



Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil

Vulnerability to Human Immunodeficiency Virus infection among women of childbearing age

Ana Clara Patriota Chaves¹, Carla Suellen Pires de Sousa¹, Paulo César de Almeida¹, Elys Oliveira Bezerra¹, George Jó Bezerra Sousa¹, Maria Lúcia Duarte Pereira¹

Objetivo: analisar fatores de vulnerabilidade feminina associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil. **Métodos:** estudo epidemiológico do tipo caso-controle com mulheres em idade fértil realizado em um serviço de referência. Foram coletados dados sobre vulnerabilidade socioeconômicos, individuais, dos parceiros e dos serviços de saúde. Estes foram analisados de forma uni, bi e multivariada. **Resultados:** fizeram parte da pesquisa 174 mulheres, na qual se evidenciou que as chances para infecção aumentavam quatro vezes para as que tinham renda familiar até 1.000,00, 5,5 vezes mais para aquelas que não conheciam camisinha feminina, 16,7 vezes mais para as que fizeram uso de bebida alcoólica e 4,8 vezes maior para aquelas que não recebiam orientações nos serviços de saúde. **Conclusão:** a análise permitiu identificar os principais marcadores de vulnerabilidade para a infecção do vírus em mulheres em idade fértil, principalmente os de cunho individual, socioeconômico e programático.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Saúde da Mulher; Vulnerabilidade em Saúde.

Objective: to analyze female vulnerability factors associated with human immunodeficiency virus infection among women of childbearing age. **Methods:** a case-control epidemiological study with women of childbearing age performed at a referral service center. Data on socioeconomic vulnerability, individual, partners and health services were collected. These were analyzed in univariate, bivariate and multivariate ways. **Results:** 174 women participated in the study, in which it was shown that the chances for infection increased fourfold to those with family income up to 1,000.00, 5.5 times more for those who did not know female condoms, 16.7 times more for those who used alcohol and 4.8 times higher for those who did not receive guidelines in the health services. **Conclusion:** the analysis made it possible to identify the main vulnerability markers for virus infection in women of childbearing age, especially those of an individual, socioeconomic and programmatic nature.

Descriptors: Sexually Transmitted Diseases; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Women's Health; Health Vulnerability.

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: George Jó Bezerra Sousa

Avenida Doutor Silas Munguba, 1700, Itaperi, CEP: 60.714.903. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: georgejobs@hotmail.com

Introdução

Nos últimos anos, a taxa de detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes no Brasil vem apresentando uma tendência crescente. Em 2007, essa taxa era de 2,3 casos/1000 nascidos vivos e em 2017 aumentou para 2,8/1000 nascidos vivos, representando um aumento de 21,7%. Essa tendência também vem sendo observada em todas as regiões brasileiras, com exceção da Sudeste. Atendendo-se ao fato de que as maiores taxas de aumento se deram nas regiões Norte (118,5%) e Nordeste (87,5%). Nesse panorama a região Sul também se destaca pelo incremento na taxa de detecção duas vezes maior que o nacional⁽¹⁾.

O processo de feminização da epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil é preocupante para saúde pública por haver uma maior morbidade e mortalidade perinatal, diminuição da fertilidade e aumento dos casos de transmissão vertical, aumentando, assim, o número de indivíduos infectados com o HIV⁽²⁾. Para minimizar tais consequências, é necessário, portanto, atentar-se para o fato de que as mulheres se constituem como um grupo vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – IST/HIV/AIDS e devem ser assistidas convenientemente.

Nesse contexto, o conceito de vulnerabilidade⁽³⁾ diz respeito à suscetibilidade dos indivíduos e populações a agravos ou riscos, exposição a um dano resultante de aspectos que, embora se apresentem como individuais, recolocam o indivíduo em relação com o coletivo. As dimensões da vulnerabilidade englobam fatores individuais, sociais e programáticos. A consciência de percepção das IST/HIV/AIDS e da prevenção entre as mulheres, portanto, acontece mediante influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e religiosos, e ainda pela percepção do parceiro e pela dinâmica dos serviços de saúde, todos esses são determinantes na maior ou menor vulnerabilidade⁽⁴⁾.

