



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DE AQUIDAUANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS CULTURAIS**

NÁDIA ÉRICA FALCÃO PEREIRA

**OS IMPACTOS DOS MARCADORES SOCIAIS NO PERFIL DOS PORTADORES
DE ISTS (HIV/ AIDS E SÍFILIS)**

Aquidauana- MS

2025

NÁDIA ÉRICA FALCÃO PEREIRA

**OS IMPACTOS DOS MARCADORES SOCIAIS NO PERFIL DOS PORTADORES
DE ISTS (HIV/ AIDS E SÍFILIS)**

Área de concentração: diferença e
Alteridades

Aquidauana- MS

2025

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o HIV/Aids e a sífilis, permanecem como um grave problema de saúde pública, cuja incidência reflete desigualdades estruturais profundamente enraizadas na sociedade brasileira. Esses agravos atingem de forma mais intensa grupos sociais marcados por vulnerabilidades históricas associadas ao gênero, à raça/cor, à classe, à orientação sexual e à localização territorial. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo geral analisar os impactos dos marcadores sociais no perfil das pessoas acometidas por ISTs, especialmente HIV/Aids e sífilis, no Brasil. Como objetivos específicos, busca identificar os principais referenciais teóricos mobilizados nas produções acadêmicas que tratam do tema; mapear as abordagens metodológicas predominantes nos estudos selecionados; e examinar as lacunas e recorrências que atravessam o estado da arte sobre o assunto. A questão norteadora que orienta a pesquisa é: como os marcadores sociais influenciam os perfis das pessoas acometidas por ISTs no Brasil? Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com análise crítica de teses e dissertações selecionadas no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Os resultados evidenciam que a produção acadêmica recente tem priorizado abordagens qualitativas, interseccionais e comprometidas com uma leitura ampliada da saúde. Constatou-se que os marcadores sociais não apenas condicionam a exposição ao risco e o acesso aos serviços, mas também moldam as experiências de adoecimento e os modos de cuidado. A pesquisa conclui que a compreensão das ISTs exige o reconhecimento da desigualdade como elemento estruturante do adoecimento e reforça a necessidade de políticas públicas sensíveis às diferenças sociais e culturais que compõem os sujeitos da epidemia.

Palavras-chave: ISTs; marcadores sociais; HIV/Aids; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs), such as HIV/AIDS and syphilis, remain a serious public health issue in Brazil, with their incidence reflecting deep-rooted structural inequalities. These infections disproportionately affect social groups historically marked by vulnerabilities related to gender, race/color, class, sexual orientation, and territorial location. This study aims to analyze the impacts of social markers on the profile of individuals affected by STIs, especially HIV/AIDS and syphilis, in the Brazilian context. The specific objectives are to identify the main theoretical frameworks mobilized in academic research on the topic; to map the predominant methodological approaches in the selected studies; and to examine the gaps and recurrences within the state of the art on the subject. The guiding research question is: how do social markers influence the profiles of individuals affected by STIs in Brazil? This is a bibliographic study, based on critical analysis of theses and dissertations selected from the CAPES Theses and Dissertations Catalog. The results show that recent academic production has prioritized qualitative, intersectional approaches committed to a broadened understanding of health. It was found that social markers not only condition risk exposure and access to services but also shape experiences of illness and modes of care. The study concludes that understanding STIs requires recognizing inequality as a structural component of illness and highlights the need for public policies sensitive to the social and cultural differences embodied by those affected by the epidemic.

Keywords: STIs; social markers; HIV/AIDS; vulnerability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
2. ESTADO DA ARTE: A PRODUÇÃO ATUAL SOBRE O TEMA	8
2.1 METODOLOGIA DA COLETA DE DISSERTAÇÕES E TESES	8
2.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE O ESTADO DA ARTE.....	8
2.2.1 Ano de Publicação	8
2.2.2 Universidades e Regiões: Cartografia da Produção Acadêmica sobre ISTs e Vulnerabilidades no Brasil.	10
2.2.3 Metodologia	11
2.2.4 Os referenciais teóricos utilizados	12
2.2.5 Os principais achados e conclusões dos trabalhos selecionados.	30
2.2.6 Principais lacunas dos trabalhos selecionados	47
3. SEXUALIDADE, EXCLUSÃO SOCIAL E VULNERABILIDADES NO CONTEXTO DAS ISTs	65
3.1 SEXUALIDADE COMO DIREITO HUMANO E EXPRESSÃO CULTURAL	65
3.2 TEORIAS SOBRE SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	73
3.2.1 Teoria da Vulnerabilidade	73
3.2.1.1 Dimensão Individual.....	76
3.2.1.2 Dimensão social	79
3.2.1.3 Dimensão programática.....	83
3.3 EXCLUSÃO SOCIAL, ESTIGMAS E BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE SEXUAL.....	86
3.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE E GRUPOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	89
3.4.1 Adolescentes	89
3.4.2 Homens	92
3.4.3 Mulheres.....	95
3.4.4 Pessoas Idosas	98
3.4.5 População LGBT+	100
3.4.6 Profissionais Do Sexo.....	103
3.4.7 Pessoas Com Transtornos Mentais E Deficiências.....	105
4. ANÁLISE HISTÓRICA DAS ISTs NO BRASIL, MONITORAMENTO PELO SINAN E PANORAMA REGIONAL EM AQUIDAUANA	108

4.1 HISTÓRICO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	108
4.1.1 AIDS.....	108
4.1.1.1 Número de casos.....	108
4.1.1.2 Idade	115
4.1.1.3 Raça.....	124
4.2 O SINAN E O MONITORAMENTO DAS ISTs NO SISTEMA DE SAÚDE	126
4.2.1 Apresentação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação): origem e objetivos.	126
4.2.2 Importância do SINAN para a vigilância epidemiológica de ISTs no SUS	128
4.2.3 Tipos de ISTs notificáveis e protocolos de registro.....	132
4.2.4 Limitações e potencialidades do SINAN na formulação de políticas públicas.....	135
4.2.5 A contribuição do sistema para o mapeamento de vulnerabilidades populacionais	138
4.3 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS ISTs NA MICROREGIÃO DE AQUIDAUANA (MS)	141
4.3.1 AIDS.....	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERENCIAS.....	151

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) configuram um conjunto de agravos que afetam distintos segmentos da população e se mantêm como objeto recorrente de vigilância em saúde pública. A dinâmica das IST no Brasil revela transformações nas tendências epidemiológicas e na distribuição dos casos segundo marcadores sociodemográficos, indicando deslocamentos significativos em direção a grupos anteriormente menos afetados. A análise das séries históricas evidencia a permanência de elevados coeficientes de incidência para HIV, sífilis e outras ISTs, mesmo após a ampliação de estratégias de diagnóstico e tratamento na rede pública de saúde (Pereira et al., 2019). O perfil das pessoas acometidas passou a incluir, além de populações-chave historicamente reconhecidas, outros grupos como idosos, heterossexuais monogâmicos e moradores de regiões interiorizadas, sinalizando o caráter disseminado da transmissão e os limites das ações preventivas generalistas (Sales et al., 2021; Pinto et al., 2018).

A persistência das IST no Brasil está associada à articulação entre vulnerabilidades estruturais e falhas institucionais nos processos de prevenção, rastreamento e cuidado. Estudos populacionais apontam que o conhecimento insuficiente sobre modos de transmissão e estratégias de prevenção se mantém elevado, inclusive entre públicos com maior escolaridade, como universitários da área da saúde (Sales et al., 2016). A baixa percepção de risco e o distanciamento entre discurso e prática dificultam a adesão às medidas protetivas, mesmo quando os sujeitos estão expostos a contextos com risco epidemiológico conhecido. No caso dos adolescentes, a abordagem restrita aos aspectos biológicos nas ações educativas contribui para o desinteresse e a incompreensão sobre as dimensões relacionais, culturais e institucionais que envolvem as IST (Ciriaco et al., 2019). Essa lacuna compromete a capacidade dos jovens de mobilizarem práticas de autocuidado e negociação sexual, especialmente em relações marcadas por assimetrias de poder.

A formulação e a implementação das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das IST no Brasil sofreram alterações significativas ao longo das últimas décadas. A incorporação da prevenção combinada, da testagem rápida e da oferta de profilaxias (PEP e PrEP) ampliou o escopo de ações disponíveis na rede pública, mas não foi acompanhada pela devida articulação intersetorial nem pela superação de barreiras estruturais de acesso (Miranda et al., 2021). A atuação

fragmentada dos serviços e a descontinuidade das ações de cuidado comprometem os resultados esperados, sobretudo em territórios vulnerabilizados, onde a escassez de insumos, a rotatividade de profissionais e o estigma institucionalizado reproduzem exclusões. A dimensão simbólica do adoecimento também segue subexplorada pelas estratégias educativas, que priorizam a culpabilização individual em detrimento de abordagens que considerem as trajetórias sociais e subjetivas dos sujeitos.

Em segmentos sociais historicamente marginalizados, como travestis e mulheres trans, a resposta institucional diante das IST ainda se estrutura sobre práticas excludentes e estigmatizantes. As barreiras de acesso aos serviços, o despreparo dos profissionais e a ausência de reconhecimento das especificidades dessas populações nos protocolos oficiais produzem itinerários terapêuticos marcados por evasão, autodiagnóstico e busca por alternativas informais de cuidado (Rossi et al., 2022). A interlocução precária entre os serviços de atenção básica e os dispositivos especializados contribui para a interrupção dos fluxos assistenciais, dificultando o acompanhamento longitudinal e a efetividade das estratégias de prevenção. As práticas de cuidado não são orientadas por uma lógica de reconhecimento das diferenças, mas por critérios biomédicos que ignoram as marcas da transfobia, da exclusão social e da violência institucional na produção da vulnerabilidade à infecção.

A disseminação das IST entre a população idosa constitui um fenômeno que desafia os modelos tradicionais de vigilância e cuidado. O crescimento da incidência de HIV e sífilis em pessoas com mais de 60 anos revela a permanência de tabus em torno da sexualidade na velhice e a ausência de políticas públicas voltadas à prevenção nesse grupo etário (Sales et al., 2021). Os serviços de saúde, em geral, não consideram o envelhecimento como etapa da vida em que a atividade sexual ainda está presente, o que resulta na invisibilização da população idosa nos programas preventivos. A não oferta de preservativos, a inexistência de ações educativas específicas e a desinformação sobre ISTs entre os profissionais e usuários desse segmento produzem lacunas importantes na atenção básica. A abordagem que reduz a prevenção a campanhas pontuais e homogêneas compromete o enfrentamento das IST entre os idosos e reforça o padrão de negligência programática.

A presença contínua das IST em diferentes segmentos da população e a complexidade dos fatores associados à sua propagação demandam a revisão das

estratégias educativas, a qualificação dos profissionais e a reestruturação dos serviços de saúde para que considerem as múltiplas formas de vulnerabilidade. A compreensão das IST não pode ser limitada a aspectos clínicos ou comportamentais, mas deve incorporar as desigualdades sociais, as relações de poder e as dinâmicas institucionais que operam nos territórios. A ampliação do acesso às tecnologias de prevenção precisa ser acompanhada por ações que reconheçam os sujeitos em suas singularidades e trajetórias, articulando o cuidado biomédico ao reconhecimento social e à produção de vínculos no campo da saúde.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com destaque para o HIV/Aids e a sífilis, constituem um campo de investigação permanente na saúde coletiva, em razão de sua incidência persistente e das desigualdades que moldam seu padrão de distribuição entre grupos populacionais. No Brasil, a dinâmica dessas infecções revela a presença de determinantes estruturais relacionados a gênero, raça/cor, classe social, orientação sexual, faixa etária e território, os quais operam como marcadores sociais da diferença que influenciam diretamente tanto a exposição ao risco quanto o acesso aos serviços de saúde (Pereira et al., 2019; Pinto et al., 2018). A leitura biomédica, ainda predominante em muitos protocolos institucionais, tem limitado a compreensão do fenômeno ao desconsiderar os atravessamentos históricos e sociais que produzem e reproduzem as vulnerabilidades à infecção.

Delimita-se, neste trabalho, o estudo sobre os impactos desses marcadores sociais no perfil das pessoas acometidas por HIV/Aids e sífilis no Brasil, com base na produção acadêmica desenvolvida em programas de pós-graduação *stricto sensu*, sobretudo por meio da análise de dissertações e teses que compõem o Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. A escolha por esse recorte se justifica pela necessidade de compreender como a literatura científica brasileira tem abordado as inter-relações entre as infecções sexualmente transmissíveis e os determinantes sociais da saúde, considerando que essas relações nem sempre são tematizadas com densidade teórica e crítica nos estudos epidemiológicos convencionais.

A pergunta que orienta esta pesquisa é: **como os marcadores sociais influenciam os perfis das pessoas acometidas por HIV/Aids e sífilis no Brasil, segundo a produção acadêmica *stricto sensu*?** A partir dessa indagação, define-se como **objetivo geral** analisar os impactos dos marcadores sociais no perfil das pessoas acometidas por ISTs, com foco no HIV/Aids e na sífilis, por meio de uma revisão do estado da arte das dissertações e teses disponíveis no Catálogo de Teses

e Dissertações da CAPES. Como **objetivos específicos**, propõe-se: 1) identificar os referenciais teóricos mobilizados pelas pesquisas selecionadas; 2) mapear as abordagens metodológicas predominantes; e 3) examinar as principais recorrências temáticas e lacunas nas produções analisadas.

Trata-se de uma pesquisa de natureza **bibliográfica**, com delineamento qualitativo, orientada pela análise crítica da produção acadêmica brasileira. A seleção do corpus foi realizada a partir de buscas sistemáticas no Catálogo da CAPES, utilizando descritores relacionados a IST, marcadores sociais, vulnerabilidade e impacto. Após a triagem dos títulos e resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas nove dissertações e teses que compuseram o material empírico da análise. As produções foram examinadas segundo critérios temáticos, teórico-metodológicos e discursivos, com o intuito de identificar tendências, ausências e contribuições para a compreensão das ISTs à luz dos marcadores sociais.

A escolha por estudar o tema se justifica pela necessidade de avançar no reconhecimento das dimensões estruturais que moldam a epidemiologia das ISTs no país. A literatura aponta que os agravos associados ao HIV/Aids e à sífilis continuam concentrados entre populações que acumulam desigualdades históricas, como mulheres negras, população LGBTQIA+, pessoas em situação de rua e moradores de periferias urbanas (Miranda et al., 2021; Rossi et al., 2022). Compreender como os estudos acadêmicos têm tematizado essas relações contribui não apenas para qualificar o debate científico, mas também para tensionar os limites das políticas públicas e das práticas institucionais no enfrentamento das ISTs. Ao articular produção de conhecimento e crítica social, a presente pesquisa busca fomentar abordagens interseccionais e situadas, que reconheçam os sujeitos da epidemia em sua complexidade e pluralidade.

2. ESTADO DA ARTE: A PRODUÇÃO ATUAL SOBRE O TEMA

2.1 METODOLOGIA DA COLETA DE DISSERTAÇÕES E TESES

Para a elaboração do primeiro capítulo deste trabalho, dedicado à análise do estado da arte sobre os impactos dos marcadores sociais no perfil dos portadores de ISTs, com foco em HIV/Aids e sífilis, foi realizada uma busca sistemática no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. O objetivo foi identificar produções acadêmicas que abordassem a relação entre marcadores sociais, como gênero, raça, classe e territorialidade, e as dinâmicas de vulnerabilidade associadas às infecções sexualmente transmissíveis.

A estratégia de busca foi conduzida por meio da combinação de descritores-chave em diferentes agrupamentos. Inicialmente, utilizaram-se os termos "IST", "marcadores sociais" e "vulnerabilidade", o que resultou na seleção de 2 trabalhos. Em seguida, a combinação "IST", "marcadores sociais" e "impacto" recuperou 1 trabalho. Já a busca com os termos "IST", "vulnerabilidade" e "impacto" retornou 4 trabalhos. Em um segundo momento, para ampliar a cobertura temática, foram realizadas buscas com termos mais específicos, como "HIV", "marcadores sociais" e "vulnerabilidade", o que resultou na seleção de 3 trabalhos; "Aids", "marcadores sociais" e "vulnerabilidade", com 3 trabalhos; e "sífilis", "marcadores sociais" e "vulnerabilidade", com 1 trabalho selecionado.

A partir da leitura dos resumos e títulos, foi realizada uma triagem para verificar a aderência dos estudos ao tema proposto. Foram excluídos os trabalhos repetidos e aqueles que, apesar de conterem os descritores, não abordavam diretamente a relação entre os marcadores sociais e os perfis dos portadores de ISTs. Ao final do processo, foram mantidas 9 dissertações e teses para análise detalhada, as quais compõem o corpus da presente revisão do estado da arte. Essa etapa foi fundamental para mapear as principais abordagens, lacunas e contribuições acadêmicas sobre a temática em questão, assegurando um panorama atual e relevante do conhecimento produzido na pós-graduação brasileira.

2.2 ANALISE E DISCUSSÃO SOBRE O ESTADO DA ARTE

2.2.1 Ano de Publicação

A análise da distribuição temporal das dissertações e teses selecionadas revela aspectos fundamentais sobre o desenvolvimento da produção acadêmica no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente aquelas relacionadas ao HIV/Aids, à luz das vulnerabilidades sociais e marcadores estruturais. A delimitação cronológica dos trabalhos incluídos, que se concentram entre os anos de 2014 e 2023, não apenas permite identificar tendências temáticas, mas também evidencia o momento em que determinadas questões ganham visibilidade e prioridade na agenda científica nacional.

O recorte temporal mais recente, com predominância de estudos desenvolvidos após 2018, sugere uma intensificação do interesse acadêmico pelas interseções entre saúde, vulnerabilidade social e direitos humanos em contextos marcados por desigualdades. Tal concentração pode ser interpretada como reflexo da ampliação do debate público sobre populações-chave, como mulheres, população negra, pessoas em situação de rua e LGBTQIA+, além do fortalecimento das diretrizes de políticas públicas voltadas à equidade em saúde, como as atualizações no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo do HIV na Atenção Básica.

Além disso, a concentração das produções nos últimos dez anos pode indicar que as universidades e os programas de pós-graduação passaram a responder de maneira mais direta aos desafios impostos por transformações no cenário epidemiológico brasileiro, como a interiorização das ISTs, a feminização da epidemia de HIV e o recrudescimento de casos de sífilis congênita. Tais fenômenos demandam novas abordagens metodológicas e teóricas, muitas das quais estão refletidas na escolha por pesquisas qualitativas, etnográficas e interdisciplinares observadas nos trabalhos mais recentes.

Por outro lado, a ausência de produções anteriores à década de 2010 no corpus selecionado pode ser lida de duas maneiras: ou como limitação da própria busca e critérios de inclusão (foco nas últimas tendências), ou como um indício da escassez de estudos sistemáticos que relacionem ISTs com determinantes sociais da saúde em décadas anteriores. Tal lacuna histórica, embora não comprometa a atualidade do recorte, deve ser considerada na compreensão do desenvolvimento da área, pois aponta para uma maturação relativamente recente das abordagens críticas e interseccionais na pesquisa em saúde coletiva.

Desse modo, o dado referente ao ano de publicação das dissertações e teses não é meramente descritivo; ele permite compreender a inserção histórica da

produção acadêmica no contexto de formulação de políticas públicas, avanços nos direitos sexuais e reprodutivos, e mudanças na percepção social sobre os sujeitos acometidos pelas ISTs. Revela também a capacidade responsiva da academia às emergências epidemiológicas e sociais, e a forma como os programas de pós-graduação têm tematizado os processos de exclusão, vulnerabilização e resistência.

2.2.2 Universidades e Regiões: Cartografia da Produção Acadêmica sobre ISTs e Vulnerabilidades no Brasil.

A análise das instituições de ensino superior responsáveis pelas dissertações e teses selecionadas revela a predominância de universidades públicas, especialmente aquelas com tradição em pesquisa na área da saúde coletiva, ciências humanas e políticas públicas. Destaca-se, nesse panorama, a centralidade da **Universidade de São Paulo (USP)** como o principal polo gerador de conhecimento sobre ISTs, HIV/Aids e marcadores sociais, reunindo o maior número de trabalhos incluídos na amostra analisada. Tal posição de destaque está em consonância com o histórico da instituição na produção de pesquisas interdisciplinares e com a robusta estrutura de seus programas de pós-graduação, como o da Faculdade de Saúde Pública e da Escola de Enfermagem, que integram núcleos de excelência em epidemiologia, vulnerabilidades sociais e direitos humanos.

Além da USP, outras instituições com inserção destacada incluem a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Estadual do Ceará (UECE), a Universidade Federal do Pará (UFPA), a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esse conjunto demonstra que, embora a produção se concentre em centros tradicionais do Sudeste, há também forte presença de universidades das regiões Norte e Nordeste, o que denota um movimento de descentralização e regionalização da pesquisa. Essa distribuição regional é particularmente relevante quando se considera que essas áreas apresentam indicadores epidemiológicos mais preocupantes em relação às ISTs, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, como comunidades ribeirinhas, quilombolas e populações urbanas periféricas.

A concentração de estudos em determinadas universidades pode ser explicada não apenas pela infraestrutura e financiamento disponível, mas também pela atuação de grupos de pesquisa consolidados que investigam saúde, gênero, sexualidade, raça e território sob perspectiva crítica. Núcleos como o NEPS – Núcleo de Estudos para a

Paz e Saúde, na USP, ou o NUANCES – Núcleo de Estudos sobre Sexualidades, Gênero e Subjetividades da UFBA, têm sido fundamentais na produção de conhecimento situado, com ênfase nos determinantes sociais da saúde e na promoção da equidade.

Por outro lado, a relativa ausência de trabalhos oriundos de universidades da região Centro-Oeste ou de instituições privadas aponta para uma lacuna importante na cobertura nacional da produção científica sobre ISTs em perspectiva social e interseccional. Essa ausência pode decorrer tanto de limitações estruturais e financiamento quanto de orientação epistemológica dos programas, o que reforça a necessidade de incentivo à pesquisa crítica em instituições fora do eixo tradicional Sul-Sudeste-Nordeste.

Em suma, os dados sobre as universidades e regiões responsáveis pelas dissertações e teses analisadas não apenas revelam onde se concentra a produção acadêmica sobre o tema, mas também expõem desigualdades estruturais na capacidade de investigação sobre problemas complexos de saúde pública. Evidenciam, ainda, o papel estratégico de determinadas instituições na formação de pesquisadores comprometidos com uma abordagem ampliada da saúde, que considera os marcadores sociais, os contextos territoriais e as múltiplas formas de vulnerabilidade que incidem sobre os sujeitos acometidos por ISTs no Brasil.

2.2.3 Metodologia

A análise das metodologias adotadas nas dissertações e teses selecionadas permite observar uma clara predominância de abordagens qualitativas, alinhadas à natureza complexa e multifacetada dos temas investigados, que envolvem processos de vulnerabilidade social, experiências subjetivas e práticas de cuidado em saúde. A opção majoritária por métodos qualitativos — como etnografia, entrevistas em profundidade, grupos focais, análise documental e estudos de caso — revela a preocupação dos pesquisadores em compreender as dimensões simbólicas, relacionais e territoriais que atravessam os fenômenos associados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente o HIV/Aids.

Essa escolha metodológica se justifica não apenas pela inadequação de abordagens puramente quantitativas para apreender vivências subjetivas e processos sociais complexos, mas também pelo compromisso político e epistemológico com a produção de conhecimento situado, construído a partir das vozes e experiências dos

sujeitos historicamente marginalizados. Assim, metodologias qualitativas são mobilizadas para acessar o modo como mulheres, pessoas em situação de rua, população negra, LGBTQIA+ e outras populações vulnerabilizadas experienciam os dispositivos de prevenção, diagnóstico e cuidado, bem como os estigmas e barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Entre os trabalhos analisados, observa-se também a adoção de referenciais específicos para garantir rigor metodológico, como o protocolo ENTREQ (Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research) em revisões temáticas e o uso de triangulação de dados e fontes. Em alguns casos, estudos de caráter exploratório e descritivo são combinados com análise crítica do discurso ou com perspectivas interseccionais de análise, o que confere densidade teórica e complexidade interpretativa às pesquisas.

É importante destacar, ainda, que mesmo os estudos que se identificam como “revisões” evitam os formatos meramente sistemáticos e estatísticos, optando por revisões de escopo, temáticas ou integrativas, com ênfase na análise discursiva e na articulação entre categorias sociais. A ausência de pesquisas experimentais ou de caráter interventivo quantitativo reforça a orientação dominante por uma epistemologia crítica, voltada para a compreensão dos fenômenos em sua tessitura sociocultural e política.

Essa predominância de métodos qualitativos, no entanto, não deve ser lida como uma limitação, mas como uma escolha coerente com o objeto de estudo e com os objetivos das pesquisas. A complexidade das ISTs como fenômenos que extrapolam a dimensão biomédica e se inscrevem nas relações sociais, nas políticas públicas, nos sistemas de valores e nas experiências vividas, exige abordagens metodológicas capazes de captar contradições, nuances e singularidades.

Portanto, o exame das metodologias evidencia não apenas a diversidade de estratégias de pesquisa adotadas, mas também um compromisso epistemológico com a valorização dos saberes dos sujeitos, com a crítica às estruturas normativas da saúde pública e com a produção de conhecimento que contribua efetivamente para a transformação das práticas e políticas voltadas às ISTs no Brasil.

2.2.4 Os referenciais teóricos utilizados

Na dissertação de Sorrentino (2019), o referencial teórico ocupa papel estruturante da análise e não se limita a um elenco instrumental de conceitos

aplicados mecanicamente à empiria. Ao contrário, constitui-se como um campo problemático, em que diferentes tradições disciplinares – em especial a antropologia interpretativa, a geografia crítica e a saúde coletiva de orientação construcionista – são mobilizadas em regime de interlocução densa, para produzir inteligibilidade sobre os modos de constituição da vulnerabilidade ao HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres trabalhadoras do sexo, inscritas em contextos territorializados de exclusão e resistência.

O ponto de partida da autora é o reconhecimento da etnografia como forma de conhecimento e não apenas como método, perspectiva sustentada nos trabalhos de Geertz (1989, 2002), Peirano (2014) e Jaccoud e Mayer (2008), que defendem a etnografia como operação interpretativa ancorada no convívio prolongado com os sujeitos e na produção de descrições densas sobre formas de vida situadas. Sorrentino (2019) adere a esse horizonte epistemológico ao rejeitar a neutralidade do observador e assumir a escrita como gesto de posicionamento, comprometido com a restituição das racionalidades e experiências das mulheres prostituídas no bairro da Luz. Como afirma a autora, trata-se de produzir um saber situado sobre o social, em que o campo não é apenas um espaço de coleta, mas um espaço-tempo de convivência e escuta, atravessado por assimetrias de poder, afetos e disputas de sentidos.

Nesse registro epistemológico, o conceito de territorialidade emerge como eixo articulador da reflexão, desdobrando-se de maneira polissêmica e transversal. A autora não adere a uma única tradição disciplinar, mas realiza uma operação teórica que poderia ser qualificada como transbordamento disciplinar. A territorialidade é pensada, de um lado, a partir da geografia humana crítica, com referências a autores como Haesbaert (2013), Santos (2006) e Raffestin (1993), que recusam uma concepção estática e meramente cartográfica do território para enfatizar seu caráter relacional, simbólico e político. De outro, são incorporadas contribuições da antropologia urbana, especialmente os conceitos de “pedaço” e “circuito” propostos por Magnani (2002, 2009), bem como a noção de “código-território” desenvolvida por Perlongher (1987), que tensiona a noção de identidade fixa ao enfatizar a performatividade e a plasticidade dos sujeitos nos espaços da prostituição.

Essas operações teóricas visam apreender o território não apenas como um dado físico, mas como um campo de forças em que se entrecruzam práticas cotidianas, afetos, controles institucionais, estigmas e disputas por reconhecimento.

O território da prostituição, tal como analisado por Sorrentino (2019), não é homogêneo nem unívoco, mas atravessado por clivagens internas – entre rua e prédio, entre centro e periferia simbólica, entre velhas e novas gerações de trabalhadoras – que se expressam em formações diferenciadas de pertencimento, reconhecimento e vulnerabilidade. O recurso aos conceitos de Perlongher (1987) é especialmente fecundo nesse ponto, pois permite compreender a territorialidade como inscrição codificada de posições sociais dinâmicas, que se deslocam conforme as mulheres transitam entre diferentes zonas do “circuito” da prostituição paulistana. A “interseção entre o código e o território”, para utilizar a linguagem deleuziana apropriada por Perlongher, é operada como chave de leitura para pensar a heterogeneidade das trajetórias e das experiências das mulheres em campo.

Esse enfoque territorial é conjugado com o referencial da interseccionalidade, que constitui outro pilar teórico do trabalho. Apoiada nas formulações de Ayres (2016), Oviedo e Czeresnia (2017) e Henning (2015), Sorrentino articula a noção de vulnerabilidade em saúde com os marcadores sociais da diferença – gênero, raça/cor, classe, geração e origem geográfica – compreendidos como dispositivos que organizam a produção de desigualdades e exclusões nos contextos de prostituição. A autora recusa, assim, uma leitura biomédica e comportamental da vulnerabilidade ao HIV/aids, que individualiza os riscos e descontextualiza os sujeitos, para propor uma análise situada, em que o risco é inseparável dos atravessamentos estruturais e simbólicos que incidem sobre os corpos das trabalhadoras sexuais. A vulnerabilidade, nesse enquadramento, não é um atributo de fragilidade intrínseca, mas um efeito de posicionamentos desiguais no espaço social e urbano.

Ao mobilizar a interseccionalidade como operador analítico, Sorrentino (2019) evita reduzir a prostituição a uma experiência homogênea, reconhecendo que diferentes combinações de marcadores geram distintos modos de inserção nos “pedaços” da cidade e distintos graus de acesso a recursos de cuidado e proteção. A geografia da prostituição torna-se, portanto, uma geografia da desigualdade e da luta por dignidade, em que os sujeitos negociam cotidianamente suas posições, seus corpos e seus direitos.

O referencial teórico da tese de Mathias (2021) é articulado de modo denso e sofisticado, refletindo uma escolha crítica de autores e conceitos fundamentais para compreender a profilaxia pós-exposição sexual (PEP Sexual) no contexto da prevenção combinada entre homens que fazem sexo com homens (HSH). A estrutura

teórica não se limita ao campo biomédico, mas amplia-se para abarcar categorias das ciências sociais e humanas, com ênfase nas teorias da sexualidade, gênero, masculinidades, risco e estigma.

Desde o início, o autor adota uma perspectiva construcionista da sexualidade e do gênero, recorrendo a autores clássicos e contemporâneos. Jeffrey Weeks (1995), Carol Vance (1989) e Gayle Rubin (1984) são mobilizados para demarcar a crítica ao essencialismo sexual, enfatizando que práticas sexuais e identidades são atravessadas por construções históricas, culturais e políticas. Esses aportes teóricos sustentam a compreensão de que o risco à infecção por HIV e a tomada de decisão quanto ao uso da PEP não podem ser reduzidos à lógica biomédica ou ao comportamento individual, sendo perpassados por marcadores sociais da diferença, como raça/cor, gênero, sexualidade, classe e geração (Couto et al., 2018).

A teoria da masculinidade hegemônica é um dos eixos centrais da discussão, sobretudo a partir da contribuição de Connell (1995). O autor a utiliza para explorar como as normas de gênero e os ideais de masculinidade afetam a percepção de risco e o acesso às estratégias de prevenção. A masculinidade hegemônica, definida por Connell (1995) como um padrão normativo de ser homem que marginaliza outras formas de masculinidade e subordina as feminilidades, é apresentada como um obstáculo à adesão de homens heterossexuais e HSH a estratégias como a PEP, seja pela sensação de invulnerabilidade, seja pelo estigma associado a práticas sexuais não normativas (Santos, 2020; Barreto, 2016).

Outro pilar teórico relevante é a noção de risco, que é analisada em diálogo com a obra de Ulrich Beck (1986) e autores da epidemiologia e da sociologia da saúde. Beck (1986), ao tratar da sociedade de risco, é convocado para mostrar como as ameaças contemporâneas (como o HIV) são geridas discursivamente por sistemas especializados, como a mídia, o Estado e os serviços de saúde. Contudo, Mathias (2021) tensiona essa visão tecnocrática com estudos que revelam a relativização do risco por parte dos sujeitos, como nos trabalhos de Perrusi e Franchi (2011) e Santos (2020), reforçando a ideia de que o risco é socialmente construído e experienciado de modo situado.

A teoria do estigma, conforme formulada por Goffman (1988), é empregada para aprofundar a análise das barreiras simbólicas e sociais que dificultam o uso da PEP. O estigma, entendido como uma marca que desqualifica socialmente o sujeito, é discutido em sua articulação com a sexualidade não hegemônica, as práticas de

prevenção ao HIV e o acesso a serviços de saúde. O autor também incorpora os desdobramentos contemporâneos desse conceito com as contribuições de Parker (2002) e outros pesquisadores que analisam o estigma não apenas como um atributo individual, mas como processo social e estrutural que organiza desigualdades (Parker et al., 2010; Logie et al., 2017).

No campo da saúde coletiva, o conceito de prevenção combinada é discutido criticamente a partir de documentos do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) e da OPAS/UNAIDS, sendo complementado com autores que problematizam a excessiva ênfase nas estratégias biomédicas em detrimento das ações estruturais e do protagonismo social (Paiva et al., 2015; Giami, 2015). A prevenção combinada, nesse sentido, não é abordada de forma acrítica, mas como um campo de disputas políticas e epistemológicas.

Importante também é a presença de autores que tratam da interseccionalidade e dos marcadores sociais da diferença, como Brah (1996), Butler (2004) e Preciado (2011), os quais reforçam a leitura de que os corpos, identidades e práticas são moldados por múltiplas formas de opressão e exclusão. Assim, a análise da PEP se insere em um quadro mais amplo de disputa simbólica, acesso desigual aos direitos e construção de subjetividades em contextos de vulnerabilidade.

Em suma, Mathias (2021) articula um referencial teórico robusto e interdisciplinar, que vai além dos manuais clínicos e documentos técnicos. Ele conjuga aportes das ciências biomédicas, sociais e humanas com uma leitura crítica das políticas públicas, dos determinantes sociais da saúde e das epistemologias do sul. Essa articulação teórica lhe permite compreender o uso da PEP não como mero ato técnico, mas como prática situada, relacional e politicamente tensionada por desigualdades sociais e simbólicas.

O referencial teórico mobilizado por Moura (2019) estrutura-se em torno da concepção ampliada de vulnerabilidade em saúde como eixo central da análise das infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre mulheres no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A autora constrói essa fundamentação por meio de uma articulação crítica com autores clássicos da saúde coletiva, especialmente Ayres (2003, 2006, 2009), Ayres, Paiva e Buchalla (2012) e Florêncio (2018), evidenciando um esforço sistemático para transcender abordagens biomédicas e comportamentais convencionais.

Ayres (2006) propõe a vulnerabilidade como um conceito que compreende três dimensões interdependentes — individual, social e programática —, articuladas em torno da capacidade dos sujeitos de se protegerem ou se exporem a agravos à saúde. Moura (2019) incorpora esse marco conceitual não como descrição estática, mas como matriz de leitura dos processos de adoecimento relacionados às IST. Na dimensão individual, por exemplo, a autora enfatiza aspectos como cognição, atitudes e comportamentos frente à sexualidade e ao uso de preservativos, apontando que a fragilidade do conhecimento e a baixa percepção de risco contribuem diretamente para a exposição a práticas sexuais desprotegidas, conforme demonstrado por Costa (2014) e Jorge (2013).

Já na dimensão social, a autora explicita como fatores estruturais como gênero, pobreza, baixa escolaridade e desigualdade de acesso à informação influenciam a vulnerabilidade feminina, recuperando a crítica de Barbosa e Freitas (2011) ao imaginário social que posicionava as mulheres como menos suscetíveis às ISTs. Essa concepção é reforçada por Silva (2015), ao afirmar que as relações afetivas e sexuais são atravessadas por normas patriarcais que retiram das mulheres a autonomia sobre seus corpos e decisões reprodutivas, ao mesmo tempo que naturalizam a submissão e silenciam o direito à negociação do uso do preservativo.

A dimensão programática, por sua vez, é compreendida a partir da crítica à ineficiência institucional e à ausência de estratégias de cuidado integral, tal como preconizado nas políticas públicas. Moura (2019) denuncia a invisibilização das IST sintomáticas como urgência e a ausência de rastreamento ativo em consultas ginecológicas, mostrando como a estrutura dos serviços de APS ainda se encontra aquém do preconizado nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015a). Essa crítica dialoga diretamente com Oviedo e Czeresnia (2015), para quem a vulnerabilidade deve ser compreendida como categoria ético-política que tensiona as práticas de cuidado e as políticas institucionais a partir da complexidade das vivências dos sujeitos.

Além da influência do modelo conceitual de Ayres, a autora atualiza e tensiona o referencial ao incorporar a definição de Florêncio (2018), que reformula a noção de vulnerabilidade como uma condição construída na interação entre sujeito e social, marcada por relações de poder que conduzem à precariedade sempre que o empoderamento é negado. Tal perspectiva amplia as dimensões tradicionais do conceito ao introduzir a categoria do empoderamento como elemento crítico da

análise, posicionando a vulnerabilidade como processo relacional e historicamente situado, e não como condição fixa. A autora se vale dessa chave teórica para interpretar a dificuldade das mulheres em reivindicar direitos sexuais e reprodutivos no interior de relações afetivas marcadas pela dominação masculina, pelo silêncio e pela culpabilização da vítima, como já indicado por Santos (2016).

A revisão da literatura também recupera contribuições de autores como Tarantola e Gruskin (2008), que problematizam a noção de “grupos de risco” e defendem o uso de “vulnerabilidade” como conceito mais abrangente e ético. Moura (2019) adere a essa crítica ao demonstrar que a adesão das mulheres às estratégias preventivas não depende exclusivamente de informação, mas sim da capacidade de negociar, decidir e agir em contextos onde os direitos sexuais ainda não são plenamente reconhecidos como tal.

Ao incorporar os marcadores analíticos desenvolvidos por De la Torre-Ugarte-Guanilo (2012), a autora propõe uma operacionalização concreta do referencial teórico na dimensão empírica. Esses marcadores — ausência de abertura para o diálogo com o parceiro, não percepção do risco, desconsideração da vulnerabilidade e não reconhecimento de direitos sexuais e reprodutivos — traduzem diretamente os pilares do conceito de vulnerabilidade, permitindo sua aplicação nos contextos reais de vida das mulheres e sua análise por meio das entrevistas. A integração entre referencial teórico e instrumento de análise evidencia uma coerência metodológica e epistemológica que sustenta a consistência interna do estudo.

O referencial teórico mobilizado por Farias (2022) é estruturado a partir de um tripé analítico que articula o campo da epidemiologia crítica, a história das políticas públicas em IST/HIV/Aids no Brasil e, sobretudo, o conceito de vulnerabilidade em saúde como categoria central de análise. Ao eleger como objeto de estudo a situação programática da atenção à saúde voltada às IST/HIV/Aids na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Acaraú, o autor fundamenta sua reflexão teórica em produções que transcendem explicações meramente biomédicas ou comportamentais, operando um deslocamento para as determinações sociais, institucionais e programáticas da vulnerabilidade.

No primeiro eixo da fundamentação, o autor apresenta um panorama epidemiológico nacional e internacional, evidenciando a persistência das IST como grave problema de saúde pública. Para tanto, mobiliza dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2021a),

ressaltando a magnitude dos casos de sífilis, hepatites virais e HIV/Aids. A centralidade da juventude como grupo particularmente exposto às IST é abordada com base na análise de Vieira e Matsukura (2017), cujos estudos enfatizam os elementos psicossociais da vulnerabilidade juvenil, como a ausência de percepção de risco, o déficit de informação e os impasses identitários. Esse panorama fornece ao autor os elementos empíricos para justificar a investigação da atenção primária nos territórios periféricos, em especial no contexto cearense, onde indicadores epidemiológicos revelam um cenário de crescimento das notificações e, ao mesmo tempo, de fragilidade nas respostas programáticas locais.

A segunda dimensão teórica explorada refere-se ao desenvolvimento histórico das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das IST/HIV/Aids no Brasil. Farias (2022) articula a produção de Bezerra (2019) para historicizar os marcos institucionais desde a criação do Programa Nacional de DST e Aids em 1986 até as diretrizes recentes dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), os quais foram aprovados pela CONITEC. Esta trajetória é apresentada não apenas como uma sequência normativa, mas como expressão das disputas políticas, institucionais e sociais em torno da saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Miranda et al. (2021) são convocados para detalhar os avanços mais recentes em vigilância epidemiológica, imunização, acesso a testagens e ações específicas como a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita. Trata-se de um recorte teórico que revela como os avanços normativos não se traduzem automaticamente em respostas concretas nos municípios, especialmente em regiões marcadas por desigualdades socioespaciais e limitação da capacidade de gestão.

A terceira e mais densa dimensão teórica da dissertação é a incorporação do conceito de vulnerabilidade em saúde (VS), com base em Florêncio e Moreira (2021), cuja abordagem confere sofisticação analítica ao estudo ao compreender o adoecimento não como um evento isolado, mas como um fenômeno produzido na intersecção entre o sujeito e as estruturas sociais que o atravessam. O autor explora com rigor o desdobramento desse conceito nos elementos “sujeito” e “social”, com ênfase na “situação programática” enquanto subconceito do segundo. A situação programática é entendida como a expressão institucional da vulnerabilidade, representada pela disponibilidade (ou não) de infraestrutura, recursos humanos, insumos e pelo modo como o processo de trabalho se organiza nas práticas de cuidado. Farias (2022) recorre ainda a Santos et al. (2020a) para evidenciar que a

precariedade dessas dimensões acentua a vulnerabilidade dos usuários ao comprometimento da saúde sexual e à exposição a agravos evitáveis. Essa concepção permite que o autor desloque a análise da responsabilidade individual – muitas vezes presente no discurso biomédico – para a responsabilização das instituições e da gestão pública.

A apropriação crítica do conceito de situação programática também é enriquecida por interlocuções com Ayres, Paiva e França (2011), cuja perspectiva sobre vulnerabilidade reforça o entendimento de que a saúde é condicionada por um conjunto de fatores estruturais, culturais e políticos, que exigem uma abordagem ampliada e intersetorial. Ao integrar a análise de documentos oficiais (como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual e os Relatórios de Gestão) com o discurso dos gestores locais, o autor operacionaliza o conceito de vulnerabilidade de modo empiricamente consistente, atribuindo materialidade ao constructo teórico. O referencial de De la Torre-Ugarte-Guanilo (2012) é mobilizado como suporte para essa transposição do conceito à análise da gestão, sobretudo no que diz respeito à necessidade de avaliar em que medida as ações programadas se traduzem em garantias efetivas de acesso e cuidado nos territórios.

Essa articulação é reforçada pela leitura de Aragão et al. (2016), que sustenta que a situação programática pode ser interpretada como expressão do grau de compromisso político das gestões públicas, não apenas com a oferta de serviços, mas com a integralidade do cuidado e a equidade em saúde. A leitura das políticas públicas como componente da vulnerabilidade é reafirmada por Florêncio e Moreira (2021), que interpretam a ausência de ações planejadas e a ineficiência dos serviços como produtoras de sujeitos invisíveis diante do Estado e, por conseguinte, mais expostos aos agravos. O diálogo estabelecido com Bezerra (2019) permite ainda que o autor fundamente sua análise na compreensão das políticas públicas como produto das dinâmicas institucionais e não apenas como dispositivos técnicos ou administrativos.

Por esse percurso, Farias (2022) constrói um arcabouço teórico robusto, que entrelaça o diagnóstico epidemiológico, a historicidade das ações públicas em saúde e os fundamentos teórico-conceituais da vulnerabilidade. Esse esforço de articulação sustenta a análise das fragilidades da atenção à saúde nas IST/HIV/Aids nos municípios da ADS de Acaraú, oferecendo uma lente crítica para compreender o distanciamento entre os normativos nacionais e a realidade local da atenção primária em territórios marcados pela escassez estrutural e pela precariedade institucional.

O referencial teórico da dissertação de Bezerra (2022) é articulado a partir de uma densa tessitura que conjuga fundamentos do materialismo histórico-dialético, epistemologias decoloniais e o conceito de interseccionalidade como operador analítico central. O autor estrutura uma abordagem crítica, que privilegia a compreensão da saúde e da vulnerabilidade social como fenômenos historicamente determinados, politicamente construídos e interseccionalmente tensionados por marcadores sociais de desigualdade — raça, classe, gênero e sexualidade.

Desde a introdução, evidencia-se que a leitura da realidade proposta recusa qualquer essencialismo ou reducionismo biomédico, posicionando-se firmemente contra explicações individualizantes da vulnerabilidade ao HIV/aids. Em vez disso, Bezerra (2022) toma como base a teoria social marxista para analisar o processo de determinação social da saúde, conforme delineado por autores como Netto (2009), que é reiteradamente mobilizado para sustentar a análise da totalidade concreta e das mediações entre estrutura e subjetividade. A concepção de saúde, assim, é extraída não de uma ontologia individualizada do adoecimento, mas da historicidade das condições sociais de produção e reprodução da vida.

Nesse sentido, a perspectiva dialética serve ao autor como chave para compreender as contradições estruturais que afetam a população homo/bissexual masculina negra no Brasil, em especial no tocante às políticas públicas de saúde. A concepção ampliada de saúde, consagrada pela Reforma Sanitária e incorporada à Constituição de 1988, é tratada não como um dado, mas como um campo de disputas sociais. Bezerra (2022) recorre a Menicucci (2003), Bravo (2001), Boschetti (2006) e Almeida-Filho (2010) para historicizar os marcos legais e institucionais do SUS, identificando nele tanto avanços quanto retrocessos decorrentes das disputas entre projetos societários de democracia de massas e democracia restrita.

Na interseção entre teoria crítica e epistemologia decolonial, o trabalho adota também o pensamento de Grosfoguel e Bernardino-Costa (2016) como âncora para o reposicionamento do locus de enunciação do pesquisador. A perspectiva decolonial é acionada não apenas como retórica discursiva, mas como compromisso epistemológico e político, que visa descentrar a produção do conhecimento dos paradigmas eurocêntricos e universalistas. A marca da experiência vivida — o corpo negro, periférico e dissidente do autor — não é tratada como ruído metodológico, mas como privilégio epistêmico, como defendido pelos autores supracitados.

A interseccionalidade, por sua vez, aparece como categoria fundamental para a análise da vulnerabilidade. Inspirando-se em Akotirene (2020), o autor evidencia que a condição dos homo/bissexuais negros não pode ser compreendida senão a partir do entrecruzamento de opressões estruturais — racismo, cisheteronormatividade, sexismo e classismo. Mais do que um conceito descritivo, a interseccionalidade é mobilizada como ferramenta analítica e política que desvela as matrizes coloniais de poder que informam as desigualdades em saúde.

Além disso, o autor também dialoga com autores do campo da saúde coletiva, como Nogueira (2010), que contribui para a crítica à concepção biologicista de saúde, e Almeida-Filho (2010), cuja leitura sobre o surgimento de paradigmas críticos na saúde nos anos 1970-80 sustenta o distanciamento do autor em relação à visão positivista da epidemiologia tradicional. Essa perspectiva se coaduna com a crítica à naturalização das estatísticas e à invisibilidade promovida por dados ignorados nos boletins epidemiológicos — questão que Bezerra (2022) problematiza com contundência.

