. Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente à DST/HIV: uma revisão integrativa (Gubert *et al.*, 2010)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona
Operacionalização das dimensões	Cita a palavra, mas não explica o que ele considera por vulnerável, apesar de mostrar aspectos que fazem parte da vulnerabilidade, como o trecho a seguir que é relativo à vulnerabilidade programática: “Um ponto interessante diz respeito ao uso do preservativo feminino, e que os estudos abordam pouco, fato que deveria ser mais estimulado pelos profissionais de saúde. Verificou-se que as adolescentes não conhecem este método por não recebem esclarecimentos suficientes nos serviços de saúde, visto que na atenção básica, por exemplo, este insumo é direcionado às mulheres em situação de vulnerabilidade, profissionais do sexo e infectadas pelo HIV.”
Como o conceito é acionado	A palavra é apenas citada no texto, sendo utilizado de apoio para a discussão principal, que é a avaliação de escalas validadas para medida de comportamento: “Nos estudos, apenas adolescentes heterossexuais participaram das estratégias aplicadas, sendo recomendado ampliar este escopo para adolescentes lésbicas e bissexuais, incluindo diferentes contextos de vulnerabilidade.”
Vulnerabilidade da mulher	Não parece ser, de fato, o intuito do texto operacionalizar o conceito, não explicando o que ele considera como vulnerável.

3. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV (Diniz, *et al.* 2007)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	A análise da violência sofrida por mulheres é o objetivo do estudo, sendo a vulnerabilidade uma palavra apenas citada em alguns momentos do texto. Apesar de os contextos de violência serem constituintes na produção da vulnerabilidade, o texto não faz essa relação: “A violência contra as mulheres, denominada violência de gênero, representa grave violação aos direitos humanos e é capaz de desencadear inúmeros agravos à saúde dessas e, dentre esses, pode-se citar o medo, a falta de credibilidade no sistema legal e o silêncio, o que permite que as vítimas se tornem cúmplices dos seus agressores.”
Como o conceito é acionado	Não aciona
Vulnerabilidade da mulher	O texto faz uma relação direta entre violência e a vulnerabilidade das mulheres, atribuindo a violência sexual ao maior <i>risco</i> ao HIV: “A violência sexual sofrida por mulheres virgens traz, entre outros problemas, a elevação do risco de

	contaminação pelo HIV, visto que a lesão do hímen rompe a integridade da mucosa genital.”
4. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas (Preussler <i>et al.</i>, 2003)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	A palavra aparece citada em algumas passagens do texto. As autoras não utilizam o quadro conceitual de vulnerabilidade de apoio em suas análises, mas em um trecho, com intuito de contextualização, aborda componentes da vulnerabilidade social feminina: “O tipo de relação que a mulher vem mantendo consigo mesma e com sua sexualidade, perpassando o universo do amor e da fidelidade em especial nas relações afetivas, tem sido marcada pela subordinação ao desejo masculino, colocando a mulher num lugar de vulnerabilidade as DST e a AIDS.”
Como o conceito é acionado	Não aciona
Vulnerabilidade da mulher	Não faz essa abordagem. Faz o debate acerca da autonomia feminina, mas não pelo viés da vulnerabilidade.
5. Auto percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres (Silveira <i>et al.</i>, 2002)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Utiliza o termo “comportamento de risco” na interpretação dos seus dados e a palavra vulnerabilidade como sinônimo de risco, sendo relacionado a aspectos da vulnerabilidade individual: “As mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As DST são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens.” Apresenta aspectos da vulnerabilidade social, mas usa o termo <i>risco</i> : “O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas.”
Como o conceito é acionado	Não aciona. Em suas análises, utiliza a concepção de “comportamentos de risco”: “O presente artigo teve como objetivo avaliar a prevalência de comportamentos de risco para DST/Aids em mulheres e relacioná-la com a autopercepção de vulnerabilidade.”
Vulnerabilidade da mulher	Não faz essa abordagem
6. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo (Paiva <i>et al.</i>, 2002)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	A palavra vulnerabilidade apenas é citada no texto, não sendo o objetivo do estudo avaliar ou articular esse quadro conceitual em suas análises. A pesquisa descreve práticas relativas à sexualidade, reprodução e contracepção de MVHA. “Os mesmos determinantes socioculturais que constroem as várias formas de significar a sexualidade e a identidade feminina, aumentando sua vulnerabilidade ao HIV e depois à AIDS (Mann <i>et al.</i> , 1992), (...)”

Como o conceito é acionado	Não é acionado
Vulnerabilidade da mulher	Não faz essa abordagem

7. Fatores psicossociais e a infecção pelo HIV em mulheres, Maringá, PR (Alves *et al.*, 2002)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Nas análises dos resultados, há uma sessão intitulada “Percepção de risco”. Ou seja, o conceito hegemônico de risco ainda é muito presente (talvez pela data em que a pesquisa foi desenvolvida, esse ainda fosse um termo muito utilizado): “Todas as 26 mulheres estudadas afirmaram que não tinham percebido o risco de contágio e, por não se considerarem vulneráveis ao HIV ou por lhes faltar informações, não adotaram comportamentos que as protegessem do vírus.”
Como o conceito é acionado	A palavra está no objetivo do estudo, sendo utilizada como sinônimo de risco: “O objetivo do presente trabalho é descrever como as MVHA percebem sua vulnerabilidade na provável época da infecção e compreender as dificuldades de prevenção da transmissão sexual do HIV antes e depois do diagnóstico.”
Vulnerabilidade da mulher	Apesar de trazer elementos que compõem a vulnerabilidade social das mulheres, pois dizem respeito a desigualdade de gênero, não articula esse contexto com a concepção de vulnerabilidade: “As carências acirradas pela exclusão (pessoais, sociais, simbólicas ou econômicas) colocam a mulher diante da dificuldade de agir em favor da própria prevenção. Essa realidade de mulheres excluídas é carregada de culpa porque traz acusações. E a culpa é certamente ‘feminina’.”

8. A feminilização da aids: uma questão de gênero? (Paiva, 1999)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	O conceito não é operacionalizado
Como o conceito é acionado	A palavra é apenas citada: “Hoje, com a AIDS, expõem-se a vulnerabilidade, todas as mulheres com vida sexual ativa, tanto as ‘garotas de programa’, ‘as prostitutas’, as solteiras, quanto as donas de casa, embora todas estivessem expostas ao risco desde o início da epidemia.”
Vulnerabilidade da mulher	Trata-se de um ensaio que justifica o aumento dos casos de aids entre mulheres por meio das relações sociais de gênero.

- Parciais

9. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids (Mora e Monteiro, 2013)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Ayres e colaboradores; Delor e Hubert
Dimensões do conceito	Individual, Social e Programática
Operacionalização das dimensões	Individual e social: “Ademais, a revelação das orientações sexuais fluidas (ou indefinidas) acarreta situações de estigma (...)” / “As autodenominadas bissexuais referem mais o uso de meios de proteção com parcerias ocasionais do sexo oposto e expressam inquietações sobre as alternativas de ‘sexo mais seguro’ nas práticas homoeróticas. As jovens lésbicas afirmam que conhecem, mas não usam barreiras de

	proteção, possivelmente porque não acham necessário.” Programática: “As políticas e saberes preventivos propõem a incisiva regulação das práticas e os desejos na arena do ‘sexo público e não heterossexual’, enquanto tutela e mantém inquestionável a ‘heterossexualidade reprodutiva’. Entretanto, o homoerotismo feminino parece ter um lugar liminar, ou ainda invisível, entre ambos os polos.”
Como o conceito é acionado	O conceito não é expressamente acionado, mas alguns de seus aspectos constituintes – o caráter relacional e as interações intersubjetivas com o contexto – são articulados: “Em suma, a lógica de proteção às DSTs/Aids do grupo investigado é influenciada pelas relações entre as identidades sexuais, as expressões de gênero e os valores em jogo nas interações que acontecem nos espaços de entretenimento noturno. Somam-se a esses aspectos a confiança estabelecida nas parcerias “conhecidas” (sejam elas mulheres ou homens) e uma percepção parcial de ‘segurança’ nas práticas homoeróticas, acentuada, por vezes, pelo uso de identidades (lésbicas ou entendidas) associadas à exclusividade dessas práticas.”
Vulnerabilidade da mulher	As autoras compreendem a vulnerabilidade a partir de atributos e experiências de vida de mulheres lésbicas e bissexuais, considerando suas relações e identidades sociais.

10. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres (Vilela e Monteiro, 2015)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Social e Programática
Operacionalização das dimensões	Na seção específica sobre HIV/aids entre mulheres a dimensão social é explicitada ao revelar a importância do estigma e da desigualdade de gênero na propagação da epidemia entre mulheres: “Tem sido observado que mulheres infectadas a partir de relações amorosas ou conjugais são surpreendidas pelo diagnóstico do HIV(...) A ideia de ter sido ‘enganada’ pelo parceiro aponta que a adesão às normas de gênero relativas à sexualidade, ao amor romântico ou à conjugalidade não foi suficiente para garantir a estabilidade da vida de esposa e mãe propugnada por essas mesmas normas.” Programática: “Nos serviços de saúde, práticas que contribuem para a perpetuação do estigma relacionado ao vírus também podem ser observadas, como o estímulo à esterilização das mulheres infectadas, a oferta exclusiva do preservativo como método de prevenção sexual ou a priorização da redução da transmissão vertical entre gestantes, em detrimento de ações voltadas para a construção de um viver com HIV.”
Como o conceito é acionado	O artigo tem como questão central o conceito de estigma articulado com gênero (mulher) em três eixos de análise: prostituição, aborto e HIV/aids, onde o conceito de vulnerabilidade atravessa e é operacionalizado na análise como um todo.
Vulnerabilidade da mulher	Explica a vulnerabilidade das prostitutas como resultado do estigma, da exclusão social e da privação de acesso a direitos, como a saúde; associa a vulnerabilidade das mulheres ao HIV à desigualdade de gênero e a um sistema de saúde limitado na abordagem acerca da sexualidade: “A falta de autonomia sexual das mulheres é traduzida na dinâmica das relações interpessoais e nas práticas dos serviços de saúde, nem sempre capacitados a fornecer os meios para a mulher usufruir de sua sexualidade com poucos riscos.”

11. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro (Silva et al., 2018)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Embora não mencione, na análise dos resultados ocorre a articulação de aspectos da vulnerabilidade social: “A vulnerabilidade da população negra diante de HIV/aids, a invisibilidade e violência sexual contra a mulher contribui para o aumento de casos.”
Como o conceito é	O conceito é acionado para a compreensão dos processos de feminização e

acionado	heterossexualização da epidemia: “Esse novo cenário demanda pelo reconhecimento dos condicionantes de vulnerabilidade da mulher ao HIV. Autores pontuam os aspectos econômicos e psicossociais e as relações de gêneros como importantes fatores ligados com esta realidade.” Entretanto, revela uma armadilha do conceito de vulnerabilidade ao sugerir a produção de políticas focalizadas para determinados grupos vulnerabilizados: “(...) é imprescindível estratégias de promoção em saúde para este grupo, no sentido da prevenção das doenças oportunistas, uso das Terapias antirretrovirais (TARV) e na facilitação de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, faz-se urgência definir as mulheres negras como população prioritária nas políticas públicas de IST/aids.”
Vulnerabilidade da mulher	Relaciona a condição de vulnerável a fatores sociais: “maior vulnerabilidade na fase da adolescência, baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, dificuldade de acesso as Unidades de Atenção Primária a saúde (UAPS); e relatam ainda que este grupo é mais susceptível a situações de risco, como o uso de álcool, drogas, gravidez não planejada, violência e infecções por IST/ HIV/aids.”

12. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil (Misuta *et al.*, 2008)

Se e como conceitua	Conceitua apenas a vulnerabilidade individual: “(...) mudanças que contribuam para redução de vulnerabilidades, principalmente a individual, que, no conceito de Ayres <i>et al.</i> , diz respeito aos aspectos cognitivos, como acesso às informações corretas e atualizadas e abordagens comportamentais.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual
Operacionalização das dimensões	Na análise dos resultados ocorre apenas uma associação direta entre os dados e as variáveis, não existindo a operacionalização do conceito: “Entre os fatores analisados como possivelmente associados à realização da testagem, a não confirmação da associação esperada com as variáveis sócio demográficas e com aquelas relacionadas à vulnerabilidade individual e à assistência pré-natal sugere que a solicitação do exame realizou-se indistintamente.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado para definir um dos objetivos do estudo, que trata de avaliar a vulnerabilidade individual de gestantes através de critérios pré-definidos: “características relacionadas à vulnerabilidade individual (número de parceiros sexuais, uso de drogas injetáveis, uso de preservativos, doenças sexualmente transmissíveis).”
Vulnerabilidade da mulher	Para os autores, o fato de não receberem o devido aconselhamento pré-teste torna as gestantes vulneráveis: “Muitas continuam vulneráveis a contrair o vírus por não estarem devidamente orientadas quanto aos riscos e aos mecanismos de prevenção da infecção. Ao desconhecerem sua situação de risco frente à Aids, bem como os seus direitos, mantêm-se passivas e submissas às condutas dos profissionais.”

13. Movimento social de mulheres com HIV/AIDS: uma experiência entre cidadãs “positivas” do Rio de Janeiro, Brasil (Cajado e Monteiro, 2018)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Social
Operacionalização das dimensões	A palavra é citada várias vezes, como vulnerabilidade ou como vulnerabilidade social e os aspectos da vulnerabilidade aparecem nas análises do perfil da população do estudo, nos resultados e na discussão: “Nas trajetórias das relações afetivo-sexuais, todas vivenciaram alguma violência psicológica e/ou física, cujo agressor era o parceiro, bem como relações extraconjugais, crises de ciúmes e uso prejudicial de álcool pelo parceiro; em parte, toleradas diante do ideal de manutenção da família.” (...) “Destaca-se a ausência de programas governamentais voltados para os direitos sexuais e reprodutivos das PVHA e de ações de prevenção do HIV para mulheres fora do período gravídico.”
Como o conceito é acionado	O conceito não é acionado, apenas citado.

Vulnerabilidade da mulher	Considera a vulnerabilidade das mulheres a partir da desigualdade de gênero, do estigma, do papel do cuidado, da carga de trabalho doméstico, entre outros: “A trajetória das entrevistadas reitera que as desigualdades sociais e de gênero, somadas ao estigma da aids, ampliam a vulnerabilidade das mulheres ao HIV, ao limitar o exercício da sua capacidade de agência e transformação da realidade.”
----------------------------------	---

14. Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade (Trigueiro, 2016)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Apesar de não fazer referência expressa, pois o objeto central do estudo são as representações sociais, analisa os resultados sob uma ótica que corrobora com o quadro teórico da vulnerabilidade social: “Quando um determinado grupo sofre discriminação, abuso e repressão, existe uma maior chance de não procurar testagem, prevenção ou serviço de tratamento para aids.” (...) “na condição do cárcere, as limitações estruturais (inadequação física), a densidade populacional e precárias condições de higiene e nutrição dificultam as oportunidades de cuidado em saúde e agravam o sofrimento no processo de viver o adoecimento.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado na análise dos resultados, sendo uma categoria analítica: “A classe dois – vulnerabilidade e proteção – concentra 22,4% das UCE’s retidas. Foi composta predominantemente por mulheres entre 35 e 49 anos. Esta classe apresenta elementos relativos à presença de risco à infecção pelo HIV na condição do cárcere, pautadas por situações que as colocam em situação de vulnerabilidade - relacionamento, sexo e objeto.”
Vulnerabilidade da mulher	Apesar de debater os resultados considerando elementos da vulnerabilidade social, como o estigma e a desigualdade socioeconômica, não os relaciona com a concepção de vulnerabilidade.

15. Mulheres e o HIV/AIDS: Intersecções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública (Muhlen *et al.*, 2014)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito, mas considera as dimensões individual e social.
Operacionalização das dimensões	Embora faça um debate coerente com a concepção de vulnerabilidade, o conceito não tem importância central, sendo somente citado em alguns momentos do artigo. Utiliza vulnerabilidade e risco como sinônimos: “Segundo estudo de Kornfield (2010), mulheres são 20 vezes mais vulneráveis do que homens de serem infectadas através de relações sexuais com o vírus do HIV, provavelmente devido à exposição prolongada da vagina, da cérvice e do útero ao líquido seminal.” (...) “o risco de contrair HIV também está relacionado a fatores como a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, as desigualdades de gênero, as práticas culturais, a falta de informação e de serviços, e talvez à desinformação, já que muitas mulheres não se consideram em risco.”
Como o conceito é acionado	O conceito não é acionado
Vulnerabilidade da mulher	Debtem em todo o texto elementos relacionados à desigualdade de gênero, como a dificuldade da negociação do uso do preservativo e a submissão feminina para explicar a vulnerabilidade: “Além da submissão, dependência afetiva e credulidade, os tabus e preconceitos também são fatores de vulnerabilidade feminina.”

16. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids (Nascimento *et al.*, 2005)

Se e como	Não conceitua, apenas contextualiza a importância do conceito na interpretação da
------------------	---

conceitua	epidemia: “A mudança do perfil epidemiológico, com a inclusão crescente do sexo feminino, exigiu um debate com novo dimensionamento e remete a um novo conceito, que pode ser utilizado para a compreensão da disseminação do vírus: a vulnerabilidade.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Os autores não operacionalizam o conceito na interpretação e na construção do texto. Entretanto, abordam aspectos que são constituintes da vulnerabilidade social das mulheres, como a negociação do uso do preservativo e o estigma relacionado à epidemia que a transforma em “doença do outro”: “Dentre as restrições na solicitação para uso da “camisinha” estão as representações de amor e sexualidade que homens e mulheres apresentam em relação aos seus encontros sexuais e que se contrapõem a exigências dessa ordem. Outra questão é o pouco hábito de discussão sobre sexo entre os parceiros, já que contracepção é culturalmente um dever feminino e as DSTs passam muitas vezes despercebidas pelos casais e serviços de saúde.” (...) “Pensar a AIDS como condição própria de outras pessoas e, quando junto aos seus, vista como uma condição importada, viabiliza o trânsito da epidemia de forma silenciosa e imperceptível entre suas vidas, só se tornando real quando transformada em um mal irremediável, sendo assim, arremessadas à condição de mais um número nas estatísticas que apontam para a mulher como principal alvo de infecção hoje pelo HIV/AIDS.”
Como o conceito é acionado	O conceito não é acionado, apenas citado como um dos itens do roteiro para a interpretação das representações sociais: “concepções sobre a AIDS e susceptibilidade/vulnerabilidade às DST/AIDS”
Vulnerabilidade da mulher	O texto descreve a vulnerabilidade das mulheres e o processo de feminização da epidemia como sendo resultado das relações sociais de gênero: “Associada à tendência heterossexual da epidemia, existe a feminização, que aponta uma maior exposição da mulher, seja por uma maior vulnerabilidade biológica, uma menor detenção de poder nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, um envolvimento emocional diferenciado, em relação às parcerias, ou, ainda, pela crença de invulnerabilidade feminina.”

17. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV (Feliciano e Kovacs, 2003)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	O texto não utiliza o quadro conceitual de vulnerabilidade, mas discute seus resultados sob uma perspectiva que corrobora com as contribuições do conceito, evidenciando aspectos da vulnerabilidade social e programática: “Existe sempre a possibilidade de conflitos entre os valores e interesses que orientam as decisões sobre a vida sexual e a saúde e aqueles que norteiam as recomendações programáticas, as quais colocam um dos mais críticos problemas para as mulheres: a negociação do sexo seguro. Necessidade que se conforma no interior de uma cultura que responsabiliza a mulher pela prevenção da gravidez, fortalece as opções contraceptivas que não protegem contra as doenças sexualmente transmissíveis e estimula a utilização de métodos que diminuem inclusive a importância do diálogo com o parceiro.” (...) “De um lado, o repasse de informações mostra que os serviços tendem a adotar um modelo de trabalho educativo que faz prevenção para o outro, ou seja, a educação em saúde continua se desenvolvendo como “monólogo tecnocrático”, subestimando o fato de que as mulheres devem ser colaboradoras e partícipes na escolha de meios e fins para o enfrentamento da infecção pelo HIV.”
Como o conceito é acionado	Não é acionado
Vulnerabilidade da mulher	Não ancora o debate ao conceito de vulnerabilidade, mas considera os contextos sociais diferentes na capacidade de negociação do uso do preservativo e entende que as mulheres

não estão, de maneira estática, em uma posição passiva (quebra do *paradigma da vulnerabilidade*): “Como discutir a negociação do sexo seguro e as mudanças nos repertórios sexuais, sem levar em conta a representação da mulher no imaginário social e a assimetria de poder nas relações entre os sexos? Apesar das transformações significativas na atitude diante da sexualidade, em particular entre as jovens de classe média e alta que residem em grandes cidades, os lugares desiguais de homens e mulheres não sofreram alterações profundas. Isto não significa que as mulheres sejam destituídas de poder e que não disponham de estratégias e táticas para alcançar os fins pretendidos, mas, evidencia que são maiores os obstáculos com que se defrontam no processo de negociação e decisão sobre o uso do preservativo, principalmente quando mantêm um relacionamento duradouro.”

- Consistentes

18. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas (Almeida, 2009)

Se e como conceitua	Contextualiza a transição do uso de grupos/comportamento de risco para a utilização da vulnerabilidade na interpretação da epidemia e conceitua brevemente: “(...) passaram a utilizá-lo (o conceito) na busca de uma avaliação da suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde, considerando três planos independentes de determinação: a individual, a programática e a social.”
Referencial teórico	Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual, Social e Programática
Operacionalização das dimensões	O artigo tem três seções onde analisa separadamente, e de maneira coerente, cada uma das três dimensões da vulnerabilidade nas mulheres lésbicas. Individual: “Lésbicas seriam vulneráveis porque entrariam em contato com os fluidos uma da outra, tais como o sangue menstrual e o lubrificante vaginal, potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos de um corpo a outro (...)” Social: “Além do risco de violência sexual, reportado como significativo por ativistas e médicos, as lésbicas seriam mais comumente vitimadas pela ocorrência de situações diversas de preconceito e de discriminação.” Programática: “As entrevistas foram consensuais na afirmação da inadequação da atenção dispensada às lésbicas, porque a preocupação do PAISM continuaria sendo a saúde reprodutiva em detrimento da saúde sexual, as mulheres sendo absorvidas apenas enquanto mães.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado expressamente para demonstrar como as ONGs lésbicas o vocalizaram para visibilizar o corpo lésbico como vulnerável ao HIV, ao invés de imune, no intuito de buscar respostas do Estado: “a vulnerabilidade lésbica tem-se tornado um passaporte para a afirmação/inclusão deste marco identitário na agenda de políticas públicas.”
Vulnerabilidade da mulher	A vulnerabilidade desse grupo de mulheres é explicada pelo autor através das condições e experiências vivenciadas pelas lésbicas, que dizem respeito a sua sexualidade e a constante tensão entre as identidades e as práticas sexuais, além do foco histórico das políticas públicas no corpo da mulher reduzido a sua função reprodutiva.

19. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo (Taquette *et al.*, 2015)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Individual, Social e Programática
Operacionalização das dimensões	Não conceitua expressamente nenhuma das dimensões do conceito, mas articula suas três dimensões para justificar a produção de vulnerabilidade em mulheres adolescentes: “Esse modelo de dominação de gênero masculino é um dos principais geradores de violência e risco de DST, fatores potencializados nas mulheres jovens, mais vulneráveis

	biológica e socialmente. Além disso, a presença de infecções genitais assintomáticas, a fragilidade do conhecimento sobre o HIV, a adoção de práticas sexuais inseguras e a anatomia feminina receptora no ato sexual são fatores que também contribuem para o aumento do risco de infecção pelo HIV. Na dimensão social, a pobreza, aliada à baixa escolaridade, contribui para o aumento do risco desse grupo social. Ressalta-se que as políticas públicas nesse campo não privilegiam as mulheres adolescentes, não reconhecendo seus direitos sexuais e reprodutivos.”
Como o conceito é acionado	Na análise dos resultados há uma seção intitulada “Contextos de vulnerabilidade vivenciados”, onde, através de entrevistas com mulheres adolescentes, os autores buscaram compreender suas vivências pelo prisma do conceito de vulnerabilidade: “Evidenciamos como principais situações de vulnerabilidade: a descrença na possibilidade de contaminação, a baixa idade da iniciação sexual (menor que a média brasileira), o não uso de preservativo, parceiros promíscuos ou usuários de drogas e a submissão a situações de violência.” Cita a dificuldade de negociação do uso do preservativo, a submissão aos parceiros e discute os resultados ressaltando a importância de interpretar a epidemia por uma lente multidimensional que considere aspectos do contexto social e programático.
Vulnerabilidade da mulher	A partir da condição de “adolescente” os autores explicam a vulnerabilidade desse grupo de mulheres, lembrando o contexto da erotização precoce, a desigualdade social e a violência de gênero. Reafirma a importância da ampliação do debate sobre essas questões para o sucesso das medidas de prevenção.

20. Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua” (Sousa *et al.*, 2017)

Se e como conceitua	Não conceitua diretamente, mas argumenta que será o quadro teórico utilizado na análise dos resultados: “Tivemos ainda como pilar das nossas análises o conceito de vulnerabilidade. Nesta direção, é necessária uma reflexão ampliada acerca da epidemia de Aids, considerando, além de comportamentos individuais, os diversos elementos estruturais existentes no contexto, que são fundamentais para compreendermos sua evolução e realizar avaliações de efetividade acerca das ações preventivas e terapêuticas em HIV e Aids.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual e Social
Operacionalização das dimensões	Analisando o uso do preservativo pelas prostitutas, os autores concluem que o uso é mais consistente no trabalho do que com seus parceiros fixos, evidenciando aspectos da vulnerabilidade individual e social, tendo em vista o papel do amor romântico na submissão das mulheres aos homens: “O uso do preservativo equiparou-se ao exercício do amor, considerado como forma concreta de proteção, aderindo ao padrão social da mulher casada que projeta seus sonhos numa determinada concepção de família, espaço este supostamente ‘isento’ de risco para o HIV (de forma imaginária) por conta do afeto.”
Como o conceito é acionado	Na análise dos resultados, que se referem a diferenciação do uso do preservativo no trabalho e em casa, o conceito é acionado para justificar os motivos que levam a essa diferença de comportamento e como isso é produzido por fatores sociais: “Há uma diferenciação bem determinada entre o homem cliente, habitante cotidiano do universo de trabalho das profissionais do sexo, e o homem que transita na sua vida pessoal, seja pela paixão ou pela segurança de ter um “marido”. Tais aspectos são descritos como um dos contextos mais significativos de vulnerabilidade ao HIV para esta população no Brasil.”
Vulnerabilidade da mulher	A vulnerabilidade das prostitutas é considerada fruto da herança da concepção de “grupos de risco”, que resultou em estigma e que as coloca como grandes transmissoras do vírus. Aliado a isso, o papel do amor romântico que funciona como ferramenta de controle e submissão aos parceiros fixos.

21. O par e o ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/Aids em contextos de prostituição (Leite *et al.*, 2017)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Social e Programático
Operacionalização das dimensões	Traz uma importante contribuição acerca da agência coletiva e a capacidade de organização das prostitutas na reinvenção de suas próprias práticas de prevenção ao citar um estudo que relacionou a “agência comunitária” com a redução da prevalência do HIV nesse grupo. Defende as políticas de prevenção baseadas nos direitos humanos e na cidadania e o enfrentamento ao estigma como estratégias de redução da vulnerabilidade, explorando as contribuições das dimensões social e programática. Social: “(...) a mudança de leis que criminalizam a profissão, a redução do estigma e da desigualdade de gênero, a valorização da prostituição como trabalho e a participação efetiva de prostitutas em espaços políticos e sociais de tomada de decisão.” Programática: “Por que continuamos insistindo em implementar programas de prevenção que focam somente no uso da camisinha com o cliente, quando pesquisas e o ativismo deixam claro que a maior vulnerabilidade da prostituta não está na relação com o cliente, mas com o parceiro fixo?”
Como o conceito é acionado	O conceito de vulnerabilidade aparece como sendo um dos objetivos centrais do estudo e é operacionalizado de maneira transversal em toda a análise: “Para tanto, foi feito um levantamento bibliográfico sobre quais têm sido as estratégias comportamentais e estruturais utilizadas para reduzir a vulnerabilidade dessa população.”
Vulnerabilidade da mulher	Em todo o texto a vulnerabilidade das prostitutas é articulada através do seu caráter multidimensional, pois são destacados os aspectos relacionados ao estigma atrelado a condição de prostituta, a necessidade de autonomia e o reconhecimento delas como trabalhadoras e sujeitos de direitos e suas questões financeiras e trabalhistas.

22. Gestantes soropositivas ao HIV: maternidade, relações conjugais e ações da psicologia (Bertagnoli e Figueiredo, 2017)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Apesar de não articular as dimensões do conceito na compreensão dos resultados da pesquisa, componentes sociais da vulnerabilidade permeiam a discussão do texto, principalmente no que dizem respeito a desigualdade de gênero: “(...) é possível observar que muitas mulheres, acreditando-se “protegidas” pelo casamento, negligenciaram (ou foram obrigadas a negligenciar) práticas preventivas básicas, tais como o uso de preservativo nas relações sexuais uma vez que, sob a ótica de sua posição de passividade e dominação, a conjugalidade pressupõe fidelidade.”
Como o conceito é acionado	É citado em diversos momentos do texto, sempre relacionado a desigualdade de gênero: “Desta forma, a condição feminina parece determinar um incremento na vulnerabilidade ao HIV e um esgotamento das possibilidades para o planejamento da própria vida reprodutiva entre estas mulheres.”
Vulnerabilidade da mulher	As relações desiguais de poder entre homens e mulheres – resultando na importância dada ao casamento, na impossibilidade de decisões reprodutivas, na dependência financeira e afetiva, entre outros - é chave utilizada na consideração da vulnerabilidade feminina. O artigo salienta a importância da necessidade de condições para a emancipação das mulheres como caminho para superar a vulnerabilidade, rompendo com a lógica de coloca-las apenas como vítimas: “Como ajudar estas mulheres a se reencontrarem como ‘senhoras de si’, considerando aqui o poder sobre seus corpos, mentes e afeto? Certamente uma intervenção protocolar não será suficiente, uma vez que não se trata de “ensinar” sobre poder e autoestima; trata-se de proporcionar a vivência deste poder, sugerindo e acompanhando cada uma destas mulheres em seu percurso próprio para recuperar a si mesmas das mãos dos outros.”

23. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva (Pinho <i>et al.</i>, 2017)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Apesar de não fazer referência expressa, considera aspectos da vulnerabilidade programática e social, como a testagem centrada no pré-natal: “O diagnóstico durante a gravidez traz dilemas, inseguranças e riscos para outros eventos adversos, como violência durante a gravidez perpetrada pelo parceiro, estigma relacionado à revelação do HIV, medos associados à transmissão vertical e sexual, além da dupla carga emocional, física e socioeconômica, diante de um diagnóstico de HIV no contexto de uma gestação não planejada.” (...) “A maior diferença etária entre a mulher e o parceiro na iniciação sexual tem sido apontada como um dos fatores relacionados à associação entre infecção por HIV e outras IST e início precoce da vida sexual.”
Como o conceito é acionado	É acionado na construção de um dos objetivos do estudo e para a análise dos resultados, sendo parte de uma categoria analítica: “Conhecer as práticas e decisões no campo da sexualidade, reprodução e os contextos de vida, identificando situações de vulnerabilidade, em uma amostra representativa da população feminina com HIV na maior capital brasileira.” Há uma seção dos resultados denominada “Diferenças em contextos de vulnerabilidade social ao HIV”, onde esses contextos são: violência física e/ou sexual sofrida, uso de drogas ilícitas e sexo em troca de dinheiro.
Vulnerabilidade da mulher	O texto considera que há contextos em que as mulheres estão vulnerabilizadas, sendo eles o estigma, situações de violência física ou simbólica e a dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos.
24. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST//HIV/aids (Santos, 2016)	
Se e como conceitua	O texto cita a importância do conceito de vulnerabilidade para a compreensão da epidemia e o referencia logo no início: “De acordo com Ayres <i>et al.</i> (apud Garcia; Souza, 2010, p. 10), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um ‘conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação’. Esse conceito propôs uma abordagem da inter-relação dos aspectos individuais, socioeconômicos e de políticas públicas, na busca de hipóteses explicativas da ocorrência da infecção pelo HIV e de sua evolução para o adoecimento e morte por aids (Mann; Tarantola; Netter, 1993; Ayres <i>et al.</i> , 2003). Definiu-se então, dentro do conceito de vulnerabilidade, a subdivisão entre vulnerabilidade individual, social e programática.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores; Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual, Social e Programática
Operacionalização das dimensões	Durante o texto, são citados exemplos sobre a vulnerabilidade das mulheres nas três dimensões. Individual: “Desde a década de 1990, diversos estudos apontavam fatores biológicos que explicam a maior probabilidade de infecção pelo HIV em mulheres do que em homens, como, por exemplo: o fato de os homens apresentarem maior quantidade de carga viral no esperma do que as mulheres no líquido vaginal.” Social: “O papel da mulher ainda de submissão com relação às questões sexuais e a responsabilização das mulheres no que diz respeito às questões reprodutivas dificultam o diálogo com seus parceiros e aumentam sua vulnerabilidade.” Programática: “O uso das desigualdades econômicas como hipótese explicativa das iniquidades raciais joga uma “cortina de fumaça” sobre a exclusão e a intolerância a que a população negra é submetida nos mais diversos setores da sociedade, incluindo os equipamentos de saúde.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado para explicar os resultados de estudos que evidenciam processos sociais que se dinamizam na produção da vulnerabilidade e os dados epidemiológicos sobre mortalidade, violência e/ou pobreza que são estatisticamente maiores em mulheres

	negras: “Conclui-se que as desigualdades socioeconômicas e culturais e o racismo institucional são hipóteses plausíveis para explicar a alta vulnerabilidade às DST/aids das mulheres negras.”
Vulnerabilidade da mulher	A dupla vulnerabilidade da mulher negra ao HIV é considerada através de uma dinâmica de opressões (classe, raça, gênero) que é ilustrada com estudos que corroboram com a afirmação: “Sendo as violências sexuais e domésticas fatores determinantes da vulnerabilidade das mulheres, as mulheres negras aparecem novamente, segundo diversos estudos, em posição de desvantagem: Os primeiros estudos sobre violência contra a mulher mostravam que o evento acontecia em todas as classes sociais. Porém, há evidências de sobreposição entre os sistemas de dominação e exploração constituídos pelas relações de gênero, etnia e classe social, acarretando às mulheres pobres e negras uma carga mais pesada e maior exposição às violências.”

25. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS (Duarte *et al.*, 2014)

Se e como conceitua	Conceitua expressamente: “O conceito de vulnerabilidade é complexo, com variedade de definições provenientes de várias disciplinas. Com ele, busca-se compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde, a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas, com base em três dimensões analíticas: a individual, a social e a programática ou institucional.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Conceitua as três dimensões
Operacionalização das dimensões	Foram operacionalizadas na análise dos dados empíricos, resultantes de entrevistas, onde foram criadas categorias que correspondiam a cada dimensão da epidemia no intuito de compreender características e contextos da população do estudo: “Constatou-se, assim, maior multiplicidade de parceiros sexuais entre as mulheres aqui investigadas, importante aspecto de vulnerabilidade ao HIV e às DSTs.” (...) “As mulheres que praticam sexo em troca de dinheiro ou drogas são reconhecidas como vulneráveis à infecção pelo HIV e DST, no plano político e programático de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids.”
Como o conceito é acionado	O estudo utiliza as contribuições do conceito nas análises de dados empíricos, sendo uma ferramenta analítica das entrevistas com as MVHA: “Com o intuito de gerar evidências e conhecimento sobre as necessidades específicas dessas mulheres, teve-se por objetivo traçar o perfil de mulheres vivendo com HIV/Aids em municípios do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar características relacionadas à vulnerabilidade individual, social e programática e analisar as condições em que tiveram conhecimento de seu status sorológico em relação ao HIV.”
Vulnerabilidade da mulher	A partir de dados empíricos com um grupo de mulheres, as autoras utilizaram o quadro conceitual de vulnerabilidade para considerar as mulheres que estariam mais vulneráveis: “A análise do conjunto dos dados permitiu o reconhecimento de características, comportamentos e contextos que tornavam as mulheres vulneráveis à reinfecção pelo HIV, DST e outras afecções ginecológicas, compreendendo suas três dimensões inter-relacionadas: individual, programática e social.”

26. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS (Von Zubem *et al.*, 2014)

Se e como conceitua	Conceitua explicando como o conceito se propôs a avançar, em relação a ideia de grupos/comportamento de risco, e contribuir para as práticas de cuidado: “todo indivíduo é em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV, e isto varia ao longo do tempo em função de valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger’. (...) os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de invalidez ou morte variavelmente inverso ao amparo social e à assistência à saúde de que dispuserem. Os fatores que influenciam a construção da vulnerabilidade são diversos, incluindo as dimensões cognitiva, comportamental e social.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Social

Operacionalização das dimensões	A partir da fala de uma MVHA a dimensão social é operacionalizada quando se observa o estigma associado ao HIV no discurso: “De certo modo, a fala de Mônica retoma o estigma associado ao portador (“ <i>boas pessoas</i> ” não teriam HIV/aids). Segundo Mônica, a negociação do preservativo não foi feita pelo fato de o HIV parecer uma possibilidade distante em sua vida.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado para interpretar a história de vida de uma MVHA: “Como a noção de vulnerabilidade é complexa, ela é difícil de ser evidenciada. No caso de Mônica, essa condição possivelmente constitui-se como possibilidade na articulação entre fatores cognitivos, comportamentais e sociais.”
Vulnerabilidade da mulher	A condição da vulnerabilidade da mulher é atribuída ao contexto social que perpetua a desigualdade de gênero: “Destacamos a possível dificuldade de usar o conhecimento que possuía sobre o HIV/aids na adoção de atitudes de prevenção e a possível dificuldade de negociação do preservativo, uma vez que Mônica está inserida em uma sociedade em que ainda são acentuadas as diferenças de gênero e as expectativas de papel associadas a isto.”

27. Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências (Carvalhoes e Filho, 2012)

Se e como conceitua	O texto tem uma sessão intitulada “Vulnerabilidades” onde é definida a concepção que será utilizada nas análises, referenciando Ayres: “Existem ‘condições sociais de risco’ atravessadas por processos complexos de desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos, entre outros aspectos, que acabam por diminuir a potência de uma pessoa em se proteger. O conceito de vulnerabilidade articula a noção de complexidade, permitindo mapear a multidimensionalidade de discursos e relações que ampliam ou não a possibilidade de uma pessoa se infectar ou se reinfectar.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Social
Operacionalização das dimensões	A dimensão social, que abarca a desigualdade de gênero e a função social do casamento e da maternidade é articulada na interpretação dos relatos: “Há também o fato de as mulheres entrevistadas apresentarem baixas condições econômicas e terem sido subjetivadas numa cultura popular que, segundo Fonseca, entende, de forma explícita, a valorização da mulher agenciada ao casamento e à maternidade, ou seja, seus relatos mostram que o fato de terem iniciado cedo seus relacionamentos conjugais e práticas sexuais, imbricado à normativa da maternidade, as tornou mais vulneráveis à infecção.”
Como o conceito é acionado	O conceito de vulnerabilidade é acionado para interpretar as entrevistas de MVHA ativistas, sendo uma categoria de análise: “Quais contextos e discursos produziram na trajetória das mulheres entrevistadas vulnerabilidades à infecção e à possibilidade de reinfeção?”
Vulnerabilidade da mulher	Os autores interpretam a vulnerabilidade a partir de contexto e não como uma condição natural de um grupo de mulheres. A desigualdade de gênero, a dificuldade de negociar o uso do preservativo, as desigualdades socioeconômicas e situações de violência aparecem nas análises das entrevistas do estudo: “A violência contra as mulheres deve ser entendida como um problema de saúde pública que pode ter consequências na saúde física e psíquica, e, entre as consequências, as DST e o HIV/AIDS”.

28. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: um estudo de representações sociais (Rodrigues *et al.*, 2012)

Se e como conceitua	O texto inicia definindo o conceito de vulnerabilidade utilizado na saúde para contextualizar a importância do conceito na interpretação da epidemia: “O conceito de vulnerabilidade, oriundo da área dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde em 1992, considera que a exposição das pessoas ao adoecimento é resultante da interação de aspectos que envolvem três dimensões as quais estão intimamente interligadas: individuais, programáticas e sociais.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores

Dimensões do conceito	Social
Operacionalização das dimensões	Articula aspectos da vulnerabilidade social que dizem respeito à desigualdade de gênero e fatores socioeconômicos: “As variáveis de opinião evocadas por este grupo de mulheres revelam que o maior tempo de união estável e o baixo nível de escolaridade colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade para Aids pela predominância de ideias apoiadas em construções sociais e culturais que demarcam subordinação das mulheres aos homens e pela reprodução de informações divulgadas, sobretudo pela mídia, no início da epidemia.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado para interpretar os resultados, pois tem como objetivo apreender a representação social de vulnerabilidade em um grupo de mulheres: “Desenvolveu-se uma pesquisa com objetivo de apreender as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável, vivendo em contextos sociais distintos, a respeito da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids.”
Vulnerabilidade da mulher	No que foi considerado por vulnerabilidade, o estudo compreendeu o caráter relacional do conceito e que o estado de vulnerabilidade das mulheres é composto por aspectos relativos à masculinidade e pela diferença do significado da sexualidade para homens e mulheres: “A representação de homem e Aids é relacionada à sexualidade descontrolada do homem. Tal representação demonstra que a maneira como a sexualidade masculina vem sendo construída sustenta a convicção, por parte dessas mulheres, de que os homens são infiéis por natureza e tem a sexualidade expressa de maneira mais intensa que a da mulher.”

29. Construindo caminhos de conhecimento em HIV/Aids: mulheres em cena (Silva e Reis, 2012)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Na análise das temáticas são revelados os aspectos do componente social da vulnerabilidade representado na dificuldade de negociação do uso do preservativo principalmente em relações estáveis: “Diante da insistência do parceiro para praticar o ato sexual desprotegido, a mulher acaba cedendo e satisfazendo sua vontade, mesmo se sentindo insegura, amedrontada e internamente ciente do risco assumido. Isto se deve principalmente à dificuldade que a mulher apresenta de assumir posturas firmes e decisivas na utilização do preservativo, revelando mais uma vez seu baixo poder de negociação de estratégias de prevenção frente ao HIV/Aids.”
Como o conceito é acionado	O estudo propõe interpretar seus resultados através da técnica análise temática, sendo um dos temas do estudo denominado “Pensando e fazendo prevenção: mulheres reduzindo a vulnerabilidade ao HIV/Aids.”
Vulnerabilidade da mulher	A vulnerabilidade das mulheres é atribuída à dificuldade de negociação do uso do preservativo e a questões que dizem respeito a função social do amor na produção de uma desigualdade entre os gêneros.

30. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas (Riscado *et al.*, 2010)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Social e Programática, mas não menciona expressamente
Operacionalização das dimensões	O objetivo central do estudo é a violência sofrida pelas mulheres negras, sendo a análise da vulnerabilidade uma consequência. O artigo aborda aspectos da vulnerabilidade social, de ordem da discriminação étnico/racial, da mulher negra, embora não faça uma relação direta entre o debate e o conceito: “A História tem revelado que a mulher negra

	<p>é triplamente discriminada: por ser mulher, por ser negra e, conseqüentemente, por sua classe social de acordo com Oliveira (2006).” A partir da perspectiva de gênero, elenca a fatores da estrutura de desigualdade entre homens e mulheres, mas também não relaciona esses fatores a produção da vulnerabilidade: “Nessa ordem de ideias, evidencia-se que as mulheres são educadas para o cuidado da casa, da família e para que o desempenho da maternidade seja excelente, o que reforça sua abnegação, conformismo, para esquecer-se de si e só cuidar do outro.” Aponta as lacunas presentes do sistema de saúde que contribui para a vulnerabilidade programática nessa população: “As mulheres alegaram dificuldade de acesso aos postos de saúde, acarretada pela distância e pela falta de recurso financeiro para pagamento de passagem, outras afirmaram nunca terem realizado exame ginecológico, pois sentem muita vergonha, embora tenham sido informadas pela agente de saúde de sua necessidade. (...) “Verificasse nessa fala um exemplo de tratamento diferenciado, eivado de preconceito, que é dado às mulheres negras por alguns profissionais de saúde, que pode ser denominado racismo institucional.”</p>
Como o conceito é acionado	<p>Um dos objetivos do estudo é a compreensão da vulnerabilidade na população negra: “Obter informações sobre atividade sexual, conhecimento, comportamento e vulnerabilidade da população negra diante de HIV/aids, racismo e violência foi o objetivo deste estudo.” Também é acionado para explicar como a dificuldade de negociação do uso do preservativo, fruto da desigualdade de gênero, produz vulnerabilidade feminina: “No cenário estudado, poucas mulheres exigem de seus parceiros o uso da camisinha masculina, mas marcadamente com o objetivo da contracepção. Confessam que ‘é difícil’, e que ‘não gostam’.” (...) “Isso acaba tornando essas mulheres vulneráveis a contraírem doenças sexualmente transmissíveis.” (...) “Com isso fica demonstrado que as mulheres continuam prestando obediência ao homem, o que as tornam mais vulneráveis a contraírem as DST/aids.”</p>
Vulnerabilidade da mulher	<p>A vulnerabilidade dessas mulheres é explicada a partir das condições de vida a que estão submetidas, ao contexto de violência que vivenciam e ao não acesso aos dispositivos de saúde: “(...) a constatação de péssimas condições de vida a que estão submetidas as populações remanescentes de quilombos, as dificuldades que essas comunidades têm para o acesso aos serviços de saúde, a falta de prática preventiva no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis. Esses fatores possivelmente podem acarretar uma grande vulnerabilidade dessa mulheres às DST/aids.”</p>
31. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro (Albuquerque <i>et al.</i>, 2010)	
Se e como conceitua	<p>Conceitua no início do texto, afirmando que será utilizado na análise dos resultados para a reflexão dos componentes da vulnerabilidade das mulheres negras: “O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.” (...) “Cabe ressaltar que este estudo relaciona a desigualdade à vulnerabilidade, não como sinônimos, mas como fator predisponente.”</p>
Referencial teórico	Ayres e colaboradores, Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual e Social
Operacionalização das dimensões	<p>O estudo apresentou dados sobre a auto percepção de vulnerabilidade das mulheres, tendo em vista que é um fator que pode influenciar na adoção de práticas preventivas, compondo a vulnerabilidade individual: “A autopercepção de vulnerabilidade é uma variável muito importante, uma vez que mais do que informação essa percepção é o diferenciador entre a adoção ou não de comportamentos protetores.” Articula aspectos da vulnerabilidade social a partir da perspectiva da desigualdade de gênero: “No cotidiano, as mulheres têm menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, como também têm menos poder de decisão acerca do uso do preservativo pelo parceiro sexual. Vale ressaltar, nesse ponto, que o principal método disponível para a prevenção da aids é de controle e uso masculino.”</p>

	<p>Programática: “Diante dos dados de dificuldade de acesso apresentados, é importante refletir sobre a interferência da discriminação étnico-racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Diversos estudos ponderam que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde.”</p>
Como o conceito é acionado	<p>Utiliza o conceito de vulnerabilidade como ferramenta analítica sobre os fatores que influenciam na vulnerabilidade em mulheres negras. Segundo o objetivo do estudo, são articulados componentes da vulnerabilidade social e individual na análise dos resultados: “Assim, o objetivo deste estudo foi analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilização ao HIV/aids a partir da percepção de mulheres negras na região serrana do estado do Rio de Janeiro.” Apresenta dados relacionados a escolaridade e vínculo de trabalho, que mostram que as mulheres negras têm baixa escolaridade e a maioria tem vínculo de trabalho informal, relacionando esses achados a produção de vulnerabilidade social nessa população. Ao analisar os dados diz: “Essas pesquisas mostram uma realidade mais precária enfrentada pelos negros no mercado de trabalho, em comparação com a enfrentada pelos não negros, quando se consideram dados como taxas de desemprego, presença nos diferentes postos de trabalho e valores dos rendimentos, entre outros. Esses dados nos levam à reflexão de que, quando se situam as desigualdades como produtos de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas na combinação das variáveis raça e gênero.”</p>
Vulnerabilidade da mulher	<p>O texto compreende a vulnerabilidade como um processo relativo, não sendo uma característica constante e imutável. Justifica a vulnerabilidade elencando o quanto o racismo coloca a população negra em posição inferior na sociedade devido ao menor acesso a bens materiais e simbólicos, além de viver em maior contexto de violência, o que contribui para a vulnerabilidade dessa população ao HIV: “Considerando-se que a desigualdade racial tem sido um fator de influência e/ou determinação do lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu acesso, maior ou menor, a riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, informação, entre outros, pode-se visualizar sua participação na possibilidade de maior incidência do HIV sobre a população negra.”</p>
32. Perfis de vulnerabilidade feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras (Miranda-Ribeiro <i>et al.</i>, 2010)	
Se e como conceitua	<p>Conceitua vulnerabilidade de forma expressa no referencial teórico do texto: “Mann e colaboradores (1992) operacionalizam a noção de vulnerabilidade a partir de três aspectos distintos, porém interdependentes. O primeiro refere-se à ideia de contexto social, entendido como o espaço em que são criadas, negociadas e modificadas as normas e valores que influenciam os comportamentos e as condutas sociais. O segundo, denominado programático, trata dos programas nacionais de combate à aids, da informação e da educação. Por fim, o terceiro aspecto aborda a questão do comportamento pessoal, entendida como fundamental na determinação da vulnerabilidade, uma vez que as decisões, embora influenciadas pelos demais aspectos, são tomadas em nível individual.”</p>
Referencial teórico	Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual e Social: “Neste estudo, o foco está voltado para o aspecto do comportamento pessoal e na interação deste com o aspecto social.”
Operacionalização das dimensões	<p>Considera risco e vulnerabilidade como sinônimos, apesar de considerar os aspectos da vulnerabilidade social e o caráter multidimensional do conceito: “Pobreza, desigualdade de gênero e deslocamentos em função de conflitos ou desastres naturais são exemplos de fatores econômicos ou sociais que podem ampliar a vulnerabilidade dos indivíduos ao HIV. Ambos, risco e vulnerabilidade, precisam ser focalizados no planejamento de respostas à epidemia.” Vulnerabilidade individual: “Estudo qualitativo em Belo Horizonte e Recife revelou, ainda, que a vulnerabilidade ao HIV/aids pode estar relacionada ao fato de as mulheres (e não apenas os homens) não gostarem de usar camisinha.”</p>
Como o conceito é acionado	<p>O estudo definiu quatro perfis de mulheres e utilizou as contribuições do quadro conceitual de vulnerabilidade para avaliar os resultados, que envolviam contexto geográfico, raça e gênero. Exemplo: “Em termos de vulnerabilidade, as mulheres que integram o perfil 3 têm maior probabilidade de acreditarem que possuem algum risco de</p>

	contrair HIV, de nunca terem realizado teste para HIV e de não saberem se o vírus tem cura.”
Vulnerabilidade da mulher	O estudo considerou fatores de ordem contextuais, socioeconômicas de raça e gênero que permeiam a vida das mulheres para considerá-las vulneráveis. “Enfrentar questões relativas à escolaridade das mulheres é imperativo para o enfrentamento do problema. Para isso, é preciso romper com o legado discriminatório que permeia a história de nosso país e que expõe as mulheres negras a situações de vulnerabilidade mais elevadas.”

33. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à aids (Silva *et al.*, 2010)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	O autor não operacionaliza as dimensões em suas análises, mas aspectos que compõem a vulnerabilidade social são articulados na construção do texto e das categorias analíticas. Fazem parte da interpretação da vulnerabilidade das mulheres fatores relativos à desigualdade de gênero: “As mulheres, em função de sua trajetória histórico-social, têm se mostrado especialmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O contexto em que isto acontece geralmente envolve a dificuldade em negociar o uso do preservativo, a ideia de imunidade por viver um relacionamento estável complementada pela crença no amor romântico e protetor presente nessas relações.”
Como o conceito é acionado	Os autores dividem os resultados em cinco grupos temáticos para análise, onde todos se articulam com a vulnerabilidade: “A trajetória histórica da mulher e sua vulnerabilidade para as DST/AIDS; O HIV/Aids como doença do outro ; A desigualdade de gênero como fator de vulnerabilidade; A dependência afetiva, a carência, o romantismo e a submissão feminina, como fatores de vulnerabilidade; A relação entre a informação sobre a doença e a baixa consciência do uso do preservativo.”
Vulnerabilidade da mulher	Para caracterizar a vulnerabilidades das mulheres idosas ao HIV, os autores consideram que o contexto social as torna vulneráveis devido à desigualdade de gênero, a invisibilidade de sua sexualidade, as políticas de prevenção que privilegiam mulheres em período reprodutivo, entre outros: “As mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção. Desta forma, estas relações desiguais se traduzem em uma maior vulnerabilidade para as mulheres, contribuindo para o aumento dos números na pandemia.”

34. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico (Botti *et al.*, 2009)

Se e como conceitua	O artigo conceitua vulnerabilidade ao apresentar uma categoria de análise, que se refere a organização programática observada na revisão bibliográfica: “A análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV aborda três dimensões: a vulnerabilidade individual, a social e a programática. A vulnerabilidade programática, por sua vez, é definida através dos três principais elementos de prevenção identificados pela OMS: 1) informação e educação; 2) serviços sociais e de saúde; 3) não-discriminação das pessoas portadoras de HIV/Aids.”
Referencial teórico	Mann e colaboradores
Dimensões do conceito	Programática
Operacionalização das dimensões	Uma das categorias de análise que se refere é a “Organização programática”, onde o texto aborda o que dizem os estudos que tratam esse componente. “As experiências de prevenção que vêm ocorrendo nos centros especializados em atendimento aos portadores do HIV raramente incorporam a compreensão dos aspectos socioculturais que possam ampliar vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado para a interpretação dos resultados, constituindo uma categoria de análise do estudo relacionada à vulnerabilidade programática. Além disso, em uma de suas categorias de análise, o texto explora a vulnerabilidade feminina no âmbito

	social, que é definida da seguinte maneira: “A vulnerabilidade feminina tem sido assinalada pela subordinação da mulher ao desejo masculino, sendo determinada por relações conflituosas com sua própria sexualidade. A identidade feminina constrói-se a partir de determinantes culturais e sociais que reforçam o <i>amor</i> como uma espécie de proteção, estabelecendo riscos frente às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids.”
Vulnerabilidade da mulher	Apesar de explicar a vulnerabilidade das mulheres à luz da perspectiva da desigualdade de gênero, a vulnerabilidade é um resultado e não um objetivo ou o arcabouço central do estudo: “Apontaram a necessidade de abordagens socioculturais que considerem temáticas imprescindíveis para a compreensão da Aids e dos vários sentidos a ela atribuídos, como: o enfoque de vulnerabilidade, a ideologia social de gênero, a promoção da autoestima, o exercício de cidadania.”
35. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/aids em Salvador, Bahia, Brasil (Oliveira, 2009)	
Se e como conceitua	Conceitua no início do texto, mas não o faz através do referencial comumente utilizado no campo do HIV/aids: “Bastos & Swarcwald atribuem diferenças no desenvolvimento de epidemias locais à noção de vulnerabilidade. Segundo eles, vulnerabilidade diz respeito a <i>“quaisquer ‘recortes’ que traduzam desigualdades com dimensão coletiva e que possam resultar em possibilidades diferenciadas quanto ao usufruto de bens e serviços tanto materiais (como habitação, alimentação adequada e tratamento médico) como simbólicos (...)”</i>
Referencial teórico	Bastos e Swarcwald
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Embora não referencie expressamente as dimensões do conceito, os aspectos da vulnerabilidade social e programática se articulam na abordagem da autora sobre a epidemia, que utiliza o caráter relacional desse quadro conceitual em suas interpretações: “Partindo da noção de vulnerabilidade, alguns estudos hipotetizam a existência de distintas epidemias no Brasil: de um lado, pessoas que dispõem de recursos sociais, materiais e simbólicos para garantir acesso e continuidade do uso de serviços de saúde e adesão ao tratamento. De outro, outras com acesso limitado a tais recursos, o que pode incrementar ainda mais sua vulnerabilidade ao adoecimento associado à AIDS.” (...) “Pode-se dizer que as ações do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador estavam disponíveis àqueles que dispunham de recursos para dar continuidade ao atendimento.” Os trechos a seguir são exemplos da contribuição da multidimensionalidade e da relatividade do quadro conceitual de vulnerabilidade ao operacionalizar fissuras do sistema de atenção à saúde a PVHA, com suas particularidades sociais: “Desigualdades no acesso à atenção em saúde relacionam-se a fatores sócio-culturais, como classe ou estrato social, gênero e cor que interferem na organização dos sistemas e serviço de saúde, e na forma como são travadas relações entre usuários e trabalhadores nas unidades de saúde. Em nível institucional, o acesso a um serviço e saúde é influenciado por fatores relacionados às diferenças existentes entre os usuários e o julgamento sobre eles.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado como suporte teórico para explicar como é possível que exista distintas epidemias no país, não sendo utilizado na interpretação de seus resultados: “Partindo da noção de vulnerabilidade, alguns estudos hipotetizam a existência de distintas epidemias no Brasil.”
Vulnerabilidade da mulher	Segundo a autora, a tripla carga de trabalho e o trabalho invisível desempenhado em seus lares, são fatores que tornam as mulheres mais vulneráveis, à medida que não tem tempo para cuidar da própria saúde, nem acesso à capital cultural que as permitam se tornar sujeitos de suas próprias vidas. Esses fatores também produzem vulnerabilidade por dificultarem o acesso ao serviço de saúde: “Todavia, viver longe do serviço; dispor de recursos sociais, financeiros, cognitivo-emocionais limitados; e não compartilhar com terceiros a criação e sustento dos filhos constituíam fatores dificultadores potencialmente sinérgicos do acesso e da continuidade do uso do serviço. Isso significava incrementar ainda mais a situação de vulnerabilidade de grupos ou indivíduos que já vivenciavam situações de alta vulnerabilidade.”

36. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras (Santos <i>et al.</i>, 2009)	
Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Não menciona as dimensões do conceito
Operacionalização das dimensões	Embora não faça menção delimitada das dimensões da vulnerabilidade, articula aspectos dos componentes individual e social na interpretação de seus achados: “O perfil dos casos notificados de AIDS entre mulheres no país remete a alguns fatores que contribuem para a sua vulnerabilidade: o fato de as mulheres com HIV terem menor escolaridade que os homens em igual situação, entendida esta menor escolaridade como <i>proxy</i> de uma condição sócio-econômica menos privilegiada e, ainda, uma maior proporção de mulheres que apresentam como categoria de exposição para o HIV o fato de seus parceiros terem múltiplas parceiras sexuais.” Uma dimensão da vulnerabilidade social que também aparece nesse estudo é a questão da negociação do uso do preservativo e demais aspectos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos (ou melhor dizendo, a ausência desses direitos) das mulheres: “Diversos aspectos ligados às relações sociais de gênero determinam um baixo poder de negociação sexual das mulheres, tornando-as mais propensas a terem relações sexuais desprotegidas aumentando, conseqüentemente, as suas chances de exposição ao HIV.”
Como o conceito é acionado	O conceito é acionado na análise dos dados, que compara dois grupos de mulheres: MVHA e MNVHA. “Para análise comparativa do contexto de vulnerabilidade ao HIV entre os dois grupos de mulheres, foram consideradas as variáveis sobre o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres vivendo com HIV/AIDS referentes à época em que achavam que haviam se infectado.”
Vulnerabilidade da mulher	Para explicar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV, compreende que se trata de contextos em que essa vulnerabilidade é produzida e não uma característica inerente à condição de ser mulher. Assim, expõe a desigualdade de poder entre os gêneros, as questões sobre os direitos sexuais e reprodutivos e fatores socioeconômicos como fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres: “Apesar dos diversos fatores biológicos apontados para explicar a maior chance de infecção pelo HIV entre mulheres, não se pode subestimar a forte associação das relações de gênero nas sociedades com a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV.”
37. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil (Sousa <i>et al.</i>, 2008)	
Se e como conceitua	O texto contextualiza a trajetória da epidemia e a importância do conceito de vulnerabilidade para repensar estratégias de enfrentamento e conceitua a vulnerabilidade social: “À época, a noção de risco individual e comportamento de risco começou a ser substituída, principalmente no meio acadêmico, pelo conceito de vulnerabilidade social, que dizia respeito a um conjunto de fatores estruturais que condicionam o avanço da epidemia, entre eles as condições materiais de existência, sobretudo as questões relacionadas aos direitos humanos, gênero, sexualidade, raça/cor e cidadania, entre outros, passando a exigir do Estado políticas e/ou ações de combate ao HIV/Aids, em uma perspectiva social e não meramente sanitária.”
Referencial teórico	Pimenta e Souto
Dimensões do conceito	Social e Programática
Operacionalização das dimensões	O estudo interpreta as entrevistas considerando os aspectos da vulnerabilidade social, abordando como a desigualdade entre os gêneros e o papel social de reprodutora da mulher produzem contextos de vulnerabilidade: “No que se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids, o sistema de gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina neste sistema prioriza o enfoque maternal e procriativo, opondo-se à proposta de prevenção do HIV/Aids.” A dimensão programática articulada com aspectos sociais, embora não seja assim denominada, permeia todo o texto, que mostra como o sistema de saúde, que é focado na função

	<p>reprodutiva e no papel da maternidade, contribuem para a vulnerabilidade. No entanto os autores denominam apenas como vulnerabilidade social: “A atuação das equipes de saúde, vinculando fortemente a saúde da mulher aos cuidados voltados à gestação, ao parto e ao cuidado com a criança, estaria reforçando a desigualdade de gênero e legitimando a cultura tradicional da reprodução. Esse despreparo dos serviços está diretamente ligado à dimensão social da vulnerabilidade.”</p>
Como o conceito é acionado	<p>O conceito é acionado para a interpretação das entrevistas, que tem seus resultados organizados em três categorias: conhecimento sobre HIV/Aids e como isso se concretiza na relação entre os parceiros; a autopercepção das mulheres em relação à vulnerabilidade ao HIV/Aids a partir da relação com seu parceiro; e como o Programa de Saúde da Família (PSF) contribui para redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids entre as mulheres. O estudo não menciona, nem relaciona os achados nas entrevistas com o componente programático da vulnerabilidade, mas seus aspectos aparecem simbolizados no fato de saúde da mulher ser reduzida a sua saúde reprodutiva, não ocorrendo discussão de questões relativas ao gênero e a sexualidade: “Não se verifica, nas consultas de pré-natal, nas consultas ginecológicas, ou na clínica médica, a abordagem de temas como sexualidade e relação de gênero, sendo claro o posicionamento dos profissionais de saúde, que evitam discutir essas questões quando aludidas pela usuária.”</p>
Vulnerabilidade da mulher	<p>Os autores consideram aspectos sociais para caracterizar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV, evidenciando o papel das relações sociais de gênero e de um sistema de saúde focado na saúde reprodutiva na constituição da vulnerabilidade: “Fica evidente que o grau de vulnerabilidade dessas mulheres é elevado e que as relações de gênero têm uma decisiva influência nessa realidade. A necessidade de um trabalho educativo, que incorpore a discussão sobre o assunto, extensivo não apenas às mulheres, mas a seus parceiros, mostra-se de fundamental importância no sentido de contribuir para a mudança do quadro.”</p>

38. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil (Lopes, 2007)

Se e como conceitua	Não conceitua
Referencial teórico	Não referencia
Dimensões do conceito	Social e Individual
Operacionalização das dimensões	<p>Além de mostrar dados relativos à vulnerabilidade individual, que dizem respeito a via de transmissão, mostrou dados sociodemográficos para caracterizar a vulnerabilidade desse grupo de mulheres: “As mulheres negras entrevistadas eram detentoras de pior status socioeconômico, seja no que dizia respeito à escolaridade, ao rendimento mensal individual ou familiar per capita, ou às condições de moradia. É importante entender que as restrições no acesso aos bens potencialmente disponíveis são experimentadas pela população negra brasileira, especialmente pelas mulheres, independentemente da infecção pelo HIV. No entanto, convém destacar a relevância dessa situação para o incremento da vulnerabilidade do grupo nessa dimensão social, compreendida como todo e qualquer processo de exclusão, ou inclusão excludente, discriminação direta e indireta, ou ainda como enfraquecimento de grupos sociais.”</p>
Como o conceito é acionado	<p>Usa o conceito de vulnerabilidade, especificamente o componente individual, para analisar dados de uma pesquisa que compara mulheres negras e não negras: “O objetivo do presente trabalho foi analisar as características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres com sorologia positiva para o HIV segundo cor da pele.”</p>
Vulnerabilidade da mulher	<p>A condição de vulnerável é tratada pelo texto considerando o contexto que as mulheres negras vivenciam, que as coloca em desvantagem social: “No presente estudo, embora as mulheres negras vivessem com menos dinheiro, cuidavam de maior número de pessoas. (...) Particularmente, no contexto de soropositividade para o HIV, a responsabilidade pelo sustento financeiro e moral dos membros da família pode potencializar a vulnerabilidade feminina. Além disso, a condição de soropositividade tende a aumentar o estigma e a discriminação dessas mulheres em um perverso</p>

sinergismo que retroalimenta em escala ampliada sua vulnerabilidade.”

39. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/aids em uma perspectiva de gênero (Oliveira e Paiva, 2007)

Se e como conceitua	O texto fala da importância do quadro conceitual de vulnerabilidade na compreensão da epidemia de HIV e o conceitua descrevendo os três componentes: “A noção de vulnerabilidade na saúde surge como uma forma de compreender o processo de exclusão social como sustentáculo da disseminação do HIV e da expansão da AIDS. Nesta perspectiva, fornece elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar pelo vírus HIV. Estas chances estão imersas em um conjunto de características de ordem individual, social, cultural, política que estabelecem normas e condutas do cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.”
Referencial teórico	Ayres e colaboradores
Dimensões do conceito	Individual e Social
Operacionalização das dimensões	Ao interpretar os resultados fala sobre os papéis sociais de homens e mulheres na sociedade como aspecto que contribui na composição da vulnerabilidade feminina: “O consumo de drogas ilegais entre as mulheres leva consigo uma carga emocional de desgosto e medo do público. Carga esta que está relacionada com a consideração do consumo de drogas como um comportamento socialmente desviante e com os papéis sociais e culturais destinados às mulheres, quais sejam: mãe, esposa e cuidadora da família.” A operacionalização da dimensão individual se dá ao analisar as consequências do uso de drogas no comportamento dessa população: “A não-adoção de medidas de sexo seguro e a manutenção de relacionamentos sexuais com homens usuários de drogas colocam as mulheres usuárias de drogas, assim como as que não adotam tal conduta, em situação de vulnerabilidade para diversos agravos sociais e de saúde, dentre eles a infecção pelo HIV.”
Como o conceito é acionado	O artigo se propõe a utilizar o conceito de vulnerabilidade ao HIV em um grupo específico de mulheres: “Este artigo discute a vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV a partir de condutas por elas adotadas para o consumo de drogas. As situações apresentadas estão mais diretamente relacionadas com as dimensões individuais e sociais da noção de vulnerabilidade.”
Vulnerabilidade da mulher	Ao avaliar a vulnerabilidade de um grupo específico de mulheres, o de usuárias de drogas, as autoras consideram os aspectos sociais, como o estigma que silencia o debate e contribui para um contexto vulnerabilizante. Dessa maneira, não naturaliza a condição do uso de drogas com ser vulnerável. “A associação da venda do corpo pela droga com o risco de contrair AIDS se dá pela revelação de que, geralmente, este tipo de transação ocorre sem adoção de medidas de sexo seguro, seja pelo efeito da droga no organismo, pela falta de acesso ao preservativo ou, ainda, pela dificuldade de incorporação dessa informação no comportamento sexual de um modo geral. Esta situação evidencia a influência de construções sociais e culturais em relação à sexualidade e à repressão sexual que permeia a educação das mulheres em nossa sociedade.”

5 DISCUSSÃO

Este capítulo se inicia apresentando a análise interpretativa dos 39 artigos selecionados, mostrando os achados compreendidos em cada grupo de artigos: parcial, inconsistente e consistente. Posteriormente é apresentada a interpretação qualitativa dos 22 artigos categorizados no grupo *consistente*, focalizando as diferenças, bem como as similaridades entre os artigos relativas aos seis eixos de interpretação dos achados sobre os usos do conceito de vulnerabilidade. Essas categorias são fruto da interpretação do corpus empírico dos grupos de análise do uso da concepção de vulnerabilidade (consistente, parcial e inconsistente) que surgiram com a tipificação do material empírico (MINAYO, 2012). Isto é, correspondem aos aspectos que justificaram e compuseram a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

5.1 USOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Buscando a compreensão dos achados empíricos oriundos da pesquisa bibliográfica realizada, será apresentada a análise interpretativa sobre a classificação dos usos do conceito de vulnerabilidade aqui apreendidos.

A produção científica analisada foi ordenada, como já explicitado, em três grupos: consistente, parcial e inconsistente, de acordo com a apropriação do conceito em suas análises. Foram classificados 22 estudos que fizeram uso consistente, nove onde o uso de deu de modo parcial e oito onde a apropriação foi considerada inconsistente.

5.1.1 Usos inconsistentes do conceito de vulnerabilidade

Ao traçar uma linha do tempo dos oito estudos classificados como inconsistentes, nota-se que cinco foram publicados há quase duas décadas ou mais, estando localizados entre os anos de 1999 e 2003 (estudos 3, 5, 6, 7 e 8); dois foram publicados no ano de 2007 (estudos 1 e 3) e o mais recente em 2010 (estudo 2). Nesses estudos, prevalece a noção de *comportamentos de risco*; o conceito de vulnerabilidade aparece apenas como uma palavra, vazia do sentido aqui referenciado e do seu potencial para a interpretação da epidemia de aids.

É comum em todos esses estudos a não conceituação teórica da vulnerabilidade, ratificando que a palavra é apenas citada em algum (ou em diversos) momento da construção do texto. Aparecem aspectos que dizem respeito ao componente social da vulnerabilidade, no

entanto, não há a intenção de que essa explicação se dê acionando o seu quadro conceitual. Ademais, compreender a vulnerabilidade de determinados segmentos populacionais de mulheres não foi o objetivo dos estudos que compuseram esse grupo, o que justifica que seu uso tenha se dado somente pela utilização genérica da palavra.

Os estudos 5 e 7 datam de 2002 e não diferenciam a concepção de vulnerabilidade do conceito epidemiológico de risco nos anos 2000, a despeito da divulgação das dimensões da vulnerabilidade na produção acadêmica e nas diretrizes internacionais desde 1992, ano da publicação do livro da versão em inglês do livro “Aids no Mundo”, traduzido para o português em 1993 (Mann *et al.*, 1993). De qualquer modo, é importante salientar que a apropriação de novos conceitos requer tempo para se fazer presente de maneira consistente ou mesmo crítica.

Em um estudo (artigo 1) o conceito foi apropriado de maneira contraditória. A vulnerabilidade aparece como sendo a escolha de uma situação a qual a mulher pode se submeter ou não, a partir de seus valores de autocuidado, eximindo o contexto social como fator que contribui para a construção desses valores.

O artigo 6, embora referencie Mann e col., ao citar contextos de vulnerabilidade vivenciados por mulheres, não tem o intuito de articular o quadro conceitual em suas análises. Portanto, considerou-se que o uso foi inconsistente por apenas citar como um referencial teórico que contribuiu para a construção do embasamento do artigo. O objetivo do estudo foi avaliar aspectos relacionados aos direitos reprodutivos e à sexualidade feminina.

5.1.2 Usos parciais do conceito de vulnerabilidade

O conjunto dos estudos classificados como tendo feito um uso parcial da concepção de vulnerabilidade é composto de nove artigos. Diferente do que foi observado entre aqueles que compuseram o grupo de estudos definidos como inconsistentes, não foi encontrada uma tendência temporal, estando essa produção científica distribuída durante todo o período analisado.

Os dados empíricos e as reflexões presentes nesse grupo de artigos mostram a importância teórica do conceito de vulnerabilidade na produção científica sobre HIV/aids e mulheres. Todavia, revela um uso limitado ou pouco explícito do conceito como uma ferramenta analítica dos achados de pesquisa. Podemos depreender que em alguns casos a intenção dos autores foi utilizar o aporte teórico para contextualizar e embasar suas pesquisas, mostrando a contribuição do conceito quando se busca avançar na compreensão da epidemia,

diante das restrições e reduções das noções de grupo/comportamento de risco. Desse modo, nem sempre os autores e autoras optaram por uma apropriação da concepção de vulnerabilidade na interpretação dos resultados, o que foi considerado um uso parcial do conceito.