Ademais, muitas mulheres que mantêm relação

de inferioridade com o parceiro, geralmente, apresentam baixo poder de escolha nas suas relações amorosas e dificuldade de negociação com o parceiro no que se refere à prevenção, aumentando, dessa forma, sua situação de risco. Elas acreditam que pelo fato de estarem em um relacionamento estável, de confiança, fidelidade e monogamia não há riscos de contrair IST/HIV/AIDS⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, diminui-se consideravelmente o uso do preservativo. O diálogo entre o casal sobre o uso do preservativo gera uma suposição de infidelidade, além de ser, muitas vezes, visto como um tabu ou um estigma para prevenção dessas doenças, dificultando o uso contínuo nas relações sexuais⁽⁷⁻⁸⁾.

A vulnerabilidade também pode ser percebida pelo grau de acesso aos serviços de saúde, a qualidade destes, a rede integrada de atendimento e a dificuldade dos serviços de saúde no atendimento de prevenção que direcionam as ações para o indivíduo, e não para o casal. Outro ponto a ser destacado é o *deficit* do atendimento especializado ao paciente em tais condições, principalmente envolvendo a vida afetiva sexual⁽⁹⁾.

Observa-se que diversos fatores de risco e vulnerabilidade entre as mulheres podem influenciar na prevenção de IST/HIV/AIDS. Assim, investigações que tratam sobre fatores de risco e vulnerabilidades, sobretudo no campo dessas doenças, apresentam-se como poderosos recursos para trabalhar as diferenças sociais na distribuição do adoecimento e de seus determinantes. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar fatores de vulnerabilidade feminina associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil.

Métodos

Estudo epidemiológico do tipo caso-controle, realizado em janeiro de 2014 em dois ambulatórios de referência para atendimento de pessoas com doenças infecciosas. O primeiro, em um hospital vinculado à Rede Estadual de Saúde do Estado do Ceará e o segundo, em uma unidade básica de saúde vinculada à

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE, Brasil. Ambos os serviços estão situados no mesmo território e fazem parte da Secretaria Executiva Regional III da capital cearense.

Para compor o grupo caso, foram selecionadas as mulheres com idade entre 18 e 49 anos, que tinham diagnóstico de HIV/AIDS, eram atendidas ou acompanhadas no ambulatório de IST/HIV/AIDS, residiam em Fortaleza e demonstraram disponibilidade para o estudo. Para compor o grupo controle, as mulheres deviam ter entre 18 e 49 anos, não ter diagnóstico positivo de IST/HIV/AIDS, iniciado vida sexual, ser acompanhada na Unidade Básica de Saúde, residir em Fortaleza e demonstrar disponibilidade para participar do estudo. Para ambos os grupos, foram excluídas as gestantes e aquelas que por algum motivo não tivessem condições de responder à pesquisa, como problemas visuais, auditivos ou de qualquer debilidade física.

Considerando que no ano da coleta de dados, no município, havia 1.304.297 mulheres residentes e, destas, 868.117 em idade fértil (65% do total), utilizou-se esse percentual no cálculo da amostra. A média da população encontrada em atendimento nos dois serviços foi de 300 mulheres em idade fértil no período da coleta.

Realizou-se cálculo amostral para delimitar uma amostra significativa. Fixou-se um intervalo de confiança de 95% ($z=1,96$), um erro permissível de 5%, poder de teste de 80%, proporção de pessoas expostas ao fator de risco na população geral de 50,0%. Dessa forma, dever-se-ia obter uma amostra de 87 mulheres para o grupo caso e 87 para o grupo controle, somando um total de 174 mulheres.

As participantes foram selecionadas por meio da técnica de amostragem não probabilística. Na seleção do grupo caso, foram abordadas as mulheres que se encontravam em consulta de acompanhamento no ambulatório de IST/HIV/AIDS do hospital referência no município (primeiro ambulatório). A seleção do grupo controle se deu por abordagem das mulheres que estavam em sala de espera no serviço de preven-

ção ginecológica na atenção básica (segundo ambulatório). Após explicação da pesquisa, foram selecionadas aquelas compatíveis com os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa, reduzindo o viés de seleção.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, criado pelos autores, com perguntas fechadas (dicotômicas ou com possibilidade de mais de uma resposta) que abordavam questões sobre aspectos sociodemográficos, sexualidade e comportamento sexual, relações sociais e afetivas, como também serviços de saúde utilizados. Como variáveis foram consideradas aquelas sobre vulnerabilidade individual, relacionamento com o parceiro, vulnerabilidade socioeconômica e vulnerabilidade programática.