Ademais, ao tratar da distinção entre categorias epidemiológicas e identitárias, como HSH e “bicha preta”, o autor faz um importante diálogo com Duque e Pelúcio (2010), cujas contribuições ajudam a desvincular a categoria HSH de um entendimento identitário, reafirmando-a como construção biomédica e, ao mesmo tempo, demonstrando os limites analíticos e políticos desse uso quando desvinculado das dimensões subjetivas, culturais e sociais do pertencimento.

A construção teórica de Bezerra (2022) não é, portanto, meramente expositiva, mas reflexiva e engajada. Sua leitura crítica da vulnerabilidade incorpora um esforço de síntese entre teoria social marxista, pensamento decolonial e interseccionalidade, de modo a articular estrutural e subjetivamente os mecanismos de opressão e exclusão que incidem sobre os corpos negros dissidentes. Essa articulação teórica robusta legitima a escolha metodológica por uma abordagem qualitativa e documental, e orienta toda a construção argumentativa da pesquisa.

O autor estrutura seu referencial teórico com base em um entrecruzamento entre os campos da saúde coletiva, dos estudos de gênero e das abordagens críticas da prevenção ao HIV, posicionando-se contra as concepções biomédicas normativas e propondo uma leitura situada da vulnerabilidade à infecção. A centralidade conferida à categoria de masculinidade hegemônica emerge como fio condutor da análise, articulando autores como Dworkin (2015), Higgins, Hoffman e Dworkin (2010), e Leal,

Knauth e Couto (2015) para evidenciar como os homens heterossexuais são historicamente invisibilizados nas políticas de prevenção, a despeito da sua relevância nos dados epidemiológicos. Essa crítica é sustentada por dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2018), o que confere densidade empírica à argumentação.

A noção de prevenção combinada ocupa papel de destaque no arcabouço teórico do estudo, sendo mobilizada como alternativa paradigmática que supera a lógica dos grupos de risco e incorpora dimensões estruturais, comportamentais e biomédicas. Para isso, Santos (2019) aciona referências como Grangeiro et al. (2015a, 2015b), Kuchenbecker (2015), Maksud et al. (2015) e Rotheram-Borus, Swendeman e Chovnick (2009), delineando as tensões entre a promessa tecnológica das estratégias baseadas em antirretrovirais e os limites impostos pelas desigualdades sociais de acesso à informação, aos serviços e aos próprios medicamentos. O autor realça que, embora a PEPsexual seja uma tecnologia biomédica eficaz, seu uso está condicionado por barreiras estruturais, pela disponibilidade desigual no SUS e por estigmas de ordem moral que atravessam o corpo dos usuários.

A crítica à categoria de grupo de risco é desenvolvida com apoio nos aportes conceituais de Ayres et al. (2003) e Ayres (2006), cujas formulações sobre a vulnerabilidade – nos níveis individual, social e programático – servem como contraponto à lógica prescritiva da prevenção tradicional. Nessa chave, a exposição ao HIV é compreendida como produto de determinantes contextuais que envolvem a intersecção entre marcadores sociais da diferença, como raça, classe, gênero e orientação sexual. A noção de risco, nesse sentido, é ressignificada como construção simbólica e relacional, o que permite ao autor incorporar os depoimentos dos sujeitos da pesquisa não como simples relatos ilustrativos, mas como operadores analíticos em si.

A forma como Santos (2019) analisa a circulação desigual de informações sobre a PEPsexual também é teórica e politicamente informada. Ao recorrer a estudos como os de Fernández-Balbuena et al. (2013), Mehta et al. (2011) e Prati et al. (2016), o autor demonstra que os homens heterossexuais permanecem à margem das campanhas educativas e dos coletivos que promovem a difusão das novas tecnologias de prevenção, o que se soma ao desconhecimento dos próprios profissionais de saúde sobre as indicações e protocolos da PEP. Essa dimensão é interpretada à luz de uma crítica estrutural que não atribui à ignorância individual a

responsabilidade pelo não uso da profilaxia, mas à forma como os programas de prevenção reiteram padrões heteronormativos e racializados.

Outro ponto notável na composição do referencial é a discussão sobre os efeitos colaterais do tratamento profilático, abordados com base em Chan et al. (2013), Rabaud et al. (2005), Luque et al. (2007) e outros. Santos (2019) explora como o desconforto físico, aliado ao estigma do uso dos antirretrovirais, mobiliza sentimentos de culpa, vergonha e autopunição nos participantes, revelando o quanto a experiência do cuidado em saúde é mediada por processos morais. Nesse aspecto, o autor se aproxima de uma leitura foucaultiana, ainda que implícita, ao analisar os mecanismos de sujeição e disciplinamento que atravessam a medicalização do risco sexual.

A articulação conceitual se sustenta ainda na categoria de agência, tomada aqui como capacidade relacional e situada de manejar o risco. O autor evidencia, com apoio em Grangeiro, Kuchenbecker e Veras (2015), que a prevenção bem-sucedida demanda mais do que o acesso aos insumos biomédicos: ela exige condições materiais, vínculos institucionais e reconhecimento simbólico. O modelo de prevenção combinada, nesse sentido, é apresentado como uma estratégia cuja eficácia depende da integração entre diferentes formas de saber, da sinergia entre políticas públicas e da sensibilidade às formas específicas de vivência da sexualidade entre homens heterossexualmente ativos.

O referencial teórico mobilizado por Santos (2022) estrutura-se a partir de um diálogo orgânico entre o materialismo histórico-dialético e as teorias feministas e de gênero, compondo uma malha analítica robusta que sustenta a problematização da feminização do HIV/Aids no contexto da Atenção Básica. A autora parte do entendimento marxista da totalidade social para situar a epidemia como expressão das contradições do modo de produção capitalista, no qual as determinações econômicas, políticas e ideológicas incidem diretamente sobre os processos de adoecimento e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação com Marx, conforme citado por Izquierdo (1992), é central para compreender que não é a consciência dos sujeitos que determina sua realidade, mas a realidade social, historicamente constituída, que determina suas formas de subjetivação, incluindo os padrões de gênero e as normas sobre sexualidade.

A interlocução com a tradição feminista aparece como eixo transversal ao longo do trabalho, especialmente na forma como Santos (2022) incorpora as formulações de Scott (1990) e Saffioti (1987) sobre o gênero enquanto categoria relacional e

histórica. Scott (1990) é utilizada para ressaltar que o gênero não é uma identidade, mas um campo discursivo permeado por relações de poder, que estrutura as representações, os saberes e as práticas sociais. Já Saffioti (1987) é convocada para tensionar as intersecções entre gênero, classe e raça, revelando como a inserção subordinada das mulheres na estrutura social capitalista as torna particularmente vulneráveis às formas de dominação, inclusive no campo da saúde.

A presença de Fraser, ainda que não nomeada diretamente em algumas passagens, é perceptível na apropriação dos conceitos de injustiça distributiva e de reconhecimento, os quais são interpretados por Santos (2022) à luz da precariedade vivida pelas mulheres soropositivas que, além do estigma associado ao HIV, enfrentam a desvalorização cultural do feminino em um sistema normativo profundamente androcentrista. O argumento de que a condição de ser mulher com HIV/Aids impõe uma dupla penalização — sanitária e simbólica — é sustentado ainda por autores como Gerda Lerner (2019), cuja análise histórica da dominação patriarcal serve de fundamento para identificar a internalização das desigualdades como parte de um processo civilizatório excludente.

Foucault (1988) é convocado de forma estratégica para elucidar os mecanismos de produção da sexualidade enquanto dispositivo de poder, evidenciando como os corpos femininos são disciplinados por normas que os colocam à disposição da heterossexualidade compulsória. Essa leitura sustenta a análise sobre o silenciamento das mulheres em relações sexuais marcadas pela assimetria, onde a não negociação do uso do preservativo configura não um comportamento individual desviante, mas um efeito de estruturas patriarcais profundamente arraigadas. Em consonância, Ayres (1997) oferece as bases para a compreensão da vulnerabilidade não apenas como exposição ao risco biológico, mas como expressão de uma condição socialmente produzida, vinculada à ausência de garantias materiais, simbólicas e institucionais.

Parker (2004) é utilizado para ampliar a crítica ao modelo biomédico tradicional, ao destacar que as respostas sociais ao HIV/Aids historicamente negligenciaram os marcadores sociais da diferença. Essa crítica é aprofundada na medida em que a autora examina a ausência de políticas públicas que reconheçam as necessidades específicas das mulheres soropositivas em contextos de pobreza, baixa escolaridade e dependência econômica, o que agrava sobremaneira sua exposição ao contágio e compromete sua adesão ao tratamento. A lógica da responsabilização individual,

presente em campanhas que enfatizam o “comportamento de risco”, é assim substituída por uma análise que evidencia o “contexto de risco”, conceito caro aos estudos de vulnerabilidade programática e social.

Bourdieu (2012), ao discutir a dominação masculina como estrutura incorporada, oferece fundamentos para pensar a reprodução da desigualdade como algo naturalizado nas práticas cotidianas e mesmo nos serviços de saúde, onde os estigmas operam silenciosamente na forma de negligência ou tratamento indiferenciado. Em articulação com a crítica foucaultiana, essa contribuição permite à autora sustentar que o acesso à saúde das mulheres com HIV/Aids é atravessado por camadas de exclusão que não se restringem ao sistema de saúde, mas se originam na estrutura mais ampla das relações sociais. Tal perspectiva é reforçada pela inclusão das análises de Carlotto (2001), que denuncia o papel da divisão sexual do trabalho na manutenção das hierarquias de gênero, e de Gomes (2007), ao apontar a diversidade como produção histórica das diferenças transformadas em desigualdades estruturantes.

Ao tematizar as especificidades da epidemia entre mulheres trans e travestis, Santos (2022) convoca os dados de Dourado (2016) para demonstrar a negligência histórica das políticas públicas em relação a esses grupos, cujas taxas de infecção permanecem alarmantes. A autora articula essas evidências empíricas à análise teórica sobre o apagamento de identidades dissidentes no interior do sistema de saúde, reforçando a crítica ao modelo universalista que ignora a interseccionalidade como princípio organizador das práticas de cuidado. A centralidade dos marcadores sociais — gênero, classe, raça, orientação sexual — emerge, assim, como exigência epistemológica e política da pesquisa.

A referência a Carlos Moore (2012), ao listar os recursos fundamentais cuja distribuição desigual sustenta as iniquidades sociais, permite reforçar que o HIV/Aids não é apenas uma questão de saúde, mas de cidadania, participação política e justiça social. Ao mobilizar as categorias de totalidade, contradição e historicidade, oriundas do método materialista dialético, Santos (2022) recusa as explicações biologizantes ou individualizantes da feminização da epidemia e reconstrói, teoricamente, o processo como expressão de um sistema de opressão múltipla.

O referencial teórico da pesquisa de Oliveira (2018) estrutura-se a partir de uma abordagem interdisciplinar que articula os saberes biomédicos com a tradição crítica do Serviço Social brasileiro, sobretudo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS e

suas determinações sociais. A autora insere sua análise dentro de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, abandonando uma leitura estritamente biologizante e incorporando os condicionantes sociais que permeiam a adesão ao tratamento, a recorrência hospitalar e a vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Com base em Clementino (2014), são evidenciadas as transformações epidemiológicas da AIDS no Brasil, que passou por um processo de interiorização, feminização e pauperização, afetando de forma crescente sujeitos socialmente precarizados.

Oliveira (2018) demonstra sensibilidade teórica ao discutir a desconstrução do conceito de “grupo de risco”, articulando-o com as mudanças no perfil dos infectados e com o avanço da epidemia para além dos grupos inicialmente estigmatizados, conforme já apontado por Santos (2005). Essa problematização do risco e da vulnerabilidade serve de base para o exame da reinternação precoce como fenômeno que transcende fatores clínicos isolados, sendo profundamente influenciado por questões como rompimento de vínculos familiares, vivência de rua, uso abusivo de substâncias e desproteção social. A autora sustenta que esses elementos configuram expressões da “questão social”, categoria central ao pensamento de Netto (2011), utilizado para sustentar a indissociabilidade entre o adoecimento e as contradições do modo de produção capitalista.

Nesse sentido, o Serviço Social é apresentado não apenas como campo de atuação profissional, mas como mediação crítica entre o sujeito e as políticas públicas, papel legitimado pelas diretrizes do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009). Oliveira mobiliza Costa (2008) para justificar a inserção crescente de assistentes sociais no campo da saúde, sobretudo a partir da constituição do SUS, destacando que tal inserção decorre tanto do reconhecimento da profissão quanto da ampliação das demandas sociais trazidas pelos usuários dos serviços. A autora mostra que a prática profissional se ancora no trabalho com o contexto familiar, na busca ativa, no acolhimento e na articulação com a rede intersetorial de apoio, o que inclui ações integradas com ONGs, serviços de saúde mental, programas de transferência de renda e políticas habitacionais.

A relação entre vulnerabilidade social e reincidência hospitalar é sustentada por Bastos e Szwarcwald (2000), cuja análise evidencia o papel dos determinantes socioeconômicos na produção da AIDS, especialmente nos estratos mais empobrecidos da população. Tais elementos são abordados de forma concreta pela

autora, com base em sua experiência na UETDI, onde observa que a maioria dos pacientes reinternados apresenta histórico de evasão escolar, descontinuidade de vínculos familiares, ausência de renda e dificuldades no acesso ao transporte e à alimentação. A reflexão de Iamamoto (2007) também é mobilizada para situar o Serviço Social como profissão fundada na contradição da “questão social”, cujos desdobramentos se materializam na precariedade das condições de vida das PVHA, elemento-chave para compreender as barreiras à adesão terapêutica.

Ao abordar a coprodução do cuidado em saúde, Oliveira lança mão da contribuição de Merhy (1997), que propõe a noção de encontro intercessor entre trabalhador e usuário, reconhecendo o paciente como sujeito ativo do processo terapêutico. Essa perspectiva fundamenta a defesa de uma abordagem multiprofissional que compreenda a adesão ao tratamento não como responsabilidade individual, mas como expressão de um conjunto de relações sociais mediadas por políticas públicas, subjetividades e condições materiais de existência. A autora recupera ainda estudos internacionais como os de Nijhawan et al. (2015) e Berry et al. (2013), que identificam a não adesão à TARV e o uso de substâncias psicoativas como os principais fatores associados à reinternação precoce entre pessoas vivendo com HIV.

A teorização proposta por Oliveira evidencia que o fenômeno da reinternação hospitalar não pode ser interpretado de forma isolada do contexto de desfiliação social das PVHA, sendo necessário considerar o papel estruturante da pobreza, do estigma e da ausência de uma rede protetiva eficaz. O referencial teórico adotado, portanto, vai além da descrição dos fatores de risco clínicos e propõe uma leitura crítica e totalizante do cuidado em HIV/AIDS, ancorada em autores que pensam a saúde a partir de suas determinações históricas, sociais e políticas, o que confere densidade analítica ao trabalho.

O referencial teórico da tese de Gisele Cristina Tertuliano (2021) é articulado de maneira densa, crítica e interdisciplinar, buscando compreender a experiência das mulheres que vivenciaram a transmissão vertical da sífilis a partir de uma lente que entrelaça história, saúde coletiva, interseccionalidade e crítica social. A autora estrutura seu referencial em cinco eixos principais: o estigma histórico da sífilis, sua construção social contemporânea, o conceito de vulnerabilidade, a discussão sobre gênero e interseccionalidade e, por fim, as políticas públicas voltadas às mulheres. Essa arquitetura conceitual não é apenas descritiva, mas propicia uma análise crítica

dos determinantes históricos, sociais e institucionais que atravessam as trajetórias femininas investigadas.

No primeiro eixo, Tertuliano (2021) retoma a construção histórica do estigma da sífilis desde a Europa medieval até os desdobramentos coloniais na América Latina. Autores como Batista (2017), Fleck (1986) e Ujvari (2012) são utilizados para demonstrar como a doença foi historicamente associada a desvio moral e práticas sexuais consideradas promíscuas, especialmente quando atribuídas às mulheres. A autora enfatiza a moralização da sexualidade feminina como uma herança que se prolonga até os discursos biomédicos contemporâneos. A análise do caso Tuskegee, com base em Goldim (2021), é incorporada como exemplo paradigmático de como a ciência, ao longo do tempo, reiterou desigualdades raciais e de gênero, criando um corpo de saber que perpetuou opressões sob o verniz da neutralidade científica.

A construção social contemporânea da sífilis, segundo Tertuliano (2021), é discutida em termos de persistência do estigma e de sua reatualização na figura da mulher pobre, negra e jovem, que se torna alvo de culpabilização em contextos de negligência institucional. Essa construção é abordada com base em Carrara (1994), Ramos (1999), Osada e Costa (2016), Viana et al. (2017) e Heilborn (2006), que oferecem substratos para entender como a sífilis permanece vinculada a um imaginário social moralizante e estigmatizador. A autora incorpora a crítica foucaultiana da biopolítica, especialmente ao tratar da invisibilização do sofrimento e da falta de resolutividade dos serviços, articulando também a noção de necropolítica na medida em que o Estado falha em garantir o cuidado a populações vulnerabilizadas.

O conceito de vulnerabilidade é desenvolvido a partir de Ayres (2003) e Ayres et al. (2009), que propõem uma abordagem ampliada e interseccional da vulnerabilidade, composta por três dimensões: individual, social e programática. Tertuliano (2021) faz um uso sofisticado desse marco para analisar como essas três dimensões se entrecruzam na produção da experiência de adoecimento e nas lacunas de cuidado enfrentadas pelas mulheres acometidas pela sífilis gestacional e pela transmissão vertical. A vulnerabilidade é compreendida como um fenômeno relacional, marcado por desigualdades estruturais e pela insuficiência das políticas públicas em responder de forma equânime às demandas dessas mulheres.

A discussão sobre gênero e interseccionalidade é aprofundada com apoio em autores como Connell (2016), Rodrigues (2017) e Freyre (1963), com destaque para

a perspectiva crítica sobre os efeitos da colonialidade na produção dos corpos femininos racializados como alvos da violência simbólica, institucional e reprodutiva. A autora resgata a crítica à lógica patriarcal e heteronormativa presente tanto nas práticas clínicas quanto nas políticas de saúde. A interseccionalidade é mobilizada como chave teórico-metodológica para apreender as múltiplas formas de opressão que incidem sobre as mulheres investigadas, e não apenas como marcador identitário.

Por fim, o capítulo dedicado às políticas públicas para mulheres demonstra como a tese articula o referencial teórico ao contexto empírico, evidenciando o descompasso entre o marco normativo (como o PAISM, a Estratégia Rede Cegonha e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento) e sua implementação efetiva. A autora recorre a documentos institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, além de estudos como os de Nonato (2015), Duarte (2007) e Domingues et al. (2013), para sustentar a crítica à fragmentação da atenção e à baixa incorporação do cuidado integral e da equidade nos serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva.

Dessa forma, o referencial teórico de Tertuliano (2021) não apenas fundamenta a análise empírica da pesquisa, mas opera como lente crítica que revela as estruturas de poder, exclusão e negligência que atravessam os corpos, as experiências e os discursos sobre a sífilis e sua transmissão vertical. A articulação entre os diferentes campos do saber – história da medicina, saúde coletiva, estudos de gênero, interseccionalidade e políticas públicas – configura um aporte teórico robusto, coerente com os objetivos propostos pela pesquisa.

2.2.5 Os principais achados e conclusões dos trabalhos selecionados.

A análise dos resultados da tese de Tertuliano (2021) revela um conjunto significativo de achados que iluminam as complexidades sociais, institucionais e subjetivas que atravessam a experiência das mulheres que vivenciaram a transmissão vertical da sífilis. A autora conduz uma investigação qualitativa por meio da narrativa de sete mulheres, cujas trajetórias são marcadas por múltiplas camadas de vulnerabilidade, entrecruzando desigualdades de gênero, raça, classe e sexualidade, com impacto direto nas possibilidades de cuidado, prevenção e acompanhamento da doença nos serviços de saúde.

No primeiro eixo de análise, Tertuliano (2021) evidencia que a experiência da sífilis durante a gestação não é vivida de forma isolada, mas atravessada por

itinerários de vida marcados por violências estruturais e institucionais. As mulheres entrevistadas narram trajetórias de pobreza, baixa escolaridade, precarização das relações afetivas e ausência de suporte familiar, elementos que se articulam à negligência ou ineficácia do sistema de saúde, reforçando a reprodução de desigualdades. A infecção, nesse sentido, adquire uma dimensão biográfica e social, e não meramente clínica ou patológica. O adoecimento aparece como expressão de determinantes sociais da saúde, em consonância com o que propõem autores como Ayres (2003) e Kleinman et al. (1997), ao destacar a inseparabilidade entre sofrimento social e processos de adoecimento.

Um aspecto central identificado por Tertuliano (2021) é o modo como a responsabilidade pelo tratamento e pela contenção da transmissão da doença recai quase exclusivamente sobre as mulheres. Apesar do discurso institucional de atenção integral à saúde da mulher e do binômio mãe-bebê, os relatos revelam que os serviços, em geral, são pouco responsivos às especificidades dessas usuárias. A ausência ou a exclusão do parceiro no processo de testagem, acompanhamento e cuidado, reafirma um modelo sexista de gestão da saúde sexual e reprodutiva, que, além de ineficaz do ponto de vista clínico, aprofunda o sofrimento psíquico das mulheres. A autora recupera, inclusive, os sentimentos de culpa e vergonha, frequentemente associados ao diagnóstico da sífilis, que mobilizam experiências de estigmatização tanto na esfera doméstica quanto nas práticas de atenção nos serviços públicos.

Outro achado relevante refere-se ao papel dos Comitês de Transmissão Vertical (CTV), cujo estudo de caso no município de Cachoeirinha/RS expõe ambivalências estruturais. Por um lado, Tertuliano (2021) reconhece o potencial dos CTV como dispositivos de articulação intersetorial e produção de cuidado ampliado. Em alguns momentos, os comitês operam como espaços de acolhimento e responsabilização compartilhada entre profissionais da vigilância e da atenção básica, com impacto positivo nos desfechos dos casos acompanhados. Por outro lado, a autora identifica fragilidades marcantes nesses arranjos: rotatividade de profissionais, ausência de protocolos sistematizados, disputas de atribuições e baixa institucionalização das ações prejudicam a efetividade desses coletivos. Há, assim, uma tensão entre a potência dos CTV como ferramenta de transformação e os limites impostos pelas estruturas burocráticas e pela lógica verticalizada da gestão em saúde.

Tertuliano (2021) demonstra ainda que a produção de vulnerabilidades institucionais é agravada por um modelo de cuidado fragmentado, que desconsidera os atravessamentos históricos e subjetivos das mulheres usuárias do sistema. A ausência de escuta qualificada e de dispositivos de apoio psicossocial é recorrente nas narrativas colhidas, revelando que o cuidado, na maioria das vezes, se resume à intervenção biomédica. A perspectiva ampliada de saúde, defendida por políticas como a Rede Cegonha e o PAISM, não se efetiva na prática cotidiana, resultando em cuidados desarticulados, culpabilização das usuárias e invisibilização das desigualdades que determinam a vivência da doença.

A pesquisa também identifica que, em muitos casos, a descoberta da sífilis ocorre tardiamente durante a gestação, mesmo em contextos de realização de pré-natal. Isso revela falhas no protocolo de acompanhamento, especialmente em relação à interpretação de exames, à administração oportuna de penicilina e ao rastreio de parceiros. A morosidade nos fluxos institucionais e o desabastecimento de insumos essenciais, como a própria penicilina benzatina, são apresentados como entraves persistentes que comprometem a efetividade do cuidado. Esses dados empíricos reafirmam que a transmissão vertical da sífilis não decorre da ausência de conhecimento técnico-científico, mas sim da negligência programática, do racismo institucional e da desresponsabilização das instâncias de gestão.

O estudo de Tertuliano (2021), ao articular os planos biográfico, institucional e político da experiência das mulheres com sífilis, permite compreender que a transmissão vertical não é apenas um evento médico, mas um fenômeno socialmente produzido, atravessado por desigualdades históricas e reforçado por omissões institucionais. A tese, portanto, reafirma a importância de repensar os modelos de cuidado em saúde da mulher à luz das dimensões interseccionais que configuram a experiência do adoecimento e dos processos de exclusão e invisibilização que seguem operando no campo da saúde coletiva.

A análise dos resultados apresentados por Oliveira (2018) revela uma complexa interseção entre condições clínicas, determinantes sociais e processos subjetivos que incidem sobre a reinternação precoce de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). O estudo, conduzido junto à Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do HCFMRP-USP, investigou 71 pacientes entre agosto de 2016 e agosto de 2018, dos quais 16 (22,5%) apresentaram reinternação hospitalar no intervalo de 30 dias após a alta, sendo que 87,5% desses casos foram

considerados preveníveis. Esses dados, conforme sustenta a autora, demonstram que a reincidência hospitalar está menos relacionada à gravidade clínica do HIV do que às falhas na adesão terapêutica e às condições precárias de vida dos sujeitos (OLIVEIRA, 2018).

Dentre os principais achados, Oliveira (2018) destaca que apenas 25,3% dos pacientes apresentavam carga viral indetectável, enquanto 52,8% relataram não fazer uso regular da TARV, evidenciando uma baixa adesão ao tratamento. Além disso, 41,4% dos usuários não realizaram a retirada da medicação na data programada, refletindo descontinuidades que não podem ser analisadas dissociadas dos entraves sociais enfrentados por esse público. A contagem média de células CD4+ foi de 129/mm³, número bastante inferior ao esperado para um prognóstico clínico estável, o que indica severa imunossupressão e maior susceptibilidade a infecções oportunistas. Esses achados sugerem um padrão de cuidado fragilizado que, segundo a autora, se articula diretamente com o contexto de exclusão social das PVHA.

A autora também enfatiza os determinantes sociais implicados nos desfechos clínicos observados. Do ponto de vista socioeconômico, a maioria dos participantes era do sexo masculino (67,6%), solteiro (63,4%), com escolaridade majoritariamente limitada ao ensino fundamental incompleto (34%) ou completo (31%). A baixa inserção no mercado de trabalho aparece como um dado recorrente: apenas um paciente (1,4%) tinha emprego formal, enquanto 25,4% estavam afastados pela Previdência e 21,1% declararam não exercer qualquer atividade laboral. A renda mensal média entre os que tinham alguma fonte de subsistência era de R\$933,00, refletindo precariedade material e insegurança socioeconômica, fatores que, como aponta a autora, influenciam diretamente a continuidade do cuidado após a alta (OLIVEIRA, 2018).

Outro achado significativo do estudo reside na constatação de que o uso de substâncias psicoativas está fortemente correlacionado com a reinternação. O consumo de álcool foi referido por 21,1% dos pacientes, enquanto o crack aparece com 12,7%, seguido por cocaína (4,2%). A autora observa que o uso dessas substâncias compromete a capacidade dos pacientes de manter rotinas terapêuticas, frequentar o serviço de saúde e seguir as recomendações médicas, atuando como obstáculo à adesão e fator de risco para a reincidência hospitalar (OLIVEIRA, 2018).

A análise dos diagnósticos clínicos que motivaram as internações revelou prevalência de acometimentos gastrintestinais (33,8%), respiratórios (21,1%) e neurológicos (12,7%), padrão que se repete entre os pacientes reinternados, dos

quais 62,5% apresentaram problemas gastrintestinais. Tais condições, segundo Oliveira (2018), tendem a se agravar diante da descontinuidade terapêutica e da vulnerabilidade social, compondo um ciclo de adoecimento, internação, alta e reinternação, que se perpetua em função da ausência de suporte familiar, moradia instável, estigma e dependência química.

A autora também apresenta dados concernentes à vivência de rua, relatada por 8,5% dos participantes. A precariedade habitacional aparece como variável crítica: 36,6% moravam em imóveis cedidos, 9,9% em residências alugadas e apenas 40,8% em moradias próprias, geralmente adquiridas por programas habitacionais. Oliveira (2018) sustenta que a ausência de domicílio estável e a desestruturação dos vínculos familiares dificultam sobremaneira o engajamento dos pacientes na continuidade do cuidado, reiterando a necessidade de ações intersetoriais que integrem saúde, assistência social, habitação e trabalho.

A análise dos pacientes com reinternação precoce indica que a maior parte deles estava solteira (62,5%), com escolaridade restrita ao ensino fundamental (43,8%) e sem qualquer inserção produtiva (31,3%). O autorreconhecimento como solteiros, mesmo em casos de abandono conjugal, é interpretado por Oliveira (2018) como indicativo da ruptura dos laços afetivos após o diagnóstico de HIV, apontando para o estigma como dispositivo ativo na exclusão social dessas pessoas. O estigma também incide sobre a esfera laboral: embora a legislação brasileira (Lei n.º 12.984/2014) proíba práticas discriminatórias contra pessoas com HIV, a autora observa que muitas PVHA são demitidas, deslocadas de funções ou excluídas do mercado formal após a revelação do diagnóstico, o que repercute negativamente sobre sua autoestima, autonomia e acesso aos meios necessários para sua sobrevivência.

Diante desse panorama, Oliveira (2018) sublinha que a reinternação precoce, mais do que uma falha clínica, é expressão de uma conjunção de vulnerabilidades acumuladas, que encontram nas fissuras do sistema de saúde e na ausência de políticas públicas eficazes o ambiente propício para sua reprodução. O estudo denuncia que, embora os protocolos biomédicos estejam disponíveis, o cuidado permanece fragmentado, sendo interrompido no momento da alta, quando cessam muitas vezes os suportes materiais e institucionais de que o paciente necessitava para manter o tratamento e evitar nova hospitalização. A autora atribui papel estratégico à

atuação do assistente social na mediação dessas fragilidades, ao promover o acolhimento, a reconstrução de vínculos e a articulação com a rede de proteção social.

Com base na leitura integral da dissertação de Santos (2022), os resultados da pesquisa evidenciam um conjunto significativo de dados empíricos e análises qualitativas que expõem a realidade das mulheres soropositivas atendidas pela Atenção Básica no município de Itabaiana/SE. A autora estrutura sua análise a partir de dois eixos: o mapeamento das produções acadêmicas que abordam a relação entre HIV/Aids, gênero e feminização no Serviço Social, e o exame do perfil socioeconômico das mulheres com HIV/Aids inseridas nos serviços de saúde do referido município. Ambos os eixos são integrados por uma abordagem crítica que articula as dimensões estruturais da desigualdade com os efeitos concretos sobre os corpos femininos.

Santos (2022) identifica que a produção acadêmica sobre o tema da feminização da Aids, sobretudo no âmbito dos programas de pós-graduação em Serviço Social, permanece escassa e, muitas vezes, marcada por abordagens fragmentadas. Por meio da análise das dissertações e teses disponíveis no banco de dados da Capes entre 2014 e 2020, a autora constata a ausência de pesquisas que tratem diretamente da interface entre atenção básica, HIV/Aids e gênero, revelando um hiato epistemológico na produção do conhecimento e um silenciamento em torno das experiências das mulheres com HIV nos serviços descentralizados de saúde. Esse achado reforça a relevância e a originalidade do estudo, na medida em que preenche uma lacuna investigativa e propõe uma leitura situada do fenômeno em uma localidade específica do Nordeste brasileiro.

Ao examinar os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana, a autora traça um perfil detalhado das mulheres soropositivas acompanhadas entre os anos de 2014 e 2020. Os dados revelam uma predominância de mulheres adultas, em idade reprodutiva, com baixa escolaridade, pertencentes a grupos de renda inferior e, frequentemente, inseridas em relações afetivo-sexuais marcadas pela dependência econômica e pela ausência de autonomia para a negociação do uso de preservativos. Santos (2022) sublinha que a maioria dessas mulheres se identifica como heterossexual e relata relações estáveis com um único parceiro, o que contradiz as campanhas preventivas centradas em “comportamentos de risco” e evidencia a necessidade de incorporar os marcadores de gênero e poder como variáveis analíticas centrais.

Outro achado relevante refere-se à fragilidade do atendimento ofertado pela Atenção Básica, especialmente no que diz respeito ao cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde para o cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/Aids. Santos (2022) demonstra que, apesar das normativas vigentes indicarem a descentralização do cuidado como estratégia para a ampliação do acesso e da equidade, as Unidades de Saúde da Família (USF) de Itabaiana ainda operam de modo incipiente, com carência de profissionais capacitados, ausência de fluxos estabelecidos para o acompanhamento longitudinal e dificuldades no acesso a exames laboratoriais, como CD4 e carga viral. A autora observa que o atendimento às mulheres com HIV/Aids na atenção básica do município permanece limitado, com foco quase exclusivo no pré-natal de gestantes soropositivas, o que reforça a lógica da assistência fragmentada e centrada em eventos reprodutivos.

A análise qualitativa realizada por Santos (2022) aponta ainda para a reprodução de estigmas nos espaços de cuidado. Muitas mulheres relatam sentimentos de discriminação velada, constrangimento e exposição nos serviços de saúde, o que dificulta a continuidade do tratamento e compromete a adesão às terapias antirretrovirais. Essa constatação é interpretada à luz da teoria da dominação simbólica de Bourdieu (2012), para quem os espaços institucionais reproduzem, muitas vezes, as mesmas hierarquias e violências que estruturam o tecido social mais amplo. A autora destaca que, embora o HIV/Aids seja hoje uma condição crônica tratável, a carga simbólica da doença ainda opera como mecanismo de exclusão social, sobretudo para mulheres que acumulam múltiplas vulnerabilidades.

Santos (2022) destaca também a ausência de estratégias intersetoriais que articulem saúde, assistência social e políticas de enfrentamento à violência de gênero. O atendimento às mulheres com HIV/Aids permanece circunscrito ao campo biomédico, sem acolhimento integral das demandas sociais e subjetivas que emergem do diagnóstico. A autora denuncia o esvaziamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que poderiam funcionar como instâncias privilegiadas para o cuidado ampliado e interdisciplinar, mas que, na prática, têm sido desmobilizados por conta de políticas de austeridade e desfinanciamento do SUS.

Nesse conjunto de achados, a autora não apenas demonstra a precariedade do cuidado ofertado, mas também propõe uma leitura crítica das políticas públicas que, mesmo quando formuladas com base em princípios de equidade, acabam sendo desfiguradas em sua implementação por uma lógica institucional hierárquica, sexista

e excludente. O estudo de Santos (2022), portanto, explicita que a feminização da Aids não pode ser compreendida sem o reconhecimento das relações estruturais de gênero que atravessam os corpos das mulheres, condicionam seus modos de viver a sexualidade e moldam sua experiência com a doença e com os serviços de saúde.

A análise dos resultados apresentada por Santos (2019) revela achados substanciais sobre o acesso, uso e sentidos atribuídos à PEP sexual por homens heterossexualmente ativos, evidenciando como marcadores sociais como gênero, classe e territorialidade atravessam de forma significativa a experiência desses sujeitos com as políticas públicas de prevenção ao HIV. A partir da escuta de homens que procuraram atendimento em unidades de saúde no município de Duque de Caxias (RJ), o autor identificou que o conhecimento prévio sobre a profilaxia pós-exposição era praticamente inexistente entre os entrevistados, sendo o acesso à informação um evento fortuito, geralmente mediado pela circunstância do risco percebido e pela intervenção de um profissional de saúde.

Santos (2019) demonstra que o primeiro contato com a PEP ocorre, na maioria das vezes, de forma emergencial, em contextos de angústia e insegurança, e não como resultado de uma política preventiva amplamente divulgada. A busca pelo atendimento, portanto, não está inserida em um processo contínuo de cuidado, mas surge como resposta imediata ao medo da infecção, o que evidencia um modelo de atenção fragmentado e reativo. Essa constatação se articula à crítica do autor à ausência de campanhas específicas voltadas para o público heterossexual masculino, o que contribui para a invisibilização desse grupo nas ações programáticas do SUS.

Outro achado relevante é o modo como os entrevistados significam a experiência do uso da PEP. Segundo Santos (2019), os relatos são atravessados por sentimentos ambíguos, como culpa, alívio, vergonha e gratidão. Alguns sujeitos expressam forte desconforto com os efeitos adversos dos antirretrovirais, enquanto outros demonstram resistência à adesão plena ao regime medicamentoso, o que compromete a eficácia da intervenção. A adesão irregular à profilaxia, nesse sentido, não pode ser interpretada apenas como falha individual, mas como reflexo de um contexto onde o cuidado em saúde não é culturalmente incentivado entre homens e onde a experiência do adoecimento é muitas vezes percebida como fragilidade moral.

Santos (2019) também identifica a centralidade das relações de gênero na conformação dos itinerários terapêuticos. A figura da parceira ou de mulheres próximas aparece recorrentemente como mediadora do acesso aos serviços e como

responsável por indicar ou pressionar os sujeitos a buscar a profilaxia. Isso indica, segundo o autor, que mesmo quando os homens são os protagonistas da situação de risco, a agência feminina ainda ocupa um lugar fundamental na ativação dos dispositivos de cuidado. Tal dinâmica reforça o argumento de que o modelo de masculinidade hegemônica — calcado na autossuficiência, na negação da vulnerabilidade e na medicalização mínima — continua a exercer forte influência sobre os modos de viver e prevenir a infecção pelo HIV entre os heterossexuais.

O estudo também aponta para a existência de barreiras institucionais relevantes, como a desinformação de alguns profissionais, a inconsistência no fornecimento de medicamentos e a ausência de fluxos bem definidos nas unidades de saúde. Santos (2019) evidencia que esses entraves não apenas dificultam o acesso à PEP, mas também contribuem para reforçar o estigma em torno da profilaxia, sobretudo quando os usuários não correspondem ao perfil historicamente associado à epidemia, como HSH ou pessoas trans. A presença de julgamentos morais por parte de profissionais de saúde, ainda que de forma sutil, foi referida por alguns entrevistados, o que revela a persistência de uma lógica higienista e discriminatória nas práticas de cuidado.

Do ponto de vista analítico, o autor interpreta esses achados à luz da noção ampliada de vulnerabilidade, destacando que os homens heterossexuais não estão menos expostos ao HIV, mas sim menos reconhecidos nas estratégias de prevenção. Esse não reconhecimento tem efeitos concretos: dificulta o acesso à informação, desorganiza os itinerários de cuidado, compromete a adesão aos esquemas terapêuticos e aprofunda o sentimento de marginalização nas políticas públicas de saúde sexual. A análise mostra que a vulnerabilidade não é apenas produto de comportamentos de risco, mas de condições sociais, simbólicas e institucionais que operam de modo articulado.

Os resultados apresentados por Bezerra (2022) revelam um quadro multifacetado e contundente da vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids no Brasil, que ultrapassa as abordagens epidemiológicas convencionais ao se enraizar em uma análise crítica dos determinantes sociais da saúde. A pesquisa, ao articular os dados quantitativos disponíveis nos boletins do Ministério da Saúde com uma leitura qualitativa e interseccional da realidade, evidencia que o adoecimento por HIV/aids entre homens negros que fazem sexo com homens (HSH) não é um mero

acaso individual, mas expressão de opressões estruturais ancoradas no racismo, na homofobia, na cisheteronormatividade e na precarização das condições sociais.

Segundo o autor, entre os principais achados destaca-se a desproporcionalidade na prevalência de HIV entre os HSH negros, especialmente nas faixas etárias mais jovens. Bezerra (2022) demonstra que entre os HSH adolescentes (13 a 19 anos), os homens negros representam a maioria dos casos de aids, com 52,10% dos registros. Essa sobre-representação aponta para um processo de vulnerabilização precoce, que evidencia o impacto cumulativo da negação de direitos, da ausência de políticas públicas efetivas e da exclusão social vivida desde a infância e juventude desses sujeitos.

Outro dado de grande relevância diz respeito à escolaridade. A análise dos dados do período de 2010 a 2019 revela uma correlação inversa entre grau de instrução e raça/cor, de modo que, entre os HSH analfabetos com aids, os negros representaram 76,76% dos casos, ao passo que, entre os HSH com ensino superior ou já graduados, os negros corresponderam a apenas 35,89%. Tal recorte revela como a precariedade do acesso à educação — também determinada racialmente — potencializa a exposição ao vírus e reduz as chances de prevenção, diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

Bezerra (2022) também salienta as disparidades regionais. A região Norte do país apresenta o maior percentual de HSH negros com aids (76,41%), seguida pela região Nordeste (73,27%). Essas mesmas regiões são apontadas como aquelas que menos respondem às demandas de prevenção e cuidado no campo da saúde pública voltada para o HIV/aids, o que reforça o caráter desigual da política de saúde brasileira e os efeitos deletérios da ausência de equidade territorial no SUS.

Adicionalmente, o estudo denuncia a invisibilização estatística da população negra e da população homo/bissexual nos registros oficiais. Um percentual expressivo dos casos masculinos notificados entre 2010 e 2019 apresenta dados ignorados ou ausentes quanto à categoria de exposição (42%) e raça/cor (36,41%), o que, segundo o autor, não é mero acaso técnico, mas reflexo direto de uma lógica institucional excludente que nega existência e direitos a essas populações. Para Bezerra (2022), essa subnotificação não é apenas uma deficiência de registro, mas também um instrumento de silenciamento político que dificulta o reconhecimento das especificidades e o desenvolvimento de políticas públicas focalizadas.

No plano mais amplo da análise, o autor conclui que a vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids é resultado de um enredamento histórico e estrutural em que operam múltiplas opressões que se entrecruzam. O racismo institucional, a lógica heteronormativa, a desassistência do Estado, a estigmatização das identidades sexuais dissidentes e a marginalização territorial convergem para a produção de sujeitos socialmente descartáveis, cujas vidas são sistematicamente desprovidas de proteção e cuidado. Assim, o estudo refuta qualquer leitura moralizante ou higienista da epidemia, deslocando o foco da responsabilidade individual para a crítica às estruturas de dominação social.

Os resultados da pesquisa conduzida por Farias (2022) revelam, com acentuada densidade empírica e respaldo documental, a coexistência paradoxal entre o planejamento formal das ações em saúde e a precariedade de sua efetivação no contexto da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Acaraú, no Ceará. O estudo opera em duas frentes metodológicas complementares — a análise documental dos instrumentos de gestão (Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão) e a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) a partir de entrevistas com 11 gestores municipais —, oferecendo, assim, uma leitura multiescalar da situação programática das ações voltadas ao enfrentamento das IST/HIV/Aids.

No que tange à análise documental, Farias (2022) identifica a presença formal de ações voltadas ao controle das IST organizadas em quatro eixos programáticos: estratégias diagnósticas, medidas de controle, tratamento dos agravos e ações preventivas. Contudo, tais planejamentos, ainda que presentes nos documentos oficiais, mostram-se insuficientemente implementados, fragmentados e marcados por lacunas estruturais. Destaca-se, entre as fragilidades, a ausência de publicação sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), o que compromete a transparência e a capacidade de monitoramento das metas pactuadas. Observa-se, ainda, que a formulação das metas apresenta recorrentes inconsistências, como a ausência de indicadores de avaliação e a reprodução acrítica de ações, revelando um ciclo vicioso entre planejamento burocratizado e execução simbólica.

A etapa qualitativa, ancorada na técnica do DSC, permitiu captar com nitidez as percepções dos gestores sobre os entraves e desafios vivenciados na operacionalização das ações voltadas às IST/HIV/Aids. A partir da sistematização de 47 discursos, Farias (2022) delineia três dimensões estruturantes da situação

programática: a infraestrutura de recursos humanos, a infraestrutura de recursos materiais e o processo de trabalho das equipes de saúde. No tocante à primeira, os achados apontam para a alta rotatividade de profissionais, a escassez de especialistas qualificados e a sobrecarga imposta à equipe da Estratégia Saúde da Família, fatores que comprometem a continuidade do cuidado e o vínculo com os usuários. A fragilidade das ações formativas e da educação permanente também é identificada como um impeditivo à qualificação do atendimento.

Quanto à infraestrutura material, evidencia-se a insuficiência crônica de insumos, desde testes rápidos até medicamentos essenciais, bem como a precariedade dos espaços físicos destinados à assistência. Essa carência compromete, por exemplo, a implementação da testagem ampliada, dificultando tanto o diagnóstico precoce quanto a profilaxia das IST. O autor ressalta que tais limitações não apenas restringem o escopo das ações desenvolvidas, mas produzem uma sensação de impotência entre os profissionais, o que retroalimenta a vulnerabilidade programática.

A análise do processo de trabalho das equipes de saúde revela um quadro de desarticulação entre os diferentes pontos da rede assistencial, com destaque para as falhas nos sistemas de referência e contrarreferência, que se mostram ineficazes na garantia da integralidade do cuidado. Farias (2022) sublinha que, embora existam normativas nacionais que preconizam o cuidado compartilhado entre Atenção Primária e serviços especializados, a realidade observada na ADS de Acaraú é marcada por fragmentação, descontinuidade e baixa resolubilidade. A ausência de protocolos locais, de fluxos bem definidos e de mecanismos efetivos de avaliação compromete a efetividade das políticas públicas de enfrentamento das IST.

As conclusões do autor emergem da convergência entre os achados documentais e os discursos analisados: apesar de os municípios da ADS de Acaraú formalizarem ações em seus instrumentos de gestão, tais ações não se traduzem em práticas resolutivas, acessíveis e integradas. Farias (2022) sustenta que essa distância entre o plano e a execução aprofunda a vulnerabilidade da população, sobretudo de grupos mais expostos aos agravos em questão. A ausência de uma infraestrutura robusta, a carência de profissionais capacitados, os fluxos assistenciais descontinuados e a insuficiência de insumos formam um quadro de precariedade programática que compromete o direito à saúde sexual e reprodutiva nos territórios investigados. Nesse sentido, a situação programática não apenas espelha a

ineficiência das políticas públicas, mas constitui um fator ativo na produção da vulnerabilidade em saúde.

A análise dos resultados da pesquisa conduzida por Moura (2019) revela um conjunto robusto de achados que delineiam as múltiplas dimensões de vulnerabilidade vivenciadas por mulheres diagnosticadas com HIV/aids, a partir de suas próprias narrativas. A autora parte de uma abordagem qualitativa fundamentada na perspectiva da vulnerabilidade em saúde, com ênfase nas dimensões individual, social e programática, conforme delineado por Ayres et al. (2009). Essa escolha metodológica permitiu identificar, com densidade e complexidade, os atravessamentos subjetivos e estruturais que conformam a experiência das entrevistadas.

No que tange à dimensão individual, Moura (2019) evidencia que, embora haja um conhecimento pregresso das participantes sobre a existência do HIV/aids, tal saber não se converteu em práticas sistemáticas de prevenção, revelando um hiato entre informação e ação preventiva. Esse fenômeno é interpretado pela autora como indicativo de uma racionalidade vulnerabilizada, em que as decisões sobre o uso de preservativos, por exemplo, estão profundamente atravessadas por fatores emocionais, afetivos e contextuais. Ademais, a descoberta da soropositividade surge, em diversos relatos, como uma ruptura abrupta com a trajetória existencial, marcada por sentimentos de medo, vergonha e autodepreciação, especialmente diante do receio de discriminação e da possível rejeição familiar e social.

