



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO BIOMEDICINA**

**ÍTALA HAUANNE ARAÚJO SILVA**

**CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE FEMININA  
ASSOCIADOS AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV-1**

**SALVADOR – BA**

**2019**

**ÍTALA HAUANNE ARAÚJO SILVA**

**CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE FEMININA  
ASSOCIADOS AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV-1**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Bahiana de  
Medicina e Saúde Pública, como parte  
dos requisitos para obtenção do título de  
Bacharel em Biomedicina.

Orientadora: M.e. Laise Eduarda Paixão  
de Moraes

**SALVADOR – BA**

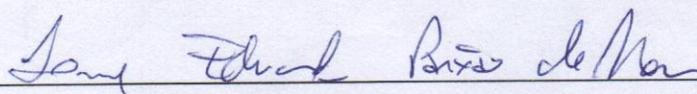
**2019**

**ÍTALA HAUANNE ARAÚJO SILVA**

**CONTEXTO DE VULNERABILIDADE FEMININA ASSOCIADOS AO RISCO DE  
INFECÇÃO POR HIV-1**

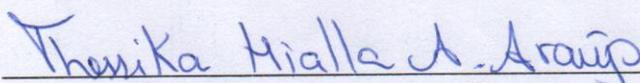
Este artigo foi julgado adequado à obtenção do grau de Bacharel em Biomedicina e aprovado em sua forma final pelo Curso de Biomedicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Salvador – BA, 07 de novembro de 2019.



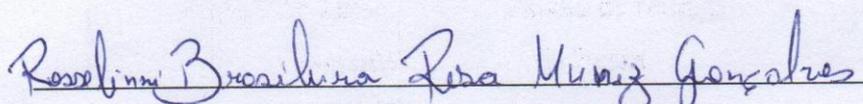
Profa. M.e Laise Eduarda Paixão de Moraes

Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Thessika Hialla Almeida Araújo

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



Profa. M.e Rosselinni Brasileira Rosa Muniz Gonçalves

Universidade Federal da Bahia

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me dado força para superar as adversidades encontradas ao longo desta jornada. Aos meus pais, por serem meu ponto de refúgio e por contribuírem para minha formação acadêmica. À minha orientadora, pelos conselhos, por compartilhar seus conhecimentos e pelo suporte em cada etapa deste trabalho, sempre me orientando da melhor forma possível. Aos meus amigos, pelo apoio e por tornarem os dias mais leves e agradáveis durante toda a graduação.

## RESUMO

Devido à ampla e complexa cadeia de determinantes para a infecção por HIV-1, faz-se necessária a discussão a respeito de grupos populacionais que necessitam maior atenção à saúde. Com a finalidade de delinear o cenário de vulnerabilidade em que as mulheres estão inseridas, esta revisão sistemática propõe discutir os contextos de vulnerabilidade feminina que são associados ao risco de infecção por HIV-1. Para tal, foi realizada uma busca de artigos publicados em bases de dados PubMed e SciELO, e os achados foram avaliados de acordo com as recomendações do protocolo PRISMA. Foram encontrados 38 artigos, publicados no período entre 2002 e 2019. A partir desta revisão sistemática, foi possível evidenciar uma frequência de vulnerabilidades entre os estudos que tornam as mulheres mais susceptíveis a infecção por HIV-1. Com isto, é indispensável uma maior atenção à população feminina, dado que é de suma importância que as mulheres sejam ouvidas e tenham maior poder e autonomia, a fim de que juntas, elas possam reverter o cenário de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** vulnerabilidade, HIV, mulher.

## **ABSTRACT**

Due to the wide and complex chain of determinants for HIV-1 infection, it is necessary to discuss population groups that need better health care. In order to trace the vulnerability scenario whereupon the women are inserted, this systematic review proposes to discuss the contexts of female vulnerability are associated with the risk of HIV-1 infection. For this, we performed a search of articles published in PubMed and SciELO databases, and evaluated according to the recommendations of the PRISMA protocol. We found 38 articles, published between 2002 and 2019. From this systematic review, it was possible to highlight a frequency of vulnerabilities among studies that make women more susceptible to HIV-1 infection. In this sense, more attention to the female population is indispensable, given that it is of utmost importance that women are heard and have greater power and autonomy, so that together they can reverse the scenario of vulnerability.

**Keywords:** vulnerability, HIV, woman

## 1 INTRODUÇÃO

O HIV-1 é o agente causador de uma doença de progressão lenta, caracterizada pela ativação crônica das células T CD4<sup>+</sup> até a exaustão celular. A supressão da resposta imune dos indivíduos infectados por HIV-1 resulta em uma maior susceptibilidade à infecções secundárias por patógenos oportunistas e ao desenvolvimento de neoplasias malignas; e este processo é conhecido como aids<sup>1</sup>.

De acordo com o boletim epidemiológico do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, reportado em 2018, existem cerca de 36,9 milhões de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no mundo, das quais 18,2 milhões de pessoas são mulheres<sup>2</sup>. No Brasil, 247.795 mil casos de infecção por HIV-1, e dentre estes, 77.812 mil são mulheres<sup>3</sup>.

Devido à ampla e complexa cadeia de determinantes para a infecção por HIV-1, faz-se necessária a discussão a respeito de grupos populacionais que necessitam maior atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como populações-chave os indivíduos que possam ter comportamento de alto risco para infecção por HIV-1: homens que fazem sexo com homens; pessoas trans; pessoas que usam drogas injetáveis; pessoas privadas de liberdade e profissionais do sexo<sup>4</sup>. Atrelado ao comportamento de alto risco para infecção por HIV-1, fatores socioculturais, políticos e econômicos também estão associados à estas populações-chave<sup>5</sup>.