Os dados referentes ao formulário foram processados no *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* 16.0. A análise desses dados envolveu estatística descritiva simples, utilizando-se das medidas de tendência central, de dispersão, frequência simples e relativa para a descrição dos resultados. Realizou-se, também, associação entre variáveis categóricas por meio do teste qui-quadrado, atribuindo-se um valor de significância menor que 5% ($p<0,05$).

Para a análise multivariada de regressão logística, fez-se uso das variáveis que tiveram valor de $p<0,200$ no modelo inicial. Após a primeira análise, somente aquelas com $p<0,100$ foram consideradas. No modelo final, as variáveis que apresentaram um $p<0,05$ foram consideradas significantes. Para a interpretação dos dados, também foi considerado para interpretação dos resultados o valor de Razão de Chances (RC) com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%).

O projeto foi conduzido respeitando os princípios da bioética de acordo com a resolução 466/12 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob parecer nº 466.772 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 12103513.1.0000.5534. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava os riscos e benefícios da pesquisa,

inclusive a ciência sobre a desistência da participação na pesquisa a qualquer momento que achassem pertinente.

Resultados

Fizeram parte do estudo as 174 mulheres encontradas no cálculo amostral, mas devido à dificuldade de encontrar aquelas com as características que atendessem aos critérios da pesquisa, alocaram-se 84 no grupo caso e 90 no grupo controle. A Tabela 1 apresenta a distribuição das mesmas conforme suas características socioeconômicas (algumas variáveis sofreram perdas).

Observou-se que o grupo caso apresentou grande parte, 34 (40,5%), das mulheres com idade entre 31-40 anos (média de 36 anos). Elas estudaram em média de 7,4 anos e muitas delas se encontravam em união estável. A renda média da família foi de R\$ 800,00, 55 delas (65,5%) não trabalhavam, porém afirmaram receber benefícios do governo, principalmente Bolsa Família. Já o grupo controle apresentou a faixa etária mais frequente, entre 18-30 anos (média de 32 anos), com 10 anos médios de estudo e casadas. A renda média da família foi de aproximadamente R\$ 1.400,00, 48 (53,3%) mulheres trabalhavam e 52 (58,4%) não recebiam benefícios do governo. Dentre aquelas que recebiam, o mais prevalente foi o Bolsa Família.

A Tabela 2 apresenta fatores que remetem ao risco e vulnerabilidade para IST/HIV/AIDS entre a amostra de 174 mulheres divididas em grupo caso e grupo controle. Em relação à vulnerabilidade individual, observou-se que 54,8% dos casos e 62,9% dos controles iniciaram a vida sexual acima dos 15 anos de idade com média de 16 anos para a primeira relação sexual em ambos os grupos. Entre as mulheres com diagnóstico positivo, 59 (70,2%) não usaram preservativo na primeira relação sexual. Apenas 32 (38,1%) afirmaram que tiveram relações do tipo anal antes de conhecer seu diagnóstico. A maioria delas não conhecia o preservativo feminino. Vale destacar que, quanto à vulnerabilidade econômica, 14 (16,7%) dos casos

ofereciam relações sexuais por benefícios contra apenas dois (2,2%) de mulheres do grupo controle. Já em relação à vulnerabilidade programática, a falta de orientações sobre IST/AIDS e preservativo foi cerca de duas vezes maior nos casos.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis socioeconômicas de mulheres com HIV (casos) e sem (controles)