Na esfera social, os dados empíricos apontam para a persistência de práticas de dominação masculina e relações desiguais de gênero que fragilizam a autonomia das mulheres para negociações sexuais seguras. Moura (2019) demonstra que muitas das entrevistadas mantinham relações sexuais desprotegidas não por ignorância ou negligência, mas por pressões emocionais, afetivas e simbólicas que as colocavam em posição de subalternidade frente aos parceiros. A autora também destaca a importância do apoio social e familiar como elemento mitigador das repercussões psíquicas do diagnóstico, ainda que tal suporte nem sempre estivesse disponível, sobretudo nos primeiros momentos pós-descoberta.

Quanto à dimensão programática, Moura (2019) assinala limitações significativas nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à abordagem acolhedora e integral. Algumas entrevistadas relataram experiências de julgamento moral, estigmatização e desqualificação simbólica por parte de profissionais, o que contribuiu para o retardamento da adesão ao tratamento ou mesmo para o

afastamento dos serviços. Por outro lado, também foram identificadas experiências positivas, nas quais o acolhimento ético e respeitoso potencializou o vínculo terapêutico e a adesão à terapia antirretroviral, ressaltando a importância das práticas humanizadas no enfrentamento da epidemia.

Outro achado relevante refere-se à reelaboração subjetiva do diagnóstico ao longo do tempo. A autora evidencia que, embora o impacto inicial seja fortemente desestabilizador, muitas mulheres conseguem, gradualmente, ressignificar a soropositividade e reconstruir um projeto de vida pautado na aceitação, no cuidado e na responsabilização pelo próprio tratamento. Tal processo é mediado tanto por recursos internos quanto pelo suporte de redes relacionais e pela mediação adequada dos serviços de saúde.

De forma transversal, Moura (2019) demonstra que o estigma associado ao HIV/aids permanece como um dos principais entraves à efetivação de políticas públicas de prevenção, cuidado e acolhimento. A persistência de representações sociais estigmatizantes, frequentemente associadas a julgamentos morais sobre o comportamento sexual feminino, reforça a exclusão simbólica e material das mulheres soropositivas, impactando não apenas sua saúde física, mas também sua subjetividade e relações sociais. A autora assevera que a superação desses entraves requer a reformulação de práticas profissionais, a desconstrução de discursos normativos e a ampliação de estratégias de cuidado que considerem a complexidade das experiências femininas.

Nos resultados apresentados por Mathias (2021), observa-se que o estudo empírico qualitativo, ancorado na análise de 25 entrevistas com homens que fazem sexo com homens (HSH) usuários da profilaxia pós-exposição sexual (PEP) em cinco cidades brasileiras, desvela uma complexa tessitura de sentidos, práticas e experiências que envolvem o uso dessa tecnologia biomédica no contexto da prevenção combinada. A pesquisa identificou que a decisão pelo uso da PEP não se dá de forma isolada ou puramente técnica, mas está profundamente imbricada em dimensões subjetivas, afetivo-sexuais e sociais dos participantes, revelando os atravessamentos de marcadores como classe, raça/cor, orientação sexual, idade e experiências prévias com o sistema de saúde.

Entre os principais achados, destaca-se o papel central das percepções de risco e da autopercepção de vulnerabilidade. Os entrevistados relataram que a decisão pelo uso da PEP, em muitos casos, surge de situações marcadas por falhas

em métodos tradicionais (como rompimento do preservativo), uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e episódios de sexo não planejado ou não protegido. Contudo, tais situações não são percebidas exclusivamente como “falhas técnicas”, mas se inserem em narrativas que expressam conflitos internos, tensões em relações afetivas e dinâmicas próprias da sexualidade contemporânea entre HSH.

Mathias (2021) observa que, para além das motivações circunstanciais, o acesso à PEP é mediado por distintos níveis de conhecimento sobre a profilaxia, por experiências de estigmatização e por dinâmicas de rede social. Muitos dos participantes relataram dificuldade em obter informações claras e não moralizantes sobre a PEP, sendo frequente a mediação de amigos, parceiros ou profissionais da saúde na disseminação do conhecimento e na motivação para procurar o serviço. Essa constatação reforça a importância das redes de apoio – tanto informais quanto institucionais – como facilitadoras do acesso à prevenção combinada, atuando como verdadeiros dispositivos de cuidado coletivo.

Outro achado recorrente foi a experiência de estigma, que aparece em múltiplas camadas. Por um lado, o estigma vinculado ao HIV ainda opera como barreira simbólica importante, gerando medo, vergonha e silêncio diante da exposição ao risco. Por outro, o estigma associado à própria decisão de buscar a PEP — entendida por alguns profissionais de saúde ou por membros da comunidade como uma prática associada à promiscuidade ou à irresponsabilidade — contribui para o tensionamento da escolha pela profilaxia. Essa dupla estigmatização evidencia os limites da abordagem estritamente biomédica e ressalta a importância de práticas acolhedoras, éticas e sensíveis nos serviços de saúde.

Adicionalmente, os resultados mostram que o uso da PEP, em diversos casos, desdobrou-se em processos mais amplos de reconfiguração das práticas sexuais e das estratégias de cuidado. Vários entrevistados relataram que, após a experiência com a PEP, passaram a refletir de forma mais crítica sobre suas condutas sexuais, incorporando novos métodos de prevenção ou reforçando o uso de outros recursos, como a testagem regular, a comunicação com parceiros e, em alguns casos, a decisão pela Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Assim, a PEP aparece não apenas como uma ferramenta emergencial, mas também como ponto de inflexão na trajetória de cuidado com a saúde sexual.

Por fim, Mathias (2021) conclui que, embora a PEP seja uma tecnologia consolidada e de comprovada eficácia, sua apropriação enquanto estratégia de

prevenção não pode ser compreendida sem a consideração das dimensões relacionais, simbólicas e estruturais que perpassam a vida dos HSH. O estudo reafirma a importância da abordagem interseccional e da valorização dos saberes situados dos sujeitos, ressaltando que o sucesso da prevenção combinada depende menos da simples oferta de tecnologias e mais da construção de vínculos, da escuta qualificada e da superação das barreiras morais e institucionais que ainda limitam o cuidado em saúde para populações vulnerabilizadas.

Nos resultados da pesquisa conduzida por Sorrentino (2019), observa-se um esforço minucioso em compreender como as territorialidades vividas pelas trabalhadoras sexuais no bairro da Luz, em São Paulo, se articulam às múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV/aids e outras ISTs, à luz da interseccionalidade. A autora delinea um panorama que ultrapassa a mera categorização das mulheres como grupo de risco e se debruça sobre as complexas formas pelas quais os marcadores sociais da diferença — sobretudo geração, raça/cor e escolaridade — modulam as experiências de prostituição e os modos de enfrentamento da vulnerabilidade sanitária, social e simbólica.

Um dos achados mais contundentes refere-se à constituição de “códigos-territórios”, expressão mobilizada a partir de Perlongher, que designa os espaços simbólicos e concretos nos quais se organizam as relações entre as profissionais do sexo. Esses códigos não apenas delimitam o pertencimento e a circulação entre os diversos “pedaços” do bairro da Luz, como também refletem hierarquias baseadas em trajetórias de vida, experiências migratórias, redes de apoio, inserção prévia em outras formas de sociabilidade urbana e, sobretudo, na intersecção entre idade, cor da pele e grau de escolaridade. Assim, os espaços não são neutros ou homogêneos: há pontos de rua e edifícios de prostituição que abrigam configurações sociais radicalmente distintas, com regras de convivência e práticas de trabalho sexual próprias.

No plano das percepções das próprias entrevistadas, Sorrentino (2019) revela que a noção de vulnerabilidade ao HIV não é concebida por elas sob o prisma da fragilidade individual, como sugerem leituras biomédicas convencionais. Ao contrário, essas mulheres demonstram consciência crítica sobre os riscos e operam estratégias específicas de prevenção, negociação do uso de preservativos, triagem de clientes e distinção entre parceiros fixos e eventuais. Todavia, persistem tensões importantes: enquanto o controle sobre a prevenção se apresenta como uma competência

adquirida ao longo da experiência, a violência estrutural — marcada por agressões físicas, estupro, assédio policial e estigmatização institucional — figura como um elemento recorrente e não gerenciável no cotidiano.

Além disso, o estudo revela que a construção das territorialidades no bairro da Luz está intimamente imbricada aos processos históricos de higienização urbana e ao avanço de projetos de requalificação do espaço público que, sob o pretexto de “revitalização”, operam formas sofisticadas de expulsão das populações indesejáveis. Nesse contexto, as trabalhadoras sexuais veem-se forçadas a reposicionar-se territorialmente, negociar novos espaços e adaptar-se a transformações abruptas em suas rotinas de trabalho. A autora demonstra que tais processos não são apenas deslocamentos físicos, mas desestabilizações de redes sociais, rotinas de prevenção em saúde e acesso a serviços, ampliando assim os fatores de vulnerabilidade.

Sorrentino (2019) também enfatiza que, embora movimentos sociais organizados tenham conquistado avanços em termos de reconhecimento de direitos das trabalhadoras sexuais, tais conquistas ainda não se traduzem em transformações estruturais suficientes para garantir condições dignas e seguras de trabalho. A ausência de regulamentação legal da prostituição, a criminalização indireta promovida por projetos de lei como o PL 377/2011 e a repressão policial cotidiana continuam operando como forças de inércia que mantêm essas mulheres em uma posição de marginalidade. A pesquisadora sustenta que a vulnerabilidade, nesses termos, não pode ser lida como atributo individual, mas como efeito de um arranjo sociopolítico e territorial que articula múltiplas formas de exclusão.

Em suma, os principais achados da pesquisa demonstram que a vulnerabilidade ao HIV/aids entre trabalhadoras sexuais não pode ser compreendida a partir de uma lógica simplificada ou essencialista. Ao contrário, trata-se de um fenômeno que se manifesta na intersecção entre experiências subjetivas, configurações territoriais, relações de poder e políticas públicas. A pesquisa de Sorrentino (2019) propõe, portanto, uma inflexão epistemológica ao articular etnografia, geografia e saúde coletiva, permitindo a produção de um saber situado e sensível às tramas que produzem a desigualdade em contextos urbanos complexos.

2.2.6 Principais lacunas dos trabalhos selecionados

A análise da tese de Tertuliano (2021), embora revele uma densa articulação entre experiência vivida, vulnerabilidade e estrutura institucional, também permite identificar algumas lacunas que limitam o alcance analítico e político da pesquisa. Essas lacunas não anulam a robustez do trabalho, mas indicam espaços de aprofundamento teórico-metodológico e de problematização que poderiam potencializar ainda mais as contribuições da investigação para o campo da saúde coletiva.

Em primeiro lugar, nota-se que, embora a autora adote uma abordagem interseccional como orientação teórica, a operacionalização desse conceito poderia ter sido mais refinada ao longo da análise empírica. O uso da interseccionalidade aparece de forma declarada e bem-intencionada, conforme sustentado em autoras como Crenshaw e na crítica de gênero racializado de Connell (2016), mas, na prática, as dimensões de raça e classe são, por vezes, subsumidas à narrativa de gênero. A autora reconhece que a maioria das mulheres participantes são negras e pobres, mas não há aprofundamento analítico sobre como essas dimensões operam de maneira combinada para produzir formas específicas de exclusão nos serviços de saúde. Assim, as articulações entre racismo institucional, precarização do cuidado e silenciamento das subjetividades negras permanecem pouco exploradas em sua complexidade epistemológica e política.

Outro ponto que merece atenção é a delimitação geográfica da pesquisa, que se concentra no município de Cachoeirinha/RS. Embora a autora justifique a escolha do local a partir de sua experiência profissional e da relevância epidemiológica da sífilis na região, os achados acabam sendo excessivamente localizados, com limitada articulação com outros contextos urbanos ou rurais. A ausência de um esforço comparativo – mesmo que exploratório – reduz a capacidade de generalização teórica dos achados, restringindo as conclusões a um recorte territorial e institucional específico. Tal delimitação impede o aprofundamento de análises sobre possíveis variações no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis em diferentes territórios e modelos de gestão do SUS, o que poderia ampliar a densidade crítica do estudo.

Além disso, a pesquisa poderia ter investido mais intensamente na incorporação de narrativas dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente do atendimento às mulheres com sífilis gestacional. Embora haja menção à observação das reuniões do Comitê de Transmissão Vertical e à realização de

entrevistas com seus membros, as vozes desses sujeitos são menos exploradas do que as das usuárias. Isso gera um desequilíbrio na análise da engrenagem institucional do cuidado, pois limita a compreensão sobre como os profissionais percebem suas próprias práticas, os entraves do sistema e as contradições entre normativas e realidades cotidianas. Um maior esforço de triangulação narrativa entre usuárias e profissionais teria possibilitado uma análise mais polifônica e rica da constituição das vulnerabilidades institucionais.

Ademais, apesar do rigor metodológico declarado, a descrição do processo de análise dos dados não fornece informações suficientes sobre os critérios de construção dos eixos temáticos e sobre os procedimentos de validação e interpretação do material empírico. O uso da narrativa como abordagem metodológica é coerente com o objeto da pesquisa, mas falta uma explicitação mais precisa de como os dados foram codificados, sistematizados e articulados às categorias teóricas. Essa fragilidade compromete parcialmente a reprodutibilidade do estudo e o rigor analítico da construção dos resultados, deixando dúvidas sobre os limites entre interpretação empática e análise crítica.

Outra lacuna importante diz respeito à ausência de um aprofundamento no debate sobre as dimensões ético-políticas da produção do cuidado. Embora a autora mencione o sofrimento social e a negligência institucional como componentes estruturais da experiência das mulheres, não há uma reflexão mais ampla sobre os dilemas éticos que atravessam o cotidiano da atenção à saúde, nem sobre a dimensão normativa que orienta os modelos de responsabilização adotados pelos serviços. A análise permanece no plano da constatação da fragilidade institucional, sem avançar suficientemente para uma crítica mais contundente à racionalidade biopolítica que estrutura o SUS contemporâneo, especialmente em contextos de austeridade e regressão de direitos.

Por fim, nota-se que o trabalho poderia ter explorado de forma mais incisiva o papel dos movimentos sociais, conselhos de saúde e coletivos de mulheres na construção de estratégias de enfrentamento da sífilis e de fortalecimento do cuidado em rede. A ênfase recai predominantemente sobre os dispositivos institucionais estatais, como os comitês e as unidades de saúde, relegando a um segundo plano as experiências de mobilização comunitária, educação popular em saúde e saberes locais. Essa escolha analítica enfraquece a possibilidade de pensar formas alternativas, não-institucionais, de produção do cuidado e de construção da autonomia

das mulheres frente ao sistema de saúde. O reconhecimento dessas práticas poderia abrir caminhos para um debate mais plural sobre os modos de resistir às estruturas de silenciamento e exclusão que permeiam a atenção à sífilis gestacional.

Assim, ainda que a tese de Tertuliano (2021) contribua significativamente para o campo da saúde coletiva, especialmente no que diz respeito à visibilização das experiências femininas marcadas pela transmissão vertical da sífilis, ela deixa em aberto frentes analíticas relevantes que poderiam ampliar sua potência crítica, aprofundar suas contribuições teóricas e densificar seu diálogo com os debates contemporâneos sobre justiça social, cuidado e equidade em saúde.

Apesar da relevância do estudo desenvolvido por Oliveira (2018) para a compreensão dos fatores associados à reinternação precoce de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), a análise cuidadosa de sua construção metodológica, teórica e analítica permite identificar algumas lacunas que fragilizam parcialmente a robustez de suas inferências. Em primeiro lugar, observa-se a ausência de uma delimitação mais precisa quanto ao critério de amostragem utilizado. A autora afirma que o estudo seguiu um critério de conveniência, sem explicitação clara de parâmetros de saturação amostral ou de justificativas que sustentem a representatividade da amostra frente à população atendida pela UETDI no período analisado. Tal indefinição metodológica compromete a generalização dos achados, sobretudo considerando que os dados derivam de uma única instituição de referência e de uma região geográfica específica (Oliveira, 2018).

Outro ponto crítico refere-se à limitação da abordagem estatística empregada. Embora a autora mencione o uso da regressão logística como ferramenta para a análise dos preditores de reinternação, os resultados quantitativos não foram plenamente explorados no corpo do texto. Não são apresentados os coeficientes de regressão, intervalos de confiança ou valores de significância estatística referentes às variáveis independentes analisadas. Essa omissão compromete a transparência da análise e dificulta a avaliação da força e direção das associações entre as variáveis socioeconômicas, clínicas e terapêuticas e o desfecho principal do estudo. A ausência de tabelas inferenciais e de uma discussão estatística mais refinada evidencia uma lacuna metodológica que enfraquece o potencial explicativo dos dados levantados (Oliveira, 2018).

Ademais, embora o trabalho declare adotar um desenho prospectivo, observa-se que a coleta de dados apresenta traços predominantemente descritivos e

retrospectivos, concentrando-se em entrevistas e informações registradas durante a internação inicial. A ausência de acompanhamento longitudinal estruturado no período pós-alta restringe a análise da reincidência à dimensão do prontuário institucional, sem considerar reinternações em outros serviços ou perdas de seguimento não captadas pelo sistema hospitalar. Isso limita a compreensão dos itinerários terapêuticos dos pacientes e, sobretudo, dos fatores extra-hospitalares que podem ter influenciado sua reinternação, como rupturas na rede de apoio ou falhas no sistema de atenção básica.

No que tange à análise da adesão à terapia antirretroviral, Oliveira (2018) adota como critério o registro de retirada dos medicamentos nos dois meses anteriores à internação, sem considerar dimensões mais complexas da adesão, como o uso efetivo dos medicamentos, a compreensão do regime terapêutico ou os efeitos colaterais vivenciados pelos pacientes. Essa simplificação metodológica reduz a adesão a um marcador administrativo, negligenciando as mediações subjetivas, simbólicas e culturais que perpassam a relação dos sujeitos com o tratamento. Ao não mobilizar escalas validadas ou métodos triangulados para avaliar essa variável crítica, a autora restringe o potencial compreensivo do estudo sobre um dos principais fatores associados à reincidência hospitalar.

Outro ponto que merece problematização é a ausência de recorte interseccional nas análises apresentadas. Embora os dados sociodemográficos revelem informações sobre sexo, idade e escolaridade, o trabalho não desenvolve uma análise interrelacional entre essas variáveis e outras dimensões como raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual ou territorialidade. Essa ausência de perspectiva interseccional invisibiliza os efeitos combinados das opressões estruturais que impactam diferencialmente os sujeitos vivendo com HIV/AIDS, especialmente considerando o contexto brasileiro de profundas desigualdades raciais e de gênero. A não problematização desses marcadores sociais da diferença reitera uma leitura homogeneizadora do perfil das PVHA e limita a proposição de políticas públicas sensíveis às especificidades da população-alvo.

Ainda no plano teórico, embora a autora mobilize autores relevantes do Serviço Social, como Netto (2011), Iamamoto (2007) e Costa (2008), a articulação entre o referencial crítico e os dados empíricos carece de maior densidade analítica. A discussão sobre a “questão social” e suas expressões no campo da saúde é evocada em termos genéricos, sem aprofundar, por exemplo, as mediações entre as formas de

reprodução da força de trabalho e as estratégias de medicalização da pobreza. A inserção do Serviço Social no cuidado às PVHA é descrita de maneira descritiva e normativa, sem tensionar contradições institucionais, limites éticos ou disputas no interior da equipe multiprofissional. Assim, o diálogo entre teoria crítica e prática concreta do cuidado em saúde permanece, em certa medida, limitado a descrições operacionais e orientações prescritivas.

Por fim, é possível identificar lacunas também na articulação entre os achados do estudo e as políticas públicas em vigor. Apesar de menções pontuais à Política Nacional de DST/AIDS e ao Programa Minha Casa Minha Vida, não há uma análise crítica consistente das políticas sociais contemporâneas, tampouco da forma como o desmonte do SUS, o subfinanciamento crônico da saúde e as políticas de austeridade impactam a rede de cuidado das PVHA. A ausência dessa contextualização macroestrutural enfraquece o vínculo entre os dados observados e as determinações estruturais mais amplas, que operam sobre a vida dos sujeitos pesquisados. Assim, embora o estudo apresente importante contribuição descritiva, ele carece de maior radicalidade analítica para compreender a reinternação precoce como expressão do sofrimento social produzido pela precarização da vida no capitalismo periférico.

Ao analisar criticamente a dissertação de Santos (2022), é possível identificar importantes lacunas que, embora não comprometam a relevância e a consistência geral do trabalho, delimitam alguns pontos frágeis na abordagem teórico-metodológica e na construção da análise empírica. Essas lacunas aparecem sobretudo no nível da problematização da prática institucional da Atenção Básica, na interlocução mais sistemática com os sujeitos da pesquisa e na exploração analítica de aspectos interseccionais que, embora reconhecidos conceitualmente, não são suficientemente aprofundados nos resultados.

A primeira limitação refere-se à ausência de entrevistas ou relatos diretos das mulheres soropositivas atendidas pela rede de saúde de Itabaiana. Embora o estudo se proponha a identificar as necessidades específicas dessas mulheres e a analisar como as desigualdades de gênero influenciam sua experiência com o HIV/Aids, a autora opta por um caminho exclusivamente documental e bibliográfico, baseando-se em dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde. Essa opção metodológica, embora justificada pela natureza da pesquisa e pela disponibilidade dos dados, restringe o alcance da análise subjetiva e das experiências vividas, impedindo uma

aproximação mais densa com os sentidos, narrativas e estratégias de enfrentamento mobilizadas pelas próprias mulheres.

Santos (2022) realiza um mapeamento preciso dos indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, mas não mobiliza recursos metodológicos capazes de capturar a dimensão simbólica e afetiva da vivência com o HIV/Aids. A ausência de escuta qualificada das mulheres torna a análise sobre o estigma, a discriminação e as relações de poder nos serviços de saúde excessivamente apoiada na literatura secundária, sem que se identifiquem com clareza as vozes das usuárias. Isso fragiliza, em certa medida, a proposição de que o trabalho visaria contribuir para uma assistência mais humanizada e integral, uma vez que as demandas subjetivas permanecem representadas de forma mediada e não emergem diretamente das interlocuções com as pessoas em situação de soropositividade.

Outra lacuna diz respeito à pouca exploração da interseccionalidade como operador de análise. Embora a autora reconheça a importância dos marcadores sociais da diferença — especialmente gênero, classe e raça —, a articulação entre esses marcadores ocorre de forma ainda pontual e pouco aprofundada nos resultados. Por exemplo, os dados sobre raça/cor das mulheres com HIV/Aids em Itabaiana são apresentados de modo descritivo, mas sem que se elabore uma análise crítica das implicações do racismo estrutural no acesso à saúde, na construção do estigma ou na experiência de vulnerabilidade. A mesma limitação se aplica às dimensões de geração e orientação sexual, que são mencionadas no arcabouço teórico, mas não são tematizadas na análise empírica, o que resulta em uma leitura mais homogênea do grupo estudado.

A discussão sobre a atuação dos profissionais da Atenção Básica tampouco é suficientemente desenvolvida. Embora Santos (2022) aponte a desarticulação dos serviços e a ausência de uma abordagem integral, não há uma investigação mais acurada sobre a formação, as práticas ou as percepções dos trabalhadores da saúde frente à questão do HIV/Aids em mulheres. O papel do acolhimento, da escuta qualificada, da confidencialidade e da construção do vínculo terapêutico, elementos essenciais na Atenção Primária em Saúde, são apenas tangenciados. Isso impede uma análise mais concreta dos entraves e potencialidades da equipe multiprofissional, especialmente diante da diretriz do cuidado longitudinal e da responsabilidade sanitária.

Ademais, embora o estudo dialogue com autores centrais da crítica social e das teorias feministas, observa-se uma ausência de maior interlocução com as produções recentes da saúde coletiva que discutem políticas de equidade, cuidado em saúde e integralidade do SUS. A autora recorre a autores como Ayres (1997) e Parker (2004), mas não atualiza o debate com estudos contemporâneos que têm analisado os efeitos do desmonte das políticas públicas sobre populações vulnerabilizadas. Essa ausência impacta diretamente na capacidade do trabalho de propor intervenções ou estratégias concretas de reorganização da assistência, limitando o campo da crítica à constatação das falhas institucionais sem avançar na construção de alternativas de cuidado.

Por fim, embora Santos (2022) aponte a importância da produção acadêmica sobre o tema, o próprio mapeamento realizado apresenta uma análise ainda tímida sobre os conteúdos e aportes das dissertações e teses examinadas. A autora identifica lacunas na produção do conhecimento, mas não investe em uma categorização mais analítica dos discursos produzidos, nem identifica linhas de tendência, tensões teóricas ou silêncios estruturais nas pesquisas analisadas. Essa ausência de uma análise mais densa da produção científica limita a potência do capítulo dedicado à revisão da literatura empírica, que termina por se constituir mais como uma listagem temática do que como um exame crítico do campo acadêmico.

Essas lacunas, embora não invalidem a contribuição do trabalho, indicam pontos de aprofundamento e refinamento analítico que poderiam fortalecer ainda mais a compreensão da complexidade envolvida na atenção às mulheres com HIV/Aids e na elaboração de políticas públicas que contemplem suas necessidades em sua integralidade.

Embora Santos (2019) desenvolva uma análise consistente e inovadora sobre o acesso e uso da PEP sexual por homens heterossexuais, algumas lacunas metodológicas e analíticas podem ser identificadas na condução e apresentação do estudo. A primeira diz respeito à delimitação e diversidade do público entrevistado. O autor opta por um recorte territorial restrito ao município de Duque de Caxias, o que é coerente com a proposta de análise situada. No entanto, não há aprofundamento na caracterização socioeconômica, racial ou ocupacional dos sujeitos, o que compromete a articulação mais robusta com os marcadores interseccionais que o próprio referencial teórico convoca. A ausência de uma problematização mais incisiva sobre raça, por exemplo, esvazia parcialmente a potência crítica da análise das desigualdades.

Outro ponto que merece atenção é a superficialidade na descrição dos critérios de inclusão e exclusão da amostra, bem como da estratégia de recrutamento dos participantes. Ainda que o estudo se declare qualitativo e baseado em entrevistas semiestruturadas, não há detalhamento suficiente sobre o processo de saturação teórica, tampouco sobre as condições contextuais em que as entrevistas foram realizadas. Isso limita a avaliação da robustez metodológica do estudo e levanta questões sobre a representatividade e a confiabilidade das inferências formuladas com base nos dados empíricos.

No plano analítico, observa-se uma tendência à sobreposição de categorias explicativas sem tensionamento entre elas. Conceitos como vulnerabilidade, masculinidade hegemônica, medicalização e acesso desigual são frequentemente mobilizados, mas nem sempre explorados em sua complexidade ou em suas contradições internas. Por exemplo, a discussão sobre os sentidos atribuídos pelos homens ao uso da PEP poderia ter sido aprofundada com base em referenciais da psicologia social ou da antropologia médica, de modo a expandir o entendimento da relação entre corpo, risco e normatividade. Em diversos momentos, as falas dos participantes são interpretadas de forma descritiva, sem que se extraiam implicações mais densas sobre o modo como os sujeitos produzem sentido sobre sua sexualidade, o cuidado e o pertencimento às políticas públicas.

Além disso, a relação entre os profissionais de saúde e os usuários aparece como um dado relevante nas entrevistas, mas é pouco problematizada no corpo da análise. Santos (2019) indica a ocorrência de julgamentos morais e a existência de barreiras institucionais, mas não chega a discutir os aspectos estruturais da formação profissional, da cultura organizacional dos serviços ou da interseção entre a moralidade biomédica e os regimes de gênero. Essa omissão compromete a possibilidade de propor caminhos efetivos de transformação nos protocolos e práticas em saúde.

Do ponto de vista discursivo, também se nota a ausência de uma reflexão mais profunda sobre o papel do Estado e dos mecanismos de produção de políticas públicas. Embora o autor denuncie a invisibilidade dos homens heterossexuais nas campanhas de prevenção e nos serviços, essa crítica permanece focalizada no nível da implementação local, sem alcançar uma crítica de caráter mais estrutural ao modelo de formulação das políticas de saúde sexual no Brasil. Seria oportuno, por exemplo, inserir a análise em um contexto mais amplo de neoliberalização da saúde,

precarização do SUS e apagamento dos direitos sexuais como parte do direito à saúde.

Por fim, é importante destacar a limitação do estudo quanto à proposição de alternativas. Embora Santos (2019) aponte para a necessidade de maior inclusão dos homens heterossexuais nas estratégias de prevenção, não são desenvolvidas proposições concretas de reestruturação das políticas públicas, nem há diálogo com experiências exitosas ou modelos alternativos que poderiam inspirar mudanças. A ausência dessa dimensão propositiva esvazia parte da potência política do trabalho, que se ancora em um diagnóstico pertinente, mas não o desdobra em um plano de ação crítico-transformador.

Apesar da densidade analítica e do rigor metodológico empregados por Bezerra (2022), sua pesquisa apresenta algumas lacunas que merecem atenção crítica, sobretudo no que tange à ampliação empírica da análise, à problematização epistemológica de certas categorias e à articulação entre os dados estatísticos e as vivências subjetivas dos sujeitos pesquisados. A primeira e mais evidente limitação do estudo está na ausência de fontes primárias que possibilitassem a escuta direta dos sujeitos que compõem o grupo analisado — os homo/bissexuais negros vivendo com HIV/aids. Ainda que o autor reconheça a potência epistêmica de seu próprio locus de enunciação e do pensamento decolonial, essa prerrogativa não substitui a escuta sistemática dos interlocutores sociais afetados pela epidemia, cuja participação poderia aprofundar a compreensão das estratégias de enfrentamento, das experiências com o sistema de saúde e dos sentidos atribuídos à sua condição social e clínica.

Essa lacuna metodológica é particularmente sensível à luz do referencial teórico assumido. Ao se ancorar na interseccionalidade (Akotirene, 2020) e na crítica decolonial (Bernardino-Costa e Grosfoguel, 2016), o autor se compromete com uma epistemologia situada que pressupõe a valorização dos saberes subalternos. No entanto, a predominância quase exclusiva de fontes secundárias e dados documentais — ainda que analisados criticamente — enfraquece essa orientação, pois reproduz, mesmo que involuntariamente, o silêncio das vozes que pretende destacar. O trabalho teria se beneficiado de entrevistas, grupos focais ou outras metodologias participativas que viabilizassem o acesso à subjetividade dos sujeitos da pesquisa.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à própria operacionalização da categoria “bicha preta” como marcador identitário e analítico. Embora Bezerra (2022) defenda a importância de distinguir a categoria epidemiológica HSH da categoria político-identitária homo/bissexual negro, a articulação entre ambas permanece, em certos momentos, ambígua. Faltou um maior aprofundamento conceitual sobre os limites e riscos da transposição entre categorias biomédicas e identitárias, bem como uma análise mais detalhada sobre as disputas políticas em torno dessas nomenclaturas dentro do próprio movimento LGBTQIA+. A referência pontual a Duque e Pelúcio (2010) é instigante, mas carece de desdobramentos teóricos mais robustos que permitam sustentar o uso da categoria “bicha preta” como eixo interpretativo legítimo e não apenas como posicionamento militante.

Ademais, a análise das políticas públicas voltadas à população negra e à população LGBT, embora contextualizada historicamente, não adentra criticamente os marcos institucionais atuais que operam na intersecção entre raça, sexualidade e saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT são mencionadas, mas sem um exame aprofundado de sua implementação, cobertura, financiamento ou eficácia. Isso reduz o potencial do trabalho em fornecer subsídios concretos para o debate sobre políticas públicas interseccionais e para a incidência política em espaços institucionais.

Por fim, a análise regional — ainda que destaque desigualdades importantes — carece de maior aprofundamento quanto às especificidades dos contextos locais. O autor demonstra que as regiões Norte e Nordeste concentram os maiores percentuais de HSH negros com aids, mas não explora suficientemente os fatores estruturais que explicam essas disparidades, como a ausência de centros de testagem, a concentração urbana da oferta de antirretrovirais ou a presença de políticas municipais regressivas. Um recorte mais detalhado sobre as cidades com maior e menor capacidade de resposta poderia enriquecer a análise e contribuir para um mapeamento territorial mais preciso da vulnerabilidade.

Embora o estudo de Farias (2022) apresente significativa robustez metodológica e coerência teórica, algumas lacunas e limitações merecem ser destacadas, tanto no plano da abordagem empírica quanto na densidade crítica de determinadas interpretações. Uma primeira fragilidade observável diz respeito à delimitação analítica dos instrumentos de gestão em saúde. Embora o autor utilize documentos como os Planos Municipais de Saúde (PMS), Programações Anuais

(PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG), não se explicita de modo suficientemente problematizado o critério de seleção e a forma como esses instrumentos foram comparativamente avaliados entre os diferentes municípios da ADS de Acaraú. Há ausência de análise mais minuciosa sobre a coerência interna entre metas, indicadores, fontes de financiamento e prioridades de cada gestão, o que poderia ter conferido maior precisão à avaliação da situação programática.

Outro ponto que se impõe diz respeito à reduzida explicitação da heterogeneidade territorial no interior da própria ADS estudada. Farias (2022) reconhece que os sete municípios compartilham desafios semelhantes, mas não aprofunda, por exemplo, eventuais variações nas condições de infraestrutura, no grau de institucionalização das políticas locais, ou nos arranjos de governança municipal. Ao tratar a ADS como uma unidade relativamente homogênea, o autor corre o risco de obscurecer nuances relevantes que poderiam conferir maior complexidade à análise — especialmente considerando as dinâmicas político-administrativas, orçamentárias e socioepidemiológicas distintas entre os entes subnacionais.

Na dimensão qualitativa, embora o recurso ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tenha sido bem operacionalizado como estratégia de síntese discursiva, a ausência de uma reflexão mais detida sobre a posição institucional e o campo de atuação dos gestores entrevistados limita a análise dos condicionantes que orientam suas falas. Farias (2022) informa que foram ouvidos onze gestores, mas não aprofunda se se tratavam de secretários de saúde, coordenadores de atenção básica, diretores clínicos ou outros cargos técnico-administrativos. A omissão dessa diferenciação compromete a apreensão crítica da distribuição de responsabilidades na cadeia decisória e da localização dos discursos no interior das estruturas de poder e gestão. A análise poderia ter sido enriquecida se houvesse tensionamento entre o conteúdo das falas e a posição de enunciação dos sujeitos — especialmente considerando que a percepção de desafios pode variar conforme o nível hierárquico ou o tempo de permanência no cargo.

Também se observa que o estudo carece de uma interlocução mais vigorosa com a literatura internacional, sobretudo no que se refere aos modelos de descentralização e suas implicações para o controle programático de agravos como as IST/HIV/Aids. A análise permanece majoritariamente ancorada em autores nacionais, o que, embora adequado ao contexto do SUS e das políticas brasileiras, limita a oportunidade de estabelecer contrastes ou identificar boas práticas em

contextos similares de outros países do Sul Global. Essa lacuna bibliográfica enfraquece, em certa medida, o potencial propositivo do estudo, já que impede que seus achados dialoguem com experiências externas de organização programática e controle territorial das IST.

Por fim, uma última limitação se refere à escassez de problematização do papel da participação social e do controle comunitário nos instrumentos de gestão avaliados. Ainda que Farias (2022) analise documentos públicos e entreviste gestores, pouco se discute sobre o envolvimento dos conselhos municipais de saúde, das organizações da sociedade civil ou de coletivos de pessoas vivendo com HIV/Aids na formulação, monitoramento e avaliação das ações programadas. Essa ausência de reflexão sobre a dimensão democrática da gestão sanitária local é especialmente relevante no campo das IST, onde o enfrentamento do estigma e a mobilização social foram historicamente fundamentais para a construção de respostas eficazes. A incorporação dessa variável poderia ter tensionado a noção de “compromisso político” das gestões, deslocando o debate da esfera meramente técnica para o campo dos conflitos, disputas e alianças no interior da política pública.

Apesar da densidade empírica e da consistência teórica do estudo realizado por Moura (2019), a análise criteriosa do corpus revela lacunas importantes que, se enfrentadas, poderiam conferir ainda maior robustez à investigação e ampliar seu potencial de intervenção sobre a realidade social e sanitária estudada. Essas lacunas se distribuem tanto no plano metodológico quanto na articulação teórico-prática e nas escolhas analíticas empreendidas pela autora.

No campo metodológico, uma das fragilidades notáveis refere-se à delimitação amostral e ao alcance da saturação teórica. Embora a autora justifique a inclusão de oito participantes com base no critério da saturação, o número reduzido de entrevistas limita a diversidade de experiências e pode não dar conta da heterogeneidade de contextos, trajetórias e vínculos afetivo-sexuais que atravessam as mulheres em situação de vulnerabilidade às IST. A concentração da coleta em um único território (UBS de Tururu – CE), aliado ao fato de a pesquisadora estar inserida nesse mesmo contexto laboral, ainda que declare ter atuado com ética e distanciamento reflexivo, pode ter condicionado a diversidade e a espontaneidade das respostas. Não há detalhamento aprofundado sobre as medidas adotadas para mitigar vieses de desejabilidade social, o que compromete parcialmente a transparência do processo de produção dos dados.

No plano da articulação teórica, embora o conceito de vulnerabilidade em saúde seja manejado com competência, observa-se uma tendência à superposição dos três eixos analíticos (dimensão individual, social e programática), sem a devida distinção de seus efeitos concretos e de suas interações específicas. Em algumas passagens, há certa imprecisão terminológica entre “vulnerabilidade” e “risco”, conceitos que a própria autora, em momentos anteriores, procura distinguir com base em Ayres (2006) e Jorge (2013). Essa oscilação compromete a nitidez analítica e enfraquece a potência heurística da matriz teórica adotada. Do mesmo modo, o tratamento dado às noções de gênero e poder, embora reconheça sua centralidade na constituição das vulnerabilidades, carece de interlocução com o campo dos estudos feministas ou com autoras que tenham se dedicado a pensar criticamente os determinantes sociais da saúde sob a ótica da opressão de gênero. A ausência de referências a autoras como Scott, Butler ou até mesmo às contribuições latino-americanas (como Berenice Bento, Heleieth Saffioti ou Rita Segato) empobrece o debate sobre a dimensão simbólica e institucional da desigualdade de gênero.

Outro ponto de tensão reside na escassa problematização sobre os marcadores interseccionais que atravessam as participantes. Ainda que o perfil sociodemográfico das mulheres seja descrito, a autora não adota o referencial da interseccionalidade como chave de leitura para compreender como raça, classe, orientação sexual ou religião produzem gradações distintas de vulnerabilidade. Tal omissão limita a capacidade explicativa do estudo frente à complexidade das experiências vividas, reduzindo as vulnerabilidades à dinâmica da relação conjugal heterossexual e à presença/ausência do uso do preservativo. A abordagem adotada, portanto, tende a reproduzir um modelo universalizado de “mulher vulnerável”, sem considerar as variações culturais, territoriais e subjetivas que modulam a vivência da sexualidade e do adoecimento.

Na dimensão programática, embora a autora identifique a atuação insuficiente dos serviços de saúde na abordagem das IST, não se debruça sobre os mecanismos institucionais que operam essa negligência. Há uma crítica pontual ao atendimento estigmatizante e à ausência de acolhimento integral, mas sem uma investigação aprofundada sobre a formação dos profissionais, a gestão da APS ou as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva vigentes no contexto municipal e estadual. Essa omissão retira do estudo parte de sua potência propositiva, na medida em que

não oferece subsídios concretos para o enfrentamento dos entraves identificados na assistência programática.

Por fim, nota-se que os resultados, embora ricos em conteúdo experiencial, são apresentados majoritariamente por meio de descrições e categorização temática, sem que se estabeleça uma conexão sistemática com o referencial analítico de Florêncio (2018), adotado pela autora. A noção de vulnerabilidade como “condição humana construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção à precariedade” é pouco mobilizada na análise dos dados. A autora se apoia na taxonomia de Bardin (2016) para estruturar as categorias, mas não retoma com vigor a epistemologia crítica proposta em seu marco teórico, o que gera um certo esvaziamento reflexivo nas seções interpretativas.

Apesar da densidade analítica e da solidez metodológica, o trabalho de Mathias (2021) apresenta algumas lacunas importantes que merecem ser problematizadas. A primeira delas diz respeito à delimitação da amostra empírica. Embora o autor tenha conduzido entrevistas com 25 homens que fazem sexo com homens (HSH) em cinco cidades brasileiras, o desenho amostral não contempla com a devida profundidade a diversidade interna dessa população. Em sua maioria, os entrevistados eram homens cisgêneros, brancos e com alto grau de escolaridade, o que compromete a representatividade de segmentos historicamente mais vulnerabilizados, como HSH negros, indígenas, periféricos ou em situação de rua. Essa sub-representação reduz a potência da análise interseccional que o próprio autor reivindica como eixo teórico e metodológico.

Outra limitação relevante refere-se à ausência de um recorte territorial mais ampliado. Embora Mathias (2021) tenha buscado variedade geográfica ao selecionar cinco cidades, o trabalho não explicita com clareza as especificidades contextuais de cada local, tampouco explora as implicações das desigualdades regionais no acesso e na experiência com a PEP. Assim, aspectos estruturais que poderiam influenciar as trajetórias dos usuários — como a organização dos serviços de saúde locais, o grau de urbanização, a atuação dos movimentos sociais ou a presença de ONGs e coletivos LGBT — são mencionados apenas tangencialmente, o que empobrece a análise das dimensões territoriais da prevenção combinada.

Ainda no plano metodológico, nota-se uma lacuna importante no que se refere ao diálogo entre os dados empíricos e os profissionais de saúde. Embora o foco do estudo seja a perspectiva dos usuários, a ausência de entrevistas ou observações

junto aos trabalhadores das unidades de saúde impossibilita uma visão mais integral do processo de cuidado. Dado que vários relatos dos entrevistados problematizam as posturas profissionais e as barreiras institucionais vivenciadas nos serviços, a inclusão da perspectiva dos profissionais teria enriquecido a análise, permitindo tensionar os discursos e explorar os limites institucionais da implementação da PEP.

Do ponto de vista da revisão bibliográfica, embora o autor faça uso de aportes teóricos consistentes sobre masculinidades, estigma, prevenção combinada e marcadores sociais da diferença, há uma visível concentração em autores e correntes de pensamento já consagrados no campo da saúde coletiva e da sociologia da sexualidade. Com isso, vozes teóricas emergentes, especialmente aquelas oriundas de perspectivas decoloniais, transfeministas ou interseccionais mais radicais, são pouco mobilizadas. A consequência dessa limitação teórica é que certas dimensões da experiência dos sujeitos — como o racismo institucional, a transfobia estrutural ou a precariedade das redes de cuidado comunitário — são abordadas de forma indireta ou fragmentária, sem o devido aprofundamento conceitual.

Outro ponto crítico é a incipiente articulação entre os achados empíricos e as diretrizes das políticas públicas em vigor. Embora Mathias (2021) mencione protocolos do Ministério da Saúde e discuta o lugar da PEP na prevenção combinada, o trabalho carece de uma análise mais contundente sobre os entraves da política pública, os limites da governança estatal na distribuição da PEP e os efeitos das descontinuidades administrativas no fornecimento da profilaxia. Diante do cenário brasileiro de crescente conservadorismo político e cortes nas políticas de saúde e direitos humanos, esse silêncio analítico constitui uma lacuna significativa na compreensão estrutural da vulnerabilidade.

Por fim, ainda que o estudo aponte o papel das redes de apoio na adesão à PEP, essa dimensão relacional é tratada sobretudo de forma descritiva. Não há, por exemplo, uma análise mais aprofundada das formas como tais redes se organizam, das lógicas afetivas e políticas que sustentam o cuidado entre pares, nem tampouco uma investigação sobre as tensões e os limites dessas redes, especialmente quando extrapolam os circuitos urbanos centrais ou quando dependem exclusivamente da atuação militante e voluntária. O potencial contra-hegemônico das redes de apoio permanece, assim, sugerido, mas pouco explorado em termos de sua potência política e institucional.

Dessa forma, embora a pesquisa ofereça contribuições substantivas ao campo da saúde coletiva e da prevenção ao HIV entre HSH, permanece atravessada por lacunas teóricas, metodológicas e analíticas que limitam seu alcance interpretativo e sua capacidade de interferência nas políticas públicas estruturantes.

Apesar da densidade analítica e do rigor metodológico que caracterizam a dissertação de Sorrentino (2019), algumas lacunas tornam-se perceptíveis ao longo do texto, sobretudo em relação à delimitação empírica e à extensão das articulações teóricas no campo da saúde coletiva. Uma primeira limitação refere-se à própria constituição da amostra qualitativa: embora a autora tenha realizado entrevistas com 16 trabalhadoras sexuais de diferentes pontos do bairro da Luz, a heterogeneidade da prostituição em São Paulo, reconhecida por ela mesma, parece demandar um escopo ainda mais diversificado para capturar com maior amplitude as nuances dos “códigos-territórios” descritos. A exclusão explícita de travestis e mulheres transexuais da amostragem — ainda que justificada pelas diretrizes do projeto Corrente da Saúde II — resulta em uma análise que, embora interseccional em termos de raça/cor, classe, geração e escolaridade, deixa de abordar as especificidades da experiência de gênero dissidente no campo da prostituição, justamente em um território urbano reconhecido pela sobreposição desses marcadores.

Outro aspecto que carece de maior aprofundamento diz respeito à interface entre territorialidade e acesso concreto aos serviços de saúde. Ainda que Sorrentino (2019) reconheça os obstáculos estruturais impostos pela precariedade da política pública de atenção às trabalhadoras sexuais, o trabalho dedica espaço reduzido à análise das estratégias institucionais de prevenção e cuidado em saúde, limitando-se às percepções subjetivas das mulheres entrevistadas. Isso enfraquece a articulação entre os achados empíricos e os dispositivos programáticos do SUS, dificultando, por exemplo, uma crítica mais robusta às limitações da Política Nacional de DST/Aids na incorporação das demandas desse grupo. Nesse sentido, a ausência de profissionais da saúde como sujeitos entrevistados impede que o trabalho incorpore uma análise dialógica entre os saberes da população-chave e os modelos hegemônicos de atenção à saúde, o que teria potencial para enriquecer significativamente a discussão sobre vulnerabilidade programática.

Ademais, embora o conceito de interseccionalidade seja convocado com frequência ao longo do texto, a análise empírica não desenvolve plenamente os cruzamentos dinâmicos entre os diferentes marcadores sociais da diferença. A autora

identifica, por exemplo, a centralidade da geração, raça/cor e escolaridade na hierarquização dos espaços de prostituição, mas tende a tratá-los de forma compartimentada, com pouca exploração dos entrelaçamentos interdependentes desses marcadores em situações concretas. A leitura se beneficia da densidade descritiva da etnografia, mas por vezes sacrifica a exploração relacional entre os eixos analíticos propostos, limitando a potência crítica da abordagem interseccional em sua vertente mais construcionista.