Segundo Duarte et al<sup>6</sup>, existem três esferas do conhecimento da vulnerabilidade: a esfera individual, a qual é inerente às características como a percepção de risco, autoproteção, e autopreservação; a esfera social, a qual leva em consideração o meio em que o indivíduo está inserido, como a cultura, educação, estrutura econômica e política; e a esfera programática, com implicações ao acesso para programas e serviços de prevenção e controle de doenças.

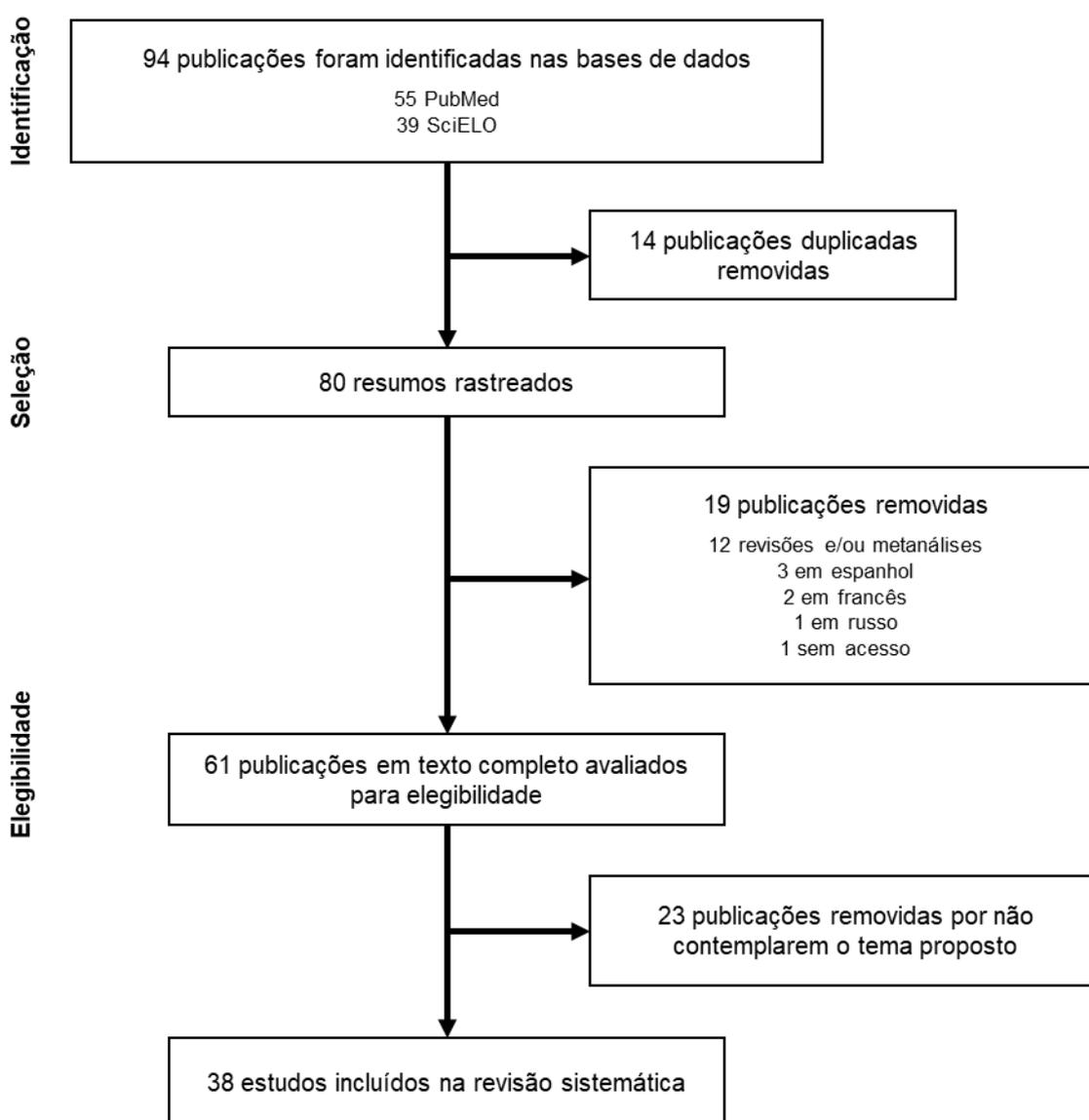
Entretanto, em relação às mulheres, podemos encontrar um leque de questões de vulnerabilidades e exposição ao risco de infecção por HIV-1, sendo elas: a anatomia e fisiologia da mucosa vaginal, ser profissional do sexo, usuária de drogas, discriminação de gênero, casos de violência contra a mulher, sexo sem o uso de preservativos e falta de informação (transmissão, prevenção e profilaxia)<sup>7</sup>. Com base no demonstrado, esta revisão sistemática tem como finalidade o delineamento do cenário de vulnerabilidade em que as mulheres estão inseridas, para então elucidar a interseccionalidade relacionada ao risco aumentado de infecção por HIV-1 em mulheres.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática desenvolvida de acordo com as recomendações do protocolo *Preferred Report Items for Systematics Reviews and Meta Analyses* (PRISMA-P)<sup>8</sup>. A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando os descritores “vulnerabilidade”, “vulnerabilidades”, “HIV”, “mulher” e “mulheres” e seus correspondentes na língua inglesa “vulnerability”, “vulnerabilities”, e “woman” e “women”, definidos de acordo com a lista disponível no Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) para os termos na língua portuguesa, no Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>) para os termos na língua inglesa. Foram utilizadas para a busca das publicações a base de dados PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e a biblioteca SciELO (<http://www.scielo.br/>) para a busca das publicações. Na base de dados PubMed foi aplicada a chave de busca (((vulnerability[Title]) OR vulnerabilities[Title]) AND HIV[Title]) AND women[Title]), e para o SciELO, a chave (vulnerabilidade) AND (HIV) AND (mulher). Como critérios de seleção, foram incluídos estudos originais publicados em periódicos, revistas especializadas ou indexadas, escritos em inglês ou português, publicados até setembro de 2019. Não definimos início da busca para aumentar a abrangência dos achados. Como critérios de exclusão: artigos que não contemplaram o tema proposto e artigos de revisão sistemática e/ou metanálise.