Foram identificados aspectos comuns nesse conjunto de artigos, como a busca da compreensão da produção da vulnerabilidade como uma interação entre o sujeito e o contexto, sem deixar de considerar suas trajetórias e interações sociais. Mas, isso não ocorre através de uma relação expressa com o conceito em si na análise dos resultados. Tal consideração pode indicar o reconhecimento da relevância do referencial teórico-metodológico da concepção de vulnerabilidade na produção acadêmica sobre a trajetória do HIV entre grupos populacionais, embora não o explicita.

Dialogando com o referencial teórico do primeiro capítulo, compreende-se que o debate da vulnerabilidade deve contribuir para a construção de práticas e políticas públicas e sociais que caminhem na direção da emancipação dos sujeitos. Ratifico isso por entender como *armadilha* a apropriação do conceito para a criação de políticas focalizadas e que não constroem mudanças estruturais. Isto é, fazer uso da definição para vulnerabilizar alguns segmentos populacionais e justificar a criação de medidas assistencialistas sem que, simultaneamente, seja promovida a construção de uma participação social emancipatória, onde a agência coletiva esteja presente. Os estudos 11 e 14, por exemplo, sugerem que o modo como o quadro teórico de vulnerabilidade é utilizado torna os sujeitos passivos, podendo apagar suas possibilidades de agência e construção social e coletiva de um viver com HIV.

O artigo 17 está inserido no grupo dos que fizeram um uso parcial por não ancorar seu debate à concepção de vulnerabilidade, embora o componente social da vulnerabilidade perpassa suas reflexões. No entanto, é profícuo mencionar uma importante contribuição trazida pelos autores, que argumentam sobre a sexualidade das mulheres sem cair no *paradigma da vulnerabilidade* (HIGGINS *et al.*, 2010); ou seja, compreendem que as mulheres não devem ser tratadas como sujeitos passivos do contexto. Se faz importante considerar que as mulheres não são destituídas de desejos e, portanto, devem ser protagonistas na construção de novas práticas, considerando as dificuldades impostas pela socialização desigual entre os gêneros.

Ainda entre as similaridades existentes nesse conjunto de estudos, estão as reflexões dos fatores imbricados na constituição do sistema de desigualdade de gênero como aspectos facilitadores da exposição das mulheres ao HIV. Cinco artigos (9, 10, 15, 16 e 17) abordam questões relativas ao poder desigual entre homens e mulheres, como: a imposição da heterossexualidade reprodutiva, o papel social do amor romântico na modernidade e a

dificuldade de negociação do uso do preservativo por parte das mulheres.

Dado que a principal via de transmissão do HIV decorre de relações homo e heterossexuais não protegidas, a análise das dimensões socioculturais, históricas e morais da sexualidade e do gênero constituem um aspecto central na caracterização das condições de vulnerabilidade ao HIV. São ilustrativos dessa perspectiva os argumentos explorados na produção bibliográfica analisada quanto à ausência da abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas preventivas para mulheres que são centralizadas no período gravídico-reprodutivo (estudos 10, 13 e 16). Ainda nessa direção, o estudo 9 reitera que a heterossexualidade reprodutiva invisibiliza a sexualidade das mulheres que fazem sexo com mulheres e as trata como imunes ao vírus. Igualmente os artigos 15, 16 e 17 apontam para a dificuldade, por parte das mulheres, de negociar o uso do preservativo, ainda associado no imaginário social às relações não estáveis e aos parceiros/ras “desconhecidos”

A abordagem de tais aspectos, seja na construção teórica ou na interpretação dos achados de pesquisa dos artigos, se mostrou comum no conjunto de estudos analisados, denotando a importância, através da literatura, da desigualdade de gênero na determinação social do processo saúde-doença. Do mesmo modo, tais abordagens estiveram presentes no grupo de artigos considerados de uso consistente, que terão esses aspectos mais bem abordados mais adiante.

5.1.3 Usos consistentes do conceito de vulnerabilidade

Em contraste com os estudos classificados como tendo feito uso inconsistente do conceito, que mostraram uma propensão temporal de estarem situados nos anos iniciais do período analisado, a categoria consistente tem seus artigos todos entre os anos de 2007 e 2018. Em muitos desses estudos o conceito de vulnerabilidade é acionado para contextualizar a trajetória da epidemia, mostrando a transição entre o uso de grupos/comportamento de risco - e suas consequências para a história da aids - e a incorporação da concepção de vulnerabilidade. Desse modo, é percebido que as contribuições do quadro teórico de vulnerabilidade para interpretação da epidemia de aids são utilizadas pelo campo científico brasileiro há aproximadamente uma década.

Em suma, embora nem todos os autores tenham optado por conceituar e referenciar a concepção de vulnerabilidade no texto, seu aporte teórico se expressa de modo pertinente ao ser acionado como ferramenta analítica dos contextos sociais nos quais os sujeitos estão

inseridos. Ou ainda na interpretação do material empírico das pesquisas quando ponderam as trajetórias sociais dos indivíduos e suas interações – avaliando o contexto de vulnerabilidade considerando, além do gênero, a raça, classe, orientação sexual e outros aspectos relacionados a cidadania, como contextos de violência e da divisão sexual do trabalho - utilizando o caráter multidimensional e relacional que a concepção de vulnerabilidade denota.

Com intuito de aprofundar a discussão, a seguir será apresentada uma análise dos 22 artigos classificados como tendo feito um uso consistente do *referencial teórico do tipo ideal* considerado nesse trabalho.

- Abordagem metodológica

Segundo Minayo (1992), a metodologia consiste no caminho, no percurso em si e no instrumental que o pesquisador utiliza para abordar a realidade. Não sendo, simplificarmente, um conjunto de técnicas, mas sim o próprio desenvolvimento da pesquisa, refletindo seus fundamentos e objetivos.

Os estudos classificados como *consistentes* utilizaram abordagens quantitativas, qualitativas e quanti-qualitativas. Compreende-se que são formas distintas de perceber a realidade social, sendo inseparáveis e interdependentes; o enfoque quantitativo se caracteriza como um dos métodos de compreensão do todo e as abordagens qualitativas, como ofertório das possibilidades de aprofundamentos em diversas dimensões. Mas, para que o caminho metodológico de uma pesquisa seja profícuo, técnica e teoria devem caminhar juntas, ratificando que a ausência de um instrumental adequado para a compreensão do objeto pode macular e levar a pouca precisão da análise (MINAYO, 1992, p. 22). Dito de outro modo, a escolha sobre qual tipo de estratégia metodológica utilizar depende do objetivo da pesquisa, bem como do tempo disponível, do perfil do grupo entrevistado, do local do estudo, entre outros (VICTORIA *et al.*, 2000, p. 64; GOLDENBERG, 2004, p. 87).

Iniciando a interpretação desse ponto, temos que as metodologias de caráter qualitativo foram utilizadas em quinze artigos (18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 37 e 39) por meio de entrevistas (n=5), revisão bibliográfica (n=4), história de vida (n=2), grupo focal (n=1), observação (participante ou não) associada a entrevistas (n=2). Um deles fez a associação de três métodos, que envolveu observação, entrevista e grupo focal.

O método quantitativo foi realizado em seis artigos (3, 5, 7, 31, 33, 39), os quais fizeram uso de entrevistas por meio de questionário; com exceção do artigo 25, que aplicou entrevista

com roteiro. Apenas um estudo (28) utilizou uma abordagem quanti-qualitativa para atingir os objetivos da pesquisa.

Dado o exposto acima, é possível observar que as entrevistas individuais com roteiros semiestruturados foram o principal método utilizado nos estudos para apreender os contextos de vulnerabilidade em que estavam inseridas as mulheres que constituíam as populações dos estudos. As entrevistas têm o potencial de expor aquilo que se configura como complexo, como aspectos relacionados as emoções, tem a vantagem de permitir uma maior profundidade e de ouvir aqueles que muitas vezes não são ouvidos. No entanto, é pertinente lembrar que é sempre um fator limitante a dificuldade do pesquisador de detectar o grau de veracidade dos depoimentos, tendo em vista que os entrevistados só revelam o que querem revelar e suas falas são atravessadas por suas próprias subjetividades (GOLDENBERG, 2004, p. 85, 88).

No caso da compreensão da vulnerabilidade em determinados segmentos societários, as entrevistas compõem um instrumento que permite que as populações vulnerabilizadas registrem o seu ponto de vista acerca dos caminhos que constroem as relações de vulnerabilização. Tal estratégia pode contribuir como referencial teórico para a construção de práticas e alternativas de superação da vulnerabilidade a partir de uma perspectiva coletiva e que considera as vozes dos sujeitos (AYRES, 2018).

Dentre as similaridades existentes nos estudos que abordaram a temática por intermédio de entrevistas, estão aqueles que identificaram componentes da vulnerabilidade a partir da fala das entrevistadas, caracterizando o conteúdo de seus depoimentos com o que constitui a vulnerabilidade. O trecho abaixo do estudo 19, com a fala de uma das entrevistadas, é ilustrativo:

“Ele falava que era ruim, que incomodava, ele ficava assim, e eu sempre burra cedia, mas sempre pedia pra ele usar. É difícil” (TAQUETTE *et al.*, 2015 – estudo 19).

Ou seja, a vulnerabilidade é evidenciada como um produto da análise do contexto e das interações sociais. Tal enfoque foi igualmente adotado pelos autores do artigo 31 tendo por base a análise de dados de questionários relativos à escolaridade e vínculo de trabalho; aspectos das relações sexuais, como a frequência do uso do preservativo e o tipo de vínculo com o parceiro; autopercepção de vulnerabilidade e o tipo de violência sofrida:

“Relatos de violência foram encontrados no estudo, o que aumenta a vulnerabilidade, porque evidencia a situação de "inferioridade" e pouca possibilidade de negociação em que vivem essas mulheres. Por fim, encontramos alguns dados que apontam uma

vulnerabilidade relacionada aos serviços de saúde: o acesso é inadequado, os profissionais de saúde não são reconhecidos como fontes potenciais de informação sobre HIV/aids e o aconselhamento na testagem anti-HIV não acontece sistematicamente.” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010- estudo 31).

Cabe registrar que todos os estudos do grupo *consistente* que optaram por desenvolver uma pesquisa por meio de uma metodologia quantitativa o fizeram através da aplicação de questionários. A partir dessa abordagem metodológica, é possível inferir que os autores buscaram a compreensão dos aspectos da vulnerabilidade a partir das declarações das próprias mulheres, não havendo nenhuma pesquisa realizada com dados secundários. Cabe salientar a importância de que ocorra a articulação entre o que revelam as entrevistas com os achados de pesquisas que fornecem resultados de inquéritos populacionais e de dados epidemiológicos. Acionar tais resultados auxilia na compreensão dos rumos da epidemia e elucidam os achados das pesquisas que utilizam entrevistas como abordagem metodológica.

Como dado semelhante da maioria dos estudos de abordagem quantitativa (estudos 25, 31, 32, 36 e 38), está a avaliação do nível de escolaridade como indicador da vulnerabilidade das mulheres entrevistadas. Dois estudos (25 e 38) consideraram aspectos clínicos relacionados à carga viral e CD4 na caracterização da vulnerabilidade individual. O estudo 23, que comparou MVHA e MNVHA, utilizou como indicadores da vulnerabilidade das mulheres do estudo dados sobre o uso de alguma droga ilícita durante a vida, a parceria sexual com usuário de drogas, ter feito sexo em troca de dinheiro e ter sofrido violência física ou sexual. O estudo 25 analisou a vulnerabilidade individual e social através de três blocos de características: sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Houve avaliação quanto à renda, escolaridade, atividade remunerada desenvolvida, características dos parceiros sexuais, uso do TARV, histórico de DST e lesões no colo do útero. O estudo 31 caracterizou os aspectos individuais e sociais da vulnerabilidade de mulheres negras através dos níveis de escolaridade e renda. Utilizando os mesmos indicadores, o estudo 32 comparou brancas e negras avaliando fatores sociodemográficos, como a escolaridade, para inferir o acesso ao conhecimento sobre o HIV e caracterizar a vulnerabilidade. No estudo 36, que comparou MVHA e MNVHA, igualmente houve a caracterização sociodemográfica através da escolaridade e a investigação comparativa de ambos os grupos acerca do comportamento sexual na época da infecção. O estudo 38, que comparou mulheres negras e não negras soropositivas, também utilizou como indicadores da vulnerabilidade individual a escolaridade e a renda, investigou a via de infecção e o conhecimento das entrevistadas acerca de aspectos clínicos, como carga viral e CD4.

No conjunto de estudos que trabalharam sob uma perspectiva qualitativa, dois (26 e 27) utilizaram a “História de vida” como metodologia. O estudo 26 o fez a partir da escuta da fala de uma MVHA sob sua rede social após o diagnóstico positivo para o vírus, onde foram identificados fatores associados a vulnerabilidade social. No artigo 27 ocorreu a escuta do depoimento de quatro MVHA ativistas, de onde os contextos de vulnerabilidade foram apreendidos pelos autores.

A técnica de *história de vida* consiste em estudar detalhadamente o caso em questão, buscando a compreensão de um fenômeno a partir da fala de um indivíduo. O método biográfico interpreta a singularidade do sujeito como sendo representativa do seu contexto social, do tempo e do lugar onde está inserido. Portanto, o pesquisador busca compreender um universo amplo a partir de uma síntese individual feita pelo indivíduo. Tem como limitação a disponibilidade do sujeito falar o que ele quiser priorizar, podendo ficar de fora detalhes que podem ser de grande interesse para a pesquisa, mas que o próprio sujeito considera trivial ou desagradável a ponto de escolher não mostrar. O cerne dessa técnica consiste em compreender o contexto social de um dado tempo refletido no depoimento de uma pessoa e captar a articulação entre a história singular de um sujeito e uma totalidade composta pelo tempo, o lugar e a conjuntura social (BECKER, 1999, p. 117; GOLDENBERG, 2004, p. 42,43).

Dado o exposto, é possível apreender de que maneira os aspectos da vulnerabilidade ao HIV de uma categoria – a mulher - foi compreendida a partir do relato biográfico sintético e individual em um determinado período, a saber o período da pesquisa. O que pode ser evidenciado nas palavras dos autores:

“destacamos a possível dificuldade de usar o conhecimento que possuía sobre o HIV/aids na adoção de atitudes de prevenção e a possível dificuldade de negociação do preservativo, uma vez que Mônica está inserida em uma sociedade em que ainda são acentuadas as diferenças de gênero e as expectativas de papel associadas a isto.” (VON ZUBEM *et al.*, 2013 – estudo 26)

“Nos relatos coletados durante as entrevistas, foi possível mapear algumas das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das mulheres HIV+ à reinfecção. No Brasil, há certo descaso no que se refere à organização de políticas de prevenção voltadas a pessoas soropositivas, o que contribui para que muitas pessoas HIV+, inclusive as mulheres entrevistadas, tenham dificuldade em apreender noções de risco a uma segunda infecção.” (CARVALHAES; FILHO, 2012 – estudo 27)

No estudo 27 os autores afirmam a limitação da representatividade, visto que a pesquisa optou por compreender a história de vida de mulheres ativistas que atuam na defesa dos direitos humanos de PVHA. Logo o espelho do que suas falas trazem deve ser considerado dentro de

espectro de representação. Isso simboliza o que essa metodologia propõe: representar uma totalidade através de uma singularidade, sem deixar de considerar os aspectos que os permeiam, sabendo que tanto os indivíduos quanto os pesquisadores são frutos do seu tempo histórico.

Dentre o conjunto de estudos com abordagem qualitativa, três deles combinaram mais de uma técnica metodológica. Os estudos 35 e 39 articularam observação participante com entrevistas e o estudo 37 combinou três métodos, que incluiu grupo focal, observação participante e entrevistas. Segundo Minayo (2012), a triangulação de métodos constitui importante cuidado contributivo para a validação da pesquisa e confere fidedignidade a análise ao buscar olhar o objeto através de diversos ângulos, comparando os resultados de diferentes técnicas ou fontes.

As revisões bibliográficas foram método escolhido em três estudos (21, 33 e 34). O artigo 21 traz importante contribuição teórica ao realizar uma pesquisa, que abrangeu um período de três décadas, sobre o entrelaçamento do processo de trabalho e a vulnerabilidade das prostitutas ao HIV. O estudo buscou compreender as estratégias de redução da vulnerabilidade dessa população através de um levantamento bibliográfico, incluindo na revisão a análise da literatura e das políticas direcionadas a essa população. Ao observar as políticas brasileiras de prevenção, o estudo elucidou as fissuras, relacionadas ao foco no uso do preservativo direcionado apenas a trabalhadora, de modo que não abrange o cliente. Já as ações de intervenção bem sucedidas muitas vezes partiram de uma articulação entre movimentos sociais e o governo, estimulam a agência comunitária das prostitutas, estando relacionadas a redução da prevalência do HIV.

Através de cinco eixos temáticos, o estudo 33 buscou compreender a vulnerabilidade de mulheres idosas ao HIV e sintetizou diferentes componentes da desigualdade de gênero como produtores de um contexto vulnerável para essas mulheres. Os autores realizaram uma revisão sistemática em três bases e caracterizaram a vulnerabilidade desse segmento de mulheres através da análise dos textos selecionados. Estudos dessa natureza podem oferecer aporte teórico sobre o tema, caracterizar a direção tomada pela literatura acerca de determinada temática e evidenciar possíveis lacunas.

O estudo 34 propõe em seu objetivo a compreensão do que a literatura aborda sobre as MVHA para além de uma visão epidemiológico e fisiopatológico, bem como as metodologias utilizadas pelos estudos. Como no estudo 33, a organização dos resultados se deu através de eixos temáticos, no entanto esse artigo teve o diferencial de apresentar o olhar do pesquisador para a temática abordada e as metodologias utilizadas nos estudos analisados. Tais olhares

foram possíveis, segundo as próprias autoras, devido a escolha da pesquisa bibliográfica como método de investigação.

Foi observada uma prioridade de pesquisas empíricas pelo campo, dado que nenhum estudo utilizou abordagem teórica ou informou tratar-se de um ensaio e apenas um estudo utilizou a abordagem quanti-qualitativa. É observada uma lacuna no que se refere à capacidade de articulação das três dimensões da vulnerabilidade de forma robusta em suas abordagens. Estudos que mostram resultados de intervenções na direção de modificar o estado de vulnerabilidade são escassos. Cabe lembrar que tal enfoque demanda custos, a operacionalização de fontes diversas e um tempo maior de pesquisa.

Observou-se que a maior parte dos estudos (n=17) teve entre um e três autores por artigo, sendo a ampla maioria (n=10) dos estudos com três autores; enquanto apenas um artigo teve 5 autores e dois foram elaborados por 6 autores. Esse achado pode indicar uma característica própria dos estudos qualitativos e do campo das ciências sociais, que são elaborados por poucos autores. Ademais, indicam as limitações de realizar pesquisas de maior abrangência, como as de base populacional e de abordagem quanti-qualitativa, que normalmente são fruto de pesquisas maiores, e realizadas por grupos de pesquisadores.

- Conceituação e referencial teórico de vulnerabilidade

Embora todos os artigos aqui explorados já tenham sido considerados como tendo feito um uso *consistente* do conceito, essa segunda apreciação tem o intuito de alcançar a compreensão qualitativa do emprego da concepção de vulnerabilidade.

Do conjunto de vinte e dois artigos, treze (18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 37 e 39) conceituaram a concepção de vulnerabilidade, enquanto nove (19, 21, 22, 23, 29, 30, 33, 36 e 38) não a definiram expressamente, embora tenham incorporado suas contribuições na pesquisa.

Foram identificadas quatro chaves de conceituação. Alguns estudos (18, 26 e 37) utilizaram a concepção de vulnerabilidade para explicar como se deu a trajetória de interpretação da epidemia. Desse modo, apontam que inicialmente utilizava-se a perspectiva (estigmatizante) de grupos/comportamentos de risco e, posteriormente, buscou-se atualizar a interpretação ao incorporar o quadro conceitual de vulnerabilidade no campo da aids.

Outros artigos (20, 24 e 35) justificaram o uso, expondo as vantagens que o conceito traz, no que tange as possibilidades de reflexões ampliadas acerca da epidemia, ao considerar a interação entre os comportamentos dos sujeitos com o contexto social. A terceira chave

argumentativa (estudos 28, 27, 31 e 39) foi o caráter multidimensional do conceito, ao propor compreender a evolução da aids por diversos ângulos, considerando as várias possibilidades de interação entre os aspectos. Por último, foram identificados três artigos (25, 32 e 34) onde se deu a conceituação expressa da vulnerabilidade sem justificativas adicionais.

Os referenciais teóricos acionados para alicerçar as definições do conceito apresentaram poucas variações em termos de citações bibliográficas; ou seja, o quadro conceitual de vulnerabilidade relacionado à epidemia de aids foi restrito a poucos autores. Cinco estudos - sendo eles 20, 25, 27, 28 e 39 - apoiaram-se nas contribuições de Ayres e col., enquanto Mann e col. foram a referência de três artigos (18, 32 e 34). Outros três artigos (24, 26 e 31) acionaram o aporte teórico tanto de Mann quanto de Ayres e dois textos (35 e 37) apresentaram outras referências. No estudo 35 Oliveira (2009) utiliza Bastos e Swarcwald (2000) como referencial teórico para explicar como ocorre diferenças no desenvolvimento de uma mesma epidemia, sendo resultado de desigualdades que culminam no acesso diferenciado a bens e serviços simbólicos e materiais; a autora também refere Ayres e col. ao citar a noção de vulnerabilidade. Sousa e col. (2008) ao conceituar vulnerabilidade social referencia Pimenta e Souto (2003) que foram organizadoras de um documento do MS referente às diretrizes de prevenção ao HIV entre mulheres.

Tais achados sugerem que o campo científico nacional tem se apoiado nas reflexões do *conceito do tipo ideal* de vulnerabilidade para interpretar dados da realidade sobre HIV/aids. Como justificado no primeiro capítulo, as contribuições teóricas de Mann e seus colaboradores têm o propósito de progredir na compreensão das dimensões que compõem uma epidemia multifacetada, como a epidemia da aids. Ademais, o sistema conceitual de vulnerabilidade operado por Ayres e col. se revela importante no campo, dado que suas teorizações foram eleitas na maioria dos artigos e resultam da produção de pesquisadores brasileiros. Segundo Ayres (2018), ao ser desenvolvido no Brasil, o conceito foi atualizado incorporando peculiaridades da conjuntura local e da tradição crítica dentro do campo da saúde coletiva, que dizia respeito ao contexto político de redemocratização, favorecedor de uma ampla mobilização social.

Dito de outro modo, o aporte de Ayres e seu grupo para o conceito de vulnerabilidade, enquanto ferramenta analítica e instrumento de contribuição para avanços sociais, reside na adaptação à realidade latino-americana, incluindo o Brasil. Tal enfoque compreende as profundas desigualdades sociais que se expressam de maneira diferenciada em relação aos países do norte global, onde apresentam-se arrefecidas. Desse modo colaboram para

compreensão dos componentes sociais na produção dos contextos de vulnerabilidade na trajetória das mulheres brasileiras.

Para além de mobilizar os referenciais teóricos *do tipo ideal*, é essencial observar a coerência da conceituação. Como já exposto, foram identificadas algumas categorias de justificativa ao se definir o conceito nos artigos, que mostra a lente utilizada pelos autores em suas interpretações. Reconhecer a relevância da característica multidimensional do conceito corrobora com os seus fundamentos, pois considera seu aspecto relacional, importante para a compreensão dos componentes da epidemia. As palavras de Carvalhaes e Filho (2012) (estudo 27) são ilustrativas:

“As razões que explicam essa dinâmica de infecção são complexas, mas se ressaltam nos contextos de exclusão e de estigmatização a que as mulheres estão submetidas devido a dificuldades de acesso à informação, aos insumos de prevenção (camisinha feminina, por exemplo), ao diagnóstico e ao tratamento, e devido ainda ao atravessamento das questões socioculturais relacionadas às desigualdades entre os gêneros. Isso evidencia a importância de se pensarem as vulnerabilidades das mulheres à infecção pelo HIV também a partir de contextos históricos, políticos e culturais.” (CARVALHAES; FILHO, 2012 – estudo 27)

Fica evidenciada a complexidade inerente à avaliação dos processos que condicionam os contextos de vulnerabilidade e configura uma das vantagens de se buscar interpretar a epidemia através das possibilidades oferecidas por esse conceito. Vantajoso também é o reconhecimento da intrínseca relação de *mão dupla* entre o indivíduo e o contexto social, constituinte da noção de vulnerabilidade. Como já mencionado, três estudos utilizaram essa característica da vulnerabilidade para embasar sua conceituação na construção das respectivas pesquisas. Compreender a produção de situações vulnerabilizantes através das relações - considerando que a estrutura está imbricada à ação social - e não sob a lógica de que há pessoas que são “naturalmente” negligenciadas, é tornar relevante a capacidade de permeabilidade que o quadro conceitual em questão propõe para o entendimento das demandas de saúde, ressaltando que não são contextos cristalizados.