A própria análise das dinâmicas de estigmatização e violência — identificadas como dimensões centrais da vulnerabilidade — é conduzida com sensibilidade, mas carece de um diálogo mais consistente com a literatura sobre dispositivos de controle moral, policiamento do espaço urbano e governamentalidade da sexualidade. Embora Sorrentino (2019) mencione processos históricos de higienização e repressão, como as intervenções urbanas de 1911 e o fechamento da zona de baixo meretrício em 1954, a análise da conjuntura contemporânea (especialmente da gestão municipal de 2016–2020) permanece situada em uma crítica mais descritiva do que analítica. Seria possível, por exemplo, aprofundar o exame da política urbana como tecnologia de exclusão e disciplinamento dos corpos femininos racializados e sexualizados, à luz de autores como Foucault ou Mbembe, que não aparecem na fundamentação teórica da pesquisa.

Uma última lacuna a ser destacada reside no escasso tratamento conferido ao papel das tecnologias digitais e de mediação virtual na reorganização dos circuitos de prostituição contemporâneos. Ainda que o trabalho esteja situado em um contexto territorial específico — o bairro da Luz —, a ausência de menção à crescente importância das plataformas digitais, aplicativos e redes sociais como ferramentas de intermediação do trabalho sexual restringe a análise às modalidades tradicionais de rua e edifícios, sem problematizar as transformações recentes que atravessam esse mercado. Essa omissão pode ser compreendida pela delimitação do recorte empírico, mas não deixa de configurar um ponto cego em uma pesquisa que se propõe a entender a produção de territorialidades no contexto urbano contemporâneo.

Portanto, embora a dissertação de Sorrentino (2019) ofereça contribuições relevantes e inovadoras ao campo da Saúde Coletiva, notadamente ao incorporar os conceitos de territorialidade e interseccionalidade a partir de uma etnografia sensível e situada, permanece permeada por limitações quanto à abrangência empírica, à articulação teórico-analítica entre marcadores, e à inserção das transformações mais

recentes nas práticas do trabalho sexual urbano. Tais lacunas não invalidam o valor do estudo, mas apontam caminhos possíveis para investigações futuras que desejem aprofundar as intersecções entre gênero, território e saúde em contextos de vulnerabilidade social complexa.

3. SEXUALIDADE, EXCLUSÃO SOCIAL E VULNERABILIDADES NO CONTEXTO DAS ISTs

3.1 SEXUALIDADE COMO DIREITO HUMANO E EXPRESSÃO CULTURAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a sexualidade como um aspecto central da condição humana, presente ao longo da vida e relacionada a fatores biológicos, psicológicos, sociais, afetivos, culturais e espirituais. Essa definição enfatiza que a sexualidade não se reduz a práticas sexuais ou comportamentos reprodutivos, mas compreende uma experiência ampla que envolve o prazer, a intimidade, os vínculos interpessoais e a construção da identidade (Silveira, 2023). A abordagem da sexualidade pela OMS parte da compreensão de que ela é vivida e expressa em pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, sendo, portanto, parte integrante do desenvolvimento humano e da constituição subjetiva dos indivíduos (Martins, 2023).

A sexualidade, nessa perspectiva, é constituída em processos históricos e culturais e atravessada por relações de poder que moldam os modos de viver o corpo, o desejo e os vínculos sociais. As contribuições de autores como Foucault permitem compreender que a sexualidade não é apenas uma expressão natural do ser, mas uma construção situada em práticas discursivas e institucionais que regulam e normatizam os sujeitos (Pich, 2021). Essa compreensão dialoga com os estudos que denunciam a invisibilização de sexualidades dissidentes e a hegemonia de modelos normativos que operam na escola, na família, na religião e nos meios de comunicação, impactando diretamente a forma como indivíduos são reconhecidos ou excluídos socialmente (Madureira, 2021; do Nascimento et al., 2025).

No campo da educação, a abordagem da sexualidade como dimensão constitutiva do ser humano implica reconhecer que os processos de subjetivação são atravessados por normas de gênero e sexualidade que operam desde a infância. Nesse sentido, a escola emerge como espaço privilegiado para a produção de saberes e práticas que tanto podem reproduzir a normatividade quanto abrir possibilidades de reconhecimento e escuta de experiências diversas. A invisibilidade das dimensões afetivas e sexuais nos currículos oficiais, como apontado por Silveira (2023), revela a persistência de uma pedagogia do silêncio que compromete o exercício da cidadania e o direito à informação segura sobre o próprio corpo. A sexualidade, nesse contexto,

não pode ser vista como um tema extrínseco aos processos educativos, mas como parte do próprio ato de ensinar e aprender sobre si e o outro.

A intersecção entre sexualidade, identidade e linguagem também é abordada por autores que compreendem a subjetividade como um campo em disputa, atravessado por discursos e práticas institucionais que constroem os modos possíveis de existência. Para Madureira (2021), a constituição das identidades sexuais está intrinsecamente ligada à linguagem, ao reconhecimento simbólico e às possibilidades de nomeação e pertencimento social. Essa perspectiva implica deslocar a noção de sexualidade para além de comportamentos ou funções biológicas, compreendendo-a como parte da constituição psíquica e relacional dos sujeitos. Ao mesmo tempo, os estudos sobre infância e sexualidade, como o de da Fonseca, Vanderlinde e Lins (2022), indicam que a sexualidade está presente desde os primeiros anos de vida e que sua abordagem exige escuta, ética e preparo dos educadores, para que não se reduza a discursos moralizantes ou repressivos.

As concepções contemporâneas de sexualidade apontam ainda para a necessidade de enfrentar discursos normativos que sustentam a exclusão de corpos e identidades que escapam aos modelos hegemônicos. A OMS reconhece que a saúde sexual depende da realização de direitos humanos, como o direito à integridade corporal, à privacidade, à autonomia, à não discriminação e ao acesso à informação. Essa articulação entre sexualidade e direitos humanos reforça a importância de políticas públicas que assegurem a pluralidade de vivências e a proteção contra violências estruturais (do Nascimento et al., 2025; Gomes, 2024). Nesse sentido, a sexualidade como dimensão constitutiva do ser humano deve ser compreendida não apenas como expressão individual, mas como campo de disputas políticas e culturais sobre o reconhecimento, a dignidade e a liberdade de ser.

A crítica à desumanização dos corpos dissidentes também perpassa o debate sobre a cultura da pós-verdade, em que discursos de ódio, fake news e moralismos exacerbados comprometem a construção de subjetividades livres e informadas. Nunes (2023) propõe a retomada do conceito de ser humano integral, em diálogo com pensadores como Bauman e o Papa Francisco, para enfrentar processos de fragmentação e exclusão que atingem especialmente populações LGBTQIA+, mulheres e crianças. Essa perspectiva exige uma abordagem ética da sexualidade, que considere os vínculos, o cuidado, a responsabilidade e o reconhecimento mútuo, articulando saberes científicos, experiências sensíveis e princípios de justiça social.

O debate contemporâneo sobre sexualidade, portanto, exige uma compreensão ampliada, plural e crítica. A concepção defendida pela OMS, ao reconhecer a sexualidade como dimensão constitutiva do ser humano, demanda ações interdisciplinares que articulem saúde, educação, cultura e direitos, enfrentando as formas de silenciamento, medicalização e estigmatização que ainda prevalecem em diversos contextos. As contribuições teóricas e práticas dos autores aqui referenciados sustentam a necessidade de um olhar atento às experiências e vozes dos sujeitos, reconhecendo que o modo como a sexualidade é vivida, ensinada e regulada diz respeito diretamente à qualidade das relações humanas e às possibilidades de existência social.

A sexualidade humana manifesta-se em múltiplas expressões que não se limitam à dimensão biológica, mas envolvem aspectos psíquicos, históricos, sociais e culturais. A leitura da sexualidade apenas como função reprodutiva ou como manifestação anatômica ignora sua constituição discursiva e histórica, profundamente enredada na linguagem, nas relações de poder e nas instituições. Conforme Freitas (2024), a obra de Freud já aponta a sexualidade como algo que escapa à normatividade, ao afirmar que ela se estrutura desde a infância por meio de zonas erógenas, pulsões parciais e formações do inconsciente, contrariando a ideia de uma sexualidade única, linear e biologicamente determinada.

As experiências contemporâneas demonstram a pluralidade das formas de viver o desejo, o afeto e os vínculos interpessoais. As identidades sexuais e de gênero não podem ser compreendidas como dados naturais, mas como efeitos de práticas discursivas, sociais e subjetivas que operam de maneira histórica (Madureira, 2021). Essa perspectiva permite compreender a emergência de vivências não-hegemônicas e a reivindicação por reconhecimento de sujeitos que vivem fora dos binarismos normativos. A produção das subjetividades sexuais, portanto, está vinculada às relações de saber-poder que regulam o corpo, o prazer, a linguagem e a identidade, sendo constantemente tensionada pelas experiências dissidentes.

Do ponto de vista social, a multiplicidade das expressões sexuais desafia modelos de afetividade que associam a sexualidade exclusivamente à heteronormatividade ou à conjugalidade reprodutiva. Conforme analisam da Silva Ferreira e Guerra (2024), a contemporaneidade é marcada por escolhas afetivo-sexuais que escapam a categorias tradicionais e implicam novos arranjos relacionais. Essas transformações são atravessadas por valores morais, mudanças legais,

dispositivos midiáticos e políticas públicas, que ora reconhecem tais pluralidades, ora reforçam padrões de exclusão e patologização. As experiências afetivo-sexuais deixam de ser entendidas como desvios individuais para serem pensadas como produções coletivas, historicamente situadas e politicamente significativas.

As abordagens psicanalíticas contemporâneas têm sido tensionadas por essas novas formas de subjetivação. A emergência de experiências não-binárias, por exemplo, impõe uma revisão epistemológica das categorias clássicas da psicanálise. Segundo Macedo (2024), é preciso compreender que a linguagem e o desejo não operam dentro de fronteiras fixas de gênero, mas atravessam corpos em movimento, múltiplas identificações e resistências à normatividade. Essa perspectiva amplia a noção de sexualidade como campo de invenção de si, em que as marcas do corpo não definem por si só as possibilidades de ser e existir. O gênero, nesse sentido, é performado na relação com o outro, com a cultura e com os discursos que produzem inteligibilidade sobre o que pode ou não ser reconhecido.

A história das sexualidades revela que aquilo que se considera “normal” ou “natural” é resultado de longos processos de regulação moral, médica, jurídica e pedagógica. Dorlin (2021) argumenta que as classificações de sexo, gênero e sexualidade foram construídas a partir de relações de dominação racial e patriarcal, de modo que a sexualidade se torna também um campo de disputa política e epistêmica. Assim, a multiplicidade sexual não é uma aberração da norma, mas uma forma legítima de resistência à colonização do corpo e do desejo. Tais reflexões reforçam a importância de uma abordagem interseccional que leve em conta os efeitos do racismo, do sexismo e da cisheteronormatividade na constituição da subjetividade.

A articulação entre ciência, educação e cultura mostra que o ensino sobre sexualidade precisa ser compreendido em sua complexidade. Fernandes e Lorenzetti (2021) destacam que os aspectos científicos e socioculturais da sexualidade devem ser abordados desde os anos iniciais da escolarização, a fim de garantir que crianças tenham acesso a informações que considerem a diversidade humana e promovam o respeito. Essa perspectiva se contrapõe aos discursos que associam a sexualidade ao perigo ou ao tabu, e propõe que ela seja integrada aos processos educativos de maneira ética, crítica e contextualizada. O reconhecimento das múltiplas expressões sexuais não é uma concessão, mas uma exigência de justiça cognitiva e social.

Do ponto de vista subjetivo, as experiências sexuais não se dissociam dos contextos sociais em que ocorrem, e muitas vezes estão marcadas por sofrimento,

exclusão ou resistência. Mota Junior (2025) discute a relação entre sexualidade e sofrimento social a partir da Teoria da Subjetividade de González Rey, indicando que os modos de vivenciar a sexualidade estão relacionados à forma como o sujeito se constitui nas relações sociais, simbólicas e afetivas. O sofrimento ligado à sexualidade não decorre dela em si, mas da maneira como ela é controlada, silenciada ou violentada nas práticas institucionais e nos discursos normativos. Nesse sentido, a escuta e o reconhecimento das experiências plurais tornam-se centrais para a constituição de subjetividades mais livres, responsivas e integradas à complexidade da vida social.

As categorias de sexo, gênero e desejo, portanto, não se prestam a explicações fixas ou universais. São construções atravessadas por disputas históricas, teóricas e existenciais que exigem constante revisão crítica. A multiplicidade das expressões sexuais não é um dado secundário, mas uma expressão da complexidade humana em sua relação com o corpo, com o outro e com a cultura. Compreender essa multiplicidade é reconhecer que a sexualidade não é uma experiência uniforme, mas uma trama de sentidos e posicionamentos que variam conforme o tempo, o lugar e as condições materiais e simbólicas da existência.

A sexualidade ocupa papel central na constituição da subjetividade, pois atravessa os modos de ser, perceber-se e relacionar-se com o outro e com o próprio corpo. A construção identitária dos sujeitos não ocorre à margem das experiências sexuais e afetivas, mas é permeada por elas desde os primeiros anos de vida, sendo modelada por discursos, práticas sociais e instituições que determinam o que pode ser nomeado, desejado e vivido (Madureira, 2021). Assim, a subjetividade não é um dado natural, mas uma produção simbólica e social que incorpora as normas de gênero e sexualidade historicamente construídas. A forma como os sujeitos se identificam — em termos de orientação sexual, identidade de gênero ou expressão corporal — depende das possibilidades de reconhecimento oferecidas no contexto em que estão inseridos.

A sexualidade, nesse sentido, deve ser compreendida como parte da agência subjetiva dos indivíduos, isto é, como um campo em que exercem escolhas, interpretam sentidos e constroem sua posição no mundo. Mota Junior (2025), ao discutir o sofrimento social relacionado à sexualidade, evidencia que os entraves para a autonomia subjetiva decorrem muitas vezes da imposição de normas que desautorizam determinadas formas de existência. A subjetividade, então, se constitui

em constante tensão entre o reconhecimento e o silenciamento, entre o desejo e a norma, entre a linguagem e o corpo. A autonomia corporal, nesse processo, torna-se um elemento crucial para que o sujeito possa exercer sua sexualidade de modo consentido, informado e livre de coerções, o que implica também o direito de nomear sua experiência e ser respeitado em sua autodefinição.

A psicanálise, desde Freud, apontou que a sexualidade estrutura os processos psíquicos, sendo um dos eixos fundamentais da constituição do sujeito. Freitas (2024) mostra que Freud desloca o entendimento de sexualidade para além do biológico, ao situá-la como processo inconsciente que atravessa desejos, fantasias, pulsões e identificações. Essa concepção foi posteriormente ampliada por outras abordagens que integram as dimensões sociais, políticas e culturais da sexualidade à análise da subjetividade. A presença de normas de gênero nos processos identificatórios mostra que o reconhecimento de si depende, em grande parte, do modo como o corpo e o desejo são interpretados socialmente. A autonomia corporal, nesse contexto, não se refere apenas à posse do corpo, mas à capacidade de significá-lo, de experimentá-lo e de expressá-lo de acordo com sentidos próprios, mesmo que em desacordo com as normas vigentes (Macedo, 2024).

A possibilidade de construção identitária autônoma está relacionada ao acesso a discursos e experiências que não violentem, silenciem ou patologizem as expressões sexuais diversas. Dorlin (2021) demonstra que as teorias feministas e os estudos queer têm questionado as categorias fixas de gênero e sexualidade, afirmando que a subjetividade é sempre um processo de invenção e performatividade. Nesse processo, a autonomia corporal emerge como um direito político e epistêmico que garante ao sujeito o poder de dizer sobre si, de habitar seu corpo em sua singularidade e de construir relações éticas com os outros. A luta pelo reconhecimento das subjetividades dissidentes não é apenas uma reivindicação identitária, mas uma forma de resistência contra estruturas que hierarquizam corpos e normatizam o desejo.

A educação para a sexualidade, quando comprometida com a escuta e a pluralidade, pode favorecer a constituição de subjetividades mais autônomas. Fernandes e Lorenzetti (2021) ressaltam que os espaços escolares ainda operam majoritariamente com silenciamentos ou abordagens moralistas, o que impede o desenvolvimento de uma compreensão crítica e sensível sobre os modos de ser e desejar. A ausência de espaços seguros para a expressão da sexualidade fragiliza a

construção identitária e compromete o exercício da autonomia corporal, especialmente entre crianças e adolescentes em processo de formação. A presença de discursos inclusivos e informativos, ao contrário, contribui para a formação de sujeitos que reconhecem seus direitos, compreendem a diversidade e estabelecem relações baseadas no respeito e na reciprocidade.

As transformações nas formas de viver a sexualidade, como apontam da Silva Ferreira e Guerra (2024), indicam que os sujeitos contemporâneos estão mobilizando novas linguagens, práticas e arranjos relacionais para afirmar suas identidades. Essas transformações, contudo, não ocorrem sem conflito, pois encontram resistências institucionais, morais e políticas que dificultam a plena vivência da sexualidade como expressão legítima da subjetividade. A construção identitária, nesse cenário, torna-se também uma tarefa ética e política, que exige do sujeito coragem para afirmar-se diante de discursos excludentes e coragem da sociedade para reconhecer a legitimidade da diversidade. O direito à autonomia corporal passa, assim, a ser indissociável do direito à subjetividade plena, à escuta e à expressão das múltiplas formas de viver o desejo, o afeto e o corpo.

A abordagem integral da sexualidade nas políticas públicas de saúde exige o reconhecimento da sexualidade como dimensão constitutiva do ser humano e como parte indissociável do cuidado em saúde em todas as fases da vida. Tal perspectiva implica superar modelos reducionistas que restringem a sexualidade à função reprodutiva, ao risco de infecções ou ao controle de condutas, incorporando aspectos psicossociais, afetivos, culturais e identitários nos processos de atenção, prevenção e promoção (Luft; Rigo; Valli, 2022). A construção de políticas públicas que considerem essa complexidade implica articular saúde sexual e reprodutiva com os princípios de equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

No campo da atenção primária, práticas de cuidado que abordam a sexualidade com base em escuta qualificada, respeito à diversidade e valorização da autonomia dos sujeitos têm se mostrado essenciais para o acolhimento de demandas relacionadas ao corpo, ao prazer, ao desejo e às experiências relacionais. Ferreira et al. (2023), ao discutirem o cuidado no climatério, evidenciam que o silêncio institucional em torno da sexualidade de mulheres em idade não reprodutiva compromete a integralidade do cuidado e invisibiliza sofrimento, dúvidas e vulnerabilidades que atravessam essa etapa da vida. Do mesmo modo, Garcia et al. (2024) apontam que pessoas LGBTQIA+ enfrentam barreiras significativas ao buscar

atendimento em saúde, não apenas por preconceitos individuais, mas pela ausência de protocolos, formações e políticas que incorporem a diversidade sexual e de gênero como pauta legítima de saúde pública.

A população idosa, frequentemente ignorada nas políticas voltadas à sexualidade, também enfrenta desafios importantes. Lovatto et al. (2025) destacam que o envelhecimento não implica o fim da vida sexual, mas que a desinformação, o tabu e a negligência institucional resultam na exclusão de idosos de ações de promoção à saúde sexual. A ausência de estratégias específicas que abordem prevenção de infecções, saúde relacional e afetiva e mudanças fisiológicas compromete o princípio da integralidade e reforça estigmas sobre o corpo envelhecido. Nesse sentido, é necessário que as ações em saúde compreendam a sexualidade como parte contínua da vida, passível de escuta, cuidado e informação adequada.

A atuação com adolescentes demanda, por sua vez, estratégias específicas de educação em saúde que considerem a complexidade das experiências juvenis e suas vulnerabilidades sociais. Dultra et al. (2023) relatam práticas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que se orientaram por metodologias integrativas, com rodas de conversa, escuta e construção coletiva do conhecimento, como alternativa à abordagem moralizante ainda dominante em muitas unidades básicas. O sucesso dessas práticas reside na criação de espaços de confiança e diálogo, em que a sexualidade é tratada como parte do desenvolvimento humano, e não como desvio ou ameaça.

No que diz respeito à formulação crítica das políticas, Colombo (2022) aponta que a bioética pode operar como instrumento para tensionar modelos normativos que ainda sustentam restrições à educação sexual, ao acesso a métodos contraceptivos e à autonomia das mulheres sobre seus corpos. A autora evidencia que os discursos políticos conservadores frequentemente instrumentalizam noções de família, religião e moralidade para impedir a construção de políticas públicas voltadas ao bem-estar e à justiça reprodutiva. A crítica bioética, ao valorizar a autonomia, a equidade e os direitos humanos, oferece ferramentas para resistir a essas práticas excludentes e afirmar a sexualidade como um direito de todos os sujeitos, independentemente de idade, orientação sexual ou identidade de gênero.

A construção de políticas públicas que tratem a sexualidade de forma integral deve articular práticas intersetoriais entre saúde, educação, assistência social e

cultura, garantindo espaços de escuta, acesso à informação segura, formação de profissionais e produção de dados que subsidiem o planejamento de ações. A abordagem integral da sexualidade é inseparável do compromisso com o cuidado centrado na pessoa, com a escuta de demandas históricas de populações vulnerabilizadas e com o enfrentamento dos dispositivos normativos que historicamente restringiram o acesso à saúde sexual plena. Não se trata de incorporar a sexualidade como tema isolado, mas de reconhecê-la como dimensão transversal que perpassa todos os níveis de atenção, todas as faixas etárias e todos os grupos sociais.

3.2 TEORIAS SOBRE SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

3.2.1 Teoria da Vulnerabilidade

A teoria da vulnerabilidade, enquanto ferramenta analítica voltada à compreensão das exposições desiguais aos agravos em saúde, estabelece uma conexão direta entre condições sociais, práticas sexuais e políticas públicas. Diferentemente de abordagens que atribuem à doença apenas causas biológicas ou comportamentais isoladas, essa teoria propõe uma articulação entre fatores individuais, sociais e programáticos, examinando como sujeitos ou grupos estão mais expostos a riscos em razão de marcadores como classe, gênero, deficiência, idade, raça, institucionalização ou práticas de sociabilidade. Ao investigar a vulnerabilidade associada à sexualidade, pesquisadores destacam o modo como os processos de exclusão, estigmatização e negligência institucional moldam tanto os riscos quanto as possibilidades de cuidado. No contexto da saúde mental, por exemplo, sujeitos com transtornos mentais experimentam múltiplas camadas de exposição aos agravos, como demonstrado no estudo de Barbosa, Guimarães e Freitas (2013), que identificam a negligência em relação à sexualidade desses sujeitos como um dos elementos estruturantes da vulnerabilidade frente às infecções sexualmente transmissíveis. A ausência de abordagens educativas específicas, a institucionalização prolongada e a medicalização do desejo sexual atuam como fatores que limitam o exercício da autonomia e o acesso à informação, ampliando os riscos à saúde sexual e reprodutiva.

A adolescência é outro momento da vida em que a teoria da vulnerabilidade permite observar como fatores psicossociais e estruturais influenciam práticas e percepções sobre sexualidade. Rolim e Laranjeira (2021) analisam a articulação entre masculinidade hegemônica, iniciação sexual precoce e vulnerabilidade social em jovens do sexo masculino, apontando que a conformação de identidades masculinas sob o imperativo da performance sexual e da negação de afetos dificulta o uso de preservativos, o reconhecimento do risco e o diálogo com profissionais de saúde. O estudo de Ribeiro (2011) reforça essa leitura ao identificar, em adolescentes paraibanos, a associação entre desinformação, ausência de projetos de vida, baixa escolaridade e maior exposição ao HIV, às demais ISTs e à gravidez precoce. Tais achados reiteram que a vulnerabilidade não reside apenas no comportamento individual, mas nos modos como sujeitos são inseridos em contextos que fragilizam suas capacidades de enfrentamento, informação e autocuidado. Resta (2012) aprofunda essa abordagem ao compreender a sexualidade juvenil como permeada por curiosidades, silêncios e discursos normativos, que restringem a construção de sentidos próprios sobre o corpo, o desejo e o prazer.

A abordagem da vulnerabilidade, ao ser aplicada à sexualidade de pessoas com deficiência, evidencia que práticas escolares e institucionais frequentemente se baseiam na negação da sexualidade desses sujeitos. De Carvalho e Bortolozzi (2024) demonstram que, no ambiente escolar, a presença de preconceitos entre professores contribui para a invisibilização das demandas afetivo-sexuais de estudantes com deficiência. A falta de preparo para lidar com esses temas, aliada a concepções moralistas, alimenta a negligência e impede a formulação de estratégias educativas que respeitem a diversidade corporal e subjetiva. Assim, a teoria da vulnerabilidade possibilita compreender como a exclusão de sujeitos com deficiência do debate sobre sexualidade aumenta os riscos de abuso, exploração e ausência de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Essas formas de silenciamento geram impactos sobre a autoestima, a autonomia e a possibilidade de vivência do prazer como direito.

A atuação em contextos escolares tem sido apontada como espaço relevante para intervenções que visam à redução da vulnerabilidade entre adolescentes. Nelas (2010), em estudo realizado em Portugal, defende que a educação sexual, quando inserida de maneira contínua e crítica no currículo escolar, contribui para a criação de ambientes protetivos. O trabalho aponta que, ao reconhecer a pluralidade de experiências juvenis e promover o debate sobre práticas, afetos, gênero e respeito

mútuo, as escolas podem contribuir para a construção de uma sexualidade informada, menos sujeita à violência, à discriminação e ao adoecimento. Contudo, os obstáculos não são apenas pedagógicos: a resistência de famílias, a omissão de gestores escolares e a ausência de políticas públicas estruturadas limitam a eficácia de tais iniciativas.

Rubin (2012), ao formular a crítica à regulação social da sexualidade, propõe que a compreensão da vulnerabilidade exige atenção à forma como normas morais, jurídicas e médicas produzem hierarquias sexuais e restringem o acesso a direitos. A autora demonstra que o controle sobre as práticas sexuais se dá não apenas por meio da repressão legal, mas por processos sutis de normatização que afetam especialmente mulheres, pessoas LGBTQIA+ e outras dissidências sexuais. A teoria da vulnerabilidade, nesse sentido, torna-se um instrumento de análise das estruturas que organizam o campo da sexualidade, evidenciando que a exposição aos riscos não é aleatória, mas socialmente produzida. Essa leitura se aproxima das reflexões de Andrade (2004), que analisou as representações sociais da sexualidade masculina e sua relação com a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Segundo o autor, o modelo de masculinidade baseado na virilidade, na negação da doença e na resistência ao cuidado dificulta o reconhecimento do risco, o que amplia as possibilidades de infecção e retarda a busca por diagnóstico e tratamento.

A produção do cuidado em saúde, especialmente nos serviços de atenção básica e saúde mental, revela limites e contradições quando o tema da sexualidade é abordado. Barbosa (2011), em estudo com pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos, aponta que profissionais frequentemente ignoram ou patologizam os desejos sexuais dos usuários, dificultando o diálogo e o acesso a métodos de prevenção. A invisibilização da sexualidade, somada à falta de políticas institucionais específicas, mantém os sujeitos em posição de vulnerabilidade constante. A teoria da vulnerabilidade, nesse caso, permite analisar não apenas a condição do sujeito, mas as falhas no sistema de cuidado que perpetuam o risco e o silêncio.

As ações educativas voltadas para estudantes de graduação também revelam tensões entre saberes técnicos e vivências subjetivas. Alencar e Bueno (2007), em pesquisa-ação com estudantes de enfermagem, identificam que o enfrentamento da vulnerabilidade às ISTs e ao HIV/Aids exige a desconstrução de valores morais que atravessam a formação profissional. O estudo aponta que apenas a transmissão de

informações não altera práticas e percepções; é necessário criar espaços de escuta e reflexão que permitam ressignificar crenças, reconhecer o outro como sujeito de direitos e repensar a própria atuação como agente de cuidado. Assim, a vulnerabilidade não é combatida unicamente com protocolos e normas, mas com práticas educativas que reconheçam os contextos concretos dos sujeitos e a complexidade das experiências sexuais.

A teoria da vulnerabilidade, ao articular os domínios individual, social e programático, oferece um referencial consistente para compreender as múltiplas exposições a riscos na vivência da sexualidade. A literatura analisada revela que a vulnerabilidade se intensifica quando políticas públicas são fragmentadas, quando o acesso à informação é desigual e quando o cuidado é pautado por normas moralizantes. Ao evidenciar os modos como a desigualdade social, o capacitismo, o sexismo e a normatividade sexual operam na produção do risco, os estudos mencionados sustentam a necessidade de abordagens integradas, que articulem educação, saúde e direitos sexuais. O reconhecimento da sexualidade como dimensão legítima da vida humana e a escuta das diferentes experiências sociais constituem caminhos possíveis para a formulação de políticas de cuidado que não reproduzam a exclusão ou o silêncio institucional.

3.2.1.1 Dimensão Individual

A dimensão individual da teoria da vulnerabilidade refere-se à capacidade que os sujeitos possuem de compreender, decidir e agir frente às situações que envolvem riscos à saúde. Trata-se da análise dos elementos cognitivos, emocionais, comportamentais e simbólicos que influenciam a maneira como cada pessoa se relaciona com os agravos e com as práticas de prevenção e cuidado. No campo da sexualidade, essa dimensão ganha relevo na medida em que os sujeitos são interpelados por normas sociais, expectativas culturais e experiências subjetivas que moldam tanto suas escolhas quanto suas possibilidades de proteção. Diferente de uma leitura moralista ou puramente comportamental, a dimensão individual não é isolada da estrutura social, mas articulada a ela, permitindo identificar como os processos sociais se internalizam e influenciam o campo das decisões e práticas individuais (Barbosa, Guimarães e Freitas, 2013).

Estudos realizados com pessoas com transtornos mentais ilustram como essa dimensão é atravessada por fatores que reduzem a autonomia e a capacidade de

decisão consciente. Barbosa (2011) aponta que a medicalização excessiva, a institucionalização prolongada e a negligência em relação à educação sexual contribuem para que esses sujeitos internalizem uma percepção de incapacidade ou de interdição da própria sexualidade. A vulnerabilidade, nesse caso, não decorre apenas de uma deficiência cognitiva ou do transtorno em si, mas da forma como esses fatores se articulam com práticas clínicas, discursos normativos e ausências institucionais. O desconhecimento sobre o próprio corpo, a falta de informação sobre métodos de prevenção e o medo de julgamento dificultam a formulação de escolhas autônomas e aumentam a exposição às infecções sexualmente transmissíveis e a situações de violência sexual.

A adolescência é outro período em que a dimensão individual da vulnerabilidade se manifesta de forma significativa. Rolim e Laranjeira (2021) observam que a construção da masculinidade entre adolescentes do sexo masculino está fortemente atrelada à validação social por meio da performance sexual, o que impacta diretamente no uso de preservativos e na negação de riscos. O desejo de reconhecimento social, aliado à baixa percepção de vulnerabilidade, compromete a adoção de práticas protetivas, mesmo entre jovens que já possuem algum nível de informação sobre ISTs. De maneira semelhante, Ribeiro (2011), ao estudar adolescentes paraibanos, destaca que o início precoce da vida sexual, a ausência de diálogo familiar e a descontinuidade na educação formal dificultam a construção de uma sexualidade segura e consciente. Os jovens, nesses contextos, desenvolvem conhecimentos fragmentados e práticas baseadas na experimentação desinformada, o que os torna mais vulneráveis ao adoecimento.

Na perspectiva de Resta (2012), a curiosidade sexual na adolescência não deve ser interpretada como um problema ou como sinal de desvio, mas como expressão legítima da busca por conhecimento e afirmação da identidade. Contudo, quando essa curiosidade não encontra espaços de escuta, acolhimento e orientação, ela é deslocada para territórios de silêncio ou práticas inseguras. A dimensão individual, nesse sentido, é impactada pela ausência de suportes simbólicos e relacionais que auxiliem o jovem a significar suas experiências e a tomar decisões mais conscientes. O corpo adolescente, atravessado por transformações físicas e simbólicas, torna-se o palco de experiências que oscilam entre o desejo, a insegurança e a desinformação. A vulnerabilidade emerge, assim, como um resultado

da ausência de mediações sociais capazes de sustentar o processo de subjetivação e de aprendizado sobre o cuidado de si.

Entre pessoas com deficiência, a dimensão individual da vulnerabilidade sexual também é marcada por um conjunto de impedimentos simbólicos, institucionais e relacionais. De Carvalho e Bortolozzi (2024), ao analisarem a atuação de professores em contextos escolares, evidenciam que a percepção de que pessoas com deficiência não possuem sexualidade ou não têm capacidade para decidir sobre seus desejos afeta diretamente a forma como esses sujeitos constroem sua identidade e exercem autonomia. A ausência de informações acessíveis, o medo da rejeição e a naturalização da dependência dificultam a internalização de estratégias de cuidado, bem como o reconhecimento do corpo como lugar de desejo e prazer. Assim, a vulnerabilidade individual não pode ser explicada apenas pela condição física ou intelectual do sujeito, mas pelas práticas sociais e institucionais que restringem suas possibilidades de saber, escolher e proteger-se.

Na escola, a intervenção pedagógica pode contribuir para o fortalecimento da dimensão individual, desde que articulada a processos contínuos de reflexão crítica sobre o corpo, o desejo, o prazer e os direitos sexuais. Nelas (2010) destaca que, quando a educação sexual é tratada apenas de maneira pontual ou disciplinar, sua capacidade de modificar percepções e atitudes é limitada. Ao contrário, quando inserida de forma transversal e dialógica, promove o desenvolvimento de competências individuais que auxiliam os adolescentes na tomada de decisões mais conscientes e seguras. A vulnerabilidade, nesse contexto, pode ser enfrentada por meio da construção de vínculos, do reconhecimento da diversidade de experiências e da valorização da escuta como ferramenta educativa.

A teoria da vulnerabilidade também permite compreender como normas sociais internalizadas influenciam a construção do risco e da identidade sexual. Rubin (2012) argumenta que os sistemas de regulação da sexualidade operam não apenas por coerção externa, mas por meio de dispositivos simbólicos que produzem sujeitos normativos e desviantes. A dimensão individual, nesse caso, é atravessada por conflitos entre desejo e norma, autonomia e repressão. A exposição ao risco, portanto, não é fruto de escolhas irracionais, mas da inserção do sujeito em um campo de forças que condiciona suas possibilidades de ação. Essa leitura se aproxima da análise de Andrade (2004), para quem a masculinidade heteronormativa impõe um modelo de

sexualidade que nega o cuidado e a vulnerabilidade, gerando práticas que intensificam o risco de infecção pelo HIV.

No contexto da formação em saúde, a vulnerabilidade individual dos profissionais em formação também deve ser considerada. Alencar e Bueno (2007), em sua pesquisa-ação com estudantes de enfermagem, identificaram que a internalização de discursos moralistas sobre sexualidade influencia tanto a prática clínica quanto as atitudes pessoais frente ao cuidado. A dificuldade de lidar com a sexualidade do outro, o desconforto diante de práticas não normativas e a negação do próprio desejo constituem barreiras para a escuta, o acolhimento e a orientação. Assim, a dimensão individual do profissional de saúde torna-se um elemento central para o enfrentamento da vulnerabilidade dos usuários, especialmente em temas relacionados à sexualidade.

A análise da dimensão individual na teoria da vulnerabilidade permite reconhecer que a capacidade de escolha, cuidado e proteção não é inata nem homogênea. Ela é construída em meio a experiências sociais, acessos desiguais à informação, práticas institucionais e dispositivos simbólicos que moldam a subjetividade dos sujeitos. A literatura analisada revela que as barreiras cognitivas, emocionais e relacionais que impactam essa dimensão não devem ser tratadas como problemas do indivíduo, mas como expressões de processos sociais que exigem ações educativas, políticas e institucionais articuladas. Dessa forma, a compreensão da vulnerabilidade individual não pode ser reduzida ao comportamento, mas deve ser pensada como resultado da relação entre sujeitos e contextos que limitam ou ampliam suas possibilidades de saber, decidir e agir frente aos riscos à saúde sexual.

3.2.1.2 Dimensão social

A dimensão social da teoria da vulnerabilidade parte do reconhecimento de que os riscos à saúde, especialmente aqueles relacionados à sexualidade, não estão distribuídos de forma homogênea entre os indivíduos, mas são condicionados por fatores estruturais que atravessam a vida coletiva. Essa dimensão se refere aos contextos socioeconômicos, culturais e políticos que influenciam o modo como os sujeitos estão expostos aos agravos e às possibilidades de prevenção e cuidado. As práticas sexuais, os discursos sobre o corpo e as relações de gênero não podem ser compreendidos sem considerar os mecanismos de desigualdade que organizam a sociedade, como o racismo, o patriarcado, a pobreza, a exclusão territorial e o estigma

social. Ao abordar a dimensão social, a teoria da vulnerabilidade evidencia que o adoecimento e a dificuldade de acesso à informação e ao cuidado não são escolhas individuais, mas resultados de trajetórias marcadas por desigualdades.

Ciriaco et al. (2019) destacam que, entre adolescentes, a desinformação sobre as infecções sexualmente transmissíveis não decorre de um desinteresse pessoal, mas da ausência de políticas educativas que dialoguem com os contextos socioculturais desses sujeitos. Os autores argumentam que a abordagem puramente biológica, centrada em modelos biomédicos e moralizantes, desconsidera o papel das condições de vida, da escolarização precária, da violência e da invisibilidade institucional na conformação da vulnerabilidade social. Nesses contextos, o acesso à informação é fragmentado, as políticas públicas são descontinuadas e a escola, muitas vezes, reproduz silêncios ou discursos normativos que dificultam o debate sobre sexualidade. A exposição aos riscos é, portanto, socialmente construída por meio de práticas educativas excludentes e pela negação do direito à formação crítica e reflexiva.

No caso das mulheres em situação de privação de liberdade, a dimensão social da vulnerabilidade se expressa nas múltiplas formas de exclusão vivenciadas antes, durante e após o encarceramento. Fernandes et al. (2016) analisam como o acesso precário à saúde, o estigma social, a violência de gênero e as experiências de vulnerabilidade econômica contribuem para a exposição das mulheres às ISTs. O estudo revela que essas mulheres, em sua maioria, tiveram trajetórias marcadas por abandono escolar, experiências de violência doméstica e dificuldades no acesso a serviços públicos. Durante o encarceramento, enfrentam a ausência de insumos básicos para a higiene íntima, a escassez de políticas de educação em saúde e a negação do direito ao cuidado. A vulnerabilidade social, nesse caso, está diretamente relacionada à intersecção entre pobreza, gênero e exclusão institucional, conformando um cenário de risco estrutural que ultrapassa a dimensão individual.

Taquette et al. (2005) exploram a associação entre características sociais e comportamentais de adolescentes e a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis. A pesquisa aponta que a baixa escolaridade, o início precoce da vida sexual e a ausência de diálogo com os pais estão diretamente associados a comportamentos de risco. No entanto, os autores afirmam que essas variáveis não são meramente individuais, mas refletem estruturas familiares fragilizadas, exclusão educacional e a naturalização da violência simbólica sobre os corpos jovens. As

adolescentes, sobretudo as que vivem em contextos de vulnerabilidade social, são expostas a relações de poder desiguais que limitam sua capacidade de negociação e cuidado. A vulnerabilidade, assim, é configurada socialmente por meio da reprodução de relações desiguais, do silêncio institucional e da ausência de políticas públicas voltadas para a juventude.

As relações de gênero desempenham papel central na conformação da vulnerabilidade social à saúde sexual. Torres, Beserra e Barroso (2007), ao investigarem as percepções sobre a sexualidade de adolescentes, observaram que os discursos normativos sobre o comportamento sexual de meninas e meninos reforçam desigualdades de poder, controle e responsabilização. As meninas são cobradas pela contenção do desejo, enquanto os meninos são incentivados à iniciação precoce e à performance viril. Essa assimetria de expectativas contribui para a desproteção feminina, para a dificuldade de uso de preservativos e para o silenciamento sobre práticas sexuais não consentidas. A teoria da vulnerabilidade, ao incorporar a análise das relações de gênero, permite compreender que a exposição ao risco não é resultado de um comportamento inadequado, mas de uma lógica social que diferencia, hierarquiza e subjuga corpos de acordo com normas patriarcais e heteronormativas.

Araújo e Silveira (2007), em estudo com mulheres diagnosticadas com doenças sexualmente transmissíveis, identificaram que a culpabilização social, o medo do julgamento e a vergonha são barreiras significativas para o acesso ao cuidado. Essas mulheres, em muitos casos, associam o diagnóstico a uma falha moral, internalizando discursos que reforçam o estigma sobre a sexualidade feminina. O ambiente social e familiar, longe de oferecer apoio, frequentemente contribui para o isolamento e para o sofrimento subjetivo. A dimensão social da vulnerabilidade, nesse sentido, se manifesta não apenas na ausência de recursos materiais, mas na produção simbólica do risco e do desvio, que recai de maneira desigual sobre corpos femininos e pobres.

Barbosa, Guimarães e Freitas (2013) reforçam essa análise ao examinarem a situação de pessoas com transtornos mentais. O estigma social e a desvalorização desses sujeitos como agentes de desejo e cuidado fazem com que suas necessidades em saúde sexual sejam invisibilizadas pelos serviços. O preconceito, a exclusão social e a interdição simbólica do prazer operam como barreiras para a prevenção, a escuta e o acompanhamento. A vulnerabilidade social, nesse caso, não se restringe à condição mental, mas é alimentada por uma rede de dispositivos institucionais que

reforçam a desigualdade e a exclusão, mesmo em espaços que deveriam promover o cuidado.

A sexualidade na velhice também é atravessada por representações sociais que intensificam a vulnerabilidade. Silva e Oliveira (2013), em revisão integrativa, mostram que os idosos são frequentemente percebidos como assexuados ou incapazes de exercer uma vida sexual ativa. Essa percepção social, somada à negligência dos profissionais de saúde e à escassez de campanhas voltadas para essa faixa etária, contribui para o aumento das ISTs entre pessoas idosas. A negação da sexualidade na velhice reflete uma construção social que associa desejo e juventude, desconsiderando a pluralidade das experiências e apagando demandas legítimas de cuidado, informação e acolhimento.

Moura et al. (2010), ao investigarem os comportamentos de prostitutas frente às ISTs e ao HIV, evidenciam que mesmo entre grupos que possuem maior acesso a informações técnicas, a vulnerabilidade social permanece intensa devido à criminalização simbólica da atividade, à violência institucional e à precariedade das condições de trabalho. O estudo aponta que a exposição ao risco é reforçada por fatores como estigma, discriminação, insegurança financeira e ausência de proteção legal. A vulnerabilidade social, nesse caso, não decorre da ausência de conhecimento, mas da ausência de reconhecimento de direitos e da marginalização estrutural que impede o acesso pleno a serviços de saúde, segurança e justiça.

A análise da dimensão social da vulnerabilidade permite compreender que a sexualidade, os riscos e as possibilidades de cuidado não são experiências exclusivamente individuais, mas produzidas no interior de estruturas de desigualdade que se reproduzem por meio de normas, práticas institucionais e discursos culturais. Os sujeitos mais expostos às ISTs e às violências associadas à sexualidade não estão em risco por escolhas pessoais, mas por condições sociais que limitam o acesso a direitos, a informações e a espaços de proteção. A superação da vulnerabilidade exige, portanto, o enfrentamento das desigualdades sociais que organizam o território, o corpo e a linguagem, bem como a reformulação das políticas públicas de saúde, educação e justiça de forma articulada e sensível às diferenças sociais que marcam o viver sexual.

3.2.1.3 Dimensão programática

A dimensão programática da teoria da vulnerabilidade refere-se à capacidade das políticas públicas e dos serviços institucionais de oferecerem respostas adequadas às necessidades dos sujeitos em relação à saúde, especialmente no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, tratamento e acolhimento das demandas relacionadas à sexualidade. Diferente das dimensões individual e social, essa perspectiva enfoca a ação do Estado, a qualidade da atenção ofertada e a efetividade das políticas no enfrentamento das vulnerabilidades. No campo das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), essa dimensão se torna um marcador estratégico, uma vez que a ausência, fragmentação ou inadequação das ações programáticas repercute diretamente sobre a exposição dos grupos sociais aos agravos. Embora o Brasil tenha consolidado, desde os anos 1980, um sistema de políticas públicas voltado à prevenção e ao controle das ISTs, diversos estudos demonstram que ainda há falhas relevantes no planejamento, na cobertura e na articulação dessas ações nos diferentes territórios.

Segundo Miranda et al. (2021), o Brasil possui um arcabouço normativo relativamente robusto para o enfrentamento das ISTs, com diretrizes nacionais que contemplam prevenção combinada, testagem rápida, acesso gratuito a medicamentos e insumos, além de estratégias voltadas a populações vulnerabilizadas. Contudo, os autores apontam que, na prática, persistem descontinuidades na implementação, ausência de monitoramento sistemático, desigualdade na distribuição dos serviços e frágil integração entre os níveis de atenção. A eficácia das políticas públicas sofre impactos diretos da instabilidade orçamentária, da desvalorização da atenção básica e da desarticulação entre os setores de saúde, educação e assistência social. Dessa forma, mesmo com marcos legais bem estabelecidos, a resposta programática ainda não consegue alcançar os sujeitos em situação de maior vulnerabilidade.

A análise da presença dos Programas de Orientação Sexual nas escolas públicas corrobora esse diagnóstico. Pirotta et al. (2015), ao investigarem a percepção de estudantes da rede municipal de São Paulo, identificaram que as ações de educação sexual são marcadas pela intermitência, pela ausência de formação dos docentes e pela resistência de setores da comunidade escolar. As atividades, quando existem, são pontuais e frequentemente limitadas a palestras que não dialogam com a realidade dos estudantes. Os autores ressaltam que, apesar de existir respaldo legal

para a abordagem da sexualidade nas escolas, a ausência de políticas públicas estruturadas e permanentes impede a consolidação de práticas educativas capazes de promover conhecimento crítico, autonomia e proteção. A vulnerabilidade programática, nesse caso, expressa-se na omissão institucional e na incapacidade de transformar o direito à educação sexual em prática cotidiana.

Nas instituições de privação de liberdade, as falhas programáticas são ainda mais evidentes. Reis e Bernardes (2011) analisaram as estratégias de prevenção às ISTs nas delegacias civis e constataram a inexistência de protocolos padronizados, a carência de insumos básicos e a descontinuidade de ações educativas. As ações, quando ocorrem, dependem da iniciativa pessoal dos profissionais, sem acompanhamento sistemático por parte das secretarias de saúde. A ausência de articulação entre o sistema prisional e a rede pública de saúde compromete a continuidade do cuidado e amplia a vulnerabilidade dos sujeitos privados de liberdade, que muitas vezes são expostos a práticas de risco em ambientes marcados por violência e precariedade estrutural. O estudo revela que a dimensão programática das políticas públicas, ao negligenciar esses espaços, contribui para a produção institucional da vulnerabilidade.

No atendimento à população idosa, as falhas programáticas se expressam pela invisibilização da sexualidade na terceira idade e pela ausência de estratégias específicas de prevenção. Cezar, Aires e Paz (2012), ao estudarem a visão de idosos atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família, observaram que muitos profissionais evitam abordar temas relacionados à vida sexual dos idosos por preconceito, despreparo ou desconhecimento. A consequência é a não inserção desse grupo nas campanhas preventivas e a descontinuidade da oferta de insumos e exames. A dimensão programática, nesse caso, falha ao não reconhecer a pluralidade das experiências sexuais e ao não adaptar suas estratégias de cuidado às especificidades geracionais, o que compromete a efetividade das políticas públicas.