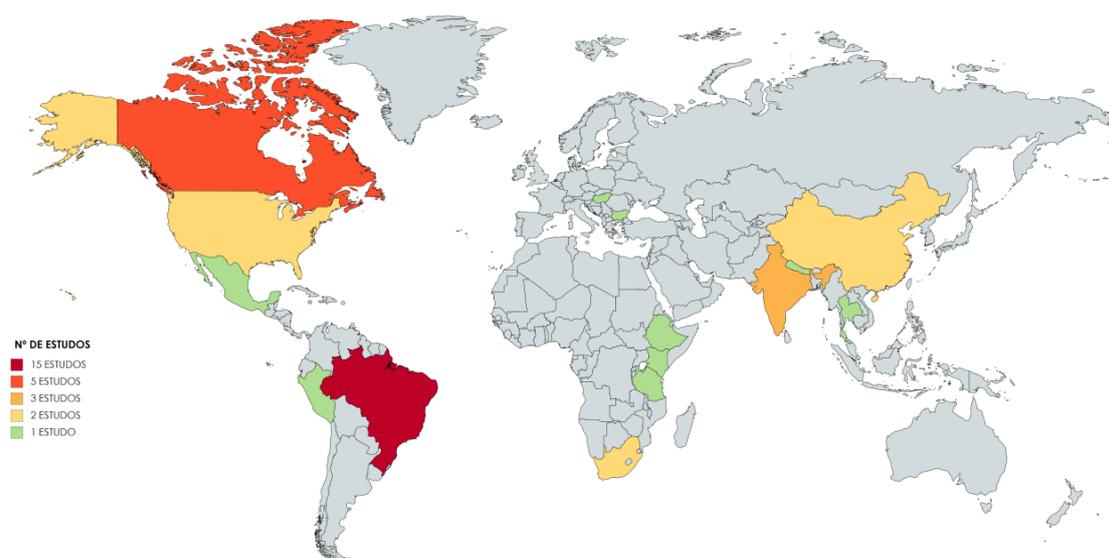
### 3 RESULTADOS

A partir da busca realizada, foram identificadas 94 publicações. Seguindo os critérios PRISMA-P, 38 artigos completos foram elegíveis para construção desta revisão sistemática. As etapas para a definição dos artigos elegíveis, encontra-se sintetizada na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma para elegibilidade dos artigos da revisão sistemática de acordo com os critérios PRISMA-P

De acordo com a região de publicação dos artigos, foram identificados estudos realizados no Brasil (39,4%, 15/38), seguido de estudos feitos no Canadá (13,1%, 5/38), na Índia (7,9%, 3/38), na China, nos Estados Unidos da América e na África do Sul (5,2%, 2/38) e no México, Nepal, Tailândia, Jamaica, Etiópia, Peru, Tanzânia, Quênia e na Bulgária e Hungria (2,6%, 1/38) (Tabela 1 e Figura 2).



**Figura 2.** Mapa-múndi com o número total de estudos

Em relação ao desenho da pesquisa, 33 publicações foram originadas de estudos de corte transversal (86,8%, 33/38), seguido de estudos descritivos (10,5%, 4/38), e de estudo de coorte (2,6%, 1/38). De acordo com o recorte da faixa etária estudada, para a maioria dos estudos, as mulheres recrutadas apresentavam idade entre 18 e 50 anos. Com relação a variável etnia, foram encontradas 12 publicações, sendo que destas, 10 foram realizadas no Brasil (83,3%) e 2 nos Estados Unidos da América (16,6%). No que se refere a condição de estado civil, 17 estudos abordavam esta variável (44,7%). Ademais, apenas 2 estudos foram realizados com população feminina transgênero. E no

que diz respeito a população feminina migrante, 4 estudos foram encontrados (10,5%) (Tabela 1).

Tendo em vista as variáveis listadas na Tabela 1, há uma frequência de vulnerabilidades que aparecem entre os 38 artigos selecionados: o não uso de preservativos (36,8%, 14/38), seguido pela violência contra a mulher (28,9%, 11/38), falta de informação (26,3%, 10/38), grau de escolaridade (21,0%, 8/38), discriminação de gênero (18,4%, 7/38), trabalho/exploração sexual (18,4%, 7/38), status socioeconômico (15,7%, 6/38), uso de drogas (10,5%, 4/38), confiança (10,5%, 4/38), submissão ao parceiro (10,5%, 4/38), migração (10,5%, 4/38) e pelo preconceito racial (7,8%, 3/38), bem como pela dependência afetiva (5,2%, 2/38) e pela cultura do sexo como obrigação (2,6%, 1/38).