O estudo 20 (SOUSA *et al.*, 2017) ilustra essa dimensão contextual ao avaliar a vulnerabilidade de prostitutas, analisando como ocorre a interação das suas subjetividades em dois contextos diferentes: em casa e na rua. Nas palavras dos autores:

“(...) há necessidade de emergir na compreensão de como essa classificação que as mulheres fazem sobre as relações da casa e da rua, do parceiro fixo e do cliente, está imbuída de contextos socioculturais que potencializam situações de maior ou menor

vulnerabilidade para a infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.” (SOUSA *et al.*, 2017 – estudo 20)

O estudo 35 (OLIVEIRA, 2009) elucidada, por meio da perspectiva da interação estrutural, que no Brasil há várias epidemias de aids acontecendo simultaneamente a depender da região a ser observada, embora o país disponha de um programa de acesso universal ao tratamento. A autora traz à cena importante reflexão ao revelar as imbricações entre o componente programático e o social que influenciam no acesso ao sistema de saúde pelos sujeitos:

“Partindo da noção de vulnerabilidade, alguns estudos hipotetizam a existência de distintas epidemias no Brasil: de um lado, pessoas que dispõem de recursos sociais, materiais e simbólicos para garantir acesso e continuidade do uso de serviços de saúde e adesão ao tratamento. De outro, outras com acesso limitado a tais recursos, o que pode incrementar ainda mais sua vulnerabilidade ao adoecimento associado à AIDS.” (OLIVEIRA, 2009 – estudo 35)

No trecho a seguir é evidenciada a relação, aqui denominada de *mão dupla*, onde a vulnerabilidade é sempre um produto da interação entre o sujeito e o contexto, ponderando as possíveis limitações simbólicas e materiais que atravessam a realidade estrutural das MVHA:

“Todavia, viver longe do serviço; dispor de recursos sociais, financeiros, cognitivo-emocionais limitados; e não compartilhar com terceiros a criação e sustento dos filhos constituíam fatores dificultadores potencialmente sinérgicos do acesso e da continuidade do uso do serviço. Isso significava incrementar ainda mais a situação de vulnerabilidade de grupos ou indivíduos que já vivenciavam situações de alta vulnerabilidade. (OLIVEIRA, 2009 – estudo 35)

Assim o estudo fala de uma *inclusão excludente*, levando o debate à esfera da estrutura, reiterando a fragilidade das políticas sociais que não se propõem a avançar estruturalmente. Desse modo, aqueles que estão em desvantagem social têm dificuldades de acesso a bens simbólicos e materiais, como os dispositivos de saúde, mesmo que esse sistema tenha caráter universal, como no caso brasileiro. A autora evidenciou aspectos do componente social da vulnerabilidade das mulheres articulados com fissuras existentes no componente programático:

“Sem intencionalidade aparente, o cotidiano do Serviço de Atenção à AIDS de Salvador se revelou estruturar, de um lado, sobre uma indistinção entre saúde feminina e saúde reprodutiva e materno-infantil; de outro, sobre concepções tradicionais do que significa ser mãe e "proteger bebês". A fim de "proteger bebês", o serviço promovia a acessibilidade. Mulheres gestantes ou puérperas tinham preferência: eram encaminhadas ao ambulatório ao chegarem no serviço. Segundo uma enfermeira, esta rotina objetivava "proteger os bebês" da transmissão vertical do HIV.” (OLIVEIRA, 2009 – estudo 35)

Os trechos acima ilustram o interesse analítico e político que o quadro conceitual se propõe a alcançar, dado as considerações quanto às dimensões estruturais. É valoroso que o uso da vulnerabilidade tenha ocorrido suscitando tais reflexões, tendo em vista a proposta desse aporte teórico em ser frutífero quanto às possibilidades de construção de transformações sociais. Ademais, o conceito tem a vantagem de possibilitar que se avance interpretativamente em relação aos danos gerados pelas noções de grupos/comportamentos de risco, que foi ressaltado nos estudos 18, 26 e 37.

O estudo 18 (ALMEIDA, 2009) frisa essa transição de conceitos a partir da *invulnerabilidade* conferida as mulheres lésbicas e MSM por não fazerem parte dos grupos de risco, que se localiza de modo oposto do corpo gay, que foi estigmatizado. Tais percepções são alicerçadas nas visões sobre as práticas sexuais de ambos os segmentos. Assim, o conceito foi capturado pelos movimentos ativistas pelos direitos humanos com o objetivo de visibilizar esse segmento de mulheres enquanto sujeitos contempláveis pelas políticas públicas preventivas. Tais reflexões evidenciam a vantagem da proposta de Mann e col. de buscar compreender a epidemia sob o ponto de vista dos direitos humanos e conceder a garantia de cobrar compromissos do Estado com esses direitos, exemplificado no trecho a seguir:

“No âmbito desta mudança paradigmática, a palavra "vulnerabilidade" foi alçada ao dia-a-dia da sociedade, sobretudo no âmbito dos movimentos sociais. Estes passaram a construir argumentos em torno da vulnerabilidade dos diferentes grupos e identidades por eles representados, tanto no âmbito direto do enfrentamento à epidemia, quanto no eixo mais amplo da proposição de políticas públicas para contemplar diferenças e reparar desigualdades.” (ALMEIDA, 2009 - estudo 18)

O exposto pelo artigo 18, de Almeida (2009), demonstra outra possibilidade trazida pelo quadro conceitual de vulnerabilidade: o de dialogar com os movimentos sociais e o movimento político, como demonstrado acima. Dado que foi a partir do discurso trazido pelo quadro da vulnerabilidade que as ONGs lésbicas brasileiras buscaram elementos do *advocacy* no cenário internacional para criar interlocuções com o Estado, no intuito de romper com o silêncio sobre o HIV nessa população e vocalizar reconhecimento científico e do saber médico (ALMEIDA, 2009).

Os estudos 26 e 37 seguem o mesmo raciocínio, onde argumentam a partir da linearidade histórica da compreensão da epidemia para explicar como foi socialmente prejudicial e insuficiente as noções de grupo e comportamento de risco. A partir daí os estudos se ancoraram nos benefícios do componente social da vulnerabilidade para a interpretação do que produz uma

situação de desvantagem a determinados grupos, configurando uma alternativa mais coerente nas orientações de práticas de cuidado. Von Zuben e col. (2013), no estudo 26, salientam a importância da proteção social no enfrentamento a contextos de vulnerabilidade. Enquanto no estudo 37 (SOUSA *et al.*, 2008), os autores justificam como o quadro conceitual de vulnerabilidade foi capaz de abranger o debate de gênero enquanto uma questão sociopolítica, que representa relações de poder e desigualdade que precisam ser consideradas para o enfrentamento da epidemia da aids pelas mulheres.

Nos demais estudos, 25, 32 e 34, ocorreu a conceituação expressa no intuito de definir teoricamente, mas sem uma justificativa complementar. No artigo 25 (DUARTE *et al.*, 2014), que utiliza o referencial de Ayres e col., o conceito de vulnerabilidade aparece para demonstrar o que motivou o aumento de casos de aids entre mulheres na trajetória da epidemia. As autoras ressaltam que a complexidade é própria do conceito e permite uma análise a partir de múltiplas dimensões. Nas suas palavras:

“A maior vulnerabilidade de mulheres e meninas à infecção pelo HIV decorre de aspectos biológicos e de fatores sociais, econômicos, legais e culturais, com destaque para os papéis de gênero, relações de poder desequilibradas e a aceitação pela sociedade da violência contra a mulher” (DUARTE *et al.*, 2014 – estudo 25)

Os artigos 32 e 34 utilizaram o referencial teórico de Mann e col.. A problematização do conceito de risco diante do dinamismo apresentado pela epidemia é a ponte do estudo 32 (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010) para explicar o fortalecimento da noção de vulnerabilidade nos estudos sobre HIV/aids. Entretanto, os autores o fazem dando ênfase ao aspecto individual, em coerência com seu referencial teórico, que foi formulado em um contexto de norte global, diferenciando-se do que propõe o grupo de Ayres, que evidencia os aspectos de ordem social como inseparáveis das ações dos sujeitos.

Nas palavras dos autores (estudo 32):

“Mann e colaboradores (1992) operacionalizam a noção de vulnerabilidade a partir de três aspectos distintos, porém interdependentes. O primeiro refere-se à ideia de contexto social, entendido como o espaço em que são criadas, negociadas e modificadas as normas e valores que influenciam os comportamentos e as condutas sociais. O segundo, denominado programático, trata dos programas nacionais de combate à aids, da informação e da educação. Por fim, o terceiro aspecto aborda a questão do comportamento pessoal, entendida como fundamental na determinação da vulnerabilidade, uma vez que as decisões, embora influenciadas pelos demais aspectos, são tomadas em nível individual” (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010 – estudo 32)

Dado o exposto acima, é possível perceber o que diferencia os dois referenciais quanto ao seu uso (Mann e Ayres). Os artigos que optaram por Mann e col., expressam a definição de vulnerabilidade cristalizada nos três componentes, a saber individual, social e programático. Enquanto o estudo de Duarte e col. (2014) (estudo 25), ao teorizar vulnerabilidade, o faz em uma composição mais ampla de elementos, como exposto na citação acima. Lembrando que tais conclusões não visam amputar o mérito do quadro conceitual de Mann e col., mas apenas evidenciar as suas modificações que ocorreram fruto de um percurso em outro campo, o da saúde coletiva (SEVALHO, 2017).

Como ponto inicial da análise qualitativa da operacionalização do conceito pela literatura, foram explorados os modos que justificaram a conceituação expressa de vulnerabilidade pelos artigos. A seguir será apresentado quais e como as dimensões da concepção foram operacionalizadas.

- Dimensões do conceito de vulnerabilidade

Buscou-se avaliar que dimensões do conceito de vulnerabilidade – individual, social e programática – foram consideradas nos estudos, tendo em vista que a produção da vulnerabilidade perpassa pela articulação entre os três componentes. Foi considerado que um uso *consistente* do referencial teórico não exige a avaliação dos três eixos, dado os limites de cada pesquisa e a possibilidade do objetivo dos estudos ter sido a apreensão de apenas uma ou duas dimensões. Ou, ainda, o fato de os resultados de cada estudo poderem não prover aspectos de todos os componentes. Tais conclusões dependem do desenho e dos objetivos de cada artigo. Coube dar importância à coerência ao acionar as dimensões dos conceitos nas reflexões. Ademais, houve seis estudos onde as dimensões não foram nominadas, mas seus aspectos constitutivos se fizeram presentes nas discussões pelos autores.

Em cinco estudos (18, 19, 24, 25 e 31) os três componentes de vulnerabilidade foram operacionalizados. Uma importante constatação, é que o modo como a literatura expressou o uso dos três componentes não foi único. No estudo 18 (ALMEIDA, 2009), que buscou compreender o mosaico constitutivo da vulnerabilidade das MSM, o autor explorou as dimensões do conceito em três seções separadas; isto é, apresentando o que caracterizava cada um dos eixos para a categoria lésbica.

De modo diferente, Taquette e col. (2015) (estudo 19) não fazem uma definição teórica, nem exploram cada um dos componentes separadamente, mas, ao explicar a construção da

vulnerabilidade em mulheres adolescentes, elencam fatores da ordem de cada uma das dimensões. A partir das falas das entrevistadas, desenvolvem uma análise sobre o que configura cada componente da vulnerabilidade naquela população:

“Do ponto de vista individual, o autocuidado depende de informação e disponibilidade de insumos de prevenção, entre outros. A informação não se limita aos aspectos relacionados à infecção pelo HIV, mas envolve, principalmente, o aumento da escolaridade. (...) Na dimensão social, vários desafios precisam ser enfrentados para reduzir a Aids entre adolescentes: a desigualdade social, a violência estrutural, a violência de gênero. (...) Do ponto de vista programático, nosso estudo demonstrou a necessidade de mais investimento na atenção precoce à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, incluindo o cuidado integral e humanizado daqueles vivendo com HIV. (TAQUETTE *et al.*, 2015 – estudo 19)

Tendo como segmento populacional mulheres negras, Santos (2016) (estudo 24) aplica as análises das variáveis individuais, sociais e programáticas de modo semelhante como feito no estudo 19. Ou seja, os fatores que os constituem são relacionados em suas argumentações, não se tratando de uma categoria de análise ou de seções separadas. Cabe salientar a contribuição trazida pela autora ao analisar o aspecto programático e o racismo institucional que o atravessa, influenciando a produção da vulnerabilidade na população negra, expresso pelos dados epidemiológicos de mortalidade desse segmento:

“Sabendo-se que a aids não apresenta diferenciais de evolução e prognóstico entre as diversas raças, indaga-se, então, como as diferenças socioeconômicas explicariam indicadores de mortalidade por aids tão díspares entre a população branca e a população negra, sendo esta uma doença na qual mais de 90% dos pacientes são atendidos nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que têm por princípios a universalidade e a equidade dos atendimentos” (TAQUETTE *et al.*, 2015 – estudo 19)

A seção do artigo que aborda dados epidemiológicos explicita fatores de ordem social que produzem o aumento da vulnerabilidade a essa população, como as desigualdades ético-raciais.

Finalizando a abordagem dos estudos que consideraram as três dimensões da vulnerabilidade, no estudo 25 (DUARTE *et al.*, 2014) cada eixo da vulnerabilidade configurou um conjunto de variáveis quantitativas relacionadas aos dados empíricos da pesquisa, as quais foram articuladas no intuito de operacionalizar os três eixos do conceito. Diferente do apresentado em diversos artigos que caracterizam os aspectos da vulnerabilidade a partir do que é demonstrado nos achados, as variáveis foram previamente estabelecidas com o objetivo de caracterizar cada componente da vulnerabilidade na população do estudo:

“Para permitir a análise da vulnerabilidade individual e social, o instrumento incluiu três grupos de variáveis: sociodemográficas, comportamentais e clínicas. (...) Considerando-se que o Departamento de DSTs/Aids e Hepatites Virais preconiza o diagnóstico e tratamento das DSTs e prevenção do câncer de colo uterino, optou-se por conduzir a discussão sobre vulnerabilidade programática a partir do acesso das mulheres a essas ações.” (DUARTE *et al.*, 2014 – estudo 25)

O intuito de explorar o que foi exposto em relação ao modo como as três dimensões da vulnerabilidade foram abordadas pelos artigos foi de demonstrar que não há apenas uma maneira de articular essas dimensões. Além de não existir uma só maneira, também não há uma única maneira correta. Cabe e espera-se do campo científico que o faça de maneira coerente, seja como resultado postulado empiricamente ou como caracterização dos achados.

Foram identificados seis artigos (22, 23, 29, 33, 35 e 36) que não fizeram menção expressa a nenhuma dimensão do conceito durante o texto. No entanto, o enquadramento teórico de vulnerabilidade está implícito nos argumentos dos artigos. Dito de outro modo, esses estudos não nominaram as dimensões que integram o conceito, mas assumem os pressupostos da vulnerabilidade para as reflexões sobre ações em saúde, sob um ponto de vista das ações coletivas.

Esse grupo de estudos argumenta que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids é resultado de condições suscitadas pela desigualdade de gênero, como a ausência de direitos sexuais e reprodutivos, que inclui a dificuldade de negociação do uso do preservativo, o papel social do casamento; além de aspectos programáticos, como a testagem anti-HIV centrada no pré-natal. Os estudos 35 e 36 referem fatores socioeconômicos, como a menor escolaridade das mulheres em relação aos homens.

Quatro artigos (20, 32, 38 e 39) nomearam e articularam os componentes individual e social em suas reflexões. A compreensão das duas dimensões se deu ao analisar como os aspectos individuais são influenciados pelo cenário social. O estudo 38 (LOPES, 2007) o faz investigando características da vulnerabilidade de mulheres negras, ou seja, de que modo o contexto retroalimenta as desvantagens inerentes a essas mulheres, que são historicamente excluídas. O artigo 39 (OLIVEIRA; PAIVA, 2007) faz essa investigação a partir da incursão no universo de mulheres usuárias de drogas, considerando como o uso das substâncias pode influenciar em seus comportamentos individuais, sem desprezar o recorte de gênero e os condicionantes sociais que marginalizam essa população:

“Embora os efeitos das drogas no organismo apareçam como um fator que dificulta a adoção do uso de preservativo, as entrevistadas revelaram não adotar medidas de sexo seguro, independente de estar ou não sob efeito das drogas. Para elas, a não-incorporação dessa medida preventiva ocorre muito mais por resistências pessoais e do parceiro (...).” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007 – estudo 39)

Os eixos social e programático foram abordados em três artigos (21, 30 e 37). A composição da vulnerabilidade programática acontece distintivamente nos três estudos devido às diferenciações das populações, que inclui prostitutas e mulheres negras.

No estudo 21 (LEITE, *et al.*, 2017) fatores relacionados ao estigma são ancorados para demarcar o âmbito social da vulnerabilidade. O componente programático é demonstrado ao expor que o foco das campanhas preventivas centraliza seus discursos no incentivo ao uso do preservativo com clientes, enquanto essas mulheres reivindicam que a vulnerabilidade está relacionada ao parceiro fixo.

Já no estudo de Riscado e col. (2010) (estudo 30), a dimensão programática é problematizada sob o ângulo do racismo institucional, dado o tratamento diferenciado do sistema de saúde às mulheres negras. Enquanto para Sousa e col. (2008) (estudo 37) o aspecto programático é explicitado ao salientar o foco das políticas preventivas na função reprodutiva das mulheres. Este se mostra entrelaçado a fatores de ordem social simbolizados na função social da gestação, do cuidado e da maternidade.

Nenhum estudo abordou apenas a dimensão individual ou a articulação entre os eixos individual e programático. Em quatro estudos houve a operacionalização de apenas uma dimensão do conceito; o estudo 34 abordou a questão programática e os estudos 26, 27 e 28 dissertaram sobre componentes do âmbito social. Nesses três, a estruturação da vulnerabilidade social é justificada majoritariamente por dados referentes à desigualdade de gênero, coadunando com a argumentação de diversos outros estudos citados anteriormente.

A análise das dimensões do conceito de vulnerabilidade abordadas pela literatura selecionada para análise revela a importância que o componente social tem na interpretação da epidemia de HIV/aids em mulheres. Essa dimensão foi acionada, em associação com outra (s) ou não, em quase todos os artigos contidos no conjunto de estudos consistentes. Esse dado mostra o avanço conferido pela multidimensionalidade do conceito e traz à superfície a insuficiência dos aspectos individuais para justificar a disseminação da aids entre as mulheres. Essa importância também é vista ao se observar os estudos que não denominaram as dimensões abordadas, mas que utilizam aspectos societários e estruturais em suas reflexões.

Outra similaridade observada se refere ao que constitui os fatores sociais. Na maior parte dos estudos, diz respeito a aspectos da desigualdade de gênero, como a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, a ausência de poder sobre as próprias decisões sexuais e reprodutivas e a desigualdade econômica entre homens e mulheres.

Os estudos que expuseram fatores da vulnerabilidade programática, demonstraram que essa avaliação pode ser feita de diferentes maneiras e trazem reflexões importantes sobre os avanços necessários. Mesmo em um sistema universal de saúde, como é o caso do SUS, que dispõe de uma política específica para PVHA, a produção da vulnerabilidade programática foi acentuada em segmentos populacionais específicos, onde foram reveladas falhas distintas provenientes do serviço de saúde.

- Caracterização e operacionalização das dimensões

Esse item tem o intuito de compreender como os estudos definem e analisam a vulnerabilidade individual, social e programática e apreender se há incongruência em suas abordagens. Optou-se por não incluir aqueles estudos onde não ocorreu a denominação das dimensões, embora o arcabouço teórico do conceito estivesse presente na interpretação dos resultados.

A dimensão individual da vulnerabilidade foi caracterizada de modos diversos. Em alguns estudos fizeram uso de características biológicas para explicar a maior vulnerabilidade individual das mulheres ao HIV. Foram citados aspectos como infecções genitais assintomáticas, que são mais comuns em mulheres, anatomia feminina receptora e maior carga viral presente no esperma que no líquido vaginal. Além desses, fatores de ordem comportamental foram referidos para justificar a vulnerabilidade feminina, tais como: a troca de fluidos corporais e o contato com sangue menstrual sem proteção entre lésbicas/MSM, o não uso do preservativo, a multiplicidade de parceiros, as práticas sexuais inseguras devido ao uso de drogas e a não adoção de práticas sexuais protetoras devido à baixa auto percepção de vulnerabilidade.

Os aspectos biológicos que compõem a vulnerabilidade individual das mulheres podem ser considerados características constitutivas e constituintes da vida humana. São fatores que tem caráter permanente de oferecer uma possibilidade de dano a vida e exige a capacidade de manejar o constante estado de fragilização biológica (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Taquette e col. (2015) no estudo 19 descreve características biológicas que tornam mulheres adolescentes

mais vulneráveis ao HIV no âmbito individual, como as infecções genitais assintomáticas e anatomia feminina, mas ao interpretar os resultados de suas entrevistas, amplia o debate ao afirmar que o autocuidado depende do grau de informação e da disponibilidade de insumos.

“Do ponto de vista individual, o autocuidado depende de informação e disponibilidade de insumos de prevenção, entre outros. A informação não se limita aos aspectos relacionados à infecção pelo HIV, mas envolve, principalmente, o aumento da escolaridade. Os insumos de prevenção devem estar disponíveis em larga escala nos diversos ambientes frequentados pelos adolescentes e de forma livre e desburocratizada” (TAQUETTE *et al.*, 2015 – estudo 19)

Assim, as autoras embora considerem aspectos biológicos como constitutivos da vulnerabilidade, têm como reflexão dos seus achados fatores de cunho comportamental, que são moldados por aspectos sociais e programáticos. A capacidade para enfrentar situações adversas é advinda da interação entre as escolhas individuais com que é oferecido pelo contexto.

Santos (2016) (estudo 24) explica a maior vulnerabilidade de mulheres negras ao HIV salientando os aspectos sociais, como a interação entre gênero e raça, não obstante considera as desvantagens biológicas das mulheres e contextualiza afirmando que foram, duram os anos 1990, os fatores explicativos do crescimento do número de casos entre as mulheres.

“Desde a década de 1990, diversos estudos apontavam fatores biológicos que explicam a maior probabilidade de infecção pelo HIV em mulheres do que em homens, como, por exemplo: o fato de os homens apresentarem maior quantidade de carga viral no esperma do que as mulheres no líquido vaginal; liberação de maior quantidade de secreção sexual masculina (5 a 7 ml) do que feminina (1 a 3 ml) nas relações sexuais (...) Os riscos de exposição ao HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, pela imaturidade do aparelho genital, que leva a uma maior fragilidade da mucosa vaginal.” (SANTOS, 2016 – estudo 24).

A autora aciona os fatores biológicos para contextualizar o avanço da epidemia entre as mulheres, mas não o faz de modo central na construção de seus argumentos, que são ancorados nos processos sociais. Através do exposto, é possível perceber o avanço da importância multidimensional do conceito de vulnerabilidade na compreensão da epidemia, dado que nenhum dos estudos explicou seus resultados exclusivamente através de fatores biológicos.

Fatores comportamentais mostraram-se mais presentes na literatura quando o componente individual fez parte da pesquisa. O estudo 25 (DUARTE *et al.*, 2014) buscou traçar o perfil de MVHA nas três dimensões de vulnerabilidade e considerou como fatores componentes da vulnerabilidade individual o número de parceiros sexuais, a prática de sexo em troca de dinheiro ou drogas e o consumo de álcool e outras drogas. Apesar de o estudo ter

avaliado fatores de ordem socioeconômica, não realizou sua interpretação a partir da interação entre o individual e o social.