No que se refere à atenção às mulheres em contextos de vulnerabilidade, a literatura aponta a existência de políticas específicas, mas também a limitação no alcance e na qualificação do serviço prestado. Da Conceição Costa e Gonçalves (2019) argumentam que, embora o direito à saúde esteja previsto na Constituição e nas normas infraconstitucionais, a efetividade das políticas públicas voltadas à atenção à saúde da mulher ainda é dificultada pela precarização dos serviços, pela descontinuidade das ações e pela fragmentação entre os níveis de atenção. A

qualidade do acesso, segundo as autoras, depende não apenas da existência formal do serviço, mas da sua capacidade de acolher, escutar e atender às demandas das mulheres com sensibilidade e continuidade. A fragilidade programática se revela tanto na ausência de insumos quanto na rigidez institucional que impede práticas acolhedoras e resolutivas.

O cotidiano das unidades básicas de saúde, espaços estratégicos para a prevenção das ISTs, também é afetado pelas falhas na dimensão programática. Rodrigues et al. (2011) identificaram que, em muitas unidades de saúde da família, a abordagem das ISTs é reativa, centrada no atendimento de casos pontuais e sem articulação com ações educativas permanentes. Faltam materiais, protocolos bem definidos e capacitação contínua para os profissionais. A consequência é a baixa resolutividade das unidades na área da saúde sexual, com impacto direto sobre o rastreio precoce, a adesão ao tratamento e a prevenção da transmissão. A vulnerabilidade, nesse contexto, é produzida por políticas que, mesmo existindo, não são implementadas com qualidade e abrangência.

A análise da política voltada às profissionais do sexo também revela tensões entre os marcos legais e a prática institucional. Aquino, Ximenes e Pinheiro (2010), ao realizarem um resgate histórico da atenção à saúde das prostitutas, apontam que, apesar de avanços pontuais, as ações programáticas ainda não conseguem garantir acesso universal, permanente e livre de estigmas para essas mulheres. A abordagem muitas vezes é moralizante, e os serviços de saúde falham ao não reconhecer a legitimidade da atividade e os direitos dessas profissionais. Essa negligência compromete o vínculo com os serviços e impede a construção de estratégias de cuidado eficazes. A dimensão programática, nesse caso, reproduz o estigma ao invés de enfrentá-lo.

Por fim, França (2014) discute os entraves vivenciados por pessoas com deficiência visual no acesso à educação sexual e às políticas públicas de saúde. O estudo evidencia que os materiais informativos não são acessíveis, que os profissionais não possuem formação específica para o atendimento a essa população e que os espaços de cuidado são pouco adaptados às suas necessidades. A dimensão programática, ao não incorporar os princípios da acessibilidade e da inclusão, contribui para a exclusão de um segmento populacional cujo direito à informação e ao cuidado é sistematicamente negligenciado. A vulnerabilidade,

portanto, emerge da ausência de políticas que levem em conta as especificidades corporais, sensoriais e comunicacionais dos sujeitos.

As falhas na dimensão programática da teoria da vulnerabilidade não residem apenas na inexistência de políticas públicas, mas em sua incapacidade de atingir os sujeitos mais expostos aos riscos por meio de estratégias contextualizadas, contínuas e articuladas. A literatura analisada demonstra que a fragmentação das ações, a escassez de recursos, o despreparo institucional e a reprodução de estigmas comprometem a efetividade das políticas de saúde sexual e reprodutiva. O desafio não está apenas na formulação de novos marcos legais, mas na reconstrução das práticas institucionais, na formação crítica dos profissionais e na escuta ativa das populações vulnerabilizadas. A teoria da vulnerabilidade, ao incluir a dimensão programática, exige que a resposta pública não se limite à existência de diretrizes, mas se comprometa com a transformação concreta dos modos de acesso, cuidado e proteção.

3.3 EXCLUSÃO SOCIAL, ESTIGMAS E BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE SEXUAL

A saúde sexual é reconhecida como um direito humano que envolve não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a garantia de condições sociais, econômicas e culturais que possibilitem o exercício livre e seguro da sexualidade. No entanto, diversas populações enfrentam obstáculos estruturais, simbólicos e institucionais que dificultam esse acesso. A exclusão social, marcada por desigualdades históricas e reforçada por políticas públicas insuficientes, impacta diretamente o acesso aos cuidados em saúde sexual, especialmente entre grupos vulnerabilizados pela pobreza, pela identidade de gênero e pela orientação sexual. Segundo da Rosa et al. (2025), pessoas LGBTQIAPN+ em situação de rua enfrentam múltiplas camadas de invisibilização e negligência por parte do sistema de saúde, sendo frequentemente alvo de discriminação ou recebendo atendimento fragmentado, desarticulado e não resolutivo, o que reforça o ciclo de exclusão.

O estigma relacionado à sexualidade e à identidade de gênero atua como um fator limitante na procura e na permanência de indivíduos LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde. Guimarães, Lorenzo e Mendonça (2021) demonstram como profissionais da atenção básica muitas vezes reproduzem discursos patologizantes em relação à diversidade sexual, ignorando as especificidades de cuidado desses sujeitos. Essa

lógica institucionalizada de estigmatização se expressa por meio de julgamentos morais, uso inadequado de nomes e pronomes, ou mesmo da recusa explícita ao atendimento. Tais práticas contribuem para a evasão dos serviços e para o agravamento de condições clínicas que poderiam ser tratadas em estágios iniciais. Tanizaka, Tineu e Alves (2024) reforçam que homens gays frequentemente deixam de buscar atendimento em saúde sexual por receio de discriminação, optando por estratégias autônomas de cuidado ou pela total negligência de sua saúde.

As barreiras de acesso à saúde sexual se intensificam entre mulheres lésbicas, transgênero e aquelas em situação de rua. Oliveira (2024) destaca que mulheres lésbicas relatam constrangimento ao buscar atendimento ginecológico, especialmente quando os profissionais assumem a heterossexualidade como norma. Esse tipo de abordagem compromete a qualidade do atendimento e impacta a saúde mental dessas mulheres, que muitas vezes internalizam a rejeição institucional. Koshita et al. (2025) complementam esse panorama ao analisarem o acesso à saúde ginecológica e sexual entre mulheres em situação de rua, evidenciando que o estigma da marginalidade se soma à negligência institucional, resultando em um vácuo assistencial. As entrevistadas no estudo relatam a inexistência de vínculos com unidades de saúde, ausência de campanhas voltadas para seu contexto e desconhecimento sobre direitos reprodutivos.

Outro ponto que emerge da literatura é a interseção entre exclusão social e vulnerabilidade à infecção por HIV/AIDS. Passos, Freitas e Moreira (2025) analisam representações sociais de mulheres cisgênero e transgênero vivendo com HIV/AIDS e apontam que o preconceito social somado ao diagnóstico positivo intensifica a exclusão, criando barreiras adicionais para a adesão ao tratamento e para o suporte psicossocial. Mulheres trans, em particular, relatam experiências recorrentes de violência institucional, desde o não reconhecimento de sua identidade até a negligência clínica deliberada. Essa realidade evidencia que a exclusão em saúde sexual não se dá apenas por ausência de políticas, mas pela forma como estas são operadas no cotidiano, revelando falhas no acolhimento e na escuta qualificada.

O impacto do estigma sobre adolescentes LGBTQIAPN+ também se mostra relevante na produção de vulnerabilidades. De acordo com Silva et al. (2021), jovens que vivenciam discriminação em função da orientação sexual ou identidade de gênero apresentam maiores taxas de evasão escolar, dificuldades de inserção em espaços de socialização e medo de buscar atendimento em saúde, sobretudo para questões

relacionadas à sexualidade. Essa recusa ao cuidado pode ter consequências duradouras, tanto no campo da saúde reprodutiva quanto na saúde mental. O estigma, portanto, atua como uma estrutura transversal de exclusão, que atravessa instituições e corpos, restringindo direitos e silenciando demandas legítimas.

Barbosa, Tenorio e Júnior (2024) discutem como os desafios no acesso aos serviços de saúde para a comunidade LGBTQIAPN+ não se restringem à dimensão simbólica, mas envolvem também barreiras materiais e administrativas, como a ausência de políticas públicas específicas, a baixa qualificação de profissionais para lidar com a diversidade sexual e de gênero, e a limitação de serviços que ofereçam acompanhamento longitudinal e humanizado. Em muitos municípios brasileiros, a inexistência de centros de referência em saúde LGBTQIAPN+ obriga os usuários a percorrer longas distâncias ou a recorrer a serviços genéricos, nos quais são frequentemente alvo de discriminação. Essa lacuna evidencia a necessidade de ampliação da cobertura territorial de políticas de saúde sexual, com base em diagnósticos situados e escuta ativa dos sujeitos afetados.

A patologização da sexualidade e a ausência de políticas intersetoriais comprometem a equidade no acesso à saúde. De Oliveira et al. (2023) enfatizam que o Brasil ainda carece de políticas robustas e abrangentes que integrem saúde sexual e reprodutiva a uma perspectiva de direitos humanos. A análise integrativa realizada pelas autoras revela que a maior parte das intervenções são pontuais, desarticuladas entre os níveis de atenção e com foco excessivo na reprodução, negligenciando outras dimensões da sexualidade. Além disso, as diretrizes existentes raramente são acompanhadas de mecanismos de controle social ou de avaliação participativa, o que dificulta sua adequação às realidades locais. Essa fragilidade institucional perpetua a exclusão de populações historicamente marginalizadas, aprofundando iniquidades já estabelecidas.

O processo de exclusão também se expressa na negação do direito à informação e à educação em saúde. Tanizaka, Tineu e Alves (2024) apontam que a ausência de campanhas específicas voltadas à saúde sexual de homens gays contribui para o desconhecimento sobre práticas preventivas, como o uso do preservativo interno ou a profilaxia pré-exposição (PrEP). A desinformação, aliada à vergonha e ao medo da discriminação, reduz a capacidade desses sujeitos de exercerem sua sexualidade de forma segura. A mesma lacuna informacional afeta mulheres em situação de rua, como evidenciado por Koshita et al. (2025), que

relataram não ter acesso a orientações sobre planejamento familiar ou infecções sexualmente transmissíveis, vivendo situações de violência e gravidez não planejada em contextos de extrema vulnerabilidade.

Esses dados evidenciam que a saúde sexual permanece condicionada a hierarquias sociais e morais que delimitam quem tem acesso ao cuidado e quem é deixado à margem. O enfrentamento dessas desigualdades exige mais do que intervenções pontuais ou campanhas informativas. Como destacam da Rosa et al. (2025), é necessário reestruturar as práticas institucionais de saúde com base em políticas afirmativas, formação permanente e participação social. Somente por meio de uma abordagem interseccional, que considere os marcadores de gênero, sexualidade, classe e território, será possível construir um sistema de saúde verdadeiramente universal. A produção da exclusão em saúde sexual não é um desvio do sistema, mas parte de seu funcionamento cotidiano, estruturado por omissões e violências que devem ser politicamente enfrentadas.

As múltiplas formas de exclusão e estigmatização descritas nos estudos analisados revelam que o acesso à saúde sexual não depende apenas da presença física de serviços, mas da transformação de suas práticas, discursos e políticas. O reconhecimento da diversidade sexual e de gênero como legítima e digna de cuidado é um passo necessário para a efetivação do direito à saúde. Sem isso, os serviços permanecerão como espaços de reprodução de exclusões, e não como promotores de dignidade e equidade.

3.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE E GRUPOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

3.4.1 Adolescentes

As representações sociais da sexualidade entre adolescentes constituem um campo de disputas simbólicas, atravessado por normas, tabus, silêncios e discursos morais, que influenciam diretamente suas práticas, percepções de risco e modos de se relacionar com o próprio corpo e com o outro. Em um contexto marcado por desigualdades sociais, culturais e de gênero, essas representações operam como mediadoras entre o saber coletivo e as experiências individuais dos jovens, conformando comportamentos e afetos. Segundo Oliveira et al. (2025), os adolescentes constroem significados sobre sexualidade a partir de uma rede de

referências que inclui família, escola, religião, redes sociais, mídias digitais e experiências com seus pares, o que resulta em imagens contraditórias, que oscilam entre discursos biomédicos, religiosos e afetivo-relacionais.

As experiências escolares são identificadas como instâncias significativas na conformação das representações sociais da sexualidade entre adolescentes. Gomes et al. (2021-2020) apontam que as abordagens educativas sobre sexualidade no Brasil, entre 2016 e 2020, estiveram marcadas por uma lógica normativa e biologizante, centrada em riscos, prevenção de doenças e reprodução. Essa perspectiva reducionista tende a desconsiderar as dimensões subjetivas e sociais da sexualidade, deixando de contemplar temas como desejo, prazer, identidade de gênero e diversidade sexual. O resultado é a reprodução de um modelo que orienta os adolescentes a evitar a sexualidade, ao invés de compreendê-la como parte constituinte de sua existência. Essa lacuna na educação sexual tem implicações práticas, como o baixo uso do preservativo e o desconhecimento sobre métodos contraceptivos, como mostram Dala (2021) e Lima e Landim (2021), ao analisarem os discursos de adolescentes do ensino fundamental.

Ao abordarem a gravidez na adolescência, dos Santos Silva e Lopes (2022) demonstram que essa experiência é frequentemente representada como um desvio, sendo tratada sob a ótica do fracasso ou da irresponsabilidade. Tais representações operam socialmente como dispositivos de controle sobre o corpo feminino, reforçando papéis de gênero tradicionais. As autoras destacam que adolescentes grávidas são submetidas a julgamentos sociais intensos, que ignoram as condições materiais, emocionais e afetivas em que essas gestações ocorrem. A gravidez precoce, portanto, mais do que um problema isolado, reflete a ausência de políticas públicas estruturadas e o silêncio institucional sobre as vivências afetivo-sexuais das jovens. A situação se agrava quando se considera a vivência da maternidade por adolescentes negras, cuja representação social está associada à marginalidade e à vulnerabilidade extrema, como discutido por Costa e Santos (2023).

No campo da saúde pública, a relação entre adolescentes e os serviços de saúde também revela tensões. Pessanha (2022), ao analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a adolescência, identifica a prevalência de estereótipos que associam os jovens à rebeldia, impulsividade e irresponsabilidade. Essas imagens influenciam o atendimento prestado e dificultam o acolhimento das demandas juvenis no campo da saúde sexual e reprodutiva. Como consequência, os

adolescentes muitas vezes evitam os serviços por receio de julgamento, o que reforça a lógica do silêncio e da invisibilidade. Esse distanciamento entre juventude e atenção básica contribui para a perpetuação de práticas sexuais desprotegidas e para a negligência dos cuidados com o próprio corpo.

As representações sociais da homossexualidade entre adolescentes evidenciam o peso das normas heteronormativas na constituição da subjetividade juvenil. Segundo Lichive (2023), adolescentes que se reconhecem como gays, lésbicas ou bissexuais enfrentam um processo difícil de “revelação”, cercado por medo, culpa e insegurança, especialmente diante da rejeição familiar e do preconceito escolar. As representações sociais da homossexualidade ainda estão fortemente marcadas por ideias de anormalidade e desvio, o que reforça o isolamento e a auto-repressão. Essas experiências têm impacto direto sobre a saúde mental e emocional dos adolescentes, podendo gerar quadros de sofrimento psíquico, automutilação e ideação suicida. A sexualidade, nesse contexto, deixa de ser vivida como espaço de prazer e expressão, tornando-se um lugar de risco e punição social.

A perspectiva dos próprios adolescentes sobre sua sexualidade revela a presença de múltiplos sentidos atribuídos ao sexo, que vão além do risco e da reprodução. Lima e Landim (2021), ao investigarem o que estudantes do ensino fundamental dizem sobre sexo e sexualidade, identificaram discursos que oscilam entre curiosidade, medo, desejo, responsabilidade e desejo de proteção. Os jovens reconhecem o papel do preservativo, mas nem sempre o utilizam, seja por constrangimento, falta de informação adequada ou barreiras de negociação com o parceiro. Dala (2021), em outro estudo, destaca que os adolescentes apresentam noções fragmentadas sobre a relação sexual, muitas vezes baseadas em mitos ou informações distorcidas, o que compromete suas escolhas e expõe seus corpos a vulnerabilidades evitáveis.

Santos (2025), ao adotar a perspectiva da educação libertadora para analisar as representações sociais da sexualidade e gênero entre adolescentes, defende a urgência de uma educação sexual que seja crítica, dialógica e situada. Tal proposta visa romper com modelos normativos e hierárquicos, valorizando os saberes juvenis e promovendo o protagonismo dos adolescentes na construção de sentidos sobre seu corpo e sua sexualidade. O autor ressalta que a escola tem um papel político na reprodução ou na desconstrução das violências simbólicas que marcam a experiência dos jovens, sendo necessário que os profissionais da educação sejam capacitados

para lidar com temas como gênero, diversidade e afetividade de forma ética e não moralizante.

As representações sociais de bem-estar também estão diretamente conectadas às vivências da sexualidade entre adolescentes. Oliveira et al. (2025) demonstram que jovens associam o bem-estar à liberdade de expressão, à aceitação social e ao reconhecimento de sua identidade. Nesse sentido, o bem-estar é comprometido quando o adolescente se vê silenciado ou rejeitado por expressar afetos ou desejos que não se enquadram nos padrões normativos. A sexualidade, portanto, não pode ser dissociada de outras dimensões da vida juvenil, como autoestima, pertencimento, autonomia e relação com o meio. Desconsiderar essa articulação é reduzir a experiência adolescente a um conjunto de riscos, sem perceber a potência de transformação social que esse grupo carrega.

A análise das representações sociais da sexualidade entre adolescentes evidencia um campo marcado por tensões entre normas sociais, práticas institucionais e experiências subjetivas. A construção desses significados está fortemente condicionada por marcadores de gênero, raça e classe, que operam de forma interseccional na produção das vulnerabilidades. Para enfrentar os desafios identificados, é necessário construir políticas públicas que reconheçam os adolescentes como sujeitos de direitos, escutem suas vozes e respeitem suas vivências. Isso implica transformar os espaços escolares, os serviços de saúde e as práticas familiares em ambientes de diálogo e acolhimento, nos quais a sexualidade possa ser compreendida como dimensão legítima do desenvolvimento humano.

3.4.2 Homens

As representações sociais da sexualidade entre homens são atravessadas por construções históricas de masculinidade que operam como dispositivos de poder sobre os corpos, os desejos e as práticas sexuais. Tais construções produzem um modelo normativo de virilidade, associado à performance sexual, à iniciativa heterossexual, à negação da vulnerabilidade e à ocultação de sentimentos. Santos (2025) evidencia que a lógica da masculinidade hegemônica contribui para silenciar reflexões sobre o gênero entre homens, tornando a sexualidade um campo marcado por expectativas de domínio e invisibilizando experiências que destoam desse padrão. Essa estrutura simbólica se reflete nas práticas de risco, no desprezo por cuidados

em saúde sexual e na resistência a políticas de educação sexual que contemplem afetividade, diversidade e responsabilidade.

Durante a pandemia da Covid-19, os discursos masculinos sobre sexualidade apresentaram transformações importantes, especialmente pela imposição do distanciamento físico e da intensificação das práticas virtuais. Santos et al. (2022) analisaram as representações sociais de homens gays e heterossexuais sobre os comportamentos sexuais no período pandêmico, identificando tensões entre desejo, culpa, autocontrole e transgressão. Para os homens heterossexuais, o relato predominante foi o de abstinência forçada, acompanhada de frustração e perda de sentido, enquanto os homens gays relataram estratégias de adaptação, como uso de aplicativos e reconfiguração das práticas de cuidado. Essas experiências revelam como a sexualidade masculina é socialmente moldada, mesmo em contextos de crise, reforçando ou desafiando modelos pré-existentes de masculinidade e prazer.

A dimensão do silêncio aparece com frequência nas investigações sobre a sexualidade dos homens. Santos Francisco (2021), ao abordar iniciações sexuais e violências associadas à trajetória masculina, afirma que “homem não fala sobre vida sexual” é uma expressão recorrente nos relatos analisados, apontando para um pacto coletivo de ocultamento que atravessa gerações. Esse silêncio, contudo, não é apenas ausência de fala, mas efeito de normas de gênero que associam a virilidade ao saber inato e à não verbalização das dúvidas e vulnerabilidades. Assim, a sexualidade masculina torna-se um território interditado para o afeto, a fragilidade e o cuidado, comprometendo a capacidade dos homens de refletirem criticamente sobre suas práticas e relações.

As masculinidades não são homogêneas, e esse reconhecimento tem sido fundamental para compreender a diversidade das experiências sexuais entre os homens. Nascimento (2025) argumenta que os homens vivem distintas configurações de parentalidade, sexualidade e família, que escapam ao modelo tradicional do provedor heterossexual. Ao analisá-los como sujeitos em cena, o autor propõe uma leitura que desloca os homens do lugar da norma para o campo das contradições, dos afetos e das disputas simbólicas. Essa perspectiva permite compreender que há homens que vivenciam sua sexualidade de forma fluida, afetiva, cuidadosa e crítica, muitas vezes em tensão com os mandatos de masculinidade hegemônica.

A fluidez sexual entre jovens também revela as tensões nas representações sociais da sexualidade masculina. Neiva e Araújo (2023) observaram que, embora

haja crescente abertura entre os jovens para experimentar afetos e práticas sexuais diversas, os homens ainda se mostram mais resistentes à desconstrução dos papéis sexuais tradicionais. As representações associadas ao medo da feminilidade, ao julgamento social e à performance viril limitam os movimentos de experimentação e autoconhecimento entre os rapazes, mesmo em contextos de maior liberdade relacional. A comparação com as mulheres do mesmo grupo etário mostrou maior rigidez nos discursos masculinos, sinalizando que a transformação das representações sociais da sexualidade entre homens exige enfrentamento direto às normas de gênero ainda vigentes.

O impacto dessas representações também se evidencia no campo da saúde sexual. Tonini et al. (2022), ao realizarem uma revisão integrativa sobre homens com disfunção erétil, identificaram que a percepção masculina sobre sua sexualidade está fortemente ligada à capacidade de penetração, ao controle da ereção e ao desempenho físico. A perda dessas funções é compreendida, muitas vezes, como perda de identidade, virilidade e valor social. O estudo mostra que os homens com disfunção erétil relutam em buscar ajuda profissional e tendem a esconder o problema, em função da vergonha e do estigma. Essa resistência ao cuidado revela como os discursos sobre masculinidade moldam as formas de sofrimento e de invisibilização da dor sexual, impedindo o acesso pleno aos direitos sexuais e reprodutivos.

No caso específico dos homens que fazem sexo com homens (HSH), a articulação entre sexualidade, saúde e prevenção carrega marcas históricas da epidemia de HIV/AIDS e das novas pandemias. Rios (2021) argumenta que as representações sociais construídas em torno da sexualidade de HSH nos contextos da AIDS e da Covid-19 oscilam entre o estigma do contágio e o protagonismo na adoção de práticas preventivas. O autor destaca que, embora os discursos biomédicos tenham contribuído para difundir o uso da PrEP e outras formas de prevenção, ainda persiste um imaginário de risco e de anormalidade associado aos corpos dissidentes. Esse imaginário opera como barreira simbólica ao acesso equitativo aos serviços de saúde, reforçando a ideia de que certos corpos estão mais expostos ou são mais perigosos que outros.

A partir da perspectiva freiriana da educação libertadora, Santos (2025) propõe que o enfrentamento das representações excludentes da sexualidade entre homens exige uma pedagogia do diálogo, que valorize a escuta, a consciência crítica e a reconstrução coletiva dos sentidos atribuídos ao prazer, ao corpo e às relações. Essa

abordagem permite reconhecer os homens não apenas como agentes de opressão, mas como sujeitos também capturados pelas violências simbólicas do patriarcado. A transformação das representações sociais da sexualidade masculina, portanto, deve incluir ações educativas, políticas públicas e práticas clínicas que desconstruam a normatividade do desempenho, do silêncio e do risco como constitutivos da experiência sexual dos homens.

A análise das representações sociais da sexualidade entre homens revela um campo marcado por silenciamentos, pressões normativas e disputas simbólicas em torno da masculinidade. As práticas sexuais, os afetos, os cuidados e os desejos são regulados por discursos que reiteram a virilidade como valor central, mesmo quando essa representação produz sofrimento, medo ou exclusão. Superar essas amarras implica em reconhecer a pluralidade das experiências masculinas e construir alternativas pedagógicas e políticas que permitam aos homens viverem sua sexualidade com liberdade, responsabilidade e dignidade.

3.4.3 Mulheres

As representações sociais da sexualidade entre mulheres estão fortemente condicionadas por marcadores de gênero, raça, idade, classe e condição de saúde, compondo um campo atravessado por tensões entre desejo, autonomia, cuidados e normas morais. A sexualidade feminina tem sido historicamente silenciada, medicalizada ou subordinada à função reprodutiva, sendo socialmente vigiada e normatizada. De acordo com da Silva Nogueira e Pachú (2021), no contexto da Atenção Primária à Saúde, ainda persiste a dificuldade dos profissionais em lidar com a sexualidade das mulheres de forma integral, o que compromete práticas de escuta, acolhimento e promoção do autocuidado. A invisibilização da sexualidade feminina se expressa na negligência de demandas legítimas e na desconsideração das múltiplas formas de vivenciá-la ao longo do ciclo de vida.

Entre mulheres vivendo com HIV/AIDS, a sexualidade é constantemente tensionada por discursos biomédicos, estigmas sociais e práticas institucionais excludentes. Carvalho e Monteiro (2021) apontam que essas mulheres enfrentam contradições entre o direito à sexualidade e os discursos de contenção, reforçados por recomendações de abstinência, uso compulsório de preservativos ou controle reprodutivo. A percepção social de que essas mulheres são potenciais transmissoras do vírus afeta diretamente sua autonomia sobre o corpo, o exercício do desejo e a

possibilidade de relações afetivas. Essa realidade é agravada pela atuação de alguns profissionais de saúde que, mesmo reconhecendo a legitimidade da sexualidade dessas mulheres, mantêm posturas ambíguas ou culpabilizantes. Suto et al. (2021) reforçam que o HIV incide não apenas como marcador biológico, mas também como dispositivo simbólico de regulação moral da sexualidade feminina, impondo limites subjetivos à vivência do prazer e da afetividade.

A vivência da sexualidade em diferentes gerações também revela a pluralidade de sentidos atribuídos ao corpo, ao desejo e ao prazer. Entre mulheres idosas, por exemplo, a sexualidade ainda é pouco discutida nos espaços públicos e nos serviços de saúde, sendo muitas vezes associada à impropriedade ou ao fim do desejo. Souza et al. (2023) evidenciam que a função sexual está diretamente associada à qualidade de vida das mulheres idosas, afetando sua autoestima, bem-estar emocional e percepção de pertencimento. No entanto, os fatores que interferem na sexualidade dessas mulheres envolvem questões fisiológicas, culturais, relacionais e institucionais. De Souza et al. (2022) identificaram que o medo do julgamento, a ausência de diálogo com os profissionais de saúde e a solidão afetiva contribuem para o silêncio e a repressão da sexualidade na velhice. Esse silêncio compromete a saúde integral e perpetua estereótipos que negam o direito ao prazer e à intimidade na maturidade.

A experiência de viver com endometriose também altera significativamente as representações sociais da sexualidade feminina. Risicato e Sattler (2023) demonstram que a dor crônica, a infertilidade associada e o impacto emocional da doença interferem nas relações sexuais, na autoimagem e na autoestima das mulheres. Muitas relatam sensação de inadequação, medo de rejeição e evitação do contato íntimo, o que afeta não apenas a vida sexual, mas a relação com o próprio corpo e com os parceiros. A sexualidade, nesses casos, passa a ser mediada pela dor e pelo medo, configurando um ciclo de sofrimento que exige abordagens terapêuticas integradas e sensíveis às dimensões subjetivas do adoecer.

O recorte racial e corporal também configura dimensões importantes das representações sociais da sexualidade entre mulheres. Carniel, Diercks e Jung (2023), ao analisarem o cotidiano de uma mulher negra e gorda, mostram como o racismo e a gordofobia operam na marginalização do corpo feminino fora dos padrões normativos. A sexualidade dessas mulheres é atravessada por exotização, hipersexualização ou, ao contrário, por dessexualização, o que produz efeitos perversos sobre sua autoestima, relações afetivas e acesso aos direitos sexuais. Essa

dupla opressão racial e corporal expõe a forma como os discursos sociais hierarquizam corpos e definem quem pode ou não ser reconhecido como sujeito de desejo.

A vivência da sexualidade em contextos de violência revela como os direitos sexuais das mulheres são frequentemente violados no âmbito das relações íntimas. Ribeiro e Souza (2022), ao refletirem sobre mulheres que sofreram violência de gênero perpetrada por parceiros, demonstram que a sexualidade é profundamente impactada pelo controle, pela dor, pela culpa e pela perda da autonomia. As redes de suporte são acionadas tardiamente ou não são acessadas, seja por medo, vergonha ou pela ausência de acolhimento efetivo. A percepção do corpo, nesses casos, é marcada por cicatrizes físicas e simbólicas, e a sexualidade deixa de ser um espaço de prazer para tornar-se um campo de disputa e sobrevivência. Tais experiências evidenciam a necessidade de políticas públicas que articulem saúde, justiça, segurança e educação para garantir proteção e reparação.

Mulheres em situação de rua enfrentam vulnerabilidades extremas no campo da sexualidade. Pereira, Magalhães e Lopes (2021) demonstram que a vivência do corpo feminino nas ruas está associada a situações constantes de violência sexual, gravidez não planejada e ausência de acesso a métodos contraceptivos. A invisibilidade institucional dessas mulheres se expressa na escassez de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva em contextos de rua, bem como na ausência de campanhas específicas de prevenção, cuidado e proteção. As representações sociais que recaem sobre essas mulheres reforçam sua desumanização e o afastamento dos serviços de saúde, criando um ciclo de exclusão e silenciamento. A sexualidade, nesse cenário, torna-se uma dimensão marcada por vulnerabilidades múltiplas e negligenciadas pelo Estado.

Por fim, a conjugalidade entre mulheres desafia as representações heteronormativas da sexualidade feminina. Silva e Menandro (2021), ao investigarem o amor entre mulheres, apontam que, embora exista maior liberdade de expressão em certos contextos, persistem barreiras sociais e familiares que invisibilizam ou invalidam relações homoafetivas femininas. A sexualidade entre mulheres é com frequência ignorada pelos profissionais de saúde, o que compromete o acesso a informações e exames preventivos adequados. As narrativas analisadas revelam relações baseadas na afetividade, no cuidado mútuo e na negociação dos papéis de

gênero, desafiando o modelo tradicional de conjugalidade e ampliando os horizontes sobre a vivência sexual feminina.

As representações sociais da sexualidade entre mulheres, portanto, revelam uma teia complexa de discursos, práticas e silenciamentos que operam sobre o corpo feminino de forma desigual e interseccional. A pluralidade das experiências demonstra que a sexualidade feminina não pode ser compreendida a partir de um único referencial normativo, mas exige abordagens que considerem idade, raça, classe, orientação sexual, condições de saúde e contexto social. O enfrentamento das vulnerabilidades identificadas depende de políticas públicas integradas, práticas clínicas sensíveis e educação sexual crítica, capaz de reconhecer e legitimar as múltiplas formas de viver a sexualidade.

3.4.4 Pessoas Idosas

As representações sociais da sexualidade entre pessoas idosas refletem construções culturais que historicamente associam a velhice à perda do desejo, da atividade sexual e da afetividade. Esse imaginário social, enraizado em discursos biomédicos e morais, tem contribuído para a dessexualização da velhice e para a invisibilização das demandas sexuais e afetivas dessa população. Souza Júnior et al. (2022), ao analisarem a associação entre vivências em sexualidade e características biossociodemográficas de pessoas idosas, demonstram que a sexualidade permanece como dimensão ativa e significativa na vida de muitos idosos e idosas, embora ainda envolta por estigmas que dificultam a expressão livre e o reconhecimento social desses desejos e práticas.

O envelhecimento não implica necessariamente na cessação da sexualidade, mas em sua ressignificação. De acordo com Silva et al. (2024), a sexualidade em pessoas idosas se expressa por meio de diferentes formas de intimidade, carinho, afeto e vínculo emocional, que extrapolam o ato sexual. A pesquisa revela que a vivência da sexualidade contribui para a manutenção da autoestima, da sensação de pertencimento e da qualidade de vida, especialmente quando os idosos mantêm redes de apoio e relações afetivas estáveis. No entanto, o preconceito etário e os discursos normativos ainda operam como barreiras simbólicas, levando muitos idosos a esconder ou minimizar seus desejos por medo do julgamento social ou da rejeição familiar.

A qualidade de vida entre pessoas idosas está diretamente associada à vivência da sexualidade em sua dimensão ampliada. Souza Júnior et al. (2023), ao investigarem os efeitos da sexualidade sobre sintomas depressivos e qualidade de vida, identificaram que os idosos que mantêm vínculos afetivos e expressam sua sexualidade de maneira ativa apresentam menores índices de sintomatologia depressiva. O estudo evidencia que a sexualidade pode funcionar como um fator de proteção psíquica, fortalecendo os sentimentos de vitalidade, reconhecimento e bem-estar. Além disso, a vivência sexual está positivamente relacionada à percepção de autonomia e de funcionalidade social, reforçando o sentido de continuidade da identidade pessoal ao longo do envelhecimento.

Outro aspecto relevante é a relação entre sexualidade e funcionalidade familiar. Souza Júnior et al. (2022), em estudo transversal, observaram que idosos que compartilham sua vida afetiva e sexual com parceiros/as relatam melhor funcionalidade nas relações familiares, maior apoio emocional e maior satisfação com o envelhecer. A sexualidade, nesses casos, emerge como elo de sociabilidade, diálogo e reciprocidade. Já entre idosos solitários ou em situação de viuvez, há uma tendência ao isolamento afetivo e à negação da sexualidade como parte da experiência cotidiana, o que pode acarretar sofrimento subjetivo e sensação de apagamento existencial.

A ansiedade e a autopercepção corporal também se mostram afetadas pela vivência – ou pela ausência – da sexualidade na velhice. Souza Júnior et al. (2022) identificaram que pessoas idosas que vivenciam a sexualidade de forma ativa e satisfatória apresentam níveis mais baixos de ansiedade e maior aceitação do próprio corpo. A autoimagem, nesse contexto, não está pautada em padrões estéticos normativos, mas na experiência da intimidade e na possibilidade de estabelecer relações baseadas em afeto e cuidado. O estudo reforça a importância de se compreender a sexualidade como dimensão de saúde mental, especialmente diante das perdas simbólicas e físicas comumente enfrentadas durante o envelhecimento.

Apesar desses dados, ainda há uma ausência de políticas públicas e práticas clínicas que abordem a sexualidade na terceira idade de forma aberta e respeitosa. González-Soto et al. (2023), ao realizarem um mapeamento cruzado utilizando classificações NANDA-I, NOC e NIC, demonstraram que a sexualidade afetada é frequentemente negligenciada nos planos de cuidado para idosos, mesmo quando há evidências de sofrimento emocional e relacional. Os protocolos de atenção à saúde

muitas vezes omitem a discussão sobre desejo, prazer e intimidade, reduzindo o atendimento à dimensão biomédica e ignorando os aspectos psíquicos e sociais da sexualidade.

As representações sociais da sexualidade entre mulheres idosas são ainda mais atravessadas por construções patriarcais e estigmas. De Souza et al. (2022) destacam que fatores como menopausa, viuvez, doenças crônicas e abandono afetivo são frequentemente utilizados como justificativas sociais para negar o direito ao prazer sexual e ao amor na velhice. A invisibilidade da sexualidade feminina é reforçada por discursos moralistas que associam a sexualidade da mulher idosa à indecência ou ao ridículo. No entanto, estudos como o de Souza et al. (2023) mostram que a sexualidade feminina pode se manter ativa e significativa mesmo em contextos de limitações físicas, quando há espaço para o diálogo, o respeito e o exercício da autonomia.

A caracterização da sexualidade em pessoas idosas também revela a influência de fatores socioculturais, educacionais e religiosos na conformação das práticas e representações. Souza et al. (2022) apontam que muitos idosos internalizam crenças que associam o sexo ao pecado ou à vergonha, o que dificulta a expressão livre da sexualidade, especialmente em ambientes coletivos ou familiares. A ausência de espaços de escuta e de informação sobre sexualidade na velhice perpetua a ignorância, os mitos e os preconceitos, contribuindo para o sofrimento subjetivo e para o abandono de práticas preventivas, como o uso do preservativo ou a realização de exames regulares.

Por fim, Porto, Oliveira e Souza (2024) destacam que a sexualidade entre pessoas idosas ainda precisa ser reconhecida como dimensão legítima da vida, e não como exceção ou tabu. O enfrentamento das representações sociais excludentes requer ações educativas voltadas à valorização da afetividade e do prazer na velhice, bem como a formação permanente de profissionais de saúde para acolherem as demandas afetivo-sexuais da população idosa com ética, escuta e respeito. A sexualidade, enquanto direito humano, deve ser garantida em todas as etapas do ciclo vital, sendo parte indissociável do bem viver e do cuidado integral.

3.4.5 População LGBT+

As representações sociais da sexualidade entre pessoas LGBT+ são marcadas por processos históricos de estigmatização, exclusão institucional e patologização das

identidades dissidentes. O campo da saúde, em especial, tem sido um dos principais espaços de reprodução de violências simbólicas e materiais contra essa população, seja por meio do não reconhecimento de suas identidades de gênero e orientações sexuais, seja pela ausência de políticas públicas efetivas. De Moura et al. (2023), ao realizarem uma revisão integrativa sobre saúde e vulnerabilidade da população LGBTQ+, demonstram que a negação da cidadania sexual está na base das dificuldades de acesso, da invisibilização das demandas específicas e da reprodução das desigualdades em diferentes níveis da atenção em saúde.

As práticas de cuidado, tanto no nível ambulatorial quanto na atenção básica, frequentemente se mostram despreparadas para acolher as especificidades da população LGBTQ+. Santos (2024), em estudo sobre a atuação de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, evidencia que a maioria dos profissionais não recebe formação adequada sobre gênero e sexualidade durante sua trajetória acadêmica, o que impacta diretamente na qualidade do atendimento. A escuta, a anamnese e a construção do vínculo são prejudicadas quando os profissionais partem de pressupostos heteronormativos ou utilizam termos patologizantes. Como resultado, muitas pessoas LGBTQ+ optam por não revelar suas identidades nos serviços de saúde, o que compromete tanto a prevenção quanto o tratamento de agravos relacionados à saúde sexual e mental.

A ausência de acolhimento nos serviços de saúde contribui para o agravamento de problemas relacionados à saúde mental. Costa, Barros-Falcão e Drehmer (2022) destacam que a população LGBTQ+ apresenta maior prevalência de sintomas depressivos, ansiedade, ideação suicida e uso abusivo de substâncias psicoativas, em comparação com a população cis-heterossexual. Tais condições não são efeitos intrínsecos às identidades LGBTQ+, mas decorrem de experiências contínuas de exclusão, discriminação e violação de direitos. Os autores defendem que o cuidado em saúde mental deve estar fundamentado na escuta qualificada, na validação das vivências subjetivas e no respeito às especificidades de cada sujeito, considerando as interseccionalidades que atravessam raça, classe, território e corporalidades.

No campo da saúde sexual, as barreiras são ainda mais evidentes. Da Silva et al. (2021) identificam, em estudo transversal, que o preconceito institucionalizado dificulta o acesso da população LGBTQ+ aos exames preventivos, ao diagnóstico precoce de infecções sexualmente transmissíveis e ao acompanhamento contínuo. A estigmatização dos corpos dissidentes e a associação moralizante entre identidade

LGBT+ e promiscuidade impedem o desenvolvimento de políticas de prevenção e cuidado eficazes. Isso é agravado pela ausência de campanhas específicas, materiais informativos inclusivos e ambientes clínicos seguros para esse público. O resultado é um ciclo de afastamento dos serviços, invisibilidade epidemiológica e piora nos indicadores de saúde sexual.

As representações sociais da sexualidade LGBT+ também sofrem interferência direta das instituições sociais, como a escola, a família e os espaços religiosos, que frequentemente reforçam discursos normativos e violentos. Barra et al. (2021) argumentam que a pluralidade da vivência LGBT+ exige a construção de políticas e práticas que garantam o direito à diferença sem condicionar o acesso aos serviços a processos de normatização ou silenciamento. O acolhimento institucional deve ser pautado pelo reconhecimento do sujeito em sua integralidade, o que inclui a legitimação de seu corpo, de seus afetos e de suas formas de existir no mundo. A não aceitação das identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes, ao contrário, constitui um fator de risco em si mesmo, pois isola os indivíduos das redes de proteção social.

A construção de políticas públicas voltadas à população LGBT+ ainda enfrenta obstáculos estruturais. Santos, Carmo, Magno e Prado (2021), ao organizarem uma coletânea sobre as demandas dessa população no campo da saúde, revelam a urgência de diretrizes que incluam formação continuada de profissionais, protocolos de atendimento sensíveis à diversidade e controle social exercido por coletivos LGBT+. As políticas de equidade propostas pelo SUS ainda não são aplicadas de forma eficaz nos territórios, e há uma lacuna importante entre as normativas e as práticas cotidianas. A negligência do Estado em reconhecer as especificidades da população LGBT+ contribui para a sua exclusão dos benefícios universais do sistema de saúde, contrariando o princípio da integralidade.

Diante desse cenário, a sexualidade das pessoas LGBT+ segue sendo vivida muitas vezes sob tensão, medo e silêncio. A negação do direito ao prazer, ao afeto e à autonomia sobre o corpo constitui uma violência simbólica que atravessa a vida cotidiana dessas pessoas, afetando sua saúde física e mental. De Moura et al. (2023) ressaltam que essa condição de vulnerabilidade não é espontânea, mas produzida por uma ordem social que hierarquiza corpos e regula o exercício da sexualidade com base na heteronormatividade. O enfrentamento dessa lógica exige mais do que

protocolos técnicos; demanda a transformação dos sentidos atribuídos à sexualidade e ao cuidado, a partir de uma ética do reconhecimento e da justiça social.

3.4.6 Profissionais Do Sexo

A vulnerabilidade sexual dos profissionais do sexo configura-se como um fenômeno relacional, produzido por condições sociais, institucionais e subjetivas que moldam a exposição diferencial ao risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV/Aids e violência. O exercício da prostituição, ainda que legal no Brasil, encontra-se situado em um contexto marcado por estigma, discriminação, insegurança jurídica e exclusão de políticas públicas, que acentuam as barreiras de acesso à saúde e à proteção social. Figueiredo e Peixoto (2010) argumentam que o risco não se resume à dimensão comportamental individual, mas se entrelaça a desigualdades estruturais e à precariedade das condições de trabalho, que limitam a agência dos sujeitos frente à negociação do uso do preservativo ou à recusa de práticas sexuais de maior risco.

Entre as mulheres que comercializam sexo em contextos de turismo sexual ou em zonas de prostituição institucionalizadas, como identificado por Matos et al. (2013), as vulnerabilidades são ampliadas pela confluência de mobilidade geográfica, uso de drogas lícitas e ilícitas, e ausência de vínculos familiares ou comunitários. Esses fatores se associam a múltiplos parceiros, baixa escolaridade e dependência financeira, compondo um quadro que inviabiliza práticas preventivas regulares. Macena (2009) já havia apontado que, em regiões do Ceará, a negligência das políticas públicas e a ausência de ações intersetoriais colaboram para a perpetuação de práticas de risco e para a invisibilidade social dessas mulheres.

Além da exposição biológica, a vulnerabilidade sexual se manifesta nas experiências recorrentes de violência física, simbólica e institucional. Gehlen et al. (2018), ao investigarem casos de agressões vivenciadas por profissionais do sexo, identificaram a naturalização da violência por parte dos próprios serviços de saúde e segurança pública, corroborando a tese de que a exclusão moral e legal dessas trabalhadoras produz uma espécie de desproteção consentida. Essa exclusão é acompanhada por um discurso que frequentemente culpabiliza as mulheres pelos próprios riscos, deslocando a responsabilidade do Estado para o indivíduo.

O estudo de Paiva et al. (2013) evidencia que, para além da precariedade material, a vivência cotidiana da prostituição está atravessada por estratégias de

resistência e reinvenção subjetiva, ainda que limitadas por um entorno hostil. As mulheres entrevistadas relataram dificuldades em manter rotinas de autocuidado, sobretudo em razão da descontinuidade dos atendimentos nos serviços de saúde e da recusa de profissionais em atendê-las sem preconceito. Essa recusa institucional aprofunda o sentimento de não pertencimento e reforça o autoisolamento, obstaculizando ações educativas e preventivas.

A percepção de risco entre essas mulheres nem sempre está diretamente relacionada ao uso do preservativo, conforme demonstrado por Cavalcante et al. (2021). As autoras identificaram que a autopercepção de vulnerabilidade ao HIV é mediada por vínculos afetivos, sensação de controle sobre o trabalho e tipo de clientela. Essa percepção subjetiva, entretanto, não necessariamente corresponde à exposição objetiva, sobretudo em situações em que o uso do preservativo é sistematicamente condicionado pelo desejo do cliente ou pela promessa de pagamento maior. Leal et al. (2019) complementam esse dado ao apontar que a qualidade de vida dessas mulheres encontra-se diretamente associada à autonomia sobre suas práticas sexuais, à existência de suporte social e ao acesso a serviços de saúde sem julgamento moral.

Santos et al. (2009) defendem que os contextos de vulnerabilidade não são estáticos, mas produtos de interações específicas entre fatores psicossociais e estruturas institucionais. Assim, a vulnerabilidade de mulheres brasileiras em situação de prostituição resulta da conjunção de normas de gênero, desigualdades raciais e ausência de políticas de inclusão. Nesse sentido, a exposição ao HIV não é efeito exclusivo da profissão, mas da forma como a sociedade organiza a distribuição do cuidado, do poder e da dignidade.

O estudo de Lemos (2015) também reforça a ideia de que os riscos às doenças sexualmente transmissíveis não decorrem apenas de práticas sexuais desprotegidas, mas da negligência estatal em implementar ações voltadas à educação sexual, à testagem regular e ao acompanhamento psicossocial. Em consonância, Koller (2007) propõe uma transição do enfoque na vulnerabilidade para o reconhecimento do protagonismo desses sujeitos, destacando experiências exitosas de prevenção quando são respeitadas as singularidades e as estratégias de sobrevivência dos profissionais do sexo.

A análise de Figueiredo, Mc Britton e Cunha (2006), embora situada em contextos de lazer e festa, contribui para o debate ao demonstrar que a juventude em

situações de sociabilidade noturna também vivencia formas de vulnerabilidade sexual que espelham aquelas enfrentadas pelos profissionais do sexo: negligência institucional, despreparo das equipes de saúde e ambiguidade na percepção do risco. Esse paralelo revela que a vulnerabilidade é um conceito relacional e historicamente construído, exigindo políticas que transcendam abordagens meramente biomédicas ou punitivas.