**Tabela 1.** Principais achados das publicações sobre os contextos de vulnerabilidade feminina que são associados ao risco de infecção por HIV-1, 2002-2019

Referência	País	Distrito	Desenho do estudo	População estudada	Idade	Etnia	Estado civil	Vulnerabilidades descritas
Bandyopadhyay & Thomas (2002) <sup>9</sup>	China	Hong Kong	Corte transversal	2.010 mulheres cis	15 a ≥55 anos	Não informa	Casada (49,8%); solteira (38,5%); divorciada, separada ou viúva (11,7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação;</li> <li>• Falta de conhecimento com relação ao HIV/aids;</li> <li>• Violência sexual</li> </ul>
Paiva et al (2002) <sup>10</sup>	Brasil	São Paulo	Corte transversal	1.068 mulheres cis	18 a 67 anos	Branca (49%); morena, mestiça ou parda (40%); negra (11%)	Unida (42,32%); solteira/separada (37,26%); viúva (19,66%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades para negociação do uso de preservativo</li> </ul>
Smith-Estelle & Gruskin (2003) <sup>11</sup>	Nepal	Kailali	Corte transversal	900 mulheres cis	15 a 49 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo grau de escolaridade;</li> <li>• Condições precárias de saúde;</li> <li>• Migração</li> </ul>
Abel & Chambers (2004) <sup>12</sup>	Estados Unidos da América	Texas	Corte transversal	140 mulheres cis	18 a 44 anos	Hispânica (100%)	Solteira (81%); casada (19%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa autoestima;</li> <li>• Mulheres mais velhas e casadas</li> </ul>
Kelly et al (2004) <sup>13</sup>	Bulgária; Hungria	Budapeste; Kecskemet; Sofia	Corte transversal	20 mulheres cis	18 e 52 anos	Não informa	Casada/união estável (74%); Solteira (26%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Comunidade cigana;</li> <li>• Confiança no parceiro;</li> <li>• Dificuldade em negociar o uso de preservativos;</li> <li>• Falta de conhecimento;</li> <li>• Submissão feminina perante o parceiro</li> </ul>
Ghosh & Kalipeni (2005) <sup>14</sup>	África do Sul	Malawi	Corte transversal	60 mulheres cis	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação de gênero;</li> <li>• Falta de proteção jurídica;</li> <li>• Questões culturais;</li> <li>• Status socioeconômico</li> </ul>
Nascimento et al (2005) <sup>15</sup>	Brasil	Recife	Pesquisa descritiva	16 mulheres cis	Não informa	Não informa	Casada (100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura do sexo como obrigação matrimonial;</li> <li>• Falta de informação sobre HIV/aids;</li> <li>• O não uso do preservativo</li> </ul>
Sudário et al	Brasil	Ceará	Pesquisa	5	22 a 34	Não informa	Solteira (80%);	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência psicológica;</li> </ul>

(2005) <sup>16</sup>			descritiva	mulheres cis	anos			casada (20%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência sexual</li> </ul>
Leiter et al (2006) <sup>17</sup>	Tailândia	Bangkok; Chiang Mae Sot; Mai	Corte transversal	34 mulheres cis	Não informa	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação de gênero;</li> <li>• Falta/negação dos direitos humanos básicos;</li> <li>• Trabalho e exploração sexual; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência</li> </ul> </li> </ul>
Lopes et al (2007) <sup>18</sup>	Brasil	São Paulo	Corte transversal	1.068 mulheres cis	≥18 anos	Negra (50,7%); não negra (49,3%)	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito racial;</li> <li>• Status socioeconômico;</li> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Confiança no parceiro</li> </ul>
Mehrabadi et al (2008) <sup>19</sup>	Canadá	Prince George; Vancouver	Corte transversal	262 mulheres cis	14 a 30 anos	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual na infância; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho sexual;</li> <li>• Usuária de drogas</li> </ul> </li> </ul>
Sousa et al (2008) <sup>20</sup>	Brasil	Piauí	Pesquisa descritiva	20 mulheres cis	20 a 49 anos	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança no parceiro;</li> <li>• Falta de acesso informação;</li> <li>• Ausência do uso de preservativo</li> </ul>
Ghosh et al (2009) <sup>21</sup>	Índia	Delhi; Hyderabad	Corte transversal	32 mulheres cis	15 a 49 anos	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos socioeconômicos e culturais;</li> <li>• Falta de acesso à educação;</li> <li>• Falta de conhecimento com relação ao HIV/aids;</li> <li>• Submissão feminina perante o parceiro</li> </ul>
Gupta et al (2009) <sup>22</sup>	Índia	Mysore	Corte transversal	61 mulheres cis	14 e 30 anos	Não informa	Solteira (62,3%); casada (14,8%); dados ausentes (9,8%) abandonada (8,2%); separada (4,9%)	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual;</li> <li>• Dificuldade em negociar o uso de preservativo;</li> <li>• Objetificação (tráfico de mulheres)</li> </ul>
Santos et al (2009) <sup>23</sup>	Brasil	Bahia; Goiás; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Paraná; Pernambuco;	Corte transversal	2.045 mulheres cis	18 a ≥40 anos	Branca (46,6%); parda (32,9%); negra (14,3%); amarela (3,6%); indígena (2,6%)	Coabitação com parceiro (73,8%); solteira (26,2%)	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa percepção do risco de infecção; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança no parceiro;</li> <li>• Mulheres mais velhas;</li> </ul> </li> <li>• Ausência do uso de preservativo; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito racial;</li> <li>• Violência sexual</li> </ul> </li> </ul>

		Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; São Paulo							
Silva & Vargens (2009) <sup>7</sup>	Brasil	Rio de Janeiro	Pesquisa descritiva	12 mulheres cis	18 a 38 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência afetiva;</li> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Percepção de que a aids é doença do outro</li> </ul>	
Kendall & Pelcastre (2010) <sup>24</sup>	México	Puebla	Corte transversal	26 mulheres cis	15 a 49 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não uso de preservativos</li> </ul>	
Miranda-Ribeiro et al (2010) <sup>25</sup>	Brasil	Minas Gerais; Pernambuco	Corte transversal	2.408 mulheres cis	18 a 59 anos	Branca (45,9%); negra (54,1%)	Casada (46,6%); solteira (20,9%); unida (17,0%); separada/divorciada (11,7%); viúva (3,6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de convênio de saúde;</li> <li>• Baixo grau de escolaridade; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito racial</li> </ul> </li> <li>• Falta de acesso informação; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito racial;</li> <li>• Violência física;</li> <li>• Violência psicológica;</li> <li>• Violência sexual;</li> <li>• Violência moral;</li> </ul> </li> <li>• Desconhecimento de infecções sexualmente transmissíveis</li> </ul>	
Riscado et al (2010) <sup>26</sup>	Brasil	Alagoas	Corte transversal	180 mulheres cis	16 a 55 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo grau de escolaridade;</li> <li>• Residência rural/no interior</li> </ul>	
Bradley et al (2011) <sup>27</sup>	Etiópia	Oromia	Corte transversal	2.027 mulheres cis	15 a 49 anos	Não informa	Solteira (68,2%); casada (16,4%); viúva/separada (15,4%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo grau de escolaridade</li> </ul>	
Painter et al (2011) <sup>28</sup>	Estados Unidos da América	Atlanta	Corte transversal	848 mulheres cis	18 a 29 anos	Afro-americana (100%)	Solteira (100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo grau de escolaridade</li> </ul>	
Rodrigues et al (2012) <sup>29</sup>	Brasil	Bahia	Corte transversal	195 mulheres cis	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribuição do homem a responsabilidade do uso de preservativo;</li> <li>• Baixo grau de escolaridade;</li> <li>• Ideia de que o homem precisa procurar outra relação sexual fora do casamento;</li> <li>• Maior tempo de união estável</li> </ul>	

Deng & Lyttleton (2013) <sup>30</sup>	China	Província de Yunnan	Corte transversal	45 mulheres cis	Não informa	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de comunicação; <ul style="list-style-type: none"> <li>Migração;</li> </ul> </li> <li>Múltiplos parceiros;</li> <li>Não uso de preservativos</li> </ul>
Matos et al (2013) <sup>31</sup>	Brasil	Goiás	Corte transversal	395 mulheres cis profissionais do sexo	18 a $\geq$ 40 anos	Parda (59,5%); branca (27,3%); negra (12,5%)	Solteira (67,1%); casada (15,7%); Separada (14,4%); Viúva (2,9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixo grau de escolaridade;</li> <li>Falta de informação sobre HIV/aids</li> </ul>
Darak et al (2014) <sup>32</sup>	Índia	Maharashtra	Corte transversal	460 mulheres cis	$\geq$ 15 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixo grau de escolaridade;</li> <li>Falta de comunicação;</li> <li>Falta de informação;</li> <li>Parceiro alcoólatra; <ul style="list-style-type: none"> <li>Violência física;</li> <li>Violência sexual;</li> <li>Violência verbal</li> </ul> </li> </ul>
Duarte et al (2014) <sup>33</sup>	Brasil	São Paulo	Corte transversal	184 mulheres cis	18 a 67 anos	Branca (71,7%); parda (14,6%); negra (13,5%)	Casada/união estável (49,5%); separada/divorciada/viúva (31,0%); solteira (19,5%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixo grau de escolaridade</li> <li>Exclusão do acesso a seguridade social;</li> <li>Exclusão do mercado de trabalho; <ul style="list-style-type: none"> <li>História prévia de infecção sexualmente transmissível;</li> </ul> </li> <li>Multiplicidade de parceiros sexuais; <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso irregular de preservativo</li> </ul> </li> </ul>
Ochoa & Sampalis (2014) <sup>34</sup>	Canadá	Montreal	Corte transversal	25 mulheres cis	$\geq$ 20 a 49 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abuso sexual;</li> <li>Barreira linguística;</li> <li>Dificuldade de acesso a serviços de saúde; <ul style="list-style-type: none"> <li>Discriminação de gênero; <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de suporte social;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>História de violência entre parceiros; <ul style="list-style-type: none"> <li>Migrante;</li> <li>Status socioeconômico;</li> <li>Submissão feminina perante o parceiro</li> </ul> </li> </ul>
Shannon et al (2014) <sup>35</sup>	Canadá	Vancouver	Corte transversal	198 mulheres cis	$\geq$ 32 a $\geq$ 44 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de programas e políticas preventivas;</li> <li>Início precoce da atividade sexual; <ul style="list-style-type: none"> <li>Profissionais do sexo;</li> </ul> </li> </ul>

Taquette et al (2015) <sup>36</sup>	Brasil	Rio de Janeiro	Corte transversal	23 mulheres cis	11 a 19 anos	Não-branca (56,5%); Branca (43,5%)	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuária de drogas</li> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Baixa idade da iniciação sexual;</li> <li>• Descrença na possibilidade de contaminação;</li> <li>• Parceiros promíscuos;</li> <li>• Usuária de drogas;</li> <li>• Violência física;</li> <li>• Violência psicológica</li> </ul>
Jangu et al (2017) <sup>37</sup>	Tanzânia	Dar Es Salaam	Corte transversal	37 mulheres cis	24 a 57 anos	Não informa	Casada (67,5%); solteira (18,9%); divorciada/separada (10,8%); coabitando (2,7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior expressão da sexualidade</li> </ul>
Lima et al (2017) <sup>38</sup>	Brasil	Amazonas; Bahia; Distrito Federal; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Paraná; Pernambuco; Rio de Janeiro; Santa Catarina; São Paulo	Corte transversal	2.325 mulheres cis profissionais do sexo	18 a ≥60 anos	Parda (41,3%); negra (30,8%); branca (25,9%); outra (10,3%)	Solteira (57,2%); separada/divorciada (23,4%); casada (22,1%); viúva (5,6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de álcool;</li> <li>• Discriminação de gênero;</li> <li>• Status socioeconômico;</li> <li>• Uso irregular de preservativo;</li> <li>• Usuária de drogas;</li> <li>• Violência física;</li> <li>• Violência verbal</li> </ul>
Logie et al (2017) <sup>39</sup>	Jamaica	Kingston; Montego Bay; Ocho Rios	Corte transversal	137 mulheres trans	≥15 anos	Não informa	relacionamento ou namorando casualmente (58,1%); não tem parceiro (22,8%); parcerias concorrentes (19,1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marginalização;</li> <li>• Transfobia</li> </ul>
Madiba & Ngwenya (2017) <sup>40</sup>	África do Sul	Província de Mpumalanga	Corte transversal	36 mulheres cis	40 e 60 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em negociar o uso de preservativo;</li> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Medo;</li> <li>• Violência sexual;</li> <li>• Violência física;</li> <li>• Dependência financeira</li> </ul>
Perez-Brumer	Peru	Lima	Corte	48	18 a 44	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marginalização;</li> </ul>