“Constatou-se, assim, maior multiplicidade de parceiros sexuais entre as mulheres aqui investigadas, importante aspecto de vulnerabilidade ao HIV e às DSTs.” (DUARTE *et al.*, 2014 – estudo 25)

No estudo 39, Oliveira e Paiva (2007) afirmam que o uso de drogas pelas mulheres e os relacionamentos com homens usuários predispõe a vulnerabilidade individual ao HIV, dado que o uso de drogas pode impactar na não adoção de medidas de sexo seguro. Não obstante, o uso dessas substâncias resultarem de fatores comportamentais, esses são influenciados por aspectos da conjuntura social. Nas palavras das autoras:

“A dimensão social diz respeito à avaliação de coletividades e enfoca fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, permitindo compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção (...) A não-adoção de medidas de sexo seguro e a manutenção de relacionamentos sexuais com homens usuários de drogas colocam as mulheres usuárias de drogas, assim como as que não adotam tal conduta, em situação de vulnerabilidade para diversos agravos sociais e de saúde, dentre eles a infecção pelo HIV.” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007 – estudo 39)

No artigo 31, Albuquerque e col. (2010) afirmam a interação existente entre a vulnerabilidade individual e os componentes sociais e relembram que os comportamentos variam durante a vida dos sujeitos. As autoras ressaltam a importância da autopercepção de vulnerabilidade como implicador na adoção de medidas preventivas, mas não consideram a dimensão individual como possível de ser separada dos demais componentes. Afirmam ainda que a vulnerabilidade como um todo é resultado da interação entre os aspectos individuais, sociais e programáticos.

Almeida (2009) (estudo 18) caracteriza a vulnerabilidade individual de MSM de modo complexo, considerando que esse segmento populacional é comumente visto como “não mulher” pelos profissionais de saúde quando são excluídas dos exames preventivos de câncer do colo uterino (Papanicolau); além da resistência ao comparecimento as consultas ginecológicas. No âmbito comportamental, o autor descreve a vulnerabilidade dessas mulheres através de suas possíveis práticas sexuais:

“Nesta lógica, lésbicas seriam vulneráveis porque entrariam em contato com os fluidos uma da outra, tais como o sangue menstrual e o lubrificante vaginal, potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos de um corpo a outro,

através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como as cutículas ("nas mulheres frequentemente aparadas") e a boca (sempre sujeita a ulcerações, fissuras, cáries etc.). (ALMEIDA, 2009 – estudo 18)

Ainda no que diz respeito aos fatores comportamentais relacionados à vulnerabilidade das mulheres ao HIV, se encontram as práticas acerca do uso do preservativo. No estudo 20, Sousa e col. (2017), ao discutirem sobre as práticas de uso por prostitutas “em casa” e “na rua”, refletem sobre a maior vulnerabilidade individual dessas mulheres repousar na dificuldade de negociar o uso com os parceiros íntimos, em uma interação entre os componentes individual e social da vulnerabilidade.

“O uso do preservativo equiparou-se ao exercício do amor, considerado como forma concreta de proteção, aderindo ao padrão social da mulher casada que projeta seus sonhos numa determinada concepção de família, espaço este supostamente “isento” de risco para o HIV (de forma imaginária) por conta do afeto” (SOUSA *et al.*, 2017 – estudo 20)

Em estudo quantitativo que compara populações de mulheres negras e não-negras, Miranda-Ribeiro e col. (2010) (estudo 32) ressaltam a importância dos aspectos individuais, dado que, nas palavras dos autores, as decisões são tomadas em nível individual, embora sejam afetadas por aspectos sociais. O artigo 38 (LOPES *et al.*, 2007) tem como objetivo central a compreensão da vulnerabilidade de mulheres ao HIV segundo cor da pele. Diferente do que foi relatado na maior parte da literatura aqui analisada, os autores desse estudo não relacionam a vulnerabilidade a aspectos biológicos e comportamentais. Características atreladas ao acesso a informações, a consultas e a compreensão de seus próprios exames foram considerados como o que compunham a vulnerabilidade individual.

Neste artigo (38), embora seja afirmado como objetivo a caracterização da vulnerabilidade individual, em todo o estudo há a avaliação dos componentes sociais de produção de vulnerabilidade. De modo que os autores observaram as desigualdades de gênero e racial, a escolaridade, a renda e o estigma relacionado ao HIV, que é considerado pelo imaginário coletivo como “doença do outro”. Ademais, revela o tratamento diferenciado que a equipe multiprofissional oferece às mulheres negras como um dos fatores que as torna mais vulneráveis, justificando a importância do recorte racial na compreensão da vulnerabilidade.

“O uso de raça/cor como categoria analítica indica caminhos para melhor compreender como as interações sociais – na intersecção com gênero e condições socioeconômicas – produzem e reproduzem desvantagens na exposição das mulheres

negras às ameaças à sua saúde, assim como impõem restrições no uso de recursos adequados ao seu cuidado.” (LOPES *et al.*, 2007 – estudo 38)

Quanto ao que foi denominado como vulnerabilidade programática, os estudos apresentaram características diversas. Ademais, a avaliação desse componente da vulnerabilidade não foi privilegiada no corpo de artigos aqui avaliados, não havendo em nenhum artigo o objetivo de explicar a vulnerabilidade da população feminina ao HIV sob à luz das fissuras das ações e políticas promovidas pelo Programa Nacional de DST/aids, atualmente denominado de Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Os aspectos programáticos apareceram mais comumente a partir de problemas relacionados ao serviço ou nas políticas de saúde que focam a prevenção na função reprodutiva das mulheres, em particular na prevenção da transmissão vertical, explicitando lacunas quanto ao debate da sexualidade.

Como já debatido, alguns autores relacionam o incremento da vulnerabilidade feminina ao fato de as políticas na saúde das mulheres serem centradas na reprodução, excluindo a abordagem da dimensão sociocultural da sexualidade entre os diferentes segmentos populacionais de mulheres. Almeida (2009) (estudo 18) ilustra esse debate ao salientar as falhas estruturais próprias do SUS, como a demora em marcar consultas ginecológicas fora do âmbito reprodutivo.

“As entrevistas foram consensuais na afirmação da inadequação da atenção dispensada às lésbicas, porque a preocupação do Programa continuaria sendo a saúde reprodutiva em detrimento da saúde sexual, as mulheres sendo absorvidas apenas enquanto mães.” (ALMEIDA, 2009 – estudo 18)

Também em relação à natureza dos programas de prevenção, o artigo 19 (TAQUETTE *et al.*, 2015) ratifica a ausência do debate sobre sexualidade, falando especificamente da invisibilidade dada às adolescentes.

“Do ponto de vista programático, nosso estudo demonstrou a necessidade de mais investimento na atenção precoce à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, incluindo o cuidado integral e humanizado daqueles vivendo com HIV.” (TAQUETTE *et al.*, 2015 – estudo 19)

Ainda sobre os limites da política, a revisão bibliográfica produzida por Leite e col. (2015) (estudo 21), relata que a política de prevenção ao HIV voltada para as trabalhadoras do sexo, insiste em promover o uso do preservativo com os clientes; reiterando que a

vulnerabilidade dessas mulheres está limitada às trocas sexuais relacionadas ao trabalho. Para os autores é importante ir além da prevenção através do uso da camisinha, sendo necessário que as políticas públicas reconheçam essa parcela da população como cidadãs e que não use os princípios biomédicos em detrimento das ações de prevenção baseadas nos direitos humanos.

“(...) os objetivos e foco das intervenções precisam avançar para além do uso da camisinha com o cliente ou testagem. O que é preciso são ações, políticas e pesquisas que se expandam para o contexto político de trabalho e redes de relações afetivas, com a visão de que a prostituta precisa ser considerada, sobretudo, uma mulher autônoma, capaz de fazer escolhas para cuidar da sua saúde.” (LEITE *et al.*, 2015 – estudo 21)

Os estudos 24 (SANTOS *et al.*, 2016) e 31 (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010) com recorte racial, refletiram sobre a vulnerabilidade programática de mulheres negras, afirmando haver um tratamento diferenciado pelos serviços de saúde a essa população. Ambos os estudos demonstram como esse segmento populacional encontra-se em desvantagem social, usufruindo de menor acesso aos equipamentos de saúde.

“(...) propomos a reflexão sobre alguns fatores de vulnerabilização das mulheres negras relacionados ao componente programático: o acesso aos serviços de saúde se mostrou precário (...) com relação à prevenção e controle da infecção pelo HIV, pequena parte das entrevistadas (129/1.464) identificou os profissionais de saúde como fontes potenciais de informação sobre a temática.” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010 – estudo 31)

Santos e col. (2016) (estudo 24) acionam o conceito de racismo institucional para interpretar a vulnerabilidade programática das mulheres negras. Para os autores atrelar a questão da raça aos fatores socioeconômicos é insuficiente para justificar a disparidade entre as taxas de mortalidade por aids entre brancas e negras. O artigo aponta que o racismo submete a população negra a situações de exclusão e isso independe dos aspectos socioeconômicos.

“(...) parece inegável, a partir dos dados epidemiológicos, não só de mortalidade, mas também de acesso a serviços e qualidade do atendimento, que algo ainda não mensurado e talvez "não mensurável" ocorre dentro das instituições de saúde, levando a resultados tão díspares dos indicadores de saúde segundo a raça/cor dos cidadãos brasileiros.” (SANTOS *et al.*, 2016 – estudo 24)

Fica igualmente evidenciado, como o arcabouço da vulnerabilidade programática o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com questões relativas à sexualidade das mulheres em geral, das adolescentes e das homossexuais. Tal dificuldade resulta da formação centrada nos aspectos técnicos e biomédicos, dissociada da compreensão acerca da

determinação social, bem como o tratamento à população negra. Botti e col. (2009) (estudo 34) descreveram a não incorporação de demandas socioculturais pelo serviço de saúde como um aspecto da vulnerabilidade programática.

“As experiências de prevenção que vêm ocorrendo nos centros especializados em atendimento aos portadores do HIV raramente incorporam a compreensão dos aspectos socioculturais que possam ampliar vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento.” (BOTTI *et al.*, 2009 – estudo 34)

Os autores ressaltam a necessidade de transformação do profissional de saúde na direção de um enfrentamento responsável, que considere as demandas subjetivas e capte a singularidade dos sujeitos. Diante da centralidade biomédica nos atendimentos dos serviços de saúde, reafirmam a importância do entendimento de estruturas culturais, econômicas e as relações de gênero que se estabelecem. O que evidencia que o componente programático também se desenvolve em uma interação com o contexto social, de modo estrutural e perpassa as construções sociais de cada mulher.

O artigo 37 (SOUSA *et al.*, 2009) ilustra essa combinação entre o programático e o social. No entanto, em nenhum momento, os autores denominam por vulnerabilidade programática. Ou seja, apesar de descrever diversos aspectos relacionados à natureza das políticas, como a centralidade que os serviços de saúde conferem à gestação, ao parto e à criança, os intitula como vulnerabilidade social.

“(…) o trabalho de prevenção ao HIV/Aids restringe-se a uma orientação feita na primeira consulta de pré-natal, à solicitação do exame sorológico quando há possibilidade de contato suspeito, à afixação de cartazes e entrega de *folder* e à distribuição de preservativos.” (SOUSA *et al.*, 2009 – estudo 37)

Apesar de configurar certo equívoco no que tange ao que caracteriza como vulnerabilidade social, evidencia como não é possível pensar os componentes da vulnerabilidade como três partes isoladas, sendo importante compreender a vulnerabilidade como produto da interação entre seus três componentes.

No que diz respeito ao que foi caracterizado como vulnerabilidade social, cujo seu quadro teórico foi amplamente acionado como aporte nas reflexões e interpretações dos dados empíricos da literatura analisada, será extensivamente discutido nas seções posteriores, principalmente na seção que interpreta o que foi considerado como vulnerabilidade da mulher.

Cabe apresentar o que constituiu o que os estudos chamaram por vulnerabilidade social, visto que foi vocalizado majoritariamente para explicar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

O uso do preservativo nas práticas sexuais, embora seja um atributo comportamental e possa estar relacionado ao componente individual, é dificilmente negociado pelas mulheres, o que é explicado pelas relações desiguais entre os gêneros. A função social do amor, a importância dada ao casamento no contexto ocidental, a maternidade tida como papel irrevogável da mulher, a concepção de família foram aspectos sociais amplamente acionados para justificar a mulher como sujeito vulnerável ao HIV. Além disso, contextos de violência, a pobreza, o estigma e o racismo compuseram os fatores explicativos dos artigos.

Para auxiliar a compreensão da dimensão conceitual da vulnerabilidade na literatura, é valioso verificar como esse quadro teórico foi acionado nas pesquisas, isto é, sob qual prisma se deu sua contribuição na interpretação dos resultados dos estudos. Essa linha de reflexão que será apresentada a seguir.

- Como o conceito de vulnerabilidade foi acionado pela literatura

Notou-se, de modo predominante, que a concepção de vulnerabilidade teve uso de três maneiras: intitulado categoria de análise, nas reflexões dos resultados através de suas contribuições teórico-interpretativas ou como um objetivo da pesquisa. Não obstante, ser um objetivo da pesquisa compreender algum contexto de vulnerabilidade levou a cabo que suas contribuições conceituais também compusessem a análise dos resultados. Assim, as dimensões do uso da concepção de vulnerabilidade aqui identificadas ocorreram, majoritariamente, de modo articulado.

Tais achados demonstram que a produção acadêmica no âmbito do HIV acessou a capacidade heurística do quadro conceitual de vulnerabilidade enquanto ferramenta analítica. Ademais, em dois estudos (22 e 35) o conceito e suas contribuições assumiram uma característica de suporte teórico na construção das respectivas fundamentações. Em perspectiva consonante, o estudo 18, ao demarcar a história do HIV no segmento específico de lésbicas/MSM, mostra a importância política que o conceito teve ao adentrar as interpretações na esfera da aids. O autor demonstra a utilização da concepção como marco programático para os movimentos sociais em prol dos direitos humanos, demandando a formulação de políticas públicas para essa população, que nos primeiros anos da epidemia era tida como *invulnerável*.

O mesmo estudo utiliza as três dimensões do conceito na interpretação de seus resultados, indicando seu alcance teórico e pragmático.

Assim, o conceito de vulnerabilidade carrega em si a possibilidade de evocar respostas do Estado. Essa perspectiva teve grande força nos EUA, lugar de sua gênese. No entanto, a *vulnerabilização* pode ser um catalisador da função de tutela estatal sobre determinadas populações, se não ocorrer simultaneamente a construção de alternativas que estimulem as agências individual e coletiva. As reflexões de Almeida (2009) (estudo 18) atualizam inquietações acerca do contexto de desvantagem em que o segmento populacional de lésbicas/MSM se encontra, tendo acesso a direitos sociopolíticos restringidos e relembra a necessidade de estruturação de propostas para além de políticas focalizadas.

Em outros estudos, onde a concepção foi utilizada visando a compreensão dos constituintes de vulnerabilidade em determinadas populações ou contextos, é demonstrada a capacidade de um quadro conceitual ser aplicado na compreensão da realidade.

“(...) foi feito um levantamento bibliográfico sobre quais têm sido as estratégias comportamentais e estruturais utilizadas para reduzir a vulnerabilidade dessa população.” (LEITE *et al.*, 2015 – estudo 21)

“O estudo GENIH teve como objetivo comparar contextos de vulnerabilidade social e o comportamento sexual e reprodutivo de MVHA ao de uma amostra de mulheres não vivendo com HIV, usuárias da rede pública de atenção básica à saúde, denominadas, no texto, “mulheres da atenção básica.” (PINHO *et al.*, 2017 – estudo 23)

“(...) teve-se por objetivo traçar o perfil de mulheres vivendo com HIV/Aids em municípios do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar características relacionadas à vulnerabilidade individual, social e programática e analisar as condições em que tiveram conhecimento de seu status sorológico em relação ao HIV.” (DUARTE *et al.*, 2014 – estudo 25)

“(...) desenvolveu-se uma pesquisa com objetivo de apreender as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável, vivendo em contextos sociais distintos, a respeito da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids.” (RODRIGUES *et al.*, 2012 – estudo 28)

“Assim, o objetivo deste estudo foi analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilização ao HIV/aids a partir da percepção de mulheres negras na região serrana do estado do Rio de Janeiro.” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010 – estudo 31)

Acima foram expostos exemplos de como os estudos utilizaram o conceito de vulnerabilidade na formulação do objetivo das pesquisas. Tais fragmentos da literatura ilustram a capacidade analítica dessa formulação teórica e comprovam sua incorporação no campo

acadêmico de pesquisa sobre o HIV/aids entre mulheres. É possível perceber que em sua maioria os contextos e os componentes de vulnerabilidade foram apreendidos pelas falas das próprias mulheres.

Foi um caminho comum nos estudos que objetivaram avaliar a vulnerabilidade de dado segmento populacional utilizar o quadro conceitual da vulnerabilidade na interpretação de seus resultados, como aporte teórico na reflexão de seus achados ou como categoria analítica expressa. Ou seja, os usos do conceito ocorreram de modo articulado. Como exemplos de categorias de análises ou de grupos temáticos de avaliação dos resultados estão: “Diferenças em contextos de vulnerabilidade social ao HIV” (estudo 23), “Pensando e fazendo prevenção: mulheres reduzindo a vulnerabilidade ao HIV/Aids.” (estudo 29), “A trajetória histórica da mulher e sua vulnerabilidade para as DST/AIDS” (estudo 33) e “A autopercepção das mulheres em relação à vulnerabilidade ao HIV/Aids a partir da relação com seu parceiro” (estudo 37).

Em uma minoria, estudos 22 e 35, o conceito não é ancorado a nenhuma categoria ou temática expressa de análise. As contribuições teóricas não são utilizadas diretamente como uma ferramenta analítica dos dados da realidade, mas seu aporte aparece permeando a construção dos respectivos textos. É outra forma de compreensão dos processos sociais que compõem o alicerce da vulnerabilidade em dada população de mulheres.

Nesses estudos a análise acontece por outras categorias analíticas, como por exemplo a questão da desigualdade de gênero e da maternidade (estudo 22), que são produtores de contexto de vulnerabilidade. Portanto, utilizam o material teórico do conceito na composição da interpretação das categorias analíticas e não o contrário, como foi comum aparecer.

“Analisando as motivações (ou determinantes) que ajudam a compreender a decisão de ter ou não filhos, observa-se a recorrência de um relato na fala de muitas mulheres que justificam a decisão de engravidar com base no desejo de dar filhos ao parceiro, assumindo assim seu esperado papel de mãe; além disso, elas relatam que o uso de preservativo nas relações sexuais é uma “interdição silenciosa” a este compromisso (de dar filhos ao parceiro).” (BERTAGNOLI; FIGUEIREDO, 2017 - estudo 22)

O estudo 35 fez a abordagem do acesso ao serviço de saúde considerando os aspectos estruturais, como a renda, interseccionando com a categoria gênero. Com essa proposta, demonstrou características que constroem a vulnerabilidade programática, relacionando-as a outros determinantes sociais, não cristalizando o viés da precarização do sistema público de saúde. Alçou as colaborações do quadro conceitual de vulnerabilidade na formulação de seus

argumentos, tendo em vista que as adversidades de acesso ao tratamento contribuem para a produção de vulnerabilidade em mulheres que já se encontram em contextos propícios para tal.

“Desigualdades no acesso à atenção em saúde relacionam-se a fatores sócio-culturais, como classe ou estrato social, gênero e cor que interferem na organização dos sistemas e serviço de saúde, e na forma como são travadas relações entre usuários e trabalhadores nas unidades de saúde.” (OLIVEIRA, 2009 – estudo 35)

“Todavia, viver longe do serviço; dispor de recursos sociais, financeiros, cognitivo-emocionais limitados; e não compartilhar com terceiros a criação e sustento dos filhos constituíam fatores dificultadores potencialmente sinérgicos do acesso e da continuidade do uso do serviço. Isso significava incrementar ainda mais a situação de vulnerabilidade de grupos ou indivíduos que já vivenciavam situações de alta vulnerabilidade.” (Idem)

Os trechos acima relembram o aspecto multifatorial próprio da concepção de vulnerabilidade e ilustram a interação entre a estrutura e as intersubjetividades para a compreensão do contexto em questão. Demonstra como o recorte de gênero não pode se limitar a dimensões individualizantes ao trazer aspectos da divisão sexual do trabalho e do papel do cuidado atrelado às mulheres.

As abordagens exemplificadas acima são valiosas por demonstrar uma outra lente da vulnerabilidade sob a qual é possível enxergar e interpretar os processos intersubjetivos e contextuais que a fomentam. São demonstrações da plasticidade dos conceitos - não só o de vulnerabilidade - quando são apropriados pela literatura científica, e que ao serem aplicados como uma ferramenta de análise consideram que realidade não é estática. Há possibilidades de estruturações teóricas sobre o concreto a partir das abstrações constituintes de um conceito.

- A vulnerabilidade da mulher

Na presente seção teve-se o propósito de indagar sobre o modo como os autores justificaram ou caracterizaram a vulnerabilidade das mulheres e de que maneira tais atributos foram articulados com as especificidades dos segmentos populacionais (MVHA, gestantes, idosas, prostitutas etc.).

Aspectos relacionados ao contexto social onde a população do estudo estava inserida foram considerados no escopo dos estudos majoritariamente. Tal achado é coerente com o esperado, tendo em vista que os vinte e dois artigos que compõem a presente etapa já foram categorizados como consistentes quanto ao uso do conceito, o que implica que consideraram os fatores da conjuntura na caracterização de situações vulnerabilizantes.

Nas descrições do contexto social pelos estudos foram apreendidos uma diversidade de possibilidades, como situações de violência, de estigma, de relações precárias de trabalho, de desigualdade de renda e de gênero. É importante ratificar que considerar a dinâmica social na compreensão da vulnerabilidade de determinados grupos populacionais ao HIV, requer entender que o mesmo se modifica com o tempo, a história e o lugar, não sendo estático. Ou seja, não sendo a vulnerabilidade uma característica do indivíduo inata e imutável.

Alguns estudos relataram contextos de violência como ponto relevante na constituição de uma situação vulnerabilizante. A violência pode ser física ou simbólica, atrelada ao gênero e ao recorte social, sendo em todos os casos um fator que localiza os sujeitos em situação de desvantagem.

No estudo 23 (PINHO *et al.*, 2017) são tidos como indicadores de vulnerabilidade social situações de violência física e sexual, tendo em vista que podem indicar relações forçadas onde pode ocorrer a transmissão do vírus. No estudo, que comparou MVHA e MNVHA, todos os índices de violência mostram-se maiores no primeiro grupo, caracterizando um estado de vulnerabilidade.

“As experiências de violência perpetrada pelo parceiro podem conduzir à infecção pelo HIV por meio da sua transmissão durante o ato de violência sexual, pelo maior envolvimento em práticas de risco para HIV entre aquelas que sofreram violência (como o não uso de camisinha) e pelo uso de drogas para lidar com situações violentas. Na outra direção, a infecção pelo HIV, após a sua revelação, aumentaria ou daria início a situações de violência ou, ainda, favoreceria a permanência ou a entrada em relacionamentos abusivos, por medo de não encontrar um novo parceiro que aceitasse sua sorologia.” (PINHO *et al.*, 2017 – estudo 23)

No artigo 13 (Carvalhaes e Filho, 2012) a violência como componente da vulnerabilidade das mulheres ao HIV é caracterizada como consequência da desigualdade de gênero, e é ilustrada pelas mulheres entrevistadas no estudo através dos relatos que afirmam o receio de sofrer violência ao solicitar o uso do preservativo. O artigo evidencia, através das falas das mulheres, que as situações de violência são praticadas pelos parceiros íntimos e naturalizadas pela função social do amor romântico na modernidade e pela ideia de proteção conferida ao casamento.

“A violência contra as mulheres deve ser entendida como um problema de saúde pública ‘que pode ter conseqüências na saúde física e psíquica, e, entre as conseqüências, as DST e o HIV/AIDS’.” (CARVALHAES; FILHO, 2012 – estudo 24)

Dos estudos que abordam a violência como componente da vulnerabilidade, três são relacionados com a temática o racismo e as desigualdade étnico-raciais, especificamente de mulheres negras. Evidenciam assim o entrelaçamento entre os fatores raciais e de gênero que produzem um acúmulo de desvantagens sociais (SANTOS, 2016).

O estudo de Santos (2016) (estudo 24) contextualiza, por uma abordagem estrutural, que advém da desigualdade de gênero as situações de violência a que estão submetidas as mulheres.