3.4.7 Pessoas Com Transtornos Mentais E Deficiências

A discussão sobre vulnerabilidade sexual de pessoas com transtornos mentais e deficiências requer o enfrentamento de barreiras históricas impostas pela deslegitimação de seus corpos, desejos e direitos sexuais. Trata-se de sujeitos frequentemente posicionados em uma zona liminar entre a hipersexualização e o interdito, o que produz vulnerabilidades específicas que se expressam tanto na invisibilidade institucional quanto na exposição a práticas abusivas, silenciadas ou consentidas pela ausência de políticas públicas efetivas. Segundo Carvalho e Bortolozzi (2024), essa condição se sustenta no imaginário social que associa a deficiência a uma suposta assexualidade, retirando desses sujeitos o direito de exercer a sexualidade de forma autônoma e segura. A pesquisa com professores da rede regular evidencia que, mesmo no contexto escolar inclusivo, a sexualidade da pessoa com deficiência continua sendo tematizada como um problema ou uma anomalia, e não como uma expressão legítima de subjetividade.

Barbosa (2011), ao analisar pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental, aponta que o estigma social se traduz em práticas que oscilam entre a repressão institucional e a negligência frente à violência sexual. Nos espaços manicomializados ou nos serviços substitutivos, não há protocolos claros sobre educação sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis ou manejo de relações afetivo-sexuais entre usuários. Tal negligência, longe de representar neutralidade, constitui forma de exclusão e de violação de direitos, especialmente quando se constata a ausência de consentimento esclarecido em situações de iniciação ou exploração sexual. A pesquisa também destaca que mulheres com transtornos mentais estão mais expostas a agressões sexuais, especialmente nos serviços de internação e nas redes de acolhimento informal, onde a fiscalização é precária.

No campo da deficiência mental, Pinto (2011) investiga os sentidos atribuídos à saúde sexual e ao bem-estar, mostrando que os próprios sujeitos vivenciam a sexualidade como um aspecto desejável de sua vida adulta, embora raramente tenham acesso a informações, orientações ou espaços de escuta. Os dados indicam que a restrição à vivência da sexualidade não provém apenas de incapacidades cognitivas, mas sobretudo de um sistema que infantiliza os indivíduos com deficiência e os priva do exercício da autonomia. Nesse processo, familiares e cuidadores acabam desempenhando um papel ambivalente, ora promovendo proteção, ora impondo interdições que aprofundam a invisibilidade sexual desses sujeitos.

A pesquisa de Souza (2014), centrada nas representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais, revela que os discursos técnico-assistenciais oscilam entre a patologização da sexualidade e o medo de que sua expressão desestabilize os fluxos institucionais. A sexualidade é percebida como um fator de risco a ser controlado e não como uma dimensão constitutiva do cuidado integral. Essa lógica reduz a atenção à saúde sexual a procedimentos de contenção ou medicalização, negligenciando ações educativas e estratégias de promoção da autonomia sexual.

Carvalho e Silva (2018), em revisão sistemática, identificam uma lacuna expressiva nas políticas públicas voltadas à sexualidade das pessoas com deficiência. Os estudos analisados indicam que a ausência de formação específica entre profissionais da saúde, da educação e do serviço social perpetua práticas que silenciam ou interditam a expressão dos desejos e vínculos afetivos dessas pessoas. Além disso, a literatura aponta a insuficiência de materiais acessíveis sobre sexualidade para pessoas com deficiência, o que compromete o direito à informação e à tomada de decisão autônoma.

O trabalho de Almeida (2010) reforça essa leitura ao destacar que a sexualidade na deficiência mental é atravessada por contradições éticas, jurídicas e culturais que colocam os profissionais diante de dilemas permanentes entre proteger e respeitar a liberdade individual. A ausência de parâmetros claros para a atuação nos campos da saúde, educação e assistência social favorece a adoção de medidas baseadas em valores morais e não em direitos. Dessa forma, o cuidado deixa de promover a inclusão para assumir uma feição de tutela, cuja consequência é a reprodução da vulnerabilidade sexual como uma condição naturalizada e estruturalmente mantida.

Esses estudos convergem no reconhecimento de que a vulnerabilidade sexual de pessoas com deficiência e transtornos mentais é produzida pela intersecção entre exclusão social, omissão institucional e estigmas culturais, demandando uma reconfiguração ética e política das práticas de cuidado, dos discursos normativos e das estratégias de garantia de direitos sexuais e reprodutivos.

4. ANÁLISE HISTÓRICA DAS ISTs NO BRASIL, MONITORAMENTO PELO SINAN E PANORAMA REGIONAL EM AQUIDAUANA

4.1 HISTÓRICO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

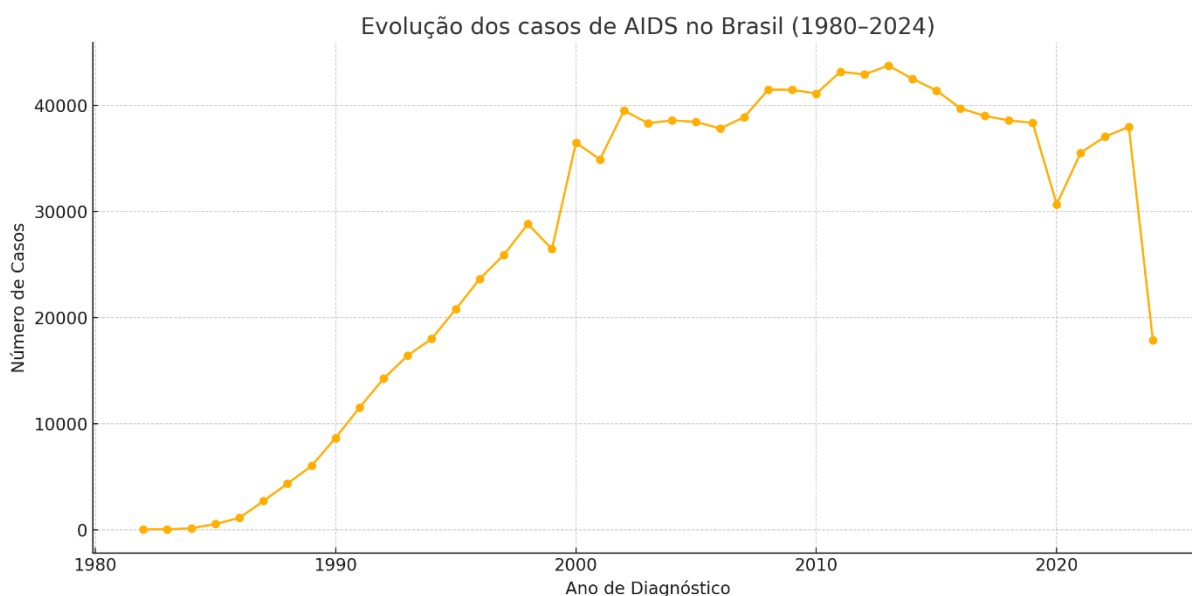
4.1.1 AIDS

4.1.1.1 Número de casos

A compreensão da evolução das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) como problema de saúde pública no Brasil exige uma análise histórica e epidemiológica que considere não apenas os dados numéricos, mas também os contextos sociais, institucionais e políticos que influenciaram o enfrentamento dessas infecções ao longo do tempo. Dentre as ISTs de maior relevância no cenário brasileiro, a AIDS e a sífilis destacam-se tanto pela magnitude de seus impactos na saúde da população quanto pela complexidade das estratégias necessárias para sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Ambas são agravos de notificação compulsória, apresentam repercussões significativas em diferentes grupos populacionais e mobilizam políticas públicas de diferentes esferas do sistema de saúde. Este tópico propõe uma análise comparativa entre essas duas condições, a partir de seus processos de emergência, consolidação como epidemias e reconfiguração frente às transformações sociais e institucionais do país.

Como ponto de partida, será apresentada uma análise da trajetória da AIDS no Brasil, considerando a evolução anual do número de casos diagnosticados entre os anos de 1980 e 2024. A escolha de iniciar por essa infecção se justifica pelo seu papel histórico como marco na formulação das primeiras políticas estruturadas de resposta às ISTs no país, bem como por seu impacto social e simbólico, sobretudo nas décadas finais do século XX. O gráfico a seguir mostra a série histórica de casos de AIDS notificados nesse período, permitindo observar tendências de crescimento, estabilização e variações mais recentes, como o declínio abrupto durante a pandemia de COVID-19. A partir dessa visualização, serão destacados alguns períodos específicos que refletem diferentes momentos da epidemia e suas relações com fatores como acesso ao diagnóstico, incorporação de tecnologias terapêuticas e mudanças no perfil populacional afetado.

Evolução dos casos de AIDS no Brasil (1980–2024)

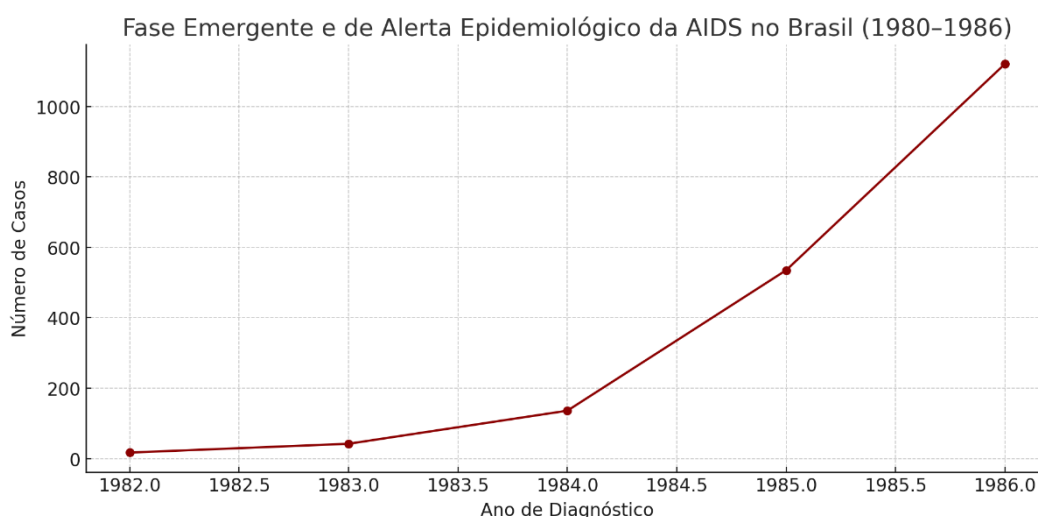


Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Com base na série histórica apresentada no gráfico e nos dados consolidados sobre a evolução dos casos de AIDS no Brasil de 1980 a 2024, é possível propor as seguintes categorias analíticas para a discussão do tópico “Evolução das ISTs como problema de saúde pública”, focando inicialmente na AIDS:

O período compreendido entre 1980 e 1986 pode ser definido como a fase emergente e de alerta epidemiológico da AIDS no Brasil. Trata-se do momento inicial da epidemia no país, caracterizado por uma curva ascendente ainda discreta em números absolutos, mas com ritmo de crescimento acentuado em termos proporcionais. Em 1980, registra-se apenas um caso diagnosticado. Dois anos depois, esse número salta para 17 casos (1982), e passa a dobrar ou triplicar ano a ano: 42 casos em 1983, 136 em 1984, 535 em 1985 e, finalmente, 1.121 casos notificados em 1986. Embora esses valores sejam pequenos se comparados às décadas seguintes, a progressão revela o avanço silencioso e rápido da infecção, ainda pouco compreendida tanto pela sociedade quanto pelas instituições de saúde.

Fase Emergente e de Alerta Epidemiológico da AIDS no Brasil (1980–1986)

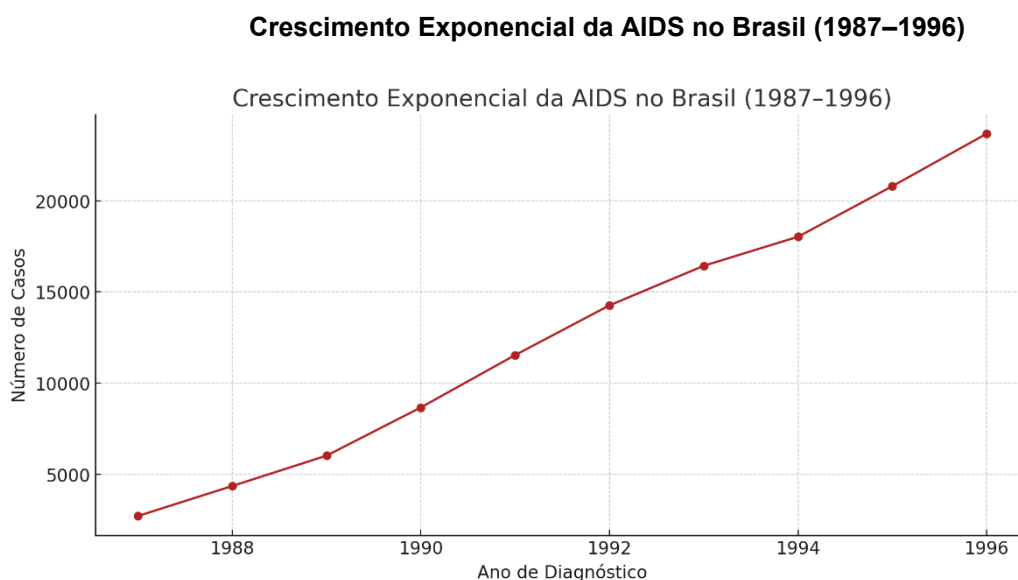


Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Nesse contexto, a AIDS ainda era envolta em estigmas e desinformação, frequentemente associada a grupos específicos — sobretudo homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis —, o que retardava a mobilização de uma resposta pública mais estruturada. No entanto, já se percebia, nesse curto intervalo de seis anos, que a infecção ganhava proporção suficiente para demandar vigilância epidemiológica e estratégias institucionais emergenciais. Foi nesse cenário que se iniciaram os primeiros movimentos de organização de ações governamentais e comunitárias voltadas ao monitoramento da doença, bem como a discussão sobre a criação de políticas públicas específicas, que ganhariam corpo nos anos seguintes. O gráfico apresentado ilustra essa tendência inicial de crescimento dos casos diagnosticados de AIDS no Brasil entre 1980 e 1986, demarcando visualmente o início da consolidação da epidemia como uma questão prioritária de saúde pública.

O intervalo entre 1987 e 1996 representa uma fase de crescimento exponencial da epidemia de AIDS no Brasil, marcada por um aumento contínuo e expressivo do número de casos diagnosticados ano a ano. Em 1987, o país já contabilizava 2.708 novos casos, número que mais do que dobrou em dois anos, atingindo 6.019 em 1989. A progressão continuou de forma acelerada ao longo da década: foram 8.661 casos em 1990, 11.534 em 1991, 14.258 em 1992, até alcançar 23.674 novos diagnósticos

em 1996. Essa trajetória delineia um cenário de franca expansão da epidemia, que já não se restringia a grupos inicialmente identificados como mais vulneráveis, passando a afetar amplamente a população heterossexual, mulheres e usuários de drogas.



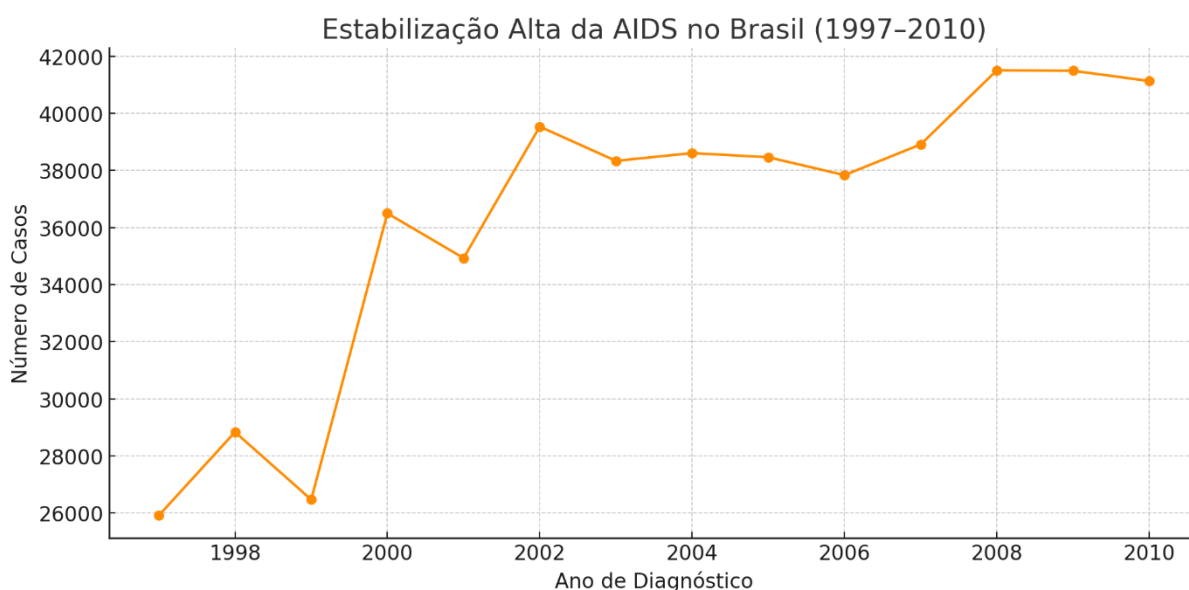
Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Esse período também corresponde ao reconhecimento institucional da AIDS como uma grave crise sanitária nacional. O Estado brasileiro passou a adotar medidas mais estruturadas de enfrentamento, com a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS) no âmbito do Ministério da Saúde. Destacam-se nesse contexto ações voltadas à ampliação da vigilância epidemiológica, ao desenvolvimento de campanhas de conscientização pública e, sobretudo, à incorporação de políticas de acesso gratuito aos antirretrovirais, marco que diferenciou a resposta brasileira no cenário global. O fornecimento desses medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado em 1996, foi resultado de intensa mobilização de movimentos sociais, especialmente de pessoas vivendo com HIV, que demandavam o direito ao tratamento como forma de garantir dignidade e prolongar a vida.

Entre os anos de 1997 e 2010, observa-se no Brasil uma fase de estabilização em patamares elevados na curva de casos diagnosticados de AIDS, marcando um momento distinto em relação às décadas anteriores. Após o crescimento exponencial observado até meados da década de 1990, o número de casos anuais passa a variar com menor intensidade, mantendo-se dentro de uma faixa relativamente constante que oscilou entre cerca de 24 mil e 39 mil notificações por ano. Em 1997, foram

registrados 25.401 casos, número que subiu para 32.954 em 2003 e permaneceu ao redor de 37 mil no final do período, como exemplificado pelos 39.137 casos de 2010. Essa modulação do ritmo de crescimento sugere não uma contenção da epidemia, mas o início de uma nova configuração, em que a disseminação da doença passa a conviver com o fortalecimento das políticas de controle.

Estabilização Alta da AIDS no Brasil (1997–2010)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

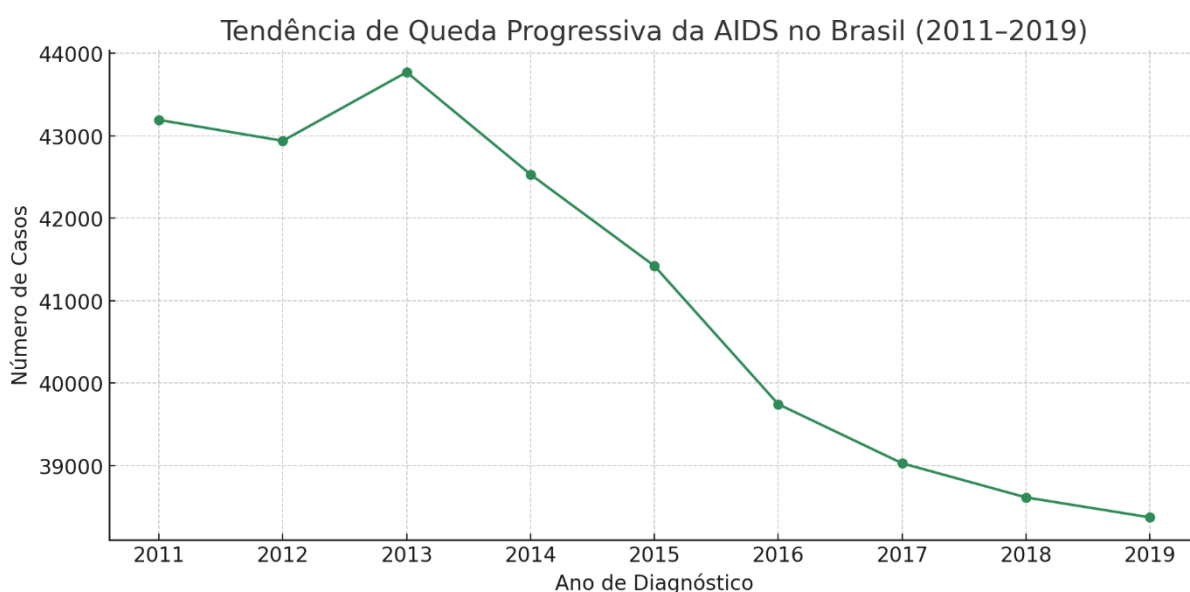
Essa etapa está profundamente ligada à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja estrutura foi fundamental para a ampliação do acesso gratuito a medicamentos antirretrovirais, à realização de testagens sorológicas e ao atendimento ambulatorial especializado. A consolidação de redes de vigilância epidemiológica e de laboratórios de referência em todo o território nacional, juntamente com o estímulo à testagem voluntária e confidencial, favoreceu o diagnóstico precoce e a vinculação ao cuidado contínuo. Além disso, novas abordagens de prevenção foram incorporadas às campanhas de saúde pública, com foco na educação sexual, na distribuição de preservativos e na desconstrução de estigmas relacionados ao HIV/AIDS.

Outro aspecto central desse período é a incorporação do conceito de prevenção combinada, que passa a orientar parte das estratégias do Ministério da Saúde, articulando medidas biomédicas, comportamentais e estruturais. Ao mesmo tempo, intensificam-se os esforços para descentralizar as ações de enfrentamento da

epidemia, transferindo responsabilidades para estados e municípios e fortalecendo parcerias com organizações da sociedade civil.

O período de 2011 a 2019 marca o início de uma tendência de queda progressiva nos casos notificados de AIDS no Brasil, após mais de duas décadas de números elevados e relativamente estáveis. Essa diminuição, embora discreta e heterogênea entre regiões e grupos populacionais, indica uma inflexão na trajetória da epidemia e sugere o início de uma reconfiguração epidemiológica. Em 2011, foram registrados 39.119 casos; em 2015, o número caiu para 38.612; e, em 2019, chegou a 38.372 — mantendo-se ainda alto, mas com uma curva de redução modesta e gradual. Tal comportamento aponta não para a superação da epidemia, mas para o efeito acumulado de políticas públicas mais amplas, descentralizadas e integradas.

Tendência de Queda Progressiva da AIDS no Brasil (2011–2019)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

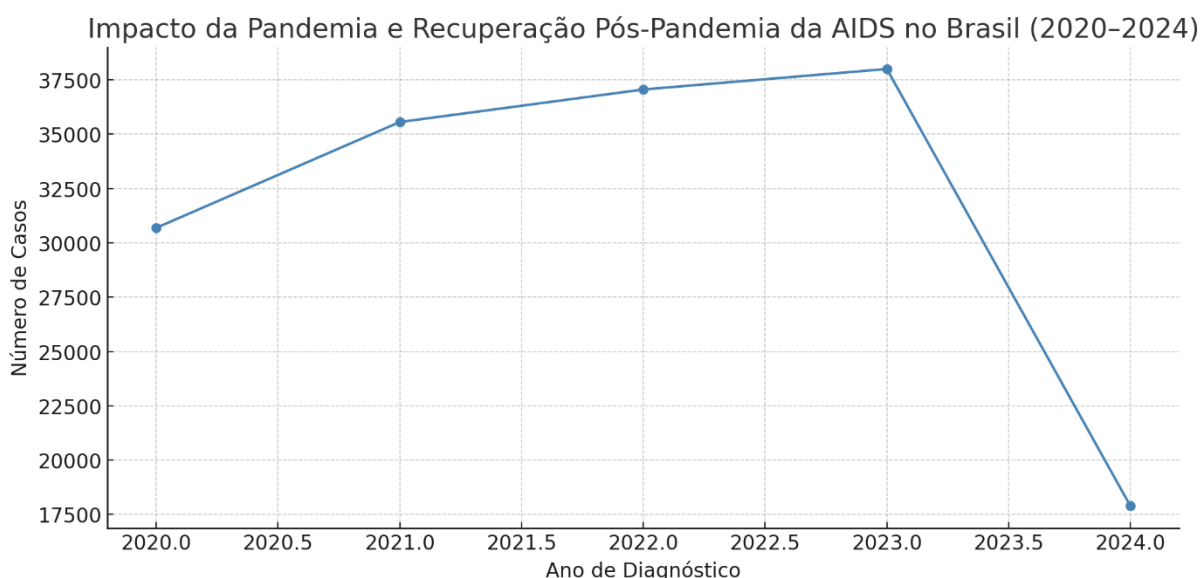
Entre os principais fatores que explicam essa mudança, destaca-se a consolidação da prevenção combinada como diretriz oficial do Ministério da Saúde. Essa abordagem articula diferentes estratégias — uso de preservativos, testagem regular, tratamento como prevenção (TasP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP), além de ações educativas — de modo a considerar as especificidades de cada indivíduo ou grupo populacional. A ampliação do acesso à testagem rápida, inclusive em contextos comunitários e não hospitalares, também

favoreceu o diagnóstico precoce, possibilitando o início imediato do tratamento antirretroviral e a consequente redução da carga viral e da transmissibilidade.

Além disso, esse período foi marcado por avanços nas campanhas de educação em saúde, voltadas principalmente à população jovem, à população LGBTQIA+, às pessoas privadas de liberdade e aos trabalhadores do sexo. O fortalecimento de ações territoriais desenvolvidas em parceria com movimentos sociais e instituições locais contribuiu para o enfrentamento das barreiras de acesso e do estigma social, que ainda constituem obstáculos relevantes à prevenção e ao cuidado.

Os anos de 2020 e 2021 representam uma ruptura abrupta na tendência histórica da epidemia de AIDS no Brasil, com uma queda significativa no número de casos notificados: de 38.372 registros em 2019, o país passou a 30.689 em 2020 e, em seguida, a 35.558 em 2021. À primeira vista, esses números poderiam sugerir uma redução real na incidência da doença; no entanto, é necessário interpretá-los à luz do contexto da pandemia de COVID-19, que afetou de forma profunda e transversal o funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional. Durante esse período, a priorização dos atendimentos relacionados à emergência sanitária da COVID-19, a suspensão de campanhas presenciais e o receio da população em procurar unidades de saúde provocaram um refluxo no diagnóstico e na notificação de diversas doenças, incluindo as ISTs.

Impacto da Pandemia e Recuperação Pós-Pandemia da AIDS no Brasil (2020–2024)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Essa diminuição, portanto, não deve ser lida como reflexo de uma melhora epidemiológica, mas sim como indicativo de uma interrupção temporária nas atividades de vigilância e prevenção, com potencial acúmulo de casos não diagnosticados ou subnotificados. Além disso, o redirecionamento de recursos humanos, financeiros e materiais para o enfrentamento da pandemia fragilizou temporariamente os programas voltados à saúde sexual e reprodutiva, em especial nas regiões mais vulneráveis. Os efeitos dessa desorganização momentânea dos fluxos de cuidado tornam-se visíveis nos anos subsequentes.

De 2022 em diante, observa-se uma retomada no número de notificações, sinalizando um processo de recuperação do sistema de vigilância e de reativação dos serviços especializados em HIV/AIDS. Os registros sobem para 37.056 em 2022 e para 38.000 em 2023, aproximando-se novamente dos patamares observados antes da pandemia. Esse crescimento pode ser atribuído, em parte, à intensificação de campanhas de testagem, à reestruturação das ações territoriais de prevenção e ao retorno das atividades de rotina nas unidades básicas e serviços de referência. O ano de 2024 apresenta até o momento 17.889 casos, mas deve ser interpretado com cautela, uma vez que os dados ainda estão em consolidação e podem sofrer atualizações ao longo do tempo.

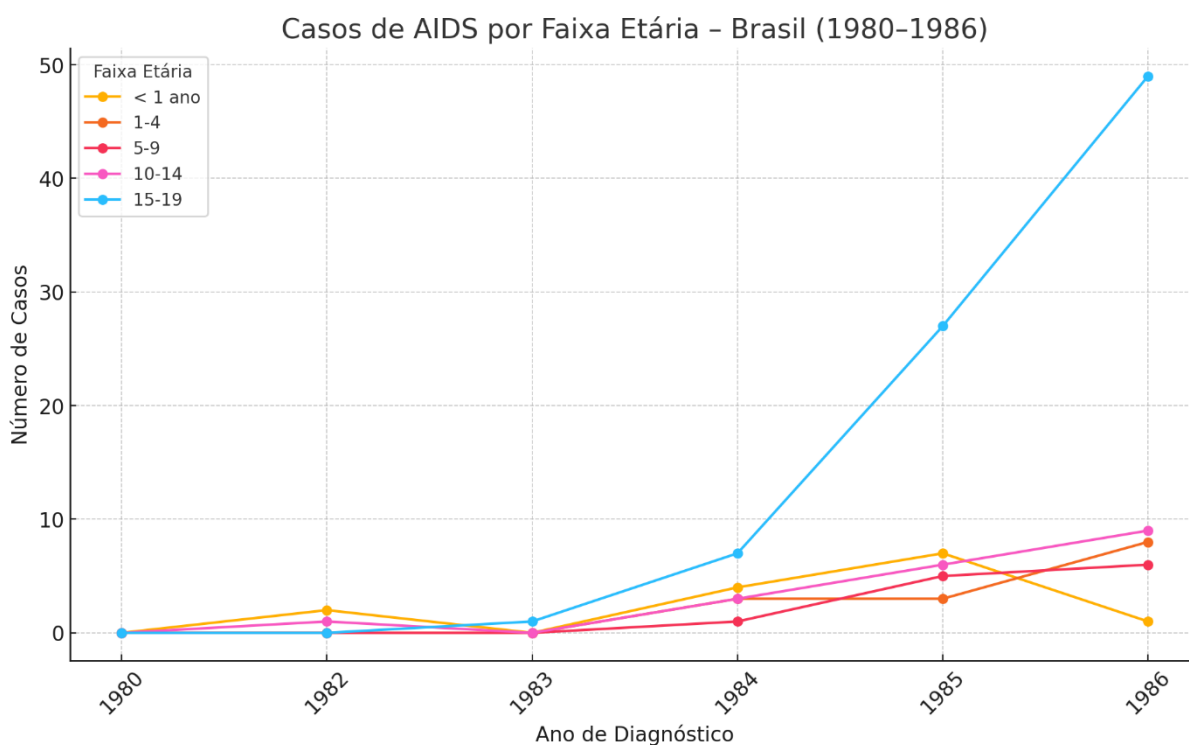
4.1.1.2 Idade

A fase emergente da epidemia de AIDS no Brasil, compreendida entre os anos de 1980 a 1986, corresponde a um período em que o agravo ainda era pouco conhecido, tanto pela população quanto pelas instituições de saúde. Os registros de casos, ainda incipientes, revelam um processo de difusão silencioso, mas progressivamente alarmante, que mobilizou as primeiras reações do sistema de saúde pública frente à nova ameaça sanitária. Nesse período, foram registrados ao todo 143 casos nas faixas etárias de menores de 20 anos, destacando-se a juventude como núcleo inicial de visibilidade epidemiológica.

Os dados da série histórica revelam concentração predominante dos casos entre adolescentes de 15 a 19 anos, que totalizaram 84 registros, o que representa aproximadamente 58,7% dos casos notificados entre as faixas etárias analisadas. Essa incidência sugere a atuação precoce de fatores comportamentais de risco, sobretudo relacionados à iniciação sexual em contextos marcados por baixa

informação sobre prevenção, ausência de políticas públicas direcionadas à juventude e estigma em torno da sexualidade.

Casos de AIDS por Faixa Etária – Brasil (1980–1986)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Entre adolescentes mais jovens (10 a 14 anos), houve 19 casos, número modesto, mas que já indicava, à época, a necessidade de atenção a formas menos visíveis de transmissão, incluindo abuso sexual e contextos de alta vulnerabilidade social. Nas faixas pediátricas, o número de casos também impunha preocupações: tanto a faixa de 1 a 4 anos quanto a de menores de 1 ano apresentaram 14 casos cada, evidenciando, ainda que de forma embrionária, os primeiros registros de transmissão vertical (de mãe para filho). Já a faixa de 5 a 9 anos contabilizou 12 casos, cujas origens epidemiológicas demandariam investigação mais precisa para determinar as vias de infecção.

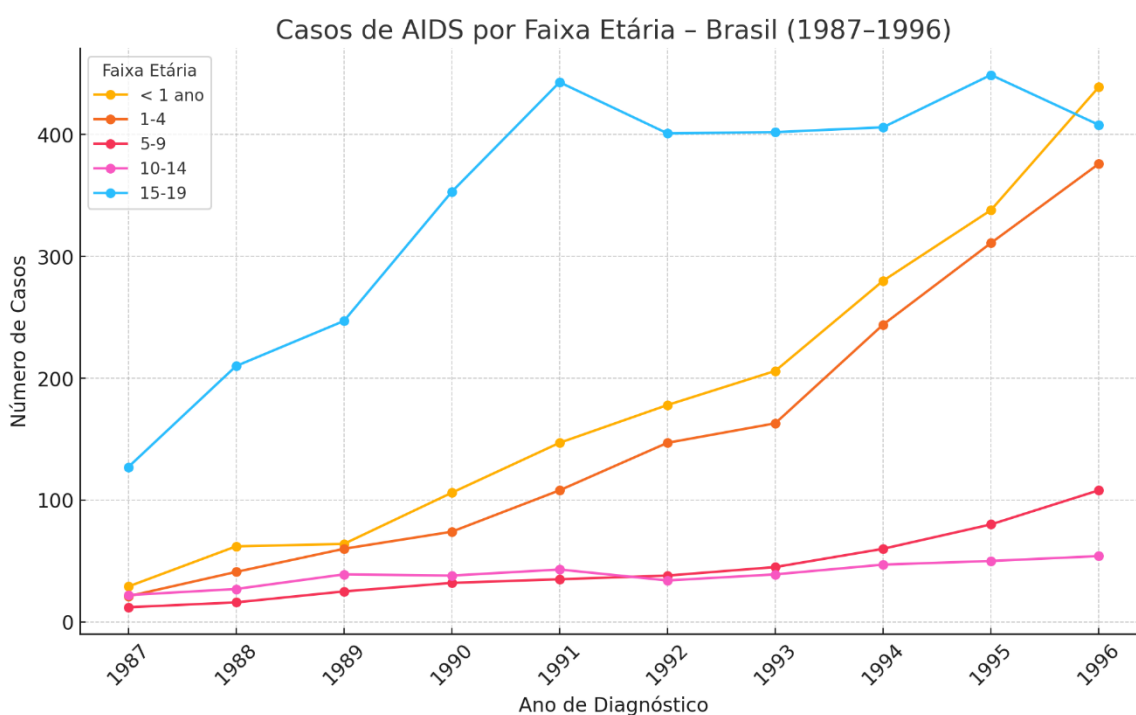
O gráfico que acompanha esta análise mostra a progressão ainda tímida, mas consistente, dos casos entre 1982 e 1986, com maior aumento entre adolescentes. Observa-se, por exemplo, que os casos em 15–19 anos saltam de 7 (1984) frente a apenas 1 (1983), o que configura uma multiplicação significativa em curto intervalo. Esse padrão revela não apenas a rápida disseminação da infecção em determinados

grupos, mas também o início de uma vigilância mais organizada que passou a reconhecer a AIDS como uma nova e urgente questão de saúde pública.

A análise dessa fase revela, portanto, um perfil etário já bastante marcado por desigualdades no acesso à informação e à saúde sexual, bem como pelas limitações institucionais da época para diagnosticar precocemente a infecção em populações infantojuvenis. Trata-se de um momento fundacional para a compreensão da epidemia no Brasil, em que o silêncio epidemiológico deu lugar, progressivamente, à formação de um sistema nacional de notificação e resposta.

A década de 1990 marca o ponto de inflexão da epidemia de AIDS no Brasil, com a transição do reconhecimento institucional inicial para a percepção pública da gravidade e magnitude do fenômeno. Nesse período, os registros aumentam vertiginosamente: de 84 casos acumulados entre adolescentes de 15 a 19 anos na fase anterior, salta-se para 3.446 novos casos somente nessa faixa etária, consolidando os jovens como epicentro da epidemia. Este crescimento está associado ao aumento da testagem, ao reconhecimento oficial da AIDS como agravo prioritário e à ausência de políticas preventivas eficazes para populações juvenis em situação de risco.

Crescimento Exponencial e Crise Sanitária Nacional (1987–1996)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

A ascensão dos casos também é notável entre crianças de 1 a 4 anos, que passam a representar 1.545 registros, o que indica uma intensificação da transmissão vertical em um momento em que o diagnóstico sorológico ainda não era sistematizado no pré-natal. O mesmo se verifica entre os menores de 1 ano (1.849 casos), reforçando o impacto da ausência de políticas de triagem materna universal e da insuficiência de acesso aos antirretrovirais para gestantes, situação que só começaria a ser enfrentada mais incisivamente no final dos anos 1990. Tais números evidenciam a falência dos mecanismos de prevenção da infecção no período gestacional, parto e amamentação.

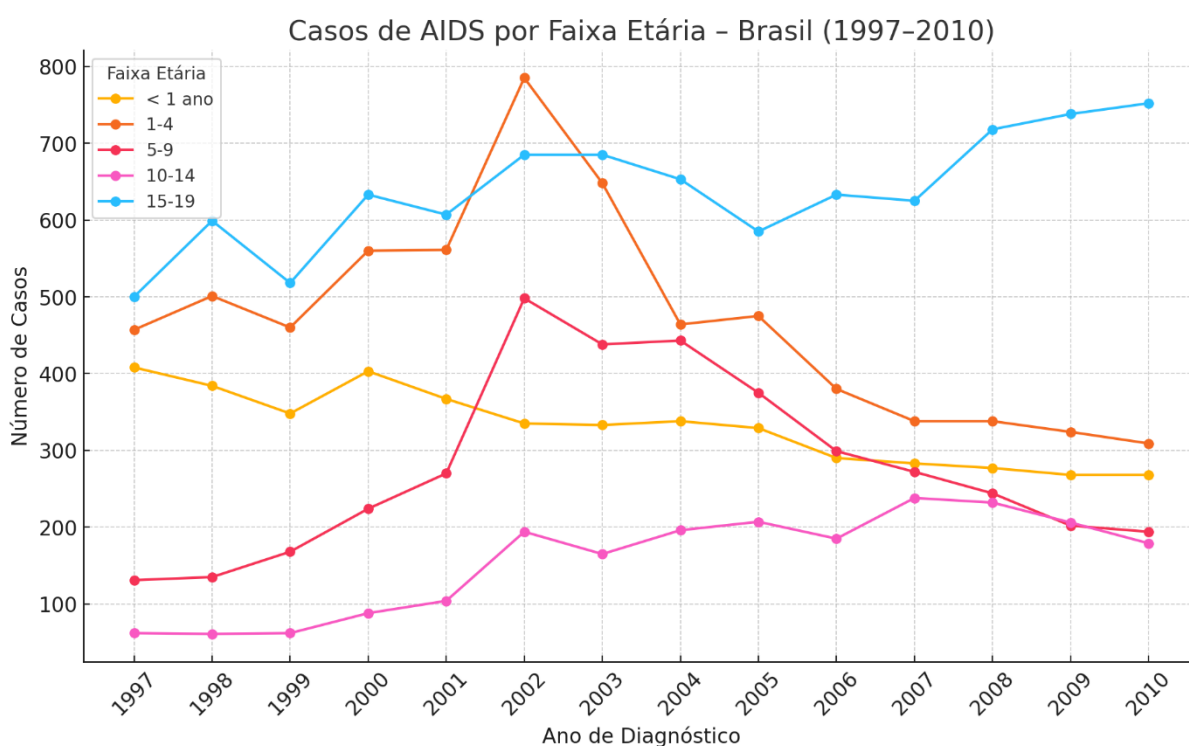
Nas faixas etárias de 5 a 9 anos (451 casos) e de 10 a 14 anos (393 casos), os dados também apontam para trajetórias complexas de exposição. Além da possibilidade de transmissão vertical tardia, destaca-se a exposição a contextos de violência sexual, uso de drogas injetáveis entre adolescentes, transfusões de sangue contaminado e outras práticas de risco não devidamente controladas à época. Esse cenário é reforçado pelo crescimento contínuo e praticamente paralelo das curvas de casos ao longo da década, como se observa no gráfico: cada faixa etária apresenta incremento quase linear, o que revela ausência de políticas específicas de contenção em cada grupo populacional.

Este foi também o período em que se deram os primeiros esforços estruturantes de resposta estatal, incluindo campanhas nacionais de prevenção, produção de material educativo e as primeiras iniciativas para distribuição gratuita de medicamentos, com destaque para o início da dispensação dos primeiros antirretrovirais no SUS a partir de 1991. Ainda assim, os impactos desses esforços foram insuficientes para conter o crescimento descontrolado da epidemia, principalmente nas periferias urbanas, regiões com frágil infraestrutura sanitária e entre populações historicamente negligenciadas.

A análise etária demonstra, portanto, que o crescimento explosivo dos casos não ocorreu de forma homogênea, mas apresentou características específicas em cada faixa etária, exigindo respostas igualmente diferenciadas — algo que, à época, ainda estava longe de ser plenamente implementado. O silêncio sobre a vulnerabilidade infantojuvenil foi sendo lentamente quebrado, mas os dados de 1987 a 1996 expõem com clareza os efeitos da negligência inicial e da ausência de estratégias integradas de saúde pública.

O período de 1997 a 2000 representa uma inflexão crítica na história da resposta brasileira à epidemia de AIDS. Após uma década de crescimento incontrolado, os números de novos casos deixam de crescer exponencialmente, mantendo-se em patamares elevados e relativamente constantes. Essa estabilidade, no entanto, não significa redução do problema: a manutenção de altas taxas reflete tanto a persistência das condições estruturais de vulnerabilidade quanto o aumento da capacidade diagnóstica e vigilância epidemiológica do país, especialmente com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação das políticas públicas de enfrentamento da AIDS.

Casos De AIDS Por Faixa Etária – Brasil (1997–2010)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

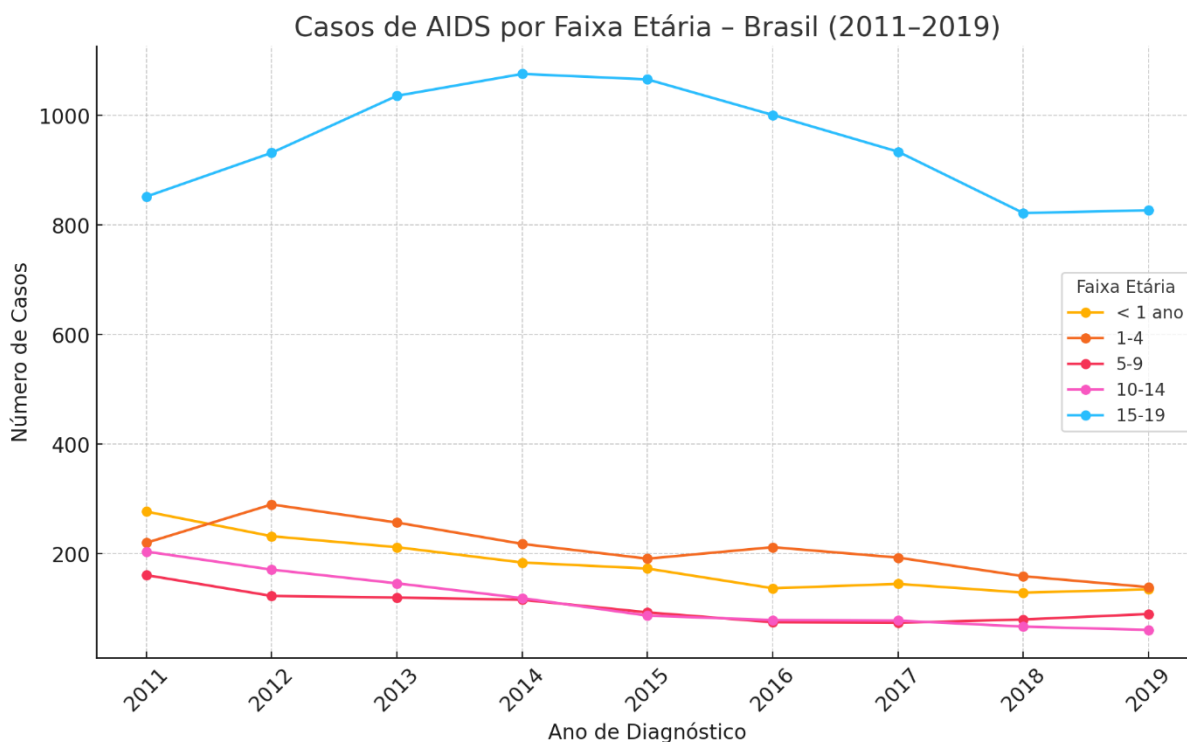
Os dados etários desse intervalo confirmam o predomínio contínuo dos adolescentes de 15 a 19 anos como principal grupo infantojuvenil afetado, com impressionantes 8.931 casos acumulados, número que supera em mais de 150% o registrado na década anterior. Esse padrão evidencia a insuficiência das ações educativas e preventivas voltadas para os jovens, bem como a naturalização de práticas sexuais desprotegidas, o estigma em torno do HIV e as barreiras de acesso a preservativos, testagem e orientação nos serviços de saúde. O gráfico revela picos

importantes entre 2005 e 2008, o que pode estar relacionado à intensificação da notificação e à descentralização dos serviços de atenção básica com atuação na testagem rápida e aconselhamento.

Entre as faixas pediátricas, há aumento substancial em crianças de 1 a 4 anos (6.600 casos), e em menores de 1 ano (4.631), demonstrando que, apesar dos avanços nas diretrizes de prevenção da transmissão vertical — com testagem pré-natal mais ampla, início da profilaxia antirretroviral em gestantes HIV positivas e introdução do AZT no parto —, ainda havia expressiva falha de cobertura e adesão aos protocolos. O número de casos em crianças de 5 a 9 anos (3.893) e adolescentes de 10 a 14 anos (2.179) também cresceu de forma significativa, revelando o peso da transmissão vertical diagnosticada tardiamente, da ausência de cuidado continuado às crianças expostas ao HIV, bem como da negligência estrutural em relação à sexualidade na infância e adolescência.

O gráfico ilustra com clareza esse fenômeno: observa-se um platô alto e persistente nas curvas de todas as faixas etárias, com especial destaque para os adolescentes, cujos números não sofrem declínio mesmo com o avanço da terapia antirretroviral gratuita, introduzida em larga escala após a Lei nº 9.313/1996. Essa contradição — entre o sucesso biomédico e a persistência epidemiológica — revela as limitações da resposta centrada apenas no tratamento, sem articulação suficiente com a educação em saúde e a atenção à juventude.