et al (2017) <sup>41</sup>			transversal	mulheres trans	anos			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfobia</li> </ul>
Becker et al (2018) <sup>42</sup>	Quênia	Mombasa	Corte transversal	1.299 mulheres cis	14 a 24 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência do uso de preservativo;</li> <li>• Início precoce da atividade sexual;</li> <li>• Pagamentos e presentes após sexo; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência sexual</li> </ul> </li> </ul>
Hawa et al (2018) <sup>43</sup>	Canadá	Toronto	Corte transversal	12 mulheres cis	20 a 50 anos	Não informa	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comunicação;</li> <li>• Repressão sexual;</li> <li>• Status socioeconômico</li> </ul>
Kteily-Hawa et al (2019) <sup>44</sup>	Canadá	Ontário	Corte transversal	12 mulheres cis	28 a 50 anos	Não informa	Casadas (100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência emocional; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação;</li> <li>• Migração;</li> <li>• Status socioeconômico;</li> </ul> </li> <li>• Submissão feminina perante o parceiro</li> </ul>
Zachek et al (2019) <sup>45</sup>	Brasil	Rio de Janeiro	Estudo de coorte	1.361 mulheres cis	18 a 45 anos	Branca (37,9%); mista (37,5%); negra (22,6%); outra (2%)	Não informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuária de drogas;</li> <li>• Violência sexual</li> </ul>

---

## 4 DISCUSSÃO

Posto que o vírus HIV-1 sempre esteve atrelado desde o início da epidemia da aids à casos de homens que fazem sexo com homens, independente de haver casos de infecção por HIV-1 em mulheres, os programas para o enfrentamento contra a pandemia causada por HIV-1 não possuem a figura da mulher como foco da discussão<sup>46</sup>. Com isto, a partir desta revisão sistemática foi possível evidenciar a necessidade de uma mudança de paradigmas acerca a figura da mulher associadas à infecção por HIV-1, visto que existem diversos contextos de vulnerabilidade em distintas esferas, que podem tornar as mulheres mais vulneráveis à infecção por HIV-1.

Nascimento et al<sup>15</sup> e Sousa et al<sup>20</sup> em seus estudos, abordam a falta de escolaridade e de informação sobre o HIV/aids, o que implica diretamente na cultura da não utilização de preservativos relacionada com a confiança da mulher ao seu parceiro. Nos estudos realizados por Mehrabadi et al<sup>19</sup> e Shannon et al<sup>35</sup>, os autores salientaram que o trabalho/exploração sexual é uma temática pertinente a ser discutida quando se trata da vulnerabilidade feminina, devido ao fato das mulheres se relacionarem com vários parceiros, na maioria das vezes sem proteção e do uso constante de drogas.

Darak et al<sup>32</sup>, Riscado et al<sup>26</sup> e Taquette et al<sup>36</sup> também abordam em relação ao grau de escolaridade, todavia, trazem um fator importante para tornar as mulheres vulneráveis ao HIV: a violência contra a mulher, podendo ocorrer em nível sexual, física, psicológica e/ou moral. Ademais, Lima et al<sup>38</sup>, Madiba & Ngwenya<sup>40</sup>, Sudário et al<sup>16</sup> e Santos et al<sup>23</sup> correlacionam a violência contra a mulher com a irregularidade no uso de preservativos.

A discriminação de gênero, de acordo com Bandyopadhyay & Thomas<sup>9</sup>, Ghosh & Kalipeni<sup>14</sup>, Kteily-Hawa et al<sup>44</sup>, Leiter et al<sup>17</sup> e Lima et al<sup>38</sup>, é um fenômeno social que impacta diretamente em situações culturais as quais a mulher está imersa na sociedade. Ghosh et al<sup>21</sup>, Kelly et al<sup>13</sup>, Kteily-Hawa et al<sup>44</sup>, Ochoa & Sampalis<sup>34</sup> e Silva & Vargens<sup>7</sup> evidenciaram em seus estudos que as mulheres que apresentam

dependência financeira, também são dependentes afetivas e submissas aos seus parceiros. Para mais, também é importante ressaltar os achados de Nascimento et al<sup>15</sup>, em relação à discussão acerca do sexo ser visto como uma obrigação da mulher; e de Rodrigues et al<sup>29</sup> em respeito à cultura masculina sobre o envolvimento com outras mulheres fora do relacionamento. Estas duas variáveis fazem com que haja maior susceptibilidade para a infecção por HIV-1 e para outras infecções sexualmente transmissíveis.

Conforme descrito por Lopes et al<sup>18</sup> e Miranda-Ribeiro et al<sup>25</sup>, as mulheres negras participantes do estudo estão sujeitas à infecção por HIV-1 em um maior grau, por apresentarem baixo status econômico e grau de escolaridade, ambos dificultando o acesso à informação e a saúde. Estas vulnerabilidades estão intrinsecamente associadas ao racismo estrutural presente na sociedade em que estas mulheres estão inseridas.