“A violência nas relações amorosas ou íntimas afeta especialmente as mulheres e está associada com as relações de gênero e sua hierarquia "naturalmente" estruturada em bases desiguais, que reservam às mulheres um lugar de submissão e de menor valia nas sociedades.” (SANTOS, 2016 – estudo 24)

A autora demonstra como o contexto é agudizado na realidade das mulheres negras devido a outras desigualdades sociais que se aliam a desigualdade de gênero e afirma que tanto a violência doméstica quanto a violência sexual são fatores preponderantes a infecção pelo HIV. A violência “naturalizada” pelo sistema de gênero, que hierarquiza as relações entre homens e mulheres, implica na dificuldade de negociação acerca das práticas sexuais. Ademais, a violência é, além da causa, consequência da infecção (SANTOS, 2016).

Riscado e col. (2010) (estudo 30), ao analisarem as situações de violência em que estão submetidas mulheres quilombolas, considera a interação entre os componentes racial e de gênero. Assim como Sousa (2016) (estudo 24), os autores do estudo 30 contextualizam o lugar subalternizado ocupado pelas mulheres negras na sociedade, numa dinâmica de opressões operada pelos aspectos raciais, de gênero e de classe. Através das falas das mulheres que compõem a população do estudo, revelam a violência em diferentes faces e concluem que o racismo aliado a violência, acarretam uma ampliação da vulnerabilidade ao HIV.

No estudo 31 (Albuquerque *et al.*, 2010) a abordagem é semelhante, onde a violência doméstica e sexual é abordada como fruto da desigualdade de gêneros. Assim como no estudo 24, é argumentado que isso culmina em uma menor possibilidade de negociação sobre o uso do preservativo, vulnerabilizando essas mulheres. No estudo, as mulheres que compuseram a população da pesquisa afirmaram ter sido vítimas de situações de violência e justifica:

“Neste estudo, relacionamos vitimização feminina pela violência com vulnerabilidade, porque, de acordo com Guimarães (2004), a constatação é que mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integridade física e mental apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa ideia de inferioridade, que tem como parâmetro a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade.” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010 – estudo 31)

Vivenciar situações de estigma foi um fator explicativo da condição de vulnerabilidade da mulher em estudos que tinham como população prostitutas, negras e usuárias de drogas. Segundo Goffman (1988), o estigma funciona como uma marca que diferencia alguns sujeitos de outros, um atributo negativo que age contribuindo para a manutenção das desigualdades, haja vista que os possuidores do estigma assumem um lugar de desvantagem social. Para o autor, os estigmatizados podem assumir identidades sociais diferenciadas, o que justifica os estudos apresentarem o estigma relacionado aquelas populações marginalizadas socialmente.

Os estudos 20 e 21 têm como população prostitutas e ambos afirmam que a vulnerabilidade dessas mulheres está atrelada a relação com os parceiros íntimos e não com os clientes, ao contrário do imaginário social e do que direciona a política preventiva de saúde. Ambos mostram as consequências nefastas causadas pelas ideias de grupos e comportamentos de risco para essa população de mulheres; bem como o estudo 39 que o faz em relação às mulheres usuárias de drogas, que são estigmatizadas para além da sua relação com a epidemia da aids.

O fato de o estigma contribuir para a vulnerabilidade social de determinadas populações reside no fato de ser uma marca produtora de preconceito e contribuir para a perpetuação das desvantagens entre os que detém e os que não são possuidores do mesmo. Como consequência, a discriminação de PVHA pode levar ao silenciamento e a busca pelo apagamento da marca estigmatizante. Assim, sabendo que é possível “esconder” o HIV (diferente de outras marcas de estigma, como a cor, por exemplo), é comum que a busca por apoio e tratamento seja retardada.

Segundo Oliveira e Paiva (2007), o estigma sobre as mulheres usuárias de drogas ocorre devido ao uso das substâncias e interage com o fato de serem mulheres, o que produz um contexto de maior vulnerabilidade ao HIV.

“Com relação ao uso abusivo do álcool por mulheres, há evidência de que a família procura esconder e negar o fato, encontrando meios para que o problema não saia do âmbito familiar com receios de estigmas e preconceitos sociais. Esta situação retarda a busca de tratamento para agravos decorrentes do consumo da substância ao tempo que predispõe a usuária a situações de violências de ordem familiar. Portanto, constitui uma situação de vulnerabilidade para mulher determinada por construções sócio-culturais que estabelecem as identidades feminina e masculina.” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007 – estudo 39)

Um lugar comum de justificativa da vulnerabilidade das mulheres ao HIV, presente em diversos artigos, refere-se às diferenças dos papéis sociais da sexualidade entre homens e mulheres e o recorte geracional. Esses se cruzam com a ausência de direitos sexuais e reprodutivos conferidos às mulheres e com as políticas preventivas focalizadas na função reprodutiva. Fica evidenciado como a sexualidade das mulheres é relacionada a sua função reprodutiva, o que é refletido inclusive nas políticas de saúde, enquanto aos homens o lugar da sexualidade é o do poder e da reafirmação da sua masculinidade.

O estudo 33 (SILVA *et al.*, 2010) é representativo desse contexto por tratar da vulnerabilidade de mulheres idosas; aquelas que além de estarem fora do período gravídico-reprodutivo, portanto, fora do alcance do foco das políticas de prevenção, tem sua sexualidade histórica e culturalmente invisibilizada.

“Quando pensamos na ideia de gênero relacionado ao envelhecimento, nos remete as intervenções farmacológicas, utilizado pelo homem idoso para exercer sua virilidade e a mulher idosa o papel de negar sua sexualidade, já que não se encontra mais na sua idade reprodutiva.” (SILVA *et al.*, 2010 – estudo 33).

Em estudo realizado com mulheres em 13 municípios brasileiros sobre contextos de vulnerabilidade, Santos e col. (2009) (estudo 36) também constroem seus argumentos em torno das reflexões sobre a desigualdade de gênero e o papel implicado nas práticas sexuais e reprodutivas das mulheres na produção de suas desvantagens.

“Diversos aspectos ligados às relações sociais de gênero determinam um baixo poder de negociação sexual das mulheres, tornando-as mais propensas a terem relações sexuais desprotegidas aumentando, conseqüentemente, as suas chances de exposição ao HIV. A submissão das mulheres aos homens no que diz respeito ao exercício da sexualidade e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas - contracepção e concepção - dificulta o diálogo com seus parceiros e aumenta a vulnerabilidade das mulheres. (SANTOS *et al.*, 2008 - estudo 36)

O estudo 37 (SOUSA *et al.*, 2008), que entrevistou mulheres em relações conjugais estáveis, explica a vulnerabilidade social das mulheres através dos papéis sociais de gênero e as barreiras no diálogo sobre a negociação do uso do preservativo.

“No que se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids, o sistema de gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina neste sistema prioriza o enfoque maternal e pró-criativo, opondo-se à proposta de prevenção do HIV/Aids.” (SOUSA *et al.*, 2008 – estudo 37)

Os autores abordam a agência das mulheres nos diálogos sobre o uso do preservativo. Atualizam importantes reflexões quanto a não obviedade de um lugar de vítimas conferido a elas e aos homens o lugar de vilões, ao captar nos depoimentos que algumas mulheres exigem o uso do condom. No entanto, trazem à cena como isso pode ocorrer de modo paradoxal, visto que, por vezes, o argumento repousa no caráter contraceptivo do preservativo. Ou seja, é alçado uma justificativa baseada na função reprodutiva das mulheres e na competência de exercer a prevenção, para justificar o exercício da sua sexualidade.

“Outros depoimentos demonstram o poder assumido pela mulher nesse confronto, insistindo na argumentação, endurecendo na negociação ou simplesmente impondo a sua vontade. (...) Embora achando que as iniciativas deveriam partir dos dois, as mulheres aceitam essa tarefa de prover os meios de prevenção como mais uma atividade inerente a seu papel.” (SOUSA *et al.* 2008 – estudo 37)

Tais reflexões são importantes para lembrar que as mulheres também atuam com seu desejo e não somente pelos laços amorosos, como sugerem os papéis sociais desiguais atribuídos aos gêneros. Além disso, auxilia na compreensão das possibilidades de exercício da agência, que demonstra esbarrar no maior poder atribuído aos homens e no sistema de saúde que enxerga as mulheres através de suas atribuições de mães e cuidadoras (SOUSA *et al.*, 2008). Os argumentos expostos atualizam que não é possível discutir ações de prevenção ao HIV desconsiderando as relações de poder estabelecida entre os gêneros que são perpetradas na sociedade. O que se configura como um desafio maior, dada a formação dos profissionais de saúde.

O papel desempenhado pelo amor romântico e pelo casamento na modernidade igualmente são constituintes da desigualdade de gênero e funcionam como componentes da vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Embora o estigma atrelado à epidemia perpetue um imaginário social que relacione múltiplas parcerias ao HIV, a função protetiva conferida ao casamento e a monogamia maculam a autopercepção de vulnerabilidade e dificultam a adoção de práticas preventivas entre casais. Como exemplificado por Sousa e col. (2017), em pesquisa que compara contextos de vulnerabilidade de prostitutas “em casa” e “na rua”:

“O uso do preservativo equiparou-se ao exercício do amor, considerado como forma concreta de proteção, aderindo ao padrão social da mulher casada que projeta seus sonhos numa determinada concepção de família, espaço este supostamente ‘isento’ de risco para o HIV (de forma imaginária) por conta do afeto (...).” (SOUSA *et al.*, 2017 – estudo 20)

Nessa pesquisa, as mulheres reconhecem que sua vulnerabilidade ao HIV é maior no contexto íntimo do que no local de trabalho, se opondo à percepção cultural e histórica onde o casamento simboliza proteção e imunidade ao HIV e a outras DST. Ser reflexivo quanto a esse percurso não elimina a importância de propor estratégias que busquem a proteção e a prevenção entre essas populações, que até hoje se configuram como estigmatizadas na sociedade. No entanto, tais achados reafirmam que a realidade, isto é, o papel sagrado do casamento e da família, não é cristalizada, sendo necessário verificar a dinâmica desses processos sociais para a construção de programas de saúde efetivos.

Bertagnoli e Figueiredo (2017) (estudo 22) refletem sobre as expectativas sociais diferenciadas entre homens e mulheres e de que modo isso opera, limitando os lugares socialmente ocupados por cada um. Considerando a visibilidade dada ao matrimônio, tem-se nele uma crença de proteção que, de maneira paradoxal, as torna mais vulneráveis.

“O casamento entre homens e mulheres, monogâmico, é das instituições com maior visibilidade na sociedade ocidental, servindo como parâmetro inclusive para as tentativas de aproximação e compreensão de novos arranjos, diferentes da norma.”
(BERTAGNOLI; FIGUEIREDO, 2017 – estudo 22)

Observando os exemplos acima, é constatado que questões relativas à desigualdade de gênero são amplamente acionadas para explicar o que torna as mulheres vulneráveis ao HIV. Tal achado reflete e reafirma que fatores de ordem individual são insuficientes na interpretação da vulnerabilidade à epidemia e demonstra a importância dada pela literatura aos processos sociais. A função do casamento, os ideais ocidentais de amor romântico, os símbolos diferenciados da sexualidade entre homens e mulheres e a dificuldade de negociação do preservativo são componentes do sistema de gênero que capilarizados justificaram a formulação dos objetos do estudo e/ou construíram os argumentos de interpretação dos resultados.

Ademais, os aspectos programáticos funcionaram como fatores explicativos, muitas vezes utilizando a via da desigualdade de gênero, visto que se reflete na política de saúde a expectativa quanto à função da maternidade, implicando em ações focadas nesse imperativo, como a política da prevenção da transmissão vertical do HIV. Apesar de sua relevância e efetividade, tal política não contempla as mulheres fora do período gravídico.

São diversas as limitações relacionadas às políticas de saúde para as mulheres, dada a herança de um saber biologizante que privilegia o âmbito materno-infantil. Cabe contextualizar que apenas em 1983, fruto da mobilização do movimento de mulheres, surge o Programa de

Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que se propunha a considerar os aspectos socio-históricos na compreensão das necessidades de saúde (COELHO *et al.*, 2009).

A trajetória das políticas de saúde para as mulheres no Brasil é marcada por avanços e retrocessos, resultante do processo de redemocratização nos anos 1980 e posteriormente os avanços do neoliberalismo na década de 1990. Com isso, em 1998 o MS retrocede em relação ao PAISM e prioriza estratégias focalizadas no pré-natal e no parto, reduzindo a integralidade da saúde da mulher à dimensão reprodutiva. A história é sempre permeada pelo debate sobre o planejamento familiar e o controle de fecundidade, ou seja, o controle sobre os direitos reprodutivos das mulheres, que muitas vezes tem sua narrativa disputada pela igreja (COSTA, 2009).

Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004) tenha objetivado avançar quanto ao escopo de demandas da população, ainda ocorre o reforço quanto à expectativa da função materna. A temática da função reprodutiva da mulher é privilegiada pelas políticas de saúde e abrange a perspectiva da prevenção ao HIV, como já amplamente discutido nesse trabalho. São diversos os prismas que tornam o contexto programático vulnerabilizante, ao salientar a função da maternidade conferida às mulheres.

O estudo 18 (ALMEIDA, 2009) mostra como a sexualidade das MSM fica inviabilizada, as deixando fora do escopo das políticas preventivas. O estudo 33 (SILVA *et al.*, 2010) faz o mesmo debate sob a ótica das mulheres idosas, fora do período reprodutivo. O estudo 37 (SOUSA *et al.*, 2008) realiza o debate de maneira ampla, expondo como a saúde da família reproduz um modelo assistencial que silencia os debates sobre a sexualidade da mulher ou o faz de maneira pontual, como na campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids.

Diante do reconhecimento dos prejuízos causados pela desigualdade de gênero e da insuficiência das políticas de saúde que, de maneira inapropriada, focam na saúde da mulher na perspectiva da reprodução, em 2007, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST (PIEFA). O Plano representou um avanço ao ter o referencial de vulnerabilidade como central em seu arcabouço, referindo o enfrentamento da aids entre mulheres a partir de sete contextos de vulnerabilidade a serem superados: as IST, a violência sexual e doméstica, as desigualdades por raça/etnia, àqueles relacionados à juventude, a pobreza, o estigma e a violação de direitos humanos. O PIEFA considerou a mobilização da sociedade em relação aos direitos políticos, sociais, econômicos, reprodutivos das mulheres, admitindo a importância de os programas de saúde da mulher não se limitarem ao componente biológico e reprodutivo (BRASIL, 2007).

Cabe reiterar a relevância da publicação do PIEFA, que demonstrou a incorporação do conceito de vulnerabilidade às ações e programas de saúde, dado o protagonismo dessa concepção naquele período. A versão revisada do Plano (2009) teve como ações estratégicas para as MVHA o fomento de parcerias com instituições acadêmicas com o objetivo de disseminar o conhecimento sobre os contextos de vulnerabilidades ao HIV/aids que as mulheres estão submetidas. O plano revisado reafirmou o compromisso de modificar os contextos de vulnerabilidade onde estão inseridas as mulheres e trouxe os resultados das estratégias regionais de implementação do plano, que foram: as oficinas regionais, os grupos de trabalho intersectorial, encontros com redes sociais, e panorama das agendas afirmativas. As estratégias do PIEFA tiveram por objetivo contemplar as mulheres em sua diversidade e suas especificidades, ou seja, deve considerar que as mulheres não são iguais e essas diferenças estão baseadas em raça, classe, idade, etnia, orientação sexual, local de moradia, maternidade, suas tradições, e se são privadas de liberdade (BRASIL, 2009).

Sendo o Brasil um país com importantes desigualdades sociais, aspectos de ordem econômica e fatores sobre relações de trabalho surgiram nos estudos como outro elemento explicativo da constituição da vulnerabilidade das mulheres ao HIV. O avanço de políticas neoliberais, que agudizam as disparidades econômicas e sociais, impactam de modo desproporcional a vida das mulheres, contribuindo para a feminização da pobreza, o que a literatura aponta como um incremento à vulnerabilidade feminina ao HIV. Há uma conexão entre pobreza e a vulnerabilidade à aids, pois tais contextos contribuem para movimento migratórios, troca de trabalho sexual por dinheiro, perfazendo situações que impulsionam a epidemia da aids (PARKER; CAMARGO, 2000).

Em estudo qualitativo que entrevistou mulheres adolescentes com diagnóstico positivo para HIV, Taquette e col. (2015) (estudo 19) destacam o baixo nível socioeconômico da população entrevistada. Ao descrever o que foi considerado como “contextos de vulnerabilidade vivenciados” não atribuiu diretamente a questão da renda. As autoras utilizaram fatores comportamentais, como o início precoce da atividade sexual, para caracterizar contextos de vulnerabilidade.

Carvalhoes e Filho (2012) (estudo 27) apontam o que denominam de “condições sociais de risco” para caracterizar a exclusão social e as iniquidades de renda como aspectos que diminuem a capacidade dos sujeitos de se protegerem. Os autores associam a disparidade de renda com a valoração do casamento e da maternidade, o que justificou a vulnerabilidade das mulheres do estudo ao HIV por estarem em relações estáveis, onde foram infectadas por seus

parceiros fixos. O debate não é feito sob a lente da pobreza como estruturante direta da epidemia, e sim como um catalisador de outros processos sociais e culturais que produzem a vulnerabilidade das mulheres ao HIV no contexto ocidental.

“Nas concepções sobre as relações afetivo-conjugais, os relatos evidenciam referências do universo cultural do mundo ocidental que se apresentam de forma mais rígida nas classes populares brasileiras.” (CARVALHAES; FILHO, 2012 – estudo 27)

A abordagem realizada no estudo 32 (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010) relaciona diretamente renda com a vulnerabilidade ao HIV:

“Resultados de diversos estudos têm mostrado uma estreita correlação entre indicadores socioeconômicos desfavoráveis e o aumento da incidência do HIV/aids, doença que vem contagiando, em maior medida, indivíduos caracterizados por baixa escolaridade e nível de renda e residência em áreas geográficas com baixo índice de desenvolvimento humano.” (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010 – estudo 32)

O estudo utiliza a complexidade própria do quadro conceitual de vulnerabilidade ao considerar de modo multifatorial a interação entre renda, gênero e classe na dinâmica da epidemia, avaliando como se manifestam em duas cidades diferentes, Recife e Belo Horizonte. Diante do exposto pela pesquisa, fica evidenciado que questões de raça e gênero são eixos estruturantes dos processos de iniquidades. Na realidade brasileira, a raça e classe demonstram ter uma relação muito aproximada, isto é, pessoas negras muitas vezes são também aquelas que estão em desvantagem econômica na sociedade, como fica ilustrado no trecho a seguir:

“No que se diz respeito à raça/cor, as brancas estão sempre associadas aos perfis de melhor situação socioeconômica em ambos os municípios. Tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, as mulheres com maior probabilidade de serem brancas são também aquelas com maior probabilidade de ter escolaridade mais elevada, possuir plano de saúde, ter tido parceiro estável no ano anterior à pesquisa e ter poder na relação sexual.” (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010 – estudo 32)

Reflexões acerca da dinâmica de opressões estabelecida entre raça e classe como produtora de um incremento na vulnerabilidade também são abordadas por Lopes e col. (2007) (estudo 38). Segundo os autores há uma maior incidência da aids nos grupos sociais que são historicamente excluídos. A partir da comparação entre dois grupos de mulheres, negras e não negras é observado que o primeiro grupo tinha menor renda e exercia sobrecarga de trabalho maior que as mulheres não negras.

“As mulheres negras entrevistadas eram detentoras de pior status socioeconômico, seja no que dizia respeito à escolaridade, ao rendimento mensal individual ou familiar per capita, ou às condições de moradia (...) Particularmente, no contexto de soropositividade para o HIV, a responsabilidade pelo sustento financeiro e moral dos membros da família pode potencializar a vulnerabilidade feminina.” (LOPES *et al.*, 2007 – estudo 38)

Os achados revelam ainda a dimensão programática da vulnerabilidade a que estão submetidas as mulheres negras, dado que ocorreu um acesso precário ao serviço de saúde, indicando fissuras na integralidade no atendimento e o racismo estrutural perpetrado nos dispositivos de saúde:

“As mulheres negras, quando comparadas às demais entrevistadas, foram atendidas em menores proporções por odontólogos, médico de outra especialidade (não infectologista ou ginecologista), outro profissional, e por nutricionista.” (LOPES, *et al.* 2007 – estudo 38)

As reflexões trazidas na pesquisa de Lopes e col. (2007) relembram o caráter complexo e multidimensional do conceito de vulnerabilidade para a interpretação da epidemia. Os dados expostos demonstram que não há como simplificar as interpretações sob o viés do gênero sem que haja uma compreensão dos demais fatores sociais que se interseccionam e estabelecem diferentes níveis de vulnerabilidade. Ao comparar dois grupos de mulheres, foi possível explorar a interação entre diferentes marcadores sociais, contribuindo para ampliar a abrangência do debate para a formulação de estratégias sensíveis às desigualdades postas.

Assim como no estudo 38, no artigo 36 (SANTOS *et al.*, 2009) há a comparação entre dois grupos de mulheres, MVHA e MNVHA. Santos e col. (2009), em estudo quantitativo, avaliam a questão socioeconômica, aferida pelo grau de escolaridade, sob o prisma de que existe uma desigualdade econômica em que MVHA estão em situação menos privilegiada do que homens soropositivos e que MNVHA. O que reafirma a dinâmica existente entre gênero e classe, mostrando o HIV como uma epidemia que está imbricada ao contexto socioeconômico.

Além de aspectos relacionados à renda, não é possível debater contextos de vulnerabilidade sem considerar relações de trabalho, dado o modelo capitalista que molda as relações sociais, inclusive as relações de gênero. O estudo 21 (LEITE *et al.*, 2015) aborda essa temática a partir da ausência de proteção trabalhista conferida às prostitutas e o artigo 35 (OLIVEIRA, 2009) salienta a divisão sexual do trabalho como um produtor de vulnerabilidade.

A pesquisa de Leite e col. (2015) (estudo 21) sobre a vulnerabilidade de prostitutas ao HIV, descreve a necessidade de olhar para as questões financeiras e trabalhistas na direção de

tornar possível concretizar intervenções efetivas; tendo em vista que o contexto de prostituição envolve mais que troca sexual, e inclui o componente material. Tais reflexões reiteram que as ações de prevenção devem avançar do nível individual para um contexto estrutural. A prevalência do HIV continua maior entre as prostitutas em relação à população geral e as políticas seguem focando no uso do preservativo e na testagem, ou seja, em dimensões comportamentais. Os autores ilustram, no trecho a seguir, questionamentos que demonstram como contextos de trabalho fragilizados conferem menor proteção social a essa população.

“Por exemplo, quais são os fatores do ambiente do trabalho que fazem com que a vulnerabilidade ao HIV aumente com o tempo na profissão? Há uma relação entre os ganhos da prostituta e o recebimento do dinheiro diretamente do cliente ou pelo gerente local? A polícia tem prendido mulheres trabalhando? A presença de camisinhas é utilizada pela polícia para caracterizar o local como prostíbulo?” (LEITE *et al.*, 2015 – estudo 21)

A partir de outro ângulo, mas que igualmente traz questões de ordem trabalhista, Oliveira (2009) (estudo 35) discursa sobre a divisão sexual do trabalho e suas contribuições para contextos de vulnerabilidade. Seus argumentos reiteram o modo como pessoas em desvantagem social são privadas de acessar bens simbólicos, como o direito à saúde e de que maneira essa desvantagem se torna proeminente em mulheres devido, entre outros fatores, à sobrecarga de trabalho.

“(…) de um lado, pessoas que dispõem de recursos sociais, materiais e simbólicos para garantir acesso e continuidade do uso de serviços de saúde e adesão ao tratamento. De outro, outras com acesso limitado a tais recursos, o que pode incrementar ainda mais sua vulnerabilidade ao adoecimento associado à AIDS.” (OLIVEIRA, 2009 – estudo 35)

“Mas a dificuldade de acesso diante do fator distância e tempo gasto no serviço era vivido intensamente por usuárias mães de filhos pequenos, particularmente por aquelas que não dispunham de: apoio social para a criação dos mesmos; renda suficiente para pagar a alguém para cuidar deles; e que viviam em bairros periféricos e com alto índice de criminalidade.” (Idem)

A autora argumenta o quanto o trabalho invisível realizado pelas mulheres – mãe e dona de casa – afeta seu acesso ao serviço de saúde e, desse modo, as torna mais vulneráveis ao HIV. Para além do que fora apresentado, a carga de trabalho das mulheres em profissões pouco qualificadas e de remuneração baixa dificulta o acesso a bens materiais e simbólicos.