A partir da década de 2010, observa-se uma mudança qualitativa no comportamento da epidemia de AIDS no Brasil, marcada por um declínio gradual nos números absolutos de casos, especialmente nas faixas pediátricas, e por uma reconfiguração do perfil epidemiológico da doença. O período coincide com a consolidação de políticas mais robustas de prevenção combinada, que integraram testagem rápida, tratamento como prevenção (TasP), profilaxia pós-exposição (PEP) e, mais adiante, a profilaxia pré-exposição (PrEP). Além disso, houve intensificação de campanhas educativas e ampliação do acesso aos serviços de saúde, particularmente no contexto da Atenção Primária.



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

Nas faixas pediátricas, os números apontam uma tendência clara de redução: os menores de 1 ano somam 1.624 casos no período — uma queda significativa frente aos 4.631 da fase anterior. Crianças de 1 a 4 anos contabilizam 1.879 casos (queda de 71,5%), e a faixa de 5 a 9 anos apresenta 932 registros (redução superior a 76%). Esses dados revelam os avanços da política de eliminação da transmissão vertical, consolidada com maior cobertura do pré-natal, testagem materna universal e intervenções profiláticas no parto e pós-parto. A diminuição sustentada nas curvas dessas faixas no gráfico atesta o êxito relativo dessa frente estratégica da resposta brasileira à AIDS.

Por outro lado, a faixa etária de 15 a 19 anos mantém patamar elevado de incidência, com 8.546 casos registrados, número próximo ao observado na fase anterior (8.931). Este dado impõe uma inflexão na interpretação da epidemia: a redução em crianças pequenas contrasta com a persistência da infecção entre adolescentes, o que evidencia a transição da epidemia para uma nova centralidade geracional. Tal padrão pode ser explicado por múltiplos fatores: fragilidade das políticas de educação sexual, estigmatização do HIV e da homossexualidade, baixa adesão ao uso de preservativos e dificuldades de acesso a serviços de saúde

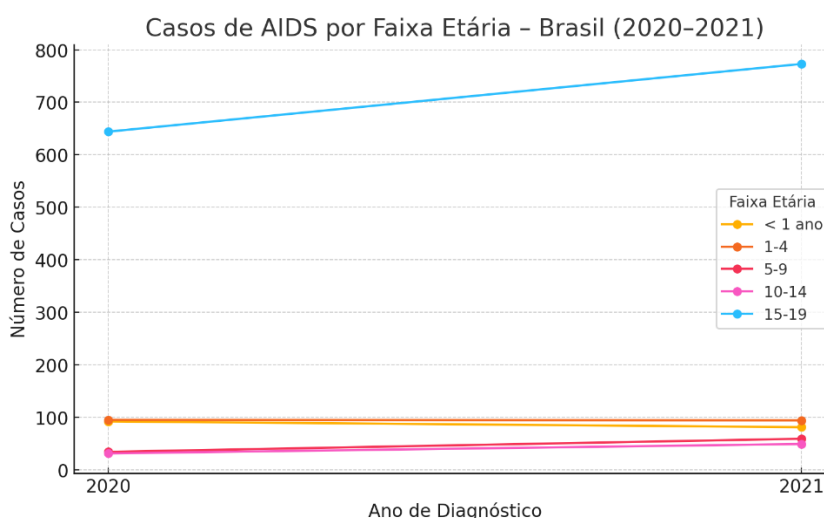
amigáveis para adolescentes. O gráfico mostra oscilações anuais, mas sem tendência de queda sustentada, confirmando o desafio persistente na prevenção entre jovens.

Entre os adolescentes de 10 a 14 anos, há 1.012 casos no período, número levemente inferior à fase anterior (2.179), mas que ainda indica a presença de infecções não diagnosticadas precocemente, provavelmente associadas a transmissão vertical tardia, ou casos adquiridos em contextos de abuso sexual ou vulnerabilidade socioeconômica.

A análise dessa fase sugere, portanto, um êxito parcial da resposta brasileira: a redução da transmissão vertical e a queda nas faixas infantis são conquistas relevantes, mas o não enfrentamento estrutural das questões relacionadas à juventude — como sexualidade, gênero, desigualdades raciais e sociais — mantém o HIV/AIDS como um agravo presente e resistente entre adolescentes. A reconfiguração da epidemia exige, assim, um novo ciclo de ações específicas voltadas a esse público, sob pena de manter o ciclo de transmissão ativo em uma geração que deveria estar protegida por mais de três décadas de conhecimento acumulado.

O período pandêmico, marcado pelo colapso dos sistemas de saúde em todo o mundo, impactou profundamente a vigilância epidemiológica, os fluxos assistenciais e a testagem para diversas condições crônicas e infecciosas. No caso da AIDS, os efeitos são visíveis tanto na redução abrupta dos registros quanto na descontinuidade das ações de prevenção e diagnóstico, sobretudo entre populações historicamente mais vulneráveis.

Casos de AIDS por Faixa Etária – Brasil (2020–2021)



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SINAN (2025).

De acordo com os dados, todas as faixas etárias analisadas apresentaram queda considerável em relação à fase anterior. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, houve 1.417 notificações em dois anos — uma média anual quase 50% inferior à da década anterior. Apesar de, à primeira vista, o número sugerir uma redução de infecções, trata-se, majoritariamente, de um fenômeno de subnotificação, consequência direta da retração nos serviços ambulatoriais e de testagem rápida, da suspensão de atividades escolares (onde se realizavam ações educativas e testagens em massa) e do temor da população em buscar atendimento médico durante o auge da pandemia.

Crianças de 1 a 4 anos somaram 189 casos no biênio, e os menores de 1 ano, 173. Os dados revelam um represamento diagnóstico também na prevenção da transmissão vertical: embora a testagem no pré-natal tenha sido mantida como prioridade nos serviços de saúde, muitos atendimentos foram suspensos, reduzidos ou substituídos por teleconsultas, comprometendo o rastreamento eficaz da infecção materna. Essa fragilidade se expressa ainda nos 93 casos registrados em crianças de 5 a 9 anos e 80 casos entre adolescentes de 10 a 14 anos, segmentos nos quais o diagnóstico frequentemente é realizado tardiamente — ou em decorrência de internações, ou por sintomas já avançados.

O gráfico ilustra bem a queda homogênea e abrupta nos dois anos avaliados, sem exceções relevantes entre as faixas. Diferentemente das fases anteriores, nas quais curvas distintas podiam ser traçadas para cada grupo etário, o impacto sistêmico da pandemia nivelou o declínio dos registros, não por efetividade das políticas públicas, mas por colapso das estruturas de notificação e testagem.

A análise dessa fase impõe um alerta importante para a interpretação epidemiológica: os dados brutos não indicam, necessariamente, melhora no controle da epidemia, mas sim um fenômeno temporário de apagamento estatístico. As consequências desse refluxo diagnóstico se estendem para os anos seguintes, pois a ausência de diagnóstico precoce implica maior transmissibilidade, abandono do tratamento e agravamento clínico, além de desafios adicionais para retomar a confiança da população nos serviços de saúde.

Com o arrefecimento da pandemia de COVID-19 e a reativação dos serviços de saúde, o Brasil iniciou um processo de reconstrução das ações de vigilância epidemiológica e prevenção do HIV/AIDS. Esse movimento de recuperação é visível na retomada do crescimento dos registros em todas as faixas etárias, refletindo não

necessariamente uma elevação abrupta das infecções, mas sobretudo a recomposição dos sistemas de notificação, testagem e cuidado interrompidos ou fragilizados no período anterior.

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a notificação volta a subir, com 1.667 casos acumulados nos três anos — média anual superior à observada no biênio pandêmico, embora ainda abaixo da registrada nas décadas anteriores. Essa elevação indica o reestabelecimento gradual das ações de educação em saúde, testagens comunitárias e retorno de adolescentes aos serviços ambulatoriais e escolares, permitindo novamente a identificação de casos. Ainda assim, o número expressivo demonstra a persistência da vulnerabilidade juvenil frente ao HIV e a necessidade de políticas intersetoriais de prevenção centradas nas juventudes periféricas, LGBTQIA+, negras e indígenas.

Nas faixas pediátricas, o padrão é semelhante: entre menores de 1 ano, há 212 casos, com leve aumento em relação ao biênio anterior (173). Isso pode refletir tanto um maior rastreamento nos serviços de pré-natal quanto a retomada de partos e atendimentos presenciais nos hospitais. Crianças de 1 a 4 anos somam 273 registros, e as de 5 a 9 anos, 134, confirmando o impacto positivo da reestruturação dos serviços, mas também revelando que a eliminação da transmissão vertical ainda não foi plenamente alcançada. O dado é particularmente preocupante no contexto em que o Brasil assumiu, internacionalmente, o compromisso de erradicar essa via de transmissão nos primeiros anos pós-pandemia.

Adolescentes entre 10 e 14 anos registraram 108 casos entre 2022 e 2024, número semelhante ao do biênio anterior, o que indica uma manutenção de diagnósticos tardios ou eventos de infecção que escapam das estratégias convencionais de rastreamento. Essa faixa etária, situada na transição entre infância e adolescência, continua sendo invisibilizada pelas políticas públicas, embora exija ações específicas de acolhimento e educação sexual emancipatória.

4.1.1.3 Raça

A análise da distribuição dos casos de AIDS no Brasil por raça/cor ao longo das seis fases epidemiológicas evidencia transformações profundas no perfil da epidemia, refletindo tanto mudanças estruturais no acesso ao diagnóstico quanto o impacto persistente do racismo institucional no sistema de saúde. A leitura crítica dos dados revela um deslocamento do predomínio inicial de pessoas brancas nos registros para

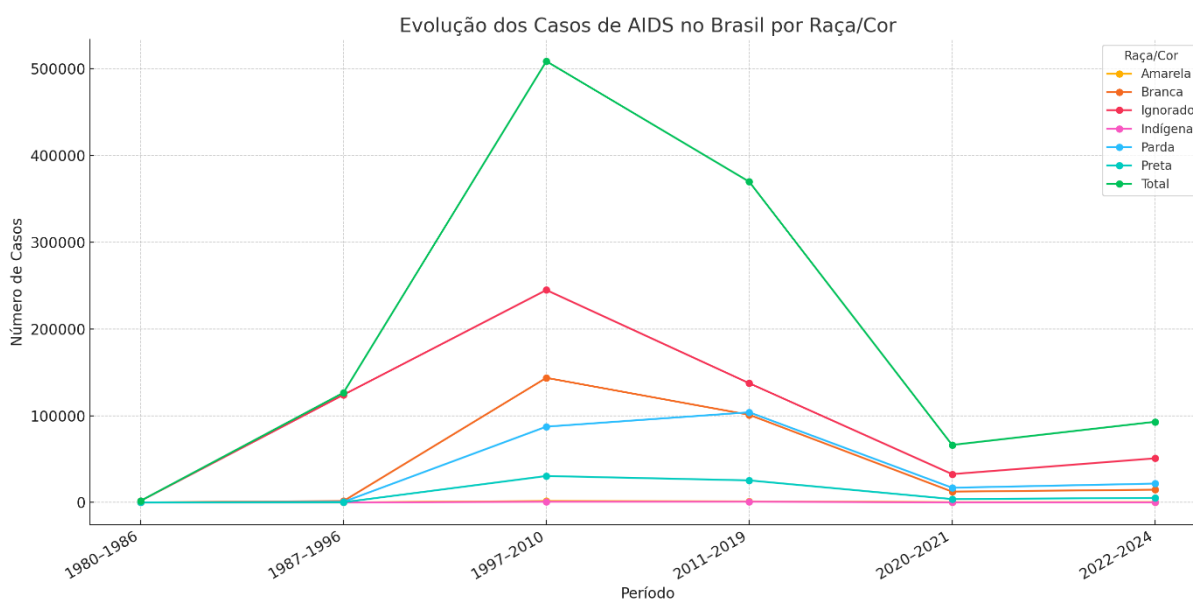
uma crescente sobrecarga da epidemia sobre as populações negras (pretos e pardos), sobretudo a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000.

Nos primeiros anos da epidemia, os dados disponíveis indicam forte concentração dos casos na população branca, com raríssimos registros entre pretos, pardos, indígenas e amarelos. Essa configuração não deve ser interpretada como evidência de uma menor incidência do HIV entre grupos racializados, mas antes como reflexo da desigualdade estrutural de acesso à testagem, à assistência médica e à vigilância epidemiológica. A maioria dos registros provinha de grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul, onde a população branca era sobre-representada nos serviços de saúde formalizados. Além disso, a categoria “ignorado” representa uma proporção alarmante dos casos em todo o período analisado, especialmente nas fases iniciais (mais de 140 mil entre 1987 e 1996 e mais de 180 mil entre 1997 e 2010), indicando um silenciamento institucional sobre a racialização da epidemia.

Com a ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização dos serviços e a interiorização das políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento, observa-se uma inflexão no perfil racial dos casos. A partir dos anos 2000, os pardos ultrapassam os brancos em número absoluto de notificações, consolidando-se como o grupo mais atingido pela epidemia. Entre 2011 e 2019, por exemplo, foram notificados mais de 101 mil casos entre pessoas pardas, contra pouco mais de 81 mil em brancos. No mesmo período, o número de casos entre pretos quase dobrou em relação à década anterior, ultrapassando 20 mil notificações. O aumento da visibilidade estatística desses grupos não representa necessariamente maior incidência, mas sim maior alcance dos mecanismos de notificação em populações historicamente invisibilizadas. Ainda assim, esse aumento revela também a sobreposição de vulnerabilidades sociais, territoriais e raciais que marcam o cotidiano da população negra e indígena brasileira, incluindo desigualdade no acesso à educação, ao emprego, à moradia e à saúde.

O gráfico evidencia que essa desigualdade racial na epidemia não é um fenômeno acidental ou meramente conjuntural, mas estruturante. A curva da população parda se mantém crescente mesmo em contextos de redução geral dos casos, como no período pandêmico de 2020–2021. A recuperação do sistema de vigilância a partir de 2022 confirma essa tendência: mesmo com dados ainda parciais, os casos notificados entre pardos voltam a superar amplamente os registrados entre brancos. A população preta, por sua vez, mantém crescimento estável nos registros,

o que reforça a necessidade de políticas de saúde que considerem o racismo como determinante social da infecção por HIV e do acesso aos serviços.



Diante desse cenário, a persistência da categoria “ignorado” continua a representar um obstáculo grave à construção de políticas públicas interseccionais e focalizadas. Sua redução nos últimos anos é um sinal positivo, mas ainda insuficiente. A subnotificação e a ausência de marcadores raciais em parte expressiva dos dados impedem o monitoramento qualificado da epidemia e o combate eficaz às iniquidades em saúde.

Assim, os dados analisados não apenas ilustram a transformação do perfil da epidemia de AIDS no Brasil, como também denunciam os limites da política pública frente à complexa articulação entre raça, classe, território e saúde. Combater o HIV/AIDS de forma efetiva requer, mais do que nunca, políticas interseccionais, antirracistas e territorializadas, que levem em conta os múltiplos determinantes sociais da saúde e da vulnerabilidade ao vírus

4.2O SINAN E O MONITORAMENTO DAS ISTs NO SISTEMA DE SAÚDE

4.2.1 Apresentação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação): origem e objetivos.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi concebido no âmbito das políticas públicas de vigilância em saúde como instrumento de padronização nacional dos registros de doenças e agravos que requerem notificação compulsória. Sua origem remonta à década de 1990, como desdobramento da

necessidade de consolidar e sistematizar os dados epidemiológicos coletados nos serviços de saúde, sobretudo após a descentralização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e a intensificação da vigilância epidemiológica como estratégia de controle de endemias e epidemias. Conforme Souza e CMAS (2009), a criação do SINAN representou um marco na tentativa de superar as lacunas e fragmentações herdadas de sistemas anteriores, com o propósito de organizar a notificação compulsória em nível nacional e subsidiar o planejamento e a execução das ações de saúde coletiva.

De acordo com Laguardia et al. (2004), o SINAN surgiu formalmente em 1993 como substituto das fichas isoladas e dos sistemas estaduais desarticulados que dificultavam a análise integrada dos dados. Sua estrutura foi concebida para permitir o registro padronizado de casos suspeitos ou confirmados de agravos prioritários, tais como doenças transmissíveis, acidentes e violências, em conformidade com a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Com isso, consolidou-se como ferramenta indispensável para a vigilância epidemiológica, contribuindo para o monitoramento da situação de saúde da população brasileira e para a orientação das políticas públicas. Essa mesma perspectiva é retomada por Cunha e Vargens (2017), ao destacarem que os sistemas de informação como o SINAN se articulam aos demais componentes da rede de atenção e gestão em saúde, possibilitando a construção de indicadores consistentes e a avaliação de tendências temporais e espaciais dos agravos.

O objetivo primário do SINAN é viabilizar a coleta, transmissão e análise de dados referentes a casos de doenças e agravos notificados em todos os municípios do país, assegurando a comparabilidade das informações e sua utilização em todos os níveis do SUS. Como observam Lessa et al. (2000), o SINAN constitui uma base estratégica para a vigilância epidemiológica e sanitária, ao fornecer subsídios técnicos para a atuação das equipes de saúde diante de surtos, epidemias, e eventos de interesse público. Em contextos específicos, como o da tuberculose, Rocha et al. (2020) apontam que o sistema é central para o acompanhamento das notificações, permitindo a análise de indicadores como abandono de tratamento, coinfeção HIV/tuberculose e resistência a medicamentos, contribuindo com a formulação de estratégias de controle adaptadas à realidade local.

A implantação do sistema em diferentes entes federativos, no entanto, não se deu de maneira uniforme. Estudo realizado por Maia (2015) sobre a implantação do SINAN em Pernambuco evidencia que diversos fatores organizacionais e estruturais

podem interferir na qualidade e oportunidade da notificação, como ausência de capacitação, precariedade da rede de internet, e subnotificação em determinados territórios. Esse ponto é corroborado por Medeiros (2009), que ressalta a necessidade de integrar o SINAN com outras bases de dados, como o e-SUS e o SIAB, para melhorar a qualidade das informações e reduzir redundâncias. Costa (2023) apresenta exemplo dessa integração com a criação do TB BI, uma solução que permite interoperabilidade entre os dados do e-SUS e do SINAN voltados ao controle da tuberculose, destacando-se como avanço técnico no fluxo de informações.

Além dos agravos clássicos, o SINAN passou a incorporar registros de violências e acidentes a partir dos anos 2000, ampliando o escopo de sua cobertura e incorporando campos específicos para vítimas de violência doméstica, interpessoal e sexual. Estudos como os de Santos (2017), Macedo (2016) e Manfredini (2020) demonstram que, ao incorporar essas categorias, o SINAN contribuiu para a visibilidade estatística e institucional de fenômenos historicamente invisibilizados, como a violência de gênero e contra crianças e adolescentes. No entanto, como alertam Gomes (2019) e Takeshita (2012), a subnotificação permanece como um problema recorrente, sobretudo nos agravos relacionados ao ambiente de trabalho e às doenças crônicas não transmissíveis, exigindo contínua sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na notificação.

O desenvolvimento do SINAN também enfrentou desafios técnicos ao longo de sua trajetória. Laguardia et al. (2004) apontam limitações relacionadas à interface do sistema, duplicidade de registros, e inconsistências na migração de dados, o que motivou sucessivas reformulações e atualizações da plataforma. A análise de Medeiros (2009) propõe a adoção de modelos baseados em ontologias para superar tais entraves, visando melhorar a interoperabilidade semântica e a consistência dos dados em saúde. Nesse sentido, a evolução do SINAN deve ser compreendida como processo dinâmico, marcado por revisões normativas, avanços tecnológicos e adaptações às necessidades epidemiológicas emergentes, refletindo o esforço institucional em consolidar um instrumento de vigilância tecnicamente robusto e adaptado ao princípio da integralidade do SUS.

4.2.2 Importância do SINAN para a vigilância epidemiológica de ISTs no SUS

A vigilância epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe um arcabouço informacional

estruturado e continuamente atualizado, que permita a observação sistemática de casos e a orientação técnica das ações públicas de prevenção, diagnóstico e controle. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), concebido na década de 1990 como ferramenta estratégica de suporte à vigilância em saúde, passou a desempenhar função central nesse processo, uma vez que possibilita a consolidação dos dados relativos a doenças e agravos compulsoriamente notificáveis, entre os quais se encontram as ISTs com maior impacto sanitário e social no Brasil, como sífilis, HIV, hepatites virais de transmissão sexual e outras infecções emergentes. Como apontam Souza e CMAS (2009), o surgimento do SINAN foi precedido por um cenário marcado por dispersão de registros e ausência de padronização nacional, o que comprometia a capacidade do Estado de produzir indicadores confiáveis e de antecipar movimentos epidemiológicos.

A incorporação das ISTs ao rol de agravos de notificação obrigatória representou avanço normativo e técnico no que tange ao enfrentamento desses agravos no SUS, permitindo maior capilaridade na coleta e análise dos dados provenientes da atenção primária e dos serviços especializados. De acordo com Laguardia et al. (2004), a arquitetura do SINAN foi projetada para registrar informações sobre casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos, incluindo variáveis demográficas, clínicas e sociais, o que torna possível a elaboração de análises estratificadas por região, faixa etária, escolaridade, raça/cor e grupo populacional prioritário. No contexto das ISTs, esse recurso permite identificar padrões territoriais e sociodemográficos de disseminação, viabilizando intervenções baseadas em evidências e a adequação das políticas públicas aos perfis específicos de vulnerabilidade.

O acúmulo de dados longitudinais e a padronização dos critérios de notificação propiciam ainda a construção de séries históricas e a avaliação da efetividade das ações implementadas. Rocha et al. (2020), ao analisarem as notificações de tuberculose no SINAN, demonstram como o sistema permite rastrear trajetórias terapêuticas, acompanhar desfechos clínicos e detectar falhas no seguimento dos casos. No âmbito das ISTs, essa capacidade é igualmente relevante, sobretudo diante do crescimento das notificações de sífilis adquirida, congênita e em gestantes, que exigem resposta imediata da rede assistencial e ações de busca ativa e bloqueio de transmissão vertical. A vigilância epidemiológica de ISTs por meio do SINAN torna possível, por exemplo, detectar surtos localizados, verificar o impacto de campanhas

de testagem e monitorar a cobertura de intervenções profiláticas, como a PrEP e a PEP.

A análise de Santos (2017), centrada na notificação de violência contra mulheres em Palmas (TO), evidencia o papel do SINAN na articulação entre vigilância em saúde e políticas de proteção social, especialmente quando se trata de violência sexual com risco de ISTs. Os dados notificados nesse campo possuem interface direta com o cuidado clínico, pois a correta notificação desencadeia o protocolo de atendimento integral à vítima, incluindo testagem rápida para HIV e sífilis, início de profilaxia e acompanhamento psicossocial. A mesma lógica se aplica a notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, como analisado por Macedo (2016), cujos registros, se realizados de forma adequada, alimentam o ciclo de vigilância e permitem que os gestores identifiquem áreas de maior vulnerabilidade, acionem a rede de proteção e desenvolvam ações educativas específicas.

Embora o SINAN tenha consolidado sua importância para a vigilância de ISTs, sua eficácia está diretamente relacionada à qualidade do preenchimento das fichas, à regularidade da alimentação do sistema e à infraestrutura técnica das secretarias de saúde. Maia (2015), ao avaliar a implantação do sistema em municípios pernambucanos, identificou entraves como carência de recursos humanos capacitados, sobrecarga das equipes e falhas na informatização, que resultam em subnotificação ou atraso nos registros. Tais deficiências comprometem a confiabilidade dos indicadores e limitam o uso do sistema como ferramenta de planejamento. Diante disso, torna-se necessário que as esferas federal, estadual e municipal estabeleçam estratégias permanentes de formação e supervisão, como forma de garantir a integridade, a completude e a oportunidade das informações.

A capacidade do SINAN de incorporar novas categorias de agravos e de se adaptar às exigências da vigilância contemporânea é atestada por sua interface com outros sistemas, como o e-SUS, o SIAB, o SISCEL e o SICLOM. Contudo, a fragmentação ainda persiste em diversas unidades da federação, dificultando a interoperabilidade e exigindo soluções inovadoras. Costa (2023) relata a criação do TB BI, solução tecnológica que integra os dados do e-SUS e do SINAN para o monitoramento da tuberculose, mas cuja lógica de integração pode ser transposta ao campo das ISTs. Essa articulação é vital para que os casos não se percam entre os diversos sistemas e para que o acompanhamento longitudinal seja possível,

especialmente nos agravos com múltiplas entradas na rede, como o HIV, cuja vigilância exige a convergência de dados laboratoriais, clínicos e assistenciais.

A discussão proposta por Medeiros (2009) a respeito do uso de ontologias para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde reforça a ideia de que o SINAN deve evoluir não apenas em termos operacionais, mas também conceituais, permitindo representações mais complexas dos agravos e dos determinantes sociais associados. No caso das ISTs, a incorporação de campos mais qualificados sobre vulnerabilidades, práticas sexuais, identidade de gênero e contextos sociais pode enriquecer as análises e oferecer suporte à formulação de políticas mais equitativas. Gomes (2019), ao investigar os fatores associados à notificação de perda auditiva por ruído, mostra que a omissão de informações contextuais reduz a capacidade de resposta do sistema. O mesmo se aplica às ISTs, cuja distribuição está intrinsecamente ligada às desigualdades sociais, raciais e territoriais.

Além disso, conforme observa Cunha e Vargens (2017), os sistemas de informação do SUS devem ser compreendidos como instrumentos políticos e técnicos de suporte à gestão pública, devendo servir não apenas para a produção de indicadores, mas para a indução de práticas de cuidado mais qualificadas. O SINAN, ao registrar casos de ISTs com detalhamento e em tempo oportuno, contribui para o enfrentamento de uma série de desafios sanitários, desde a prevenção da transmissão vertical até o monitoramento da resistência antimicrobiana em casos de sífilis ou gonorreia. Takeshita (2012), ao tratar de acidentes de trabalho fatais, revela como a utilização de bancos de dados epidemiológicos pode influenciar diretamente a formulação de normas de segurança e saúde. Esse mesmo princípio é aplicável à vigilância de ISTs, cuja notificação padronizada pode subsidiar a criação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas adaptadas às realidades locais.

O SINAN, portanto, transcende sua função meramente administrativa e se insere como dispositivo estratégico na governança do SUS, ao possibilitar o controle social, a avaliação de políticas públicas e o redirecionamento das ações sanitárias a partir de evidências produzidas com base nas notificações. No campo das ISTs, essa função se potencializa à medida que se qualifica a coleta dos dados, se ampliam as parcerias institucionais e se assegura a participação ativa dos trabalhadores da saúde na notificação e análise da situação epidemiológica. A análise contínua dessas informações, a produção de boletins epidemiológicos e a disseminação de dados qualificados para os territórios constituem etapas fundamentais de um processo que

visa à redução das desigualdades no acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

4.2.3 Tipos de ISTs notificáveis e protocolos de registro

A notificação compulsória de agravos de interesse em saúde pública, entre eles as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), é um dos pilares da vigilância epidemiológica no Brasil, sendo operacionalizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este sistema estrutura-se sobre a obrigatoriedade legal de registro dos casos suspeitos ou confirmados de determinadas doenças, conforme a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, atualizada periodicamente pelo Ministério da Saúde. As ISTs que constam nessa lista incluem, entre outras, a sífilis adquirida, a sífilis em gestante, a sífilis congênita, a infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas, as hepatites virais B e C (quando associadas à transmissão sexual), o HIV/Aids propriamente dito e, em alguns contextos específicos, outras infecções sexualmente transmissíveis que apresentem risco coletivo ou surto localizado. Como assinala Rocha et al. (2020), o SINAN desempenha o papel de integrar e padronizar as notificações desses agravos em todo o território nacional, possibilitando a produção de dados comparáveis e a atuação coordenada dos entes federativos.

A definição de quais ISTs são de notificação obrigatória considera critérios epidemiológicos, como magnitude, transcendência e vulnerabilidade das populações afetadas. Segundo Adaskevicius, Ribeiro e Chaves (2024), a análise dos dados do SINAN no município de Pirapora/MG entre 2017 e 2022 demonstrou que as ISTs mais notificadas foram a sífilis adquirida e congênita, seguidas pela infecção pelo HIV, destacando a persistência dessas condições como problema de saúde pública mesmo em contextos de expansão da cobertura da Atenção Básica. Esses dados evidenciam que a notificação de ISTs não se limita a um protocolo burocrático, mas se articula diretamente ao processo de cuidado, especialmente quando se trata de agravos evitáveis, como a sífilis congênita, cuja ocorrência revela falhas na condução do pré-natal e na cobertura do tratamento das gestantes e parceiros.

O registro dos casos de ISTs no SINAN se dá por meio do preenchimento de fichas de notificação padronizadas, que devem ser devidamente preenchidas por profissionais de saúde no momento da identificação clínica ou laboratorial do agravo. Conforme descrito por Laguardia et al. (2004), essas fichas contemplam variáveis

sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e situacionais, as quais, além de caracterizar o caso, permitem a análise de fatores associados à transmissão, ao acesso ao diagnóstico e à adesão ao tratamento. No caso da sífilis, por exemplo, há fichas específicas para os tipos adquirida, gestacional e congênita, com campos detalhados sobre a fase clínica da infecção, histórico de testagem, tratamento da gestante e do parceiro, e dados neonatais. Valetim (2023) adverte que, em muitos municípios, a ausência de investigação adequada dos casos resulta em notificações incompletas ou inconsistentes, o que compromete a utilização dos dados para fins de vigilância e planejamento. A autora aponta que a elevada taxa de casos sem encerramento adequado ou sem definição da forma de transmissão reflete limitações na articulação entre vigilância epidemiológica e atenção primária.

A avaliação da qualidade da informação contida nas fichas de notificação é etapa central do processo de vigilância. Abath et al. (2014), ao analisarem os registros de violências interpessoais e autoprovocadas no SINAN de Recife entre 2009 e 2012, identificaram que a completitude e a consistência variavam significativamente conforme o tipo de variável e o local de notificação. Embora o estudo não se restrinja às ISTs, seus achados são plenamente aplicáveis a esses agravos, considerando que muitos deles, como a sífilis gestacional, exigem registros detalhados para fins de avaliação da transmissão vertical. A duplicidade de registros, erro frequente no SINAN, pode gerar superestimação dos indicadores e distorcer os parâmetros epidemiológicos, especialmente quando há ausência de número de prontuário único e de procedimentos adequados de encerramento de casos.

Os protocolos de registro das ISTs incluem, além da notificação imediata (em até 24 horas, nos casos de sífilis congênita e HIV em crianças expostas, por exemplo), a necessidade de investigação e encerramento do caso em prazo estipulado pelo Ministério da Saúde. Essa investigação deve incluir a busca ativa de contatos, a confirmação laboratorial do diagnóstico, a análise da história clínica e, no caso das gestantes, a verificação da adesão ao tratamento e o exame dos parceiros. Como descreve Santos et al. (2018), a subnotificação e o não encerramento de casos de tuberculose – que compartilha com as ISTs o desafio do acompanhamento contínuo – têm causas multifatoriais, entre elas o excesso de demanda nos serviços, a rotatividade de profissionais e a falta de articulação entre os bancos de dados. O mesmo se aplica à vigilância das ISTs, cuja qualidade depende da integração entre o

serviço notificante e o núcleo de vigilância, da qualificação dos profissionais e da incorporação da notificação como parte do processo de cuidado.

Em relação à infecção pelo HIV, a notificação compulsória foi regulamentada nacionalmente a partir de 2014, com a obrigatoriedade de registrar casos de HIV positivo em gestantes, em crianças expostas ao HIV e em pessoas vivendo com HIV independentemente da manifestação da síndrome (Aids). Essa mudança ampliou o escopo da vigilância, tornando possível monitorar com maior precisão o número de novos casos e de pessoas em tratamento, especialmente em populações-chave. Adaskevicius, Ribeiro e Chaves (2024) indicam que, mesmo após essa mudança normativa, há subnotificação expressiva nos municípios de médio porte, e que o preenchimento inadequado da ficha de HIV leva à perda de dados importantes, como tipo de exposição sexual, uso de preservativos e coinfeções associadas. Tais lacunas inviabilizam análises estratificadas e o delineamento de políticas de prevenção focadas nos grupos mais expostos.

Outro aspecto relevante nos protocolos de registro refere-se ao controle da qualidade dos dados ao longo do fluxo de informação, que percorre da unidade notificadora ao município, passando por instâncias regionais, estaduais e federais. Rocha et al. (2020) enfatizam que a retroalimentação da informação – por meio de boletins, relatórios técnicos e painéis de monitoramento – é essencial para que os dados notificados no SINAN possam gerar impacto real na gestão e no cuidado. A ausência dessa retroalimentação, somada à falta de devolutiva para os serviços de saúde, tende a desestimular os profissionais e reduzir a prioridade atribuída à notificação. Os autores defendem, ainda, que o treinamento contínuo, a automatização de alertas e o cruzamento com outras bases (como o SIM, o SISCEL e o e-SUS) podem aprimorar o protocolo de registro e qualificar a vigilância epidemiológica das ISTs.

O desafio da completude e da fidelidade dos dados não pode ser dissociado das condições estruturais e organizacionais dos serviços. Laguardia et al. (2004) alertam que, para além das questões técnicas, o funcionamento adequado do SINAN requer uma cultura institucional voltada para o uso da informação como ferramenta de gestão e cuidado. Isso implica repensar o lugar da notificação no processo de trabalho em saúde, integrando-a às rotinas clínicas, aos protocolos de acolhimento e à gestão de casos, especialmente no manejo de ISTs em contextos de vulnerabilidade social. Em síntese, os tipos de ISTs notificáveis no Brasil e os respectivos protocolos de

registro estabelecidos pelo Ministério da Saúde constituem dispositivos estruturantes da vigilância epidemiológica. Sua efetividade depende da padronização normativa, da consistência dos dados registrados, da articulação entre os níveis de gestão e da incorporação crítica dos indicadores como ferramentas para qualificar o cuidado, enfrentar as desigualdades e ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção.

4.2.4 Limitações e potencialidades do SINAN na formulação de políticas públicas

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), enquanto instrumento estruturante da vigilância epidemiológica no Brasil, apresenta dupla função no campo da saúde pública: por um lado, permite o monitoramento contínuo da ocorrência de agravos e o delineamento de padrões epidemiológicos; por outro, fornece subsídios diretos para a formulação, avaliação e reorientação das políticas públicas em nível municipal, estadual e federal. Sua operacionalização, entretanto, não está isenta de limites, sendo impactada por aspectos estruturais, normativos e operacionais que afetam tanto a qualidade quanto a completude dos dados. As potencialidades do sistema, por sua vez, se expressam na capacidade de gerar informações em tempo oportuno, de padronizar os fluxos informacionais e de promover a equidade na resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) frente a doenças e agravos de impacto coletivo, entre eles as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Entre as limitações frequentemente apontadas está a subnotificação, aspecto que compromete a confiabilidade dos indicadores e, por conseguinte, a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Santos et al. (2018), ao investigarem a subnotificação de tuberculose a partir do cruzamento entre os bancos Sinan Aids e Sinan Tuberculose, identificaram falhas significativas relacionadas à duplicidade de registros, ausência de encerramento e baixa integração entre sistemas. Embora o estudo seja centrado na tuberculose, seus achados são plenamente transponíveis às ISTs, cuja subnotificação é notadamente acentuada nos casos de sífilis congênita e infecção pelo HIV em gestantes, sobretudo em regiões com menor cobertura da Atenção Primária. Valetim (2023) alerta que a carência de investigação adequada dos casos notificados de sífilis congênita compromete não apenas o fechamento dos registros no SINAN, mas também o reconhecimento institucional da falha no cuidado

pré-natal, inviabilizando a responsabilização dos serviços e a implementação de políticas de correção.

Além da subnotificação, outro fator limitante é a baixa completude e a inconsistência dos dados registrados. Abath et al. (2014), ao avaliarem os registros de violência no SINAN no município de Recife, identificaram taxas expressivas de campos ignorados ou em branco, o que compromete a realização de análises estratificadas e a construção de perfis epidemiológicos detalhados. Esse mesmo problema afeta os registros de ISTs, especialmente quando se considera a necessidade de identificar vulnerabilidades específicas (como orientação sexual, práticas sexuais e uso de substâncias), que frequentemente não são preenchidas nas fichas por desconhecimento, negligência ou constrangimento do profissional. Em contextos como o da infecção pelo HIV e sífilis gestacional, variáveis como escolaridade, raça/cor e condição socioeconômica são essenciais para embasar políticas interseccionais de prevenção e cuidado, e sua ausência prejudica a alocação equitativa de recursos.

O processo de notificação no SINAN também esbarra em limitações organizacionais. Adaskevicius, Ribeiro e Chaves (2024), ao analisarem as notificações em Pirapora/MG entre 2017 e 2022, apontam a sobrecarga das equipes de saúde, a rotatividade de profissionais e a insuficiência de capacitação técnica como fatores que reduzem a qualidade da informação notificada. Tais fatores contribuem para a negligência da notificação como etapa clínica e desvalorizam sua importância para a vigilância e a gestão. Laguardia et al. (2004) já haviam ressaltado, há duas décadas, a fragilidade do fluxo informacional entre os diferentes níveis do SUS e a escassez de mecanismos de validação automática de dados, que ainda hoje persistem como gargalos para a eficiência do sistema.

Apesar dessas limitações, o SINAN possui potencialidades que o consolidam como instrumento estratégico para a formulação de políticas públicas em saúde. Rocha et al. (2020) enfatizam a capacidade do sistema de produzir indicadores confiáveis, monitorar desfechos clínicos, mapear a distribuição espacial de agravos e identificar tendências epidemiológicas. Esses atributos são indispensáveis para o planejamento territorializado das ações, para o controle de epidemias e para o estabelecimento de metas e prioridades no âmbito dos planos de saúde municipais e estaduais. No caso das ISTs, o cruzamento entre os dados do SINAN e outras bases, como o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), o SISCEL (Sistema de

Controle de Exames Laboratoriais) e o SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), permite acompanhar a linha do cuidado, identificar perdas no seguimento e direcionar estratégias de busca ativa e testagem em populações-chave.

Outro aspecto relevante é a capacidade do SINAN de dar visibilidade institucional a agravos historicamente invisibilizados, como as violências sexuais e a sífilis congênita. Macedo (2016), ao analisar a notificação de violências contra crianças e adolescentes, destaca que a presença do registro no sistema obriga os gestores a reconhecerem a ocorrência e a planejarem ações intersetoriais de enfrentamento. No mesmo sentido, Santos (2017) evidencia que a notificação da violência contra mulheres em Palmas/TO desencadeia a articulação entre serviços de saúde, assistência social e segurança pública, gerando desdobramentos concretos na proteção das vítimas. Essa lógica pode ser ampliada para a formulação de políticas voltadas às ISTs, em que a notificação adequada subsidia desde a distribuição de insumos estratégicos (testes rápidos, preservativos, medicamentos) até a estruturação de redes regionais de cuidado e prevenção.

O sistema também possui potencial para integração tecnológica com outras plataformas, o que amplia sua capacidade analítica e sua utilidade para a gestão. Costa (2023) apresenta o TB BI como exemplo de ferramenta desenvolvida para integrar os dados do e-SUS com os do SINAN, com o objetivo de apoiar o controle da tuberculose. Tal modelo poderia ser replicado para o monitoramento das ISTs, especialmente nos casos em que o acompanhamento clínico se dá em múltiplos pontos da rede. A interoperabilidade entre sistemas, embora ainda incipiente, representa uma frente promissora para a melhoria da qualidade da informação e para o uso racional dos dados na gestão pública.

Por fim, deve-se considerar que a superação das limitações do SINAN depende da valorização da informação como bem público e da institucionalização de práticas de governança informacional. Medeiros (2009) argumenta que a adoção de modelos baseados em ontologias pode qualificar semanticamente os registros e permitir análises mais sofisticadas e articuladas com os determinantes sociais da saúde. Cunha e Vargens (2017) reforçam que os sistemas de informação do SUS devem ser compreendidos não apenas como ferramentas de vigilância, mas como instrumentos de formulação democrática de políticas públicas, alinhadas aos princípios da equidade, da integralidade e da participação social. Assim, o SINAN, embora marcado por limites operacionais, dispõe de atributos que, se fortalecidos, podem potencializar

sua função estruturante na definição de prioridades, no controle social da saúde e na construção de políticas públicas sensíveis às realidades e desigualdades do território brasileiro.

4.2.5 A contribuição do sistema para o mapeamento de vulnerabilidades populacionais

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) configura-se como uma das principais ferramentas de vigilância em saúde no Brasil, não apenas por registrar dados epidemiológicos em âmbito nacional, mas por sua capacidade de revelar padrões estruturais de adoecimento e desigualdade, permitindo o mapeamento das vulnerabilidades populacionais associadas a agravos como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a tuberculose, a sífilis congênita e as violências interpessoais. A análise sistemática dos registros do SINAN permite identificar recortes territoriais, étnico-raciais, geracionais, de gênero e de condições socioeconômicas em que os agravos se concentram com maior intensidade, oferecendo subsídios técnicos e políticos à formulação de estratégias de enfrentamento das iniquidades em saúde. Como enfatizam Laguardia et al. (2004), a estrutura do SINAN, ao contemplar variáveis como raça/cor, escolaridade, faixa etária, local de residência e tipo de exposição, torna-se instrumental na identificação de populações em situação de risco social e sanitário.

Ao registrar, por exemplo, os casos de sífilis gestacional, o SINAN possibilita a delimitação de perfis de gestantes com maior vulnerabilidade à infecção e, portanto, à transmissão vertical. Os campos obrigatórios sobre escolaridade, idade, raça/cor, trimestre de diagnóstico e tratamento do parceiro permitem, quando corretamente preenchidos, uma leitura interseccional das condições que favorecem a permanência da sífilis congênita como problema de saúde pública. Valetim (2023) alerta que a ausência de investigação adequada dos casos notificados representa não apenas uma falha no processo de cuidado, mas uma omissão institucional que invisibiliza as trajetórias de vulnerabilidade a que essas mulheres estão submetidas. A sistematização desses dados, quando articulada a políticas públicas intersetoriais, permite delinear territórios prioritários para ações de testagem, educação sexual e ampliação do acesso ao pré-natal.

O mesmo se observa na análise da distribuição da infecção pelo HIV, sobretudo em populações historicamente marginalizadas. Adaskevicius, Ribeiro e Chaves

(2024), ao investigarem as notificações no município de Pirapora/MG, constataram que o número expressivo de casos de HIV e sífilis adquirida se concentrava em áreas periféricas, com baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e altos índices de vulnerabilidade social. Tais achados corroboram a hipótese de que as ISTs são marcadores biológicos de desigualdade social e, portanto, que os dados do SINAN podem — e devem — ser utilizados como base para a territorialização das ações em saúde e o redirecionamento de recursos públicos. O mapeamento dessas vulnerabilidades territoriais também é essencial para a construção de agendas locais de enfrentamento, especialmente em municípios com estrutura fragmentada de vigilância epidemiológica.

O cruzamento das notificações com dados de violência interpessoal amplia ainda mais o poder analítico do SINAN no reconhecimento de populações sob risco cumulativo. Abath et al. (2014), ao analisarem registros de violência em Recife, apontaram que adolescentes e mulheres jovens figuravam entre os principais grupos afetados, com notificações frequentemente associadas à violência sexual, situação em que o risco de infecção por ISTs é elevado. O sistema, ao tornar visível a confluência entre violência de gênero e vulnerabilidade sanitária, fornece os elementos necessários para a articulação entre vigilância epidemiológica e proteção social, com impactos diretos na formulação de políticas integradas de atenção à mulher e à criança. Santos (2017), por sua vez, demonstrou como a análise dos dados de violência contra mulheres em Palmas/TO, extraídos do SINAN, evidenciou padrões de reincidência e omissão institucional, sendo o sistema utilizado para pressionar gestores locais a desenvolver estratégias específicas de enfrentamento à violência sexual e à contaminação por ISTs.

Embora os registros do SINAN sejam potenciais marcadores de desigualdade, essa função só se efetiva quando há completude e consistência dos dados. Santos et al. (2018) identificaram que a subnotificação de agravos como a tuberculose afeta desproporcionalmente populações em situação de rua, usuários de drogas e pessoas vivendo com HIV, cujas trajetórias assistenciais tendem a ser fragmentadas e instáveis. Essa lógica se estende às ISTs: quando os serviços não registram adequadamente casos oriundos de populações-chave — como pessoas trans, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e migrantes — o sistema deixa de mapear os nós críticos da desigualdade epidemiológica. A ausência desses dados não significa ausência do agravo, mas falência institucional na produção de

visibilidade e cuidado. Para que o SINAN possa de fato mapear vulnerabilidades, é necessário que a notificação seja compreendida como parte do processo de cuidado, e não apenas como tarefa burocrática.

Nesse sentido, o sistema possui potencialidades ainda pouco exploradas. Rocha et al. (2020) defendem que, ao permitir o acompanhamento longitudinal de casos e a produção de painéis de análise por faixa etária, sexo, localização geográfica e vínculo com serviços, o SINAN pode subsidiar a construção de linhas de cuidado específicas e o redimensionamento da rede de atenção. Em áreas com maior incidência de sífilis gestacional e HIV em adolescentes, por exemplo, os dados podem fundamentar a implantação de serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados à juventude, de caráter não punitivo e com foco em educação emancipatória. A articulação desses dados com a Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo em regiões de alta vulnerabilidade social, amplia a capacidade do SUS de formular respostas territorializadas e interseccionais.

Além disso, a possibilidade de integração entre o SINAN e outras bases públicas amplia significativamente seu potencial para a caracterização das vulnerabilidades. Costa (2023) destaca a experiência do TB BI, plataforma que integra dados do SINAN e do e-SUS para vigilância da tuberculose, como modelo aplicável às ISTs. A interoperabilidade entre sistemas favorece o cruzamento de informações clínicas, demográficas e socioassistenciais, o que permitiria, por exemplo, identificar crianças expostas ao HIV não vinculadas a serviços de seguimento, ou gestantes com testagem positiva para sífilis que não iniciaram tratamento adequado. Tal capacidade tecnológica reforça o papel do SINAN como eixo estruturante das estratégias de vigilância em saúde.

A análise das limitações também é necessária para que o sistema possa cumprir sua função de mapeamento. Como observam Laguardia et al. (2004), a fragilidade na comunicação entre os níveis municipal, estadual e federal, aliada à ausência de validação automática de registros e à instabilidade na cobertura tecnológica, compromete a efetividade do sistema. Cunha e Vargens (2017) reiteram que a superação desses entraves depende não apenas de inovação técnica, mas da institucionalização de uma cultura de uso da informação para a equidade, em que os dados produzidos pelo SINAN sejam acionados como dispositivos de responsabilização social e de formulação de políticas voltadas aos grupos historicamente excluídos. Medeiros (2009), ao propor a adoção de ontologias em

sistemas de informação em saúde, ressalta a importância de estruturas semânticas que permitam interpretar os dados para além do nível quantitativo, captando suas dimensões sociais, relacionais e contextuais.

Portanto, a contribuição do SINAN para o mapeamento das vulnerabilidades populacionais não se restringe à sua função técnica de registro, mas se estende à sua capacidade política de dar visibilidade à desigualdade, ao sofrimento social e às trajetórias negligenciadas de adoecimento. Quando fortalecido, qualificado e integrado, o sistema permite que as informações não apenas circulem nos fluxos institucionais, mas que sirvam como base para o exercício da justiça social no campo da saúde pública.