Smith-Estelle & Gruskin<sup>11</sup> relatam condições precárias de moradia, saúde e educação, as quais são obstáculos que podem contribuir para a migração das mulheres. No entanto, devido a barreira linguística, discriminação de gênero, também exemplificado por Ochoa & Sampalis<sup>34</sup>, podem contribuir para as mulheres serem compelidas à meios alternativos de renda, como o trabalho/exploração sexual.

O avanço de movimentos feministas e do combate contra discriminação de gênero, as mulheres nas últimas décadas quebraram diversas barreiras<sup>47</sup>. Não obstante a conquista de um maior espaço ocupado por mulheres na sociedade moderna, existem vários obstáculos a serem enfrentados, principalmente no âmbito da saúde, os quais discutimos alguns nesta revisão sistemática.

Em 2013 a UNAIDS estabeleceu uma meta para combater a pandemia causada por HIV-1 até 2020, conhecida como 90-90-90. A estratégia de enfrentamento determina que 90% das pessoas que vivem com o HIV-1 saibam que são infectadas pelo vírus, e dentre elas, 90% estejam vinculadas à terapia antirretroviral, e por fim, 90% dos associados ao tratamento estejam com carga viral suprimida, ou seja, não tenham vírus

circulante o suficiente para transmissão. Com isto, o objetivo é diminuir a transmissão em até 90%. Uma outra meta, a 95-95-95 tem a mesma lógica de aplicação, porém com a diferença na diminuição de até 95% da transmissão até 2030<sup>48</sup>. Embora a meta seja alcançável, existem situações que dificultam atingir o objetivo, a exemplo de países no qual o acesso ao tratamento é difícil, ao relato de novas infecções e a dificuldade de tratamento para indivíduos que se recusam por ignorância<sup>49</sup>. Ademais, para que as metas 90-90-90 e 95-95-95 sejam alcançadas, é importante a discussão sobre os variados comportamentos e condutas das meninas e mulheres dentro da sociedade, ressaltando suas vulnerabilidades para que as mulheres se tornem o foco da mudança<sup>50,51</sup>.

Diante disto, observamos que inegável a pouca quantidade de estudos, programas e políticas relacionadas à mulher e ao seu enfrentamento frente à infecção por HIV-1, sendo assim, é indispensável uma maior atenção a esse grupo, dado que é de suma importância que as mulheres sejam ouvidas e tenham maior poder dispendo de total autonomia sobre sua saúde, a fim de que juntas, possam reverter o cenário de vulnerabilidade e garantir que a desigualdade/discriminação de gênero seja anulada.

## 5 REFERÊNCIAS

1. Costin JM. Cytopathic Mechanisms of HIV-1. *Virology*. 2007;4(1):100.
2. UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. UNAIDS DATA. 2018.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS. 2018.
4. World Health Organization. HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2014.
5. Martins T, Kerr LR, Sansigolo F, Kendall C, Salani M, Maria R. Cenário Epidemiológico Da Infecção Pelo Hiv E Aids No Mundo. *Fisioter Saúde Func*. 2014;3(1):4–7.
6. Duarte MTC, Parada CMG de L, Souza L do R de. Vulnerability of women living with HIV/aids. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(1):68–75.
7. Silva CM, Vargens OM da C. A percepção de mulheres quanto á vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev da Esc Enferm*. 2009;43(2):401–6.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009 Jul;6(7):e1000097.
9. Bandyopadhyay M, Thomas J. AIDS Care : Psychological and Socio- medical Aspects of AIDS / HIV Women migrant workers ' vulnerability to HIV infection in Hong Kong Women migrant workers ' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care Psychol Socio- Med Asp AIDS/HIV*. 2002 Aug;14(January 2015):37–41.
10. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R, Ayres JR, Segurado A, et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1609–20.
11. Smith-Estelle A, Gruskin S. Vulnerability to HIV/STIs among Rural Women from Migrant Communities in Nepal: A Health and Human Rights Framework. *Reprod Health Matters*. 2003 Jan;11(22):142–51.
12. Abel E, Chambers KB. Factors that influence vulnerability to STDs and HIV/AIDS among hispanic women. *Health Care Women Int*. 2004;25(8):761–80.
13. Kelly JA, Amirkhania YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al. Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: An ethnographic study. *AIDS Care Psychol Socio- Med Asp AIDS/HIV*. 2004;16(2):231–45.
14. Ghosh J, Kalipeni E. Women in Chinsapo, Malawi: Vulnerability and risk to HIV/AIDS. *SAHARA-J J Soc Asp HIV/AIDS*. 2005;2(3):320–32.
15. Nascimento AMG do, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(1):77–86.
16. Sudário S, Almeida PC de, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. *Psicol Soc*. 2005 Dec;17(3):80–6.
17. Leiter K, Suwanvanichkij V, Tamm I, Iacopino V, Beyrer C. Human rights abuses and vulnerability to HIV/AIDS: The experiences of Burmese women in Thailand. *Health Hum Rights*. 2006;9(2):88–111.
18. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JR de CM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007 Dec;41(suppl 2):39–46.
19. Mehrabadi A, Craib KJP, Patterson K, Adam W, Moniruzzaman A, Ward-Burkitt B, et al. The Cedar Project: A comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy*. 2008;19(2):159–68.
20. de Sousa M da CP, do Espírito Santo ACG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade

- das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de teresina, Piauí, Brasil. *Saúde e Soc.* 2008;17(2):58–68.
21. Ghosh J, Wadhwa V, Kalipeni E. Vulnerability to HIV/AIDS among women of reproductive age in the slums of Delhi and Hyderabad, India. *Soc Sci Med.* 2009;68(4):638–42.
  22. Gupta J, Raj A, Decker MR, Reed E, Silverman JG. HIV vulnerabilities of sex-trafficked Indian women and girls. *Int J Gynecol Obstet.* 2009 Oct;107(1):30–4.
  23. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela W V., Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica.* 2009;25(SUPP 2):321–33.
  24. Kendall T, Pelcastre BE. HIV vulnerability and condom use among migrant women factory workers in Puebla, Mexico. *Health Care Women Int.* 2010;31(6):515–32.
  25. Miranda-Ribeiro P, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Torres ME de A e. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde e Soc.* 2010 Dec;19(suppl 2):21–35.
  26. Riscado JL de S, Oliveira MAB de, Brito ÂMBB 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 Soc.* 2010 Dec;19(suppl 2):96–108.
  27. Bradley H, Tsui A, Hindin M, Kidanu A, Gillespie D. Developing scales to measure perceived HIV risk and vulnerability among Ethiopian women testing for HIV. *AIDS Care Psychol Socio- Med Asp AIDS/HIV.* 2011 Aug;23(8):1043–52.
  28. Painter JE, Wingood GM, DiClemente RJ, DePadilla LM, Simpson-Robinson L. College Graduation Reduces Vulnerability to STIs/HIV among African-American Young Adult Women. *Women’s Heal Issues.* 2012 May;22(3):e303–10.
  29. Rodrigues LSA, Paiva MS, De Oliveira JF, Da Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: Estudo de representações sociais. *Rev da Esc Enferm.* 2012;46(2):349–55.
  30. Deng R, Lyttleton C. Linked spaces of vulnerability: HIV risk amongst migrant Dai women and their left-behind husbands in Southwest China. *Cult Heal Sex.* 2013;15(SUPPL.3):37–41.
  31. Matos MA de, Caetano KAA, Dias DDS, Pinheiro RS, Moraes LC de, Teles SA. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região. *Rev Latino-America Enferm.* 2013;21(4).
  32. Darak S, Gadgil M, Balestre E, Kulkarni M, Kulkarni V, Kulkarni S, et al. HIV risk perception among pregnant women in western India: Need for reducing vulnerabilities rather than improving knowledge! *AIDS Care Psychol Socio- Med Asp AIDS/HIV.* 2014;26(6):709–15.
  33. Duarte MTC, Parada CMG de L, de Souza L do R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(1):68–75.
  34. Ochoa SC, Sampalis J. Risk perception and vulnerability to STIs and HIV/AIDS among immigrant Latin-American women in Canada. *Cult Heal Sex.* 2014;16(4):412–25.
  35. Shannon K, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Sexual and Drug-related Vulnerabilities for HIV Infection Among Women Engaged in Survival Sex Work in Vancouver, Canada. *Can J Public Heal.* 2007 Nov;98(6):465–9.
  36. Taquette SR, De Oliveira Rodrigues A, Bortolotti LR. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2015;37(4–5):324–9.
  37. Jangu NW, Tam A, Maticka-Tyndale E. Challenging HIV vulnerability

- discourse: the case of professional and entrepreneurial women in Dar Es Salaam, Tanzania. *Cult Heal Sex*. 2017;19(5):572–86.
38. Lima FS da S, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, Damacena GN, Szwarcwald CL. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades Brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2017;33(2):1–16.
  39. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Kenny KS, Levermore K, Jones N, Marshall A, et al. Associations between police harassment and HIV vulnerabilities among men who have sex with men and transgender women in Jamaica. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):147–54.
  40. Madiba S, Ngwenya N. Cultural practices, gender inequality and inconsistent condom use increase vulnerability to HIV infection: narratives from married and cohabiting women in rural communities in Mpumalanga province, South Africa. *Glob Health Action*. 2017 Jan;10(sup2):1341597.
  41. Perez-Brumer AG, Reisner SL, McLean SA, Silva-Santisteban A, Huerta L, Mayer KH, et al. Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21462.
  42. Becker ML, Bhattacharjee P, Blanchard JF, Cheuk E, Isac S, Musyoki HK, et al. Vulnerabilities at first sex and their association with lifetime gender-based violence and HIV prevalence among adolescent girls and young women engaged in sex work, transactional sex, and casual sex in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(3):296–304.
  43. Hawa R, Underhill A, Logie C, Loutfy M. Social contexts and HIV vulnerabilities among South Asian women in the greater Toronto area: Examining social norms. *Health Care Women Int*. 2018 Feb;39(2):129–53.
  44. Kteily-Hawa RN, Islam S, Loutfy M. Immigration as a crisis tendency for HIV vulnerability among racialised women living with HIV in Ontario, Canada: an anti-oppressive lens. *Cult Heal Sex*. 2019;21(2):121–33.
  45. Zachek CM, Coelho LE, Domingues RMSM, Clark JL, De Boni RB, Luz PM, et al. The Intersection of HIV, Social Vulnerability, and Reproductive Health: Analysis of Women Living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil from 1996 to 2016. *AIDS Behav*. 2019;23(6):1541–51.
  46. Barré-Sinoussi F, Ross AL, Delfraissy J-F. Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2013;11(12):877–83. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nrmicro3132>
  47. Santos SM de M dos, Oliveira L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. *Rev Katálysis*. 2010;13(1):11–9.
  48. UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva. 2015.
  49. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS 2017. Ending Aids Progress Towards the 90-90-90 Targets. *Global Aids Update*. 2017.
  50. UNAIDS. 19.6 million girls and women living with HIV. 2019.
  51. UNAIDS. Empoderamento das mulheres é fundamental para o fim da epidemia. 2015.

## 6 PROPOSTA DE SUBMISSÃO

### 6.1 Revista: Ciência e saúde coletiva

#### 6.2 Regras para Submissão:

##### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto – Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

##### RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

##### SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO EDITORIAL

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

##### APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

###### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na

língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão.doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>e <http://decs.bvs.br/>).

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços

extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

## REFERÊNCIAS

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al .

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.