Como desdobramento desse trabalho, cabe ampliar o escopo da literatura analisada para além no âmbito nacional e aprofundar a reflexão sobre os aspectos de gênero e sexualidade que produzem a vulnerabilidade das mulheres. Ademais, poderia ser melhor explorado se o conceito de vulnerabilidade nos estudos sobre a epidemia da aids contribuiu para se avançar na construção de novas práticas e políticas de saúde, para além do PIEFA, que foi publicado em um contexto político que favoreceu as políticas públicas afirmativas, mas que em anos recentes foi descontinuado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de vulnerabilidade, formulado por Mann e col. nos anos 1990 e incorporado ao contexto brasileiro por Ayres e col., ganhou visibilidade e relevância na trajetória e interpretação da dinâmica da epidemia de HIV/aids. Cabe lembrar que as noções de grupo e comportamento de risco, além de não serem capazes de elucidar o avanço da aids entre segmentos populacionais fora de “risco”, fomentaram o estigma e preconceito às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Desse modo, o referencial conceitual sobre vulnerabilidade foi formulado com o intuito de compreender a epidemia à luz dos direitos humanos, considerando a interação entre fatores individuais, sociais e programáticos na produção da vulnerabilidade ao HIV. Ademais, amplia a compreensão da dinâmica de disseminação da aids em contextos diversos para além do paradigma de risco, que tende a focalizar a dimensão probabilística e desconsiderar aspectos da determinação social na construção da epidemia.

Dada a importância da incorporação desse quadro conceitual nos estudos sobre aids, esta dissertação teve como propósito analisar como se deu o uso da concepção de vulnerabilidade na produção científica nacional sobre HIV/aids e mulheres no período de 1990 a 2018. Tendo por base uma revisão bibliográfica de escopo na base de dados Scielo foram selecionados 39 artigos. A partir da leitura e análise desse conjunto de textos buscou-se identificar o conceito e a operacionalização das dimensões da vulnerabilidade abordados na produção acadêmica e quais elementos foram acionados para explicar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Do total de 39 artigos, 22 foram classificados como tendo feito um uso consistente do conceito de vulnerabilidade, 9 como uso parcial e 8 como uso inconsistente.

A análise da literatura selecionada revelou que as populações estudadas são diversas, mostrando o caráter não homogêneo e as especificidades existentes nos segmentos populacionais da categoria mulher. Foram identificados estudos sobre mulheres negras, quilombolas, prostitutas, usuárias de drogas, lésbicas/MSM, idosas, gestantes, entre outras. No entanto, na maior parte dos artigos a população foi classificada como mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA), sem nenhuma característica adicional. No que tange à descrição das temáticas, foi observado que assuntos relacionados à dimensão social da vulnerabilidade foram privilegiados, como as desigualdades sociais, raciais e de gênero, violência e estigma, bem como a ausência de políticas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos.

Outro aspecto refere-se à quantidade maior de estudos que investigaram questões sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV (da mãe infectada para o bebê). Tal quantitativo de

algum modo reflete a prioridade da política brasileira de aids para a população de mulheres, por meio da oferta da testagem do HIV no pré-natal e parto em todo território nacional. Embora seus avanços sejam significativos e oportunos na prevenção e controle da transmissão vertical, os estudos salientaram que essa política focaliza apenas as mulheres no período reprodutivo. Desse modo, seriam necessárias políticas de prevenção complementares capazes de incorporar as mulheres que estão fora do período gravídico-reprodutivo ou que não têm o desejo da maternidade. É oportuno lembrar que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (PIEFA) considerou as especificidades dos diversos segmentos populacionais de mulheres com suas distintas necessidades. Ademais, estruturou suas diretrizes em diálogo com a sociedade civil, os movimentos sociais e os profissionais de saúde e compreendeu a vulnerabilidade como um contexto e não como uma característica inata às mulheres. Todavia, em anos recentes essa política foi descontinuada.

No que se refere a conceituação da vulnerabilidade foi observada a ênfase da literatura revisada na importância da contribuição do seu caráter multidimensional, pelo fato de possibilitar a análise das relações intersubjetivas em interação com o contexto social. Tal enfoque é descrito como um avanço em relação às noções de grupos de risco e comportamentos de risco. Nessa direção alguns artigos assinalaram as relações entre a precarização do SUS e as condições de vulnerabilidade ao HIV. Embora se trate de um sistema de saúde universal, a não consolidação plena do SUS impacta no acesso desigual da população aos seus dispositivos materiais e simbólicos; contexto que fica agudizado em populações de classes sociais mais desfavorecidas.

O racismo institucional foi igualmente evidenciado como produtor de vulnerabilidade em estudos sobre mulheres negras, reificando a necessidade de mudanças estruturais para um verdadeiro enfrentamento da epidemia, sem abandonar o horizonte dos direitos humanos. Outro desafio de ordem programática, reiterada pela literatura, diz respeito à formação dos profissionais de saúde, ainda muito centrada em aspectos biomédicos, o que reflete na ausência do debate sobre a sexualidade das mulheres nas ações e serviços de saúde, principalmente quando se trata das mulheres idosas e das lésbicas/MSM. Tais reflexões atestam a importância da formulação de políticas de enfrentamento como o PIEFA, como referido acima.

A avaliação de dados clínicos e fatores biológicos associados à maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV foram pouco explorados nas análises sobre o avanço da epidemia. Os estudos que abordaram a vulnerabilidade individual, ressaltaram de que modo essa dimensão está articulada aos fatores sociais, como indica o impacto da escolaridade e da renda para o

acesso à saúde e práticas preventivas, como o uso do preservativo. Tais discussões apontam de que modo o conceito de vulnerabilidade tem contribuído para que os fatores sociais ganhem espaço na compreensão da epidemia entre diferentes populações e contextos sociais.

No que tange à operacionalização da dimensão social na interpretação da vulnerabilidade das mulheres ao HIV, a assimetria entre os gêneros e seus desdobramentos foram os principais fatores explicativos. Outra dimensão explorada refere-se às implicações da ausência do debate sobre a sexualidade feminina na sociedade e a associação do preservativo à contracepção. Tais aspectos foram referidos para explicar como as mulheres fora do período reprodutivo e as mulheres que fazem sexo com mulheres não têm sido contempladas nas políticas preventivas sobre HIV e outras DST. Como já dito, prevalece o foco na prevenção da transmissão vertical do HIV.

O contexto laboral igualmente foi destacado como um dos fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Situações de informalidade e precarização da atividade ocupacional, associada à responsabilidade pelo trabalho doméstico e pelo cuidado dos filhos, impactam no autocuidado e no acesso aos meios de prevenção. No caso das mulheres trabalhadoras do sexo, a não garantia dos direitos trabalhistas, somada a situações de violência física e/ou sexual a que são submetidas, ampliam a vulnerabilidade ao HIV. Cabe reiterar que a violência atinge as mulheres em diferentes camadas quando se considera a dinâmica de opressões a que determinados segmentos populacionais são submetidos. As mulheres negras sofrem dupla discriminação, de gênero e racial; a desigualdade econômica, igualmente configura um contexto que favorece a produção da vulnerabilidade, dado que implica na diferenciação de acesso a bens materiais e simbólicos, como a saúde e a informação.

Em suma, foi observado que o aspecto multifatorial do conceito de vulnerabilidade foi explorado pela literatura revisada a partir das reflexões sobre a relação entre a estrutura e as relações intersubjetivas. A história do conceito aponta que no contexto norte-americano, local de sua gênese, essa concepção teve o papel de vocalizar respostas do Estado para o problema da aids. Tal uso, em determinados contextos, pode ser importante para assegurar a garantia de direitos; mas, é necessário buscar garantir a agência individual e coletiva, não reforçando o papel de tutela do Estado sob determinados segmentos populacionais, como reitera Kippax e col. (2013). Os autores alertam que o conceito de vulnerabilidade pode minimizar a capacidade de agência humana ao centralizar o papel das desigualdades como modulador da capacidade de construção de respostas. Mesmo reconhecendo as limitações na formulação de uma agência comunitária, relembram a importância histórica da mobilização das comunidades no incentivo

ao diálogo coletivo para a construção e modificação de práticas, como práticas sexuais seguras. Desse modo, se faz importante não esvaziar o sentido dos conceitos ao incorporá-los em determinados campos.

A despeito do esforço da incorporação do quadro conceitual da vulnerabilidade nos estudos sobre mulheres e aids, cabe ressaltar que nos artigos revisados não foram identificadas pesquisas de avaliação de intervenções voltados para a modificação de um contexto de vulnerabilidade ou formulação de ações de saúde. Ademais, poucos estudos (n=5) articularam as três dimensões do conceito em suas análises. Dado que o conceito tem como um de seus principais aspectos a explicação da vulnerabilidade como a constante interação entre as dimensões individual, social e programática, tal achado demonstra a dificuldade de operacionalização da capacidade analítica dessa concepção. Em parte, isso pode ser explicado pelo fato de pesquisas mais amplas, que poderiam abranger as três dimensões, envolverem custos e períodos mais longos. Pode igualmente indicar o desafio da aplicabilidade do conceito em sua totalidade nas pesquisas.

Outra lacuna refere-se à ausência de reflexões críticas sobre o conceito. Em referência ao que Higgins e col. (2010) denominam de *paradigma da vulnerabilidade*, não foram identificadas reflexões sobre a importância de deslocar as mulheres de uma posição simplificada de vítimas da epidemia. Convém lembrar que as ações de superação da vulnerabilidade devem caminhar juntas com a formulação de possibilidades de construção da agência comunitária e considerar as mulheres como sujeitos de desejos, na direção de possibilitá-las esse exercício.

Por fim, vale reiterar que o conceito de vulnerabilidade, ao ganhar importância, foi incorporado nas políticas e diretrizes sobre aids, significando um avanço haja vista sua constituição alinhada aos princípios dos direitos humanos e da solidariedade. Entretanto, em anos recentes esse quadro conceitual vem perdendo protagonismo dentro da política de enfrentamento à aids.

Nessa direção, cabe salientar que as atuais diretrizes de enfrentamento à epidemia no Brasil estão centradas na oferta de testes e medicamentos. Tal enfoque não tem contemplado as mudanças estruturais e os princípios solidários que construíram a resposta brasileira nos primeiros anos da epidemia. Segundo Seffner e Parker (2016), isso significa o desperdício da experiência brasileira acerca da política pública de aids, que tem em seu histórico o enfrentamento baseado em valores de solidariedade, experiência marcada pelo esforço de

pensar sob a luz da determinação social do processo saúde-doença que implicou falar sobre: homossexualidade, prostituição, direitos humanos, a legislação de patentes e a defesa do SUS.

Ademais, movimentos sociais denunciam outros retrocessos do atual governo federal, como a modificação da estrutura do Ministério da Saúde que extinguiu o “Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais”, passando a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”, simbolizando a invisibilidade dada à política de aids, retrocedendo em relação aos direitos conquistados pela organização da sociedade civil e dos movimentos sociais.

Tal quadro fica agravado pelo contexto político moralizante, ilustradas pelas atuais recomendações do governo brasileiro para a prevenção da gravidez e da transmissão de IST/aids, como a recente campanha de abstinência sexual. Essa conjuntura significa um retrocesso em relação ao debate e a experiência sobre a construção coletiva de práticas preventivas, reiterando a importância do resgate das contribuições do quadro conceitual de vulnerabilidade. Nessa direção, fez-se necessário retomar as dimensões evidenciadas pelo quadro conceitual de vulnerabilidade nos debates sobre a epidemia e na construção contínua de respostas que vislumbrem modificações estruturais e avance na constituição de ações e políticas de saúde que considere as vozes dos sujeitos.

Por fim, esse trabalho traz como contribuições no campo da saúde coletiva a importância e as limitações dos usos de um conceito que modificou a interpretação da epidemia da aids, a partir da investigação da literatura nacional sobre o campo sanitário. Os achados reforçaram a importância de resgatar as contribuições desse quadro conceitual para uma interpretação fidedigna dos aspectos individuais, programáticos e estruturais que definem a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Sobretudo relembra os desafios e a permanente luta por um sistema de saúde público que considere a integralidade dos sujeitos, as desigualdades sociais e caminhe na direção da solidariedade.

A despeito dos achados assinalados, é importante reconhecer as limitações desse estudo pelo fato de estar restrito à análise da literatura nacional e a busca em uma única base de dados. Temos ciência que as reflexões apresentadas acerca das contribuições conceituais do quadro de vulnerabilidade, não esgotam as possibilidades de seus usos enquanto ferramenta analítica nos estudos sobre mulheres e HIV/aids. Portanto, seria oportuno realizar no futuro uma ampliação da literatura avaliada e um aprofundamento sobre o que caracteriza as três dimensões da vulnerabilidade. Tal análise é pertinente tendo em vista a alteração do contexto social no que tange às políticas de saúde e de seguridade social no Brasil e as modificações em curso sobre

as diretrizes de enfrentamento à aids. Faz-se importante compreender como vem se modificando as práticas coletivas de cuidado, as ações de saúde e o trabalho dos profissionais no que diz respeito ao enfrentamento e as intervenções na direção de superar contextos de vulnerabilidade em uma conjuntura que as agudiza.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. DE; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2115–2123, out. 2006.
- ALBUQUERQUE, V. S.; MOÇO, E. T.-S. M.; BATISTA, C. S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. p. 12, 2010.
- ALEXANDER, D. Modelos de vulnerabilidade social a desastres. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.93, p.9-29, 2011.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301–331, 2009.
- ALVES, M.F.P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.2, p.429-39, 2003.
- ANDRADE, J. E. O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 18, p. 265-300, 2015.
- AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. DE F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 51–60, jan. 2018.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saude Soc.**, v.18, n.2, p.11-23, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS** (II Seminário). AIDS, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 32, 34.
- BARBOSA, R. M. **Feminismo e aids**. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org) Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA/IMS/UERJ, p. 153-165, 1996.

BARROSO, M. T. **Mapeamento da Produção Científica Nacional sobre Mulheres e HIV/aids no período de 1990 a 2017**. 2018. 123 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.

BASTOS F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 104 pp. (Coleção Temas em Saúde).

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. suppl 1, p. S65–S76, 2000.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERKMAN, A. *et al.* A critical analysis of the Brazilian response to HIV/Aids: Lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. **Amer. J. Pub. Healthy**, v.95, n.7, p.1162-72, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2017.

BRASIL Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST**. Análise da situação atual e proposta de monitoramento. VILLELA, W. V. (Consultora). Brasília, outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST (versão revisada)**. Brasília, março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST**. Brasília, março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2006.

BRASIL (ED.). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed ed. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRITO, A. M. DE; CASTILHO, E. A. DE; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207–217, abr. 2001.

BROWN, K.; ECCLESTONE, K.; EMMEL, N. The Many Faces of Vulnerability. **Social Policy and Society**, v. 16, n. 3, p. 497–510, jul. 2017.

CAJADO, L. C. DE S.; MONTEIRO, S. Movimento social de mulheres com HIV/AIDS: uma experiência entre cidadãs “positivas” do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3223–3232, out. 2018.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 26 mar. 2018.

CASTEL, R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.

CHAUÍ, M. DE S. **Convite a filosofia**. São Paulo: Ática, 2012.

COELHO, E. DE A. C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154–160, mar. 2009.

CORREA, Sonia and PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis** [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp.147-17.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073–1083, ago. 2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. DE. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2009.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1557–1570, jun. 2000.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. DE L.; SOUZA, L. DO R. DE. Vulnerability of women living with HIV/aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 68–75, jan. 2014.

FELICIANO, K. V. DE O.; KOVACS, M. H. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 2, p. 157–165, ago. 2002.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. suppl 3, p. S333–S343, 2007.

FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. suppl 1, p. 84–97, jun. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FRY, P. H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 497–507, mar. 2007.

GALVÃO, J. Invoking Rights and Ethics in Research and Practice. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 7, p. 7, 2005.

GONDIM, R. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 37–50, jan. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Guanabara: Rio de Janeiro, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2004.

GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre Aids no Brasil. *In*: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1996.

GRANGEIRO A, SILVA L, TEIXEIRA PR. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos**

movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(1): 87–94.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews, *Maria J. Grant & Andrew Booth.* **Health Information & Libraries Journal**, v. 26, n. 2, p. 91–108, jun. 2009.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 suppl, p. 50–60, ago. 2002.

HIGGINS, J. A.; HOFFMAN, S.; DWORKIN, S. L. Rethinking Gender, Heterosexual Men, and Women’s Vulnerability to HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 3, p. 435–445, mar. 2010.

HIRATA, H.; ZARIFIAN, P. Trabalho (conceito de), em HIRATA, Helena *et al.* (orgs.). **Dicionário crítico do feminismo.** São Paulo: Editora Unesp, 2009.

JEWKES, R.; MORRELL, R. Sexuality and the limits of agency among South African teenage women: Theorising femininities and their connections to HIV risk practises. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 11, p. 1729–1737, jun. 2012.

KERR-CORRÊA, F. *et al.* Hazardous alcohol use among transwomen in a Brazilian city. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

KIPPAX, S. *et al.* Between Individual Agency and Structure in HIV Prevention: Understanding the Middle Ground of Social Practice. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 8, p. 1367–1375, ago. 2013.

LENOIR, R. Objet sociologique et probleme social. In P. Champanhe, R. Lenoir, D. Merllié & L. Pinto (Eds.), **Initiation à la Pratique Sociologique.** (2.^a ed., pp.51- 100). Paris: Dunod., 1996.

LIMA, M.; SCHRAIBER, L. B. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, p. 947–960, 2013.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. suppl 2, p. 39–46, dez. 2007.

LÓPEZ, L. C. **Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero.** São Paulo, Saude soc., 20(3): 590- 603, 2011.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C. DE. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, 22 out. 2018.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 349–369, 2009.

MANN, J; TARANTOLA, D; NETTER, T. (orgs). **A Aids no mundo**. Abia, IMS/UERJ e Relume Dumara, 1993.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

MONTEIRO, S. S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1793–1807, maio 2019.

MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, p. 905–926, dez. 2013.

MORAES, L. F. R. DE; MAESTRO FILHO, A. D.; DIAS, D. V. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. 2, p. 57–71, jun. 2003.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319–324, abr. 2007.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237–250, 27 mar. 2015.

OSTRACH, B.; SINGER, M. At special risk: Biopolitical vulnerability and HIV/STI syndemics among women. **Health Sociology Review**, v. 21, n. 3, p. 258–271, set. 2012.

PAIVA, V. *et al.* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1609–1619, dez. 2002.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. suppl, p. 109– 119, abr. 2006.

PALMA, D. M.; ORCASITA, L. T. Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 1031–1038, 20 jul. 2017.

PARKER, R. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS Epidemic. p. 17, 2011.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. DE. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. suppl 1, p. S89–S102, 2000.

PARKER, R. G.; GALVÃO, J. (EDS.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: ABIA : IMS/UERJ : Relume Dumará, 1996.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Abia, 1993.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews: **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 141–146, set. 2015.

PIMENTA, C.; SOUTO, K. (Org.). **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. **Silenciosa conveniência: mulheres e aids**. Brasília. Revista Brasileira de Ciência Política, (11): 119-141, 2013.

RODRIGUES, L. S. A. *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, n. 2, p. 349–355, abr. 2012.

RODRIGUES-JUNIOR, Antonio Luiz and CASTILHO, Euclides Ayres de. **A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2004, vol.37, n.4, pp.312-317.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s321–s333, 2009.

SANTOS, N. J. S. *et al.* A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 3, p. 286–310, dez. 2002.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 15-26, 1999.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 293–304, 16 fev. 2016.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 177–188, 18 maio 2017.

SINGER, M. **Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health**. 1st ed ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009.

TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19 (2), p.51-62, 2010.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R.M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(1):87-96, 2017

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 531–540, set. 2015.

UNAIDS. **The Gap Report**. 2014. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf Último acesso em: 17 de fevereiro de 2020.

UNAIDS. **Global AIDS update 2019** — Communities at the centre. 2019.

VICTORIA, C. G., *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

XAVIER, I. M. Doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/aids: enfermagem discutindo essas ligações perigosas para mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p.18-26, 2001

WATTS, M. J.; BOHLE, H. G. The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine. **Progress in Human Geography**, v. 17, n. 1, p. 43–67, mar. 1993.

WEBER, M. **Ensaios de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WISNER, B. Marginality and vulnerability. **Applied Geography**, v. 18, n. 1, p. 25–33, jan. 1998.

ANEXO A: RELAÇÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CORRESPONDENTES AO CONJUNTO DE ESTUDOS ANALISADOS

- 1- CECHIM, P. L.; PERDOMINI, F. R. I.; QUARESMA, L. M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 519–523, out. 2007.
- 2- GUBERT, F. DO A. *et al.* Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às DST/HIV: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 794–802, dez. 2010.
- 3- DINIZ, N. M. F. *et al.* Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 7–12, fev. 2007.
- 4- PREUSSLER, G. M. I.; MICHELETTI, V. C. D.; PEDRO, E. N. R. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 699–701, dez. 2003.
- 5- SILVEIRA, M. F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670–677, dez. 2002.
- 6- PAIVA, V. *et al.* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1609–1619, dez. 2002.
- 7- ALVES, R. N. *et al.* Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 suppl, p. 32–39, ago. 2002.
- 8- PAIVA, M. S. A feminilização da AIDS: uma questão de gênero? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p. 7–13, mar. 1999.
- 9- MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, p. 905–926, dez. 2013.
- 10- VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 531–540, set. 2015.
- 11- SILVA, C. M. DA *et al.* Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 568–576, 2018.
- 12- MISUTA, N. M. *et al.* Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 2, p. 197–205, mar. 2008.

- 13- CAJADO, L. C. DE S.; MONTEIRO, S. Movimento social de mulheres com HIV/AIDS: uma experiência entre cidadãs “positivas” do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3223–3232, out. 2018.
- 14- TRIGUEIRO, D. R. S. G. *et al.* AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 554–561, ago. 2016.
- 15- KRIMBERG VON MUHLEN, B.; SALDANHA, M.; NEVES STREY, M. Mulheres e o HIV/AIDS: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 2, 22 fev. 2015.
- 16- NASCIMENTO, A. M. G. DO; BARBOSA, C. S.; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 77–86, mar. 2005.
- 17- FELICIANO, K. V. DE O.; KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 4, p. 393–400, dez. 2003.
- 18- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301–331, 2009.
- 19- TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. DE O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 324–329, maio 2015.
- 20- SOUSA, R. M. R. B. *et al.* Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 423–428, dez. 2017.
- 21- LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 7–25, set. 2015.
- 22- BERTAGNOLI, M. S. F. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. Gestantes Soropositivas ao HIV: Maternidade, Relações Conjugais e Ações da Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 981–994, dez. 2017.
- 23- PINHO, A. DE A.; CABRAL, C. DA S.; BARBOSA, R. M. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 18 dez. 2017.
- 24- SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 602–618, set. 2016.

- 25- DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. DE L.; SOUZA, L. DO R. DE. Vulnerability of women living with HIV/aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 68–75, jan. 2014.
- 26- VON ZUBEN, J. V.; RISSI, M. R. R.; GUANAES-LORENZI, C. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 211–221, jun. 2013.
- 27- CARVALHAES, F. F. DE; TEIXEIRA FILHO, F. S. Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 377–398, ago. 2012.
- 28- RODRIGUES, L. S. A. *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, n. 2, p. 349–355, abr. 2012.
- 29- SILVA, G. A.; REIS, V. N. DOS. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1439–1458, 2012.
- 30- RISCADO, J. L. DE S.; OLIVEIRA, M. A. B. DE; BRITO, Â. M. B. B. DE. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. suppl 2, p. 96–108, dez. 2010.
- 31- ALBUQUERQUE, V. S.; MOÇO, E. T.-S. M.; BATISTA, C. S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. p. 12, 2010.
- 32- MIRANDA-RIBEIRO, P. *et al.* Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/ aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. p. 15, 2011.
- 33- SILVA, C. M.; LOPES, F. M. DO V. M.; VARGENS, O. M. DA C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 450–457, set. 2010.
- 34- BOTTI, M. L. *et al.* Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS: um estudo bibliográfico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 79–86, mar. 2009.
- 35- OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s259–s268, 2009.
- 36- SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s321–s333, 2009.

- 37- SOUSA, M. DA C. P. DE; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. DO; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 58–68, jun. 2008.
- 38- LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. suppl 2, p. 39–46, dez. 2007.
- 39- OLIVEIRA, J. F. DE; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 625–631, dez. 2007.