4.3 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS ISTs NA MICROREGIÃO DE AQUIDAUANA (MS)

4.3.1 AIDS

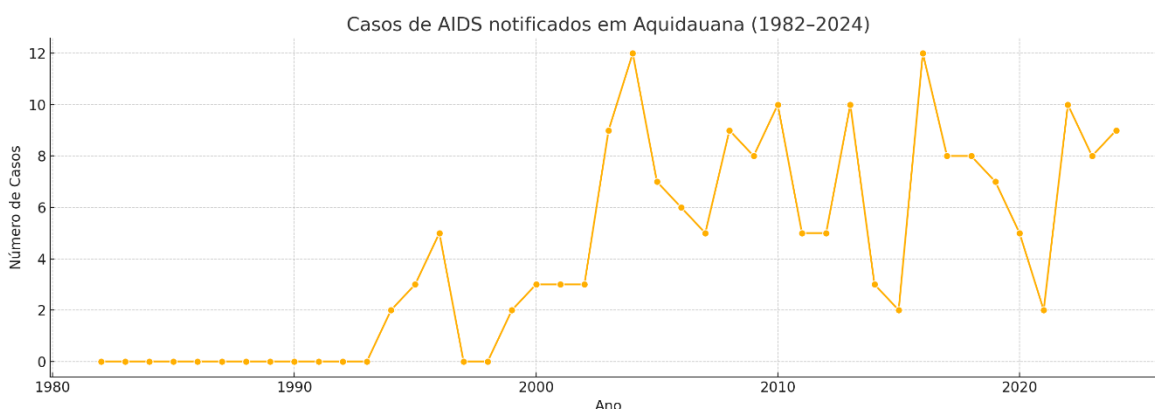
Este capítulo apresenta a análise histórica e epidemiológica da evolução dos casos de AIDS notificados no município de Aquidauana (MS) entre os anos de 1982 e 2024, com base em dados oficiais provenientes do sistema de vigilância em saúde. O objetivo é compreender como a epidemia se manifestou localmente ao longo do tempo, considerando as diferentes fases de institucionalização da resposta ao HIV no Brasil e as especificidades territoriais que caracterizam o contexto interiorano do estado do Mato Grosso do Sul.

Para tanto, os dados foram organizados segundo seis períodos epidemiológicos que refletem momentos distintos da trajetória da epidemia no país: (1) 1982–1986, correspondente ao período emergente da AIDS, marcado pela ausência de estrutura diagnóstica nos municípios; (2) 1987–1996, período de crise sanitária e início da resposta nacional organizada; (3) 1997–2010, fase de interiorização das políticas públicas de HIV/AIDS e expansão da testagem; (4) 2011–2019, caracterizado por uma estabilização em patamares elevados; (5) 2020–2021, fase impactada pela pandemia de COVID-19 e o consequente refluxo na vigilância epidemiológica; e (6) 2022–2024, momento de retomada parcial das notificações pós-pandemia.

A segmentação temporal permite observar não apenas os padrões de crescimento ou estabilidade dos casos, mas também identificar os efeitos de políticas

públicas, crises institucionais e transformações sociais na dinâmica local da epidemia. Nesse sentido, a análise contribui para uma compreensão situada e crítica da trajetória da AIDS em Aquidauana, superando visões homogêneas e agregadas que invisibilizam as realidades dos municípios fora dos grandes centros.

O gráfico a seguir ilustra a evolução dos casos notificados ao longo dos períodos mencionados, distribuídos por intervalos temporais estratégicos que dialogam com os marcos da política nacional de enfrentamento da AIDS. A visualização permite observar claramente os momentos de silêncio epidemiológico, os ciclos de crescimento das notificações, os efeitos do colapso sanitário provocado pela COVID-19 e a persistência da epidemia em padrões endêmicos no contexto local. A análise que se segue detalha cada um desses períodos, situando os dados quantitativos à luz de fatores institucionais, sociais e históricos que influenciaram a resposta à epidemia em Aquidauana.



Entre os anos de 1982 e 1986, o município de Aquidauana (MS) não registrou qualquer caso de AIDS, segundo os dados oficiais de notificação. Esse silêncio epidemiológico não é uma peculiaridade isolada do município, mas reflete uma dinâmica nacional característica do início da epidemia do HIV no Brasil. Nesse período, o conhecimento sobre o vírus ainda era incipiente, os sistemas de vigilância epidemiológica estavam em estágio embrionário, e os mecanismos de detecção, notificação e resposta estavam fortemente concentrados em grandes centros urbanos, especialmente nas capitais das regiões Sudeste e Sul.

O fato de Aquidauana não apresentar registros pode ter, portanto, múltiplas explicações. Em primeiro lugar, é possível que o vírus de fato ainda não tivesse alcançado o território municipal até meados da década de 1980, considerando o padrão inicial de disseminação do HIV, associado a redes sexuais urbanas específicas, ao turismo internacional e à concentração da população gay e de usuários

de drogas injetáveis em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Nesse modelo, a interiorização da epidemia se daria mais lentamente, por meio da mobilidade populacional e da fragilidade dos sistemas de saúde fora dos grandes centros.

No entanto, a hipótese de ausência real de casos deve ser considerada com cautela, uma vez que a infraestrutura de saúde pública em municípios como Aquidauana era, à época, extremamente limitada. O acesso à testagem laboratorial era restrito, inexistia política pública sistemática voltada para a detecção precoce da infecção pelo HIV, e a vigilância epidemiológica local ainda não havia sido plenamente estruturada. A ausência de notificações pode, portanto, refletir não a ausência da doença em si, mas a completa incapacidade institucional de reconhecê-la, diagnosticá-la e registrá-la.

Além disso, o forte estigma social que cercava a AIDS nos primeiros anos da epidemia – associando-a a determinados grupos considerados “de risco”, como homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas vivendo com outras ISTs – contribuiu para um processo de invisibilização deliberada ou inconsciente da doença. Em contextos pequenos e conservadores, como os de muitos municípios interioranos, a notificação de casos podia ser evitada ou retardada tanto por medo do preconceito quanto pela ausência de preparo técnico e ético dos profissionais de saúde para lidar com o tema.

Entre 1987 e 1996, o município de Aquidauana registrou um total de apenas 10 casos de AIDS, número que, embora possa parecer residual, representa um marco na trajetória local da epidemia, pois corresponde à transição entre a invisibilidade diagnóstica dos anos anteriores e o início da construção institucional da resposta ao HIV no interior brasileiro. Esse dado deve ser analisado com atenção ao contexto histórico, político e sanitário do país, marcado por profundas limitações estruturais e por um estigma generalizado em torno da doença.

A segunda metade da década de 1980 e a década de 1990 foram cruciais para a configuração das políticas públicas nacionais voltadas ao enfrentamento da AIDS. Em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST/AIDS, com o objetivo de coordenar ações de vigilância, prevenção e tratamento. No entanto, sua atuação inicial concentrou-se majoritariamente nas capitais e em regiões metropolitanas, onde a epidemia era mais visível, os serviços de saúde eram mais estruturados, e havia maior mobilização da sociedade civil. Os municípios do interior,

como Aquidauana, continuaram por muitos anos à margem dos investimentos públicos, tanto em infraestrutura laboratorial quanto em campanhas educativas e em capacitação profissional.

Nesse período, o acesso ao diagnóstico ainda era altamente limitado. A testagem para o HIV dependia da coleta de amostras encaminhadas a laboratórios de referência em centros urbanos distantes, o que tornava o processo demorado, custoso e, muitas vezes, inacessível para a população mais vulnerável. Além disso, o medo da doença e o preconceito contra os grupos mais fortemente associados à sua transmissão geravam inibição tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os próprios usuários dos serviços, contribuindo para a subnotificação dos casos. Muitos pacientes sequer chegavam a ser diagnosticados em vida, e parte das notificações ocorria apenas post mortem, após longos períodos de adoecimento sem acompanhamento especializado.

A presença de 10 casos notificados em Aquidauana ao longo de dez anos deve, portanto, ser compreendida não como sinal de baixa incidência real, mas como evidência dos limites da vigilância e da assistência à saúde no contexto de um município de médio porte, com baixa densidade técnica e institucional para lidar com uma epidemia complexa e estigmatizada. Esses primeiros registros podem ter correspondido a indivíduos que buscaram atendimento fora do município, que apresentaram quadros clínicos graves e inespecíficos ou que pertenciam a segmentos da população com maior possibilidade de acesso à rede estadual de saúde.

Esse período também coincide com o avanço inicial das discussões em torno dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ainda que de forma restrita e desigual. A mobilização de organizações não governamentais, especialmente nas capitais, começava a pressionar o Estado por políticas mais humanizadas, pelo acesso a medicamentos e pela inclusão dos usuários nos debates sobre saúde pública. Entretanto, tais discussões demoraram a chegar a contextos periféricos e interioranos, onde predominava a visão biomédica punitiva e moralizante da epidemia, com pouca interlocução com a realidade social da população.

Dessa forma, os 10 casos registrados entre 1987 e 1996 não apenas revelam os primeiros sinais de presença estatística do HIV em Aquidauana, mas também expõem o abismo existente entre o avanço da resposta nacional à epidemia e a fragilidade dos municípios interioranos em acompanhar esse movimento. A subnotificação, a ausência de políticas locais e a precariedade da estrutura de saúde

contribuíram para um cenário em que a AIDS, embora presente, permaneceu em grande parte invisível no território. Esse padrão só começaria a se modificar com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização dos programas de IST/AIDS e a interiorização das ações de prevenção e diagnóstico no final da década de 1990 e início dos anos 2000.

Entre 1997 e 2010, o município de Aquidauana vivenciou a fase de maior crescimento acumulado de notificações de AIDS, com um total de 77 casos registrados. Este período é particularmente relevante na história da resposta brasileira à epidemia, pois marca a consolidação de políticas públicas estruturadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na descentralização da atenção e na interiorização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. A expressiva elevação dos registros em Aquidauana está em consonância com esse processo nacional de expansão da vigilância epidemiológica para além dos grandes centros urbanos.

Durante esses anos, o Ministério da Saúde passou a incentivar fortemente a criação de serviços municipais de referência em HIV/AIDS, a ampliação da testagem gratuita e o fortalecimento da notificação compulsória, por meio de capacitações, repasses financeiros e protocolos normativos. Em paralelo, houve um investimento maciço na oferta de antirretrovirais pelo SUS, com distribuição gratuita e acesso universal garantido por lei desde 1996. Isso gerou, nos anos seguintes, um aumento da procura pelos serviços de saúde, tanto para diagnóstico quanto para tratamento, inclusive em municípios de médio porte como Aquidauana.

É importante destacar que o aumento das notificações nesse período não deve ser interpretado automaticamente como aumento da incidência de novos casos, mas sim como reflexo da melhoria na capacidade de detecção. Muitos dos diagnósticos realizados entre 1997 e 2010 podem corresponder a infecções adquiridas em anos anteriores e que só foram reconhecidas com o avanço do sistema local de saúde. A estabilização de uma média anual crescente de casos, acompanhada por campanhas públicas e articulação intersetorial, permitiu o mapeamento mais preciso da epidemia no território.

Além disso, esse período coincide com mudanças significativas no perfil da população atingida, marcadas por uma maior interiorização e feminilização da epidemia, e por uma crescente vulnerabilidade das populações negras, pobres e periféricas – fenômenos também observáveis em municípios do Pantanal e do interior

do Mato Grosso do Sul. O avanço das notificações em Aquidauana deve, portanto, ser compreendido como parte de um processo mais amplo de enfrentamento das iniquidades no acesso ao diagnóstico e à assistência.

Na sequência, entre 2011 e 2019, observa-se um total de 60 casos notificados no município, indicando uma leve redução em relação ao período anterior, mas com manutenção de uma média anual elevada para os padrões demográficos locais. Esse comportamento reflete uma fase de estabilização da epidemia no Brasil, em que os números absolutos deixam de crescer exponencialmente, mas se mantêm altos, configurando o que muitos estudiosos classificam como uma "estabilidade de alta intensidade". Em Aquidauana, a persistência de um padrão anual entre cinco e dez casos notificados revela a permanência da circulação ativa do HIV no território e evidencia que a epidemia já se encontra consolidada como questão de saúde pública local.

Esse padrão de estabilidade elevada, comum em muitas regiões do país, revela tanto os avanços da política de testagem e prevenção quanto seus limites. A existência de fluxos regulares de notificação, especialmente em municípios interioranos, demonstra a efetividade da vigilância epidemiológica municipalizada. No entanto, a ausência de queda significativa no número de novos casos também aponta para os desafios persistentes em relação à prevenção combinada, à testagem regular de populações-chave, ao enfrentamento do estigma e à integração entre os níveis de atenção à saúde.

Entre os anos de 2020 e 2021, o município de Aquidauana registrou apenas 7 casos de AIDS, número significativamente inferior à média anual observada nos anos anteriores. Essa redução abrupta, no entanto, não deve ser interpretada como sinal de controle epidemiológico da infecção por HIV, mas sim como uma consequência direta do contexto excepcional provocado pela pandemia de COVID-19. Durante esse período, o sistema de saúde brasileiro foi amplamente reconfigurado para lidar com a emergência sanitária global, o que implicou a suspensão de serviços eletivos, a realocação de profissionais para unidades de atendimento exclusivo à COVID-19, o redirecionamento de recursos financeiros e logísticos, e a redução das atividades de vigilância epidemiológica voltadas para outras doenças, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Em municípios de médio porte como Aquidauana, onde os recursos humanos e materiais da saúde pública são estruturalmente limitados, o impacto da pandemia

foi ainda mais agudo. As ações de prevenção e testagem para o HIV foram substancialmente reduzidas, campanhas educativas foram interrompidas, os serviços de aconselhamento e diagnóstico foram desmobilizados ou operaram com acesso restrito, e a população deixou de procurar unidades de saúde por medo do contágio pela COVID-19 ou pela percepção de que os serviços estavam exclusivamente voltados para a pandemia. Esse conjunto de fatores resultou em um apagamento temporário da vigilância de ISTs no território, produzindo uma subnotificação que não corresponde à realidade da transmissão viral no período.

Importa destacar que esse fenômeno não foi exclusivo de Aquidauana, mas se verificou em escala nacional, com queda expressiva no número de testes realizados e na detecção de novos casos de HIV/AIDS em todo o Brasil, conforme relatórios técnicos do Ministério da Saúde. Trata-se, portanto, de um recuo artificial nos dados, que oculta a possível continuidade da circulação do vírus e postergou o diagnóstico de pessoas que já viviam com HIV, mas só vieram a ser identificadas nos anos seguintes.

Esse cenário de subnotificação pandêmica encontra eco nos dados mais recentes, de 2022 a 2024, que mostram uma retomada significativa das notificações, com 27 casos registrados no triênio. Essa recuperação estatística sugere não apenas o restabelecimento gradual da capacidade de vigilância e testagem no município, mas também a possibilidade de acúmulo de diagnósticos que não foram realizados nos anos anteriores. A média de 9 casos por ano neste período recente está em consonância com o padrão observado na década anterior (2011–2019), reforçando a hipótese de que a epidemia de AIDS em Aquidauana mantém um comportamento endêmico, com transmissão contínua e estável, sem surtos explosivos, mas com impacto persistente.

Além disso, a retomada dos registros aponta para a resiliência do sistema local de saúde e a capacidade de reativação dos serviços de vigilância epidemiológica após o colapso institucional provocado pela pandemia. Ainda assim, os números indicam que os desafios históricos da resposta à AIDS no município permanecem inalterados: a necessidade de ampliação da testagem, o fortalecimento das ações de prevenção combinada, o enfrentamento do estigma que afasta os usuários dos serviços, e a incorporação de abordagens intersetoriais que articulem saúde, educação, assistência social e direitos humanos.

Portanto, os dados dos anos mais recentes confirmam que, embora o sistema local tenha recuperado parcialmente sua capacidade diagnóstica, o HIV continua a circular em Aquidauana, exigindo vigilância ativa e políticas públicas sustentadas e territorializadas. A pandemia de COVID-19, além de ter agravado desigualdades preexistentes, deixou um passivo oculto que ainda precisa ser integralmente quantificado e enfrentado, sob pena de se perpetuar uma resposta fragmentada e insuficiente a uma epidemia que, mesmo após quatro décadas, segue desafiando os sistemas de saúde e de justiça social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como tema central a análise dos impactos dos marcadores sociais — como gênero, raça/cor, classe, territorialidade e orientação sexual — na conformação dos perfis dos portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente HIV/Aids e sífilis, a partir de um mapeamento do estado da arte das dissertações e teses produzidas no Brasil. A pesquisa partiu do reconhecimento de que as ISTs não são distribuídas de forma homogênea na população, mas incidem com maior gravidade sobre grupos vulnerabilizados por estruturas históricas de desigualdade, o que torna imprescindível a incorporação da perspectiva interseccional e crítica nos estudos em saúde coletiva.

A análise dos resultados permitiu identificar uma produção acadêmica recente, predominantemente qualitativa, ancorada em referenciais teóricos densos e comprometidos com abordagens críticas sobre os determinantes sociais da saúde. Destacam-se as contribuições que enfatizam a vulnerabilidade como categoria analítica complexa, composta por dimensões individuais, sociais e programáticas. A centralidade de autoras como Ayres, Florêncio, Santos e Sorrentino revela uma convergência na crítica à medicalização da prevenção e no reconhecimento das múltiplas camadas de exclusão que perpassam os sujeitos adoecidos. Ademais, foi evidenciada a presença expressiva de estudos voltados às experiências de mulheres, população negra, LGBTQIA+, trabalhadores do sexo e usuários em situação de rua, reafirmando a necessidade de políticas públicas sensíveis às singularidades desses grupos.

Com relação aos objetivos propostos, pode-se afirmar que foram plenamente alcançados. A investigação identificou e analisou as principais teses e dissertações que abordam a relação entre marcadores sociais e ISTs, desvelando tanto os avanços teóricos e metodológicos quanto as lacunas e invisibilidades persistentes na produção do conhecimento. Ao realizar uma cartografia crítica da produção acadêmica recente, o trabalho não apenas respondeu à pergunta de pesquisa, como também forneceu subsídios importantes para o aprimoramento das práticas de cuidado e das políticas públicas voltadas à prevenção, diagnóstico e acompanhamento das ISTs.

Ainda que a pesquisa não tenha se baseado em uma hipótese formal, foi sustentada por uma premissa analítica clara: a de que os marcadores sociais da diferença operam como determinantes estruturais da exposição às ISTs e das formas

de acesso ao cuidado em saúde. Os dados analisados confirmaram essa premissa, demonstrando que a vulnerabilidade às ISTs não se explica por comportamentos individuais isolados, mas por contextos sociais marcados por desigualdades históricas, racismo institucional, sexismo, homofobia e pobreza.

Entretanto, algumas limitações devem ser reconhecidas. O recorte temporal da busca, concentrado no período entre 2014 e 2023, pode ter excluído estudos relevantes anteriores à última década. Do mesmo modo, a ênfase nos trabalhos disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES pode ter restringido a diversidade institucional e regional da amostra, dado que produções relevantes podem não estar devidamente cadastradas ou podem ter sido desenvolvidas em outras bases acadêmicas. Além disso, o enfoque na produção qualitativa, ainda que justificado teoricamente, não contemplou análises quantitativas que poderiam contribuir para uma visão mais abrangente dos padrões epidemiológicos associados aos marcadores sociais.

Diante dessas limitações e à luz das conclusões alcançadas, recomenda-se que estudos futuros ampliem a busca por outras fontes de produção científica, incluindo bases internacionais, revistas científicas especializadas e estudos desenvolvidos em instituições privadas ou fora do eixo Sul-Sudeste. Sugere-se também o aprofundamento da investigação sobre os impactos das políticas públicas de austeridade na atenção à saúde das populações mais vulneráveis às ISTs, bem como a realização de pesquisas empíricas que articulem análise qualitativa e quantitativa, de forma a integrar criticamente os dados epidemiológicos às experiências subjetivas dos sujeitos afetados.

Por fim, o presente trabalho reafirma a relevância de uma abordagem interseccional, crítica e situada no campo da saúde coletiva, capaz de tensionar os limites da lógica biomédica tradicional e contribuir para a construção de políticas de saúde mais justas, inclusivas e comprometidas com a equidade. O enfrentamento das ISTs, especialmente do HIV/Aids e da sífilis, exige, portanto, mais do que tecnologia e medicamentos: demanda escuta, reconhecimento, redistribuição de recursos e o compromisso ético-político com a dignidade dos corpos historicamente marginalizados.

REFERENCIAS

ABATH, M. D. B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, p. 131-142, 2014.

ADASKEVICUS, E.; VASCONCELLOS RIBEIRO, C. H. de; CHAVES, R. Principais doenças notificadas e acompanhadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2017 a 2022 do município de Pirapora/MG.

Revista Políticas Públicas & Cidades, v. 13, n. 2, p. e881-e881, 2024.

AGIER, Michel. Encontros etnográficos: interação, contexto, comparação. São Paulo: **Unesp**, 2015.

AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. In: RIBEIRO, Djamila (coord.). *Feminismos plurais*. 3. ed. São Paulo: **Jandaíra**, 2020.

ALENCAR, R. D. A.; BUENO, S. M. V. Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/AIDS com alunos de graduação em enfermagem. 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALMEIDA, P. C. A sexualidade na deficiência mental. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Minho, Braga, 2010.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2010. p. 23-44.

ANDRADE, L. S. D. As representações sociais da sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. 2004.

AQUINO, P. D. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 1, 2010.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. D. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 479-486, 2007.

AYRES, J.R.C.M; PAIVA, V; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker P, Sommer M, organizadores. *Routledge handbook in global public health*. Abingon: Oxon: Taylor & Francis; 2011. p. 98-107.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: MARTINS, Maria Aparecida et al. *Clínica médica*. São Paulo: **Manole**, 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; MACHADO, Carlos (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Ministério da Saúde**. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: CASTANHEIRA, Eunice Ribeiro Libório; GOLDBAUM, Moisés; BARRETO, Maurício Lima (Orgs.). Epidemiologia e serviços de saúde: desafios e perspectivas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. p. 67–88.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção do HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>. Acesso em: 15 nov. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, George João; SALETTI FILHO, Hamilton Carvalho; FRANÇA, Júlio Ricardo de Almeida. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: **Fiocruz**, 2006. p. 375-417.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: **Juruá**, 2012. p. 9-22.

BARBOSA, J. A. G. Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BARBOSA, J. A. G. Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil. 2011.

BARBOSA, J. A. G.; GUIMARÃES, M. D. C.; FREITAS, M. I. D. F. Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 4, p. 455-461, 2013.

BARBOSA, J. A. G.; GUIMARÃES, M. D. C.; FREITAS, M. I. D. F. Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 4, p. 455-461, 2013.

BARBOSA, Jucélia Aparecida Gonçalves; FREITAS, Maria Inês da Fonseca. Vulnerabilidade em face das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS nos

roteiros sexuais de mulheres com transtornos mentais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 217-224, 2011.

BARBOSA, N. C. P.; TENORIO, N. R.; Júnior, A. E. S. Desafios no acesso aos serviços de saúde para a comunidade LGBTQIAPN+: uma revisão bibliográfica. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 12, n. 3, p. 1-13, 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: **Edições 70**, 2016.

BARRA, B. G. A. et al. Saúde LGBT+: pluralidade, acolhimento e direitos. 2021.

BASTOS, Francisco Inácio. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/ck2pg/pdf/bastos9788575413012.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

BEZERRA, V. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 45, p. 13-34, setembro de 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552264344001>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015a.

BUTLER, Judith. **Civilização Brasileira**. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2003.

CARNEIL, G. P.; DIERCKS, M. S.; JUNG, N. M. A história de uma mulher negra e gorda: cotidiano, afetividade e sexualidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33028, 2023.

CARVALHO, A. N. L. D.; SILVA, J. P. D. Sexualidade das pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 3, p. 289-304, 2018.

CARVALHO, J. M. R.; MONTEIRO, S. S. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/AIDS sobre reprodução, sexualidade e direitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00169720, 2021.

CARVALHO, L. R. S. de; BORTOLOZZI, A. C. Vulnerabilidade e sexualidade de pessoas com deficiência: um estudo com professores (as). **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, e024003, 2024.

CARVALHO, L. R. S. de; BORTOLOZZI, A. C. Vulnerabilidade e sexualidade de pessoas com deficiência: um estudo com professores (as). **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, p. e024003-e024003, 2024.

CAVALCANTE, A. E. O. et al. Mulheres profissionais do sexo: discurso sobre o uso do preservativo e sua autopercepção de vulnerabilidade ao HIV. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e24010212440, 2021.

CEZAR, A. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 745-750, 2012.

CIRIACO, N. L. C. et al. A importância do conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. **Revista Em Extensão**, v. 18, n. 1, p. 63-80, 2019.

COLOMBO, A. A. A bioética como instrumento de crítica às políticas públicas em saúde reprodutiva feminina e educação sexual no Brasil. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 33, p. 1056, 2022.

CONNELL, R. W. **Contexto**. Masculinidades. São Paulo: **Contexto**, 1995.

COSTA, A. B.; DE BARROS-FALCÃO, C. N.; DREHMER, L. B. R. Psicoterapia e cuidados na saúde mental da população LGBTQ+: um guia para psicoterapeutas e profissionais de saúde mental. **Editora da PUCRS**, 2022.

COSTA, Francieli Maria Duarte da et al. A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 880-889, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1744>. Acesso em: 10 out. 2018.

COSTA, T. G.; DOS SANTOS, E. F. Representações sociais da maternidade solo em adolescentes negras. **Áskesis – Revista dos Discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar**, v. 12, n. 1, p. 45-73, 2023.

COUTO, Márcia Thereza et al. **Ciência & Saúde Coletiva**. Marcadores sociais da diferença: uma proposta teórico-metodológica para o estudo das iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3687–3696, 2018.

DA CONCEIÇÃO COSTA, R.; GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019.

DA FONSECA, A. A. R.; VANDERLINDE, B. R.; LINS, T. K. D. B. P. Educação sexual e sexualidade na infância: uma visão da psicanálise. In: _____. *Educação sexual e desenvolvimento*. 2. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2022. p. 41-58.

DA ROSA, V. H. J. et al. Acesso à saúde: desafios enfrentados pela população LGBTQIAPN+ em situação de rua. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 6, p. 1371-1383, 2025.

DA SILVA FERREIRA, B. L.; GUERRA, L. D. C. Pluralidade das relações contemporâneas: implicações sociais nas escolhas afetivo-sexuais. In: _____. *Produção de subjetividade, políticas públicas e sociedade*. Curitiba: **Editora Intersaberes**, 2024. p. 89-106.

DA SILVA NOGUEIRA, A. J.; PACHÚ, C. O. Sexualidade da mulher e autocuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e95101522157, 2021.

DA SILVA, R. B. T. B. et al. Preconceito, infecções sexualmente transmissíveis e saúde sexual na população LGBT+: um estudo transversal. **Scientia: Revista Científica Multidisciplinar**, v. 6, n. 3, p. 99-111, 2021.

DALA, B. A. Representações sociais de adolescentes e jovens acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Sapientiae**, v. 6, n. 2, p. 196-208, 2021.

DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C. [*Autoria citada, mas entrada completa não localizada no corpo da lista*]

ARAGÃO, J.S; FRANÇA, I.S.X; COURA, A.S; MEDEIROS, C.C.M; ENDERS, B.C. Vulnerabilidade relacionada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. v.21, n.10, p.3143-3152, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/4bvJDwrbdpRBKjc3cjt7y6y/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 nov. 2021.

DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, María Cecilia Tosi Ugarte. Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde. 2012. 217 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DE MOURA, L. P. et al. Saúde e vulnerabilidade da população LGBT+: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e21512538966, 2023.

DE OLIVEIRA, C. A. A. et al. Representações sociais de bem-estar por adolescentes escolares. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 33, p. e86203-e86203, 2025.

DE OLIVEIRA, D. C. et al. Attitudes, feelings and images on the social representation of sexuality among adolescents. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 817-823, 2025.

DE OLIVEIRA, R. G. et al. Desafios no acesso equitativo à saúde sexual e reprodutiva no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, p. 3605-3615, 2023.

DE SOUZA FERREIRA, D. A. et al. Climatério: papel do enfermeiro da atenção primária à saúde no cuidado e orientação da sexualidade: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e5912642081, 2023.

DE SOUZA, J. A. R. et al. Fatores influenciadores da sexualidade em mulheres idosas. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 247-256, 2022.

DE SOUZA, J. A. R. et al. Fatores influenciadores da sexualidade em mulheres idosas. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 247-256, 2022.

DE SOUZA, S. R. A. et al. Caracterização da sexualidade em pessoas idosas. **Saúde (Santa Maria)**, 2022.

DO NASCIMENTO, L. R. et al. Gênero e sexualidade na escola: promovendo o respeito e a diversidade. **Missioneira**, v. 27, n. 3, p. 77-86, 2025.

DORLIN, E. Sexo, gênero e sexualidades: introdução à teoria feminista. São Paulo: **Crocodilo**, 2021.

DOS SANTOS FRANCISCO, A. H. “Homem não fala sobre vida sexual!”: iniciações, violências e outros apontamentos masculinos sobre sexo e sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 32, n. 1, 2021.

DOS SANTOS SILVA, K.; DE ANDRADE LOPES, Z. Representações sociais sobre a gravidez na adolescência nos estudos da psicologia. **Conhecimento & Diversidade**, v. 14, n. 34, p. 45-64, 2022.

DOS SANTOS, A. M. et al. (Orgs.). População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado. **SciELO – EDUFBA**, 2021.

DULTRA, I. V. et al. Relato de experiência: sexualidade na adolescência com uma abordagem prática e integrativa na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 13, p. e53121344172, 2023.

DUQUE, Tiago; PELÚCIO, Larissa. Homossexualidades, estigmas e o discurso preventivo às DST/aids no Brasil ou como os gays deixaram de ser homens que fazem sexo com homens. In: FAZENDO GÊNERO 9 – Diásporas, diversidades, deslocamentos, 2010, Florianópolis. Anais... Florianópolis: **UFSC**, 2010. Disponível em: http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278094259_ARQUIVO_ST47-Duque_Pelucio-Gays.HSH.pdf. Acesso em: 01 jul. 2020.

DWORKIN, S. L. Men at risk: masculinity, heterosexuality, and HIV prevention. New York: **NYU Press**, 2015.

FERNANDES, F.; LORENZETTI, L. A educação para sexualidade e seus aspectos científicos e socioculturais: uma abordagem nos anos iniciais. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 26, n. 2, p. 254-270, 2021.

FERNANDES, M. A. et al. Infecções sexualmente transmissíveis e as vivências de mulheres em situação de reclusão. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 6, p. e27774-e27774, 2016.

FIGUEIREDO, R.; MC BRITTON, M.; CUNHA, T. Juventude e vulnerabilidade sexual em situações de lazer-festa. **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 40, 2006.

FIGUEIREDO, R.; PEIXOTO, M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 1518-812, 2010.

FLORENCIO, R.S; MOREIRA, T.M.M. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paul Enferm.*, v. 34, eAPE00353, jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ape/a/j5R4zLdBMPzwyPjKqYRHsFz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FLORENCIO, Rafaela Soares. Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual. 2018. 148 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

FRANÇA, D. N. O. Direitos sexuais, políticas públicas e educação sexual no discurso de pessoas com cegueira. **Revista Bioética**, v. 22, p. 126-133, 2014.

FREITAS, G. M. T. C. M. Sexual e sexualidade na obra de Freud: um estudo bibliográfico a partir da análise de discurso. **Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 30, n. 1, p. 44-61, 2024.

GARCIA, D. L. V. et al. As dificuldades na abordagem integral à saúde LGBTQIA+. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. e16901, 2024.

GEERTZ, Clifford. Estar lá: a antropologia e o cenário da escrita. In: Obras e vidas: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: **Editora UFRJ**, 2002.

GEERTZ, Clifford. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: **Vozes**, 1997.

GEERTZ, Clifford. Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: **Guanabara**, 1989.

GEHLEN, R. G. S. et al. Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: estudo de caso. **Ciencia y Enfermería**, v. 24, p. 1-12, 2018.

GIAMI, Alain. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**. Tecnologias de prevenção do HIV e medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 327–357, 2012.

GOFFMAN, Erving. **LTC**. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: **LTC**, 1988.

GOMES, H. Uma introdução à diversidade de gênero e sexualidade: constituição, enfrentamento e empoderamento. São Paulo: **Editora Dialética**, 2024.

GOMES, R. et al. Representações sobre a educação sexual de crianças e adolescentes no Brasil – quinquênio 2016-2020. In: **100 anos de Paulo Freire: (re) descobrindo o pensar sobre a educação brasileira**, p. 62, 2021.

GONZÁLEZ-SOTO, C. E. et al. Sexualidade afetada de pessoas idosas e as ligações NANDA-I/NOC/NIC: mapeamento cruzado. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 32, p. e20230112, 2023.

GRANGEIRO, A. et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. **BMJ Open**, v. 5, n. 8, p. 1–11, 2015a.

GRANGEIRO, A. et al. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 43–62, 2015b.

GUIMARÃES, R. D. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310128, 2021.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, v. 20, n. 2, 2015.

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, 2010.

JACCOUD, Mylène; MAYER, Robert. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: **Vozes**, 2008.

JANCZURA, Raquel. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JORGE, Maria de Jesus Cabral. A pedagogia da convivência: alternativa teórico-metodológica para o cuidado em saúde mental na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, supl. esp., p. 157-164, 2013.

KOLLER, E. M. P. Da vulnerabilidade ao protagonismo: profissionais do sexo e caminhoneiros frente à AIDS. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

KOSHITA, L. H. et al. Caracterização das barreiras de acesso à saúde ginecológica e sexual de mulheres em situação de rua: estudo de caso. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 29, n. 1, p. 360-378, 2025.

KUCHENBECKER, R. What is the benefit of the biomedical and behavioral interventions in preventing HIV transmission? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 26–42, 2015.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004.

LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 143–155, 2015.

LEAL, C. B. D. M. et al. Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, p. 560-568, 2019.

LEMOS, S. R. M. Vulnerabilidade das profissionais do sexo e riscos das doenças sexualmente transmissíveis. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

LICHIVE, L. M. Representações sociais dos adolescentes sobre homossexualidade: desafios no processo de revelação – estudo de caso São Dâmaso 2022-2023. 2023.

LIMA, J. S.; LANDIM, M. F. Sexo e sexualidade: o que adolescentes do ensino fundamental têm a dizer?. **Scientia Plena**, v. 17, n. 2, 2021.

LIMA, R. F. O mal-estar na atualidade: do enigma da sexualidade à eleição do intersexo. São Paulo: **Autêntica**, 2023.

LOVATTO, V. et al. Sexualidade dos idosos: a importância da prevenção e promoção em saúde. **Revista Diálogos em Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 71, 2025.

LUFT, H. M.; RIGO, N. M.; VALLI, M. Saúde e sexualidade: abordagens contemporâneas no ensino. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, 2022.

MACEDO, L. M. Experiências de não-binariedade: o gênero, a psicanálise e uma nova epistemologia. Belo Horizonte: **Editora UFMG**, 2024.

MACENA, R. H. M. Profissionais do sexo feminino em três áreas do Ceará: fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/AIDS. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MADUREIRA, A. F. D. A. A construção das identidades sexuais não-hegemônicas: gênero, linguagem e constituição da subjetividade. São Paulo: **Editora Pimenta Cultural**, 2021.

MADUREIRA, A. F. D. A. A construção das identidades sexuais não-hegemônicas: gênero, linguagem e constituição da subjetividade. São Paulo: **Editora Pimenta Cultural**, 2021.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, p. 11–29, 2002.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. *Horizontes Antropológicos*, v. 15, n. 32, p. 129–156, 2009.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. O circuito: proposta de delimitação da categoria. *Ponto Urbe*, n. 15, 2014.

MARTINS, A. «Abrir o livro da experiência»: afetividade, sexualidade, género. In: MARTINS, A. (org.). *Lugares da afetividade e da sexualidade na configuração da identidade pessoal*. Lisboa: **UCP Editora**, 2023. p. 235-247.

MATOS, M. A. D. et al. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 906-912, 2013.

MICHAELS. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. Vulnerabilidade. **Michaelis**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portuguesbrasileiro/VULNERABILIDADE/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MIRANDA, A. E. et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, spe1, p. e2020611, 2021.

MIRANDA, A. E. et al. Políticas Públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2021, v. 30, n. esp.1, p. 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MOTA JUNIOR, D. M. Sexualidade e sofrimento social: revisão de literatura e histórias de vida à luz da Teoria da Subjetividade de González Rey. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 37, n. 1, p. 113-129, 2025.

MOURA, A. D. A. et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 19, p. 545-553, 2010.

MUÑOZ SÁNCHEZ, Ana Izabel; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007.

NASCIMENTO, M. Masculinidades, parentalidades e famílias: os homens em cena?!. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 41, p. e22306, 2025.

NEIVA, P.; ARAÚJO, M. J. Amor, sexualidade, fluidez e incerteza entre os jovens: uma comparação entre homens e mulheres. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 39, p. e22200, 2023.

NELAS, P. A. D. A. B. Educação sexual em contexto escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade de Aveiro, Portugal.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS; ABEPSS. *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, 2009. p. 667-700.

NICHIATA, Lylcia Yukie Imanishi et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1769-1773, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A determinação objetal da doença. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2010. p. 133-153.

NUNES, G. D. Cultura da pós-verdade e desconstrução do conceito de ser humano integral: uma interlocução entre Zygmunt Bauman e o Papa Francisco. In: SOUSA, M. A. A. (org.). *Fake news: objetividade e subjetividade na era da pós-verdade*. v. 1. Curitiba: **Editora Científica Digital**, 2023. p. 42-53.

OLIVEIRA, G. P. D. Mulheres lésbicas e dificuldades de acesso à saúde: impactos na saúde mental. **Educação, violência, exclusão e promoção de políticas públicas: uma análise e reflexão sobre a comunidade LGBTQIAPN no Brasil**, v. 1, p. 38-58, 2024.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface*, v. 19, n. 53, p. 237–250, 2015.

OVIEDO, Ramona A. Martínez; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 237-250, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PAIVA, L. L. D. et al. A vivência das profissionais do sexo. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 467-476, 2013.

PAIVA, Vera et al. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Prevenção combinada e contínua do HIV: práticas e conceitos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 43–65, 2017.

PAIVA, Vera. **Instituto de Psicologia da USP**. Cuidado e prevenção: dilemas e perspectivas da atenção em HIV/Aids. Tese (Livre-docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Editora 34**. Estigma, discriminação e AIDS. In: PARKER, Richard; BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro (Orgs.). *A AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: **Editora 34**, 1999.

PASSOS, N. C. R.; DE JESUS FREITAS, A. L. G.; MOREIRA, J. C. Representações sociais de mulheres cisgênero e transgênero vivendo com HIV/AIDS: uma revisão integrativa. **Revista dos Seminários de Iniciação Científica**, v. 7, n. 1, 2025.

PEIRANO, Mariza Corrêa. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, v. 20, n. 42, p. 377–391, 2014.

PEREIRA, L. O.; MAGALHÃES, C. L.; LOPES, C. M. D. Gênero e vivências: relação de mulheres em situação de rua com a sexualidade, violência e gravidez. **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, v. 5, n. 9, p. 151-162, 2021.

PERLONGHER, Néstor. O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: **Fundação Perseu Abramo**, 2008.

PESSANHA, P. L. A qualidade de vida na adolescência: estudo das representações sociais entre profissionais de saúde da rede básica. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Instituto de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé.

PICH, S. A noção de experiência na história da sexualidade: implicações políticas e formativas. **Educação & Realidade**, v. 46, e107679, 2021.

PINTO, J. C. F. Saúde sexual e bem-estar nas pessoas com deficiência mental. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Aveiro, Aveiro, 2011.

PIROTTA, K. C. M. et al. Programas de orientação sexual nas escolas: uma análise das lacunas na implementação de políticas públicas a partir da percepção dos alunos da rede municipal de ensino de São Paulo. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, 2015.

PORTO, M. E. A.; DE OLIVEIRA, J. M.; DE SOUZA, E. M. S. O envelhecimento e a sexualidade de pessoas idosas. **Gep News**, v. 8, n. 1, p. 59-64, 2024.

RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia do poder. São Paulo: **Ática**, 1993.
SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: **Hucitec**, 2006.

REA, Caterina Alessandra; AMANCIO, Izzie Madalena Santos. Descolonizar a sexualidade: teoria queer of colour e trânsitos para o Sul. **Cadernos Pagu**, n. 53, 2018.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3331-3338, 2011.

RESTÁ, D. G. "Em relação ao sexo tudo é curioso": um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. 2012.

RIBEIRO, K. C. S. Adolescência e sexualidade: vulnerabilidade às DSTs, HIV/AIDS e a gravidez em adolescentes paraibanos. 2011.

RIBEIRO, N. B.; DE SOUZA, C. C. B. X. Reflexões sobre as redes sociais de suporte de mulheres que sofreram violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo: considerações sobre a percepção do corpo e da sexualidade das mulheres. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 32, n. 1-3, p. e203875, 2022.

RIOS, L. F. Sexualidade e prevenção entre homens que fazem sexo com homens nos contextos das pandemias de AIDS e da Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1853-1862, 2021.

RISICATO, G. C.; SATTler, M. K. Sexualidade das mulheres com endometriose: revisão narrativa. **Revista Pensando Famílias**, v. 27, n. 1, p. 24-31, 2023.

ROCHA, M. S. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019017, 2020.

RODRIGUES, L. M. C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011.

ROLIM, J. M. P.; LARANJEIRA, A. C. N. Adolescência: um estudo de revisão bibliográfica voltado para uma perspectiva entre sexualidade e masculinidade atrelados à vulnerabilidade social. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. e26450-e26450, 2021.

ROSELLÓ, Francisco Antonio Torres. A radical vulnerabilidade do ser humano. In: _____. **Antropologia do cuidar**. Tradução de Guilherme Laurito Summa. Petrópolis: **Vozes**, 2009. p. 57-68.

RUBIN, G. Pensando sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. In: LOURO, G. L. et al. (org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 89-140.

RUBIN, Gayle. **Ubu Editora**. Pensando o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. In: VENCATO, Tatiane (Org.). **Política sexual: o que é isso?** São Paulo: **Ubu Editora**, 2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Cortez**. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: **Cortez**, 2006.

SANTOS, E.I.C.; ANDRADE, D.S.; CARVALHO, K.S.; ALVES, V.S. Vulnerabilidade programática de mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2020a; v.3, n.5, p.12345-12361. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16530/13507>. Acesso em: 12 out. 2021.

SANTOS, J. C. D. Representações sociais de sexualidade e gênero na perspectiva da educação libertadora. 2025.

SANTOS, J. C. D. Representações sociais de sexualidade e gênero na perspectiva da educação libertadora. 2025.

SANTOS, J. V. D. O. et al. Comportamentos sexuais durante a pandemia da Covid-19: representações sociais de homens gays e heterossexuais. **Actualidades en Psicología**, v. 36, n. 132, p. 29-42, 2022.

SANTOS, M. L. et al. Fatores associados à subnotificação de tuberculose com base no Sinan Aids e Sinan Tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180019, 2018.

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

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300602. Acesso em: 01 jan. 2021.

SANTOS, Nilza José da Silva. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 602-613, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, R. L. D. Assistência do/a enfermeiro/a à saúde da população LGBT+ na Estratégia da Saúde da Família (ESF): uma revisão integrativa. 2024.

SANTOS, R. S. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais: um estudo de caso em contexto urbano periférico. 2019. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, Bianca Campos; OLIVEIRA, Marlucy Cristina. Percepções sobre sexualidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis de pessoas adultas na atenção básica. **Revista Gespevida**, v. 1, n. 1, p. 86-99, 2015.

SILVA, D. S. et al. Influência da sexualidade na qualidade de vida de pessoas idosas. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 47, p. e14190, 2024.

SILVA, G. B. D.; MENANDRO, M. C. S. Sobre o amor entre mulheres: apontamentos sobre conjugalidade e sexualidade. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 1-23, 2021.

SILVA, J. C. P. D. et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2643-2652, 2021.

SILVA, L. A. N.; OLIVEIRA, A. A. V. Idosos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa da literatura. **REVISA**, v. 2, n. 2, p. 197-206, 2013.

SILVEIRA, É. L. Tessituras entre alteridade e educação: oito abordagens contemporâneas para a educação sexual na escola e a (des)aparição das dimensões da sexualidade humana na BNCC. **Revista Teias**, v. 24, n. 75, p. 98-110, 2023.

SORRENTINO, Isa da Silva. Territorialidade e vulnerabilidade ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis: etnografia entre mulheres profissionais do sexo no bairro da Luz, São Paulo. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SOUZA JÚNIOR, E. V. D. et al. Associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de pessoas idosas. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210342, 2022.

SOUZA JÚNIOR, E. V. D. et al. Efeitos da sexualidade na funcionalidade familiar e na qualidade de vida de pessoas idosas: estudo transversal. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 1, 2022.

SOUZA JÚNIOR, E. V. D. et al. Efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na qualidade de vida de pessoas idosas. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210371, 2022.

SOUZA JÚNIOR, E. V. D. et al. Sexualidade e seus efeitos na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20210645, 2023.

SOUZA, E. V. D. et al. Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220227, 2023.

SOUZA, E. V. D. et al. Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220227, 2023.

SOUZA, M. C. M. R. de. Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2014.

SPINK, Mary Jane Paris. **Cadernos de Saúde Pública**. A produção social do risco: discursos sobre o risco em perspectiva psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s22–s32, 2008.

SUTO, C. S. S. et al. Sexualidade vivida por mulheres de diferentes gerações e soropositivas para o HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02734, 2021.

TANIZAKA, H.; TINEU, B.; ALVES, B. Estigma social e saúde sexual dos homens gays: uma revisão sistemática. In: **Educação, violência, exclusão e promoção de políticas públicas: uma análise e reflexão sobre a comunidade LGBTQIAPN no Brasil**. v. 1, p. 38-58, 2024.

TAQUETTE, S. R. et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, p. 148-152, 2005.

TARANTOLA, Daniel; GRUSKIN, Sofia. Human rights approach to public health policy. In: HEGGENHOUGEN, Kris; QUAH, Stella (Ed.). **International encyclopedia of public health**. San Diego: **Academic Press**, 2008. v. 3, p. 477-486.

TONINI, G. T. et al. Percepções da sexualidade para homens com disfunção erétil: uma revisão integrativa de literatura. **Psicologia Hospitalar**, v. 20, n. 2, p. 64-91, 2022.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 296-302, 2007.

VALETIM, R. A. D. M. Notificações de sífilis congênita no Brasil: um alerta para a falta de investigação dos casos. 2023.

VIEIRA, P. M.; MATSUKURA, T. S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 69, p. 453-474, abr.-jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbedu/a/LVjDxGRKtkZTwX4kSNzmQ8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de transcendência. **Index Enferm**, v. 23, n. 4, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>. Acesso em: 15 nov. 2018.

WEEKS, Jeffrey. **José Olympio**. Sexualidade. 2. ed. Rio de Janeiro: **José Olympio**, 2001.