Variáveis	Casos	Controles
	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
18-30	22 (26,2)	45 (50,0)
31-40	34 (40,5)	23 (25,6)
41-49	28 (33,3)	22 (24,4)
Anos de estudo (anos)		
0-7	37 (44,6)	17 (21,0)
> 7	46 (55,4)	64 (79,0)
Estado civil		
Solteira	24 (28,6)	29 (32,2)
Casada	12 (14,3)	32 (35,6)
União estável	39 (46,4)	21 (23,3)
Separada	7 (8,3)	6 (6,7)
Viúva	2 (2,4)	2 (2,2)
Trabalha		
Não	55 (65,5)	42 (46,7)
Sim	29 (35,5)	48 (53,3)
Renda familiar (reais)		
Até 1.000,00	57 (72,2)	41 (51,2)
> 1.000,00	22 (27,8)	39 (48,8)
Recebe benefícios do governo		
Sim	60 (71,4)	37 (41,6)
Não	24 (28,6)	52 (58,4)

No modelo final de regressão logística (Tabela 3), observou-se que a renda familiar até R\$ 1.000,00 ($p=0,009$), o não conhecimento da camisinha feminina ($p=0,002$), o uso de bebida alcoólica ($p<0,001$), a falta de comunicação com o parceiro sobre sexo ($p=0,001$) e a falta de orientações sobre IST/AIDS ($p=0,002$) contribuíram significativamente para o aumento do risco às IST/HIV/AIDS em mulheres em idade fértil. É importante ressaltar que, para a razão de chance ajustada (RCA) desse modelo, o uso de bebida alcoólica aumenta cerca de 16 vezes as chances para IST/HIV/AIDS nessas mulheres, seguido da falta de diálogo com o parceiro ($RCA=6,1$), o desconhecimento da camisinha feminina ($RCA=5,5$) e a falta de orientações ($RCA=4,8$).

Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco para mulheres com HIV (casos) e sem (controles)

Variáveis	Casos	Controles	Razão de Chance	IC95%*	p
	n (%)	n (%)			
Vulnerabilidade individual					
Sexarca entre nove e 15 anos	38 (45,2)	33 (37,1)	1,4	(0,7-2,6)	0,300
Sem preservativo na primeira relação sexual	59 (70,2)	48 (53,3)	2,0	(1,1-3,8)	0,020
Uso inconsistente do preservativo	71 (84,5)	71 (78,9)	1,5	(0,7-3,1)	0,300
Relação sexual anal	32 (38,1)	30 (33,3)	1,3	(0,6-2,2)	0,500
Inconsistência do preservativo na relação sexual anal	23 (71,8)	21 (70,0)	1,1	(0,3-3,2)	0,800
Desconhece camisinha feminina	57 (67,9)	43 (47,8)	2,2	(1,2-4,2)	0,007
Uso de bebida alcoólica	38 (45,8)	9 (10,0)	7,6	(3,3-17,1)	<0,001
Uso de drogas ilícitas	19 (22,6)	11 (12,5)	2,0	(0,9-4,6)	0,080
Sintomas de ferida vaginal	24 (28,6)	11 (12,2)	2,8	(1,3-6,3)	0,007
Sintomas de ferida anal	13 (15,5)	2 (2,2)	8,0	(1,7-36,8)	0,002
Relacionamento com o parceiro					
Sofreu violência pelo parceiro	31 (36,9)	12 (13,5)	3,7	(1,7-7,9)	<0,001
Parceiro etilista	78 (92,9)	63 (70,8)	5,3	(2,1-13,8)	<0,001
Parceiro usuário de drogas	40 (47,6)	20 (22,5)	3,2	(1,6-6,0)	0,001
Diálogo inconsistente sobre relação sexual	65 (77,4)	40 (44,4)	4,3	(2,2-8,6)	<0,001
Confiança e inconsistência do preservativo	72 (85,7)	63 (70,0)	2,6	(1,2-5,5)	0,010
Vulnerabilidade socioeconômica					
Até sete anos de estudo	37 (44,6)	17 (21,0)	3,0	(1,5-6,0)	0,001
Renda familiar até R\$ 1.000,00	57 (72,2)	41 (51,2)	2,5	(1,2-4,7)	0,007
Desempregada	55 (65,5)	42 (46,7)	2,1	(1,1-4,0)	0,010
Relações sexuais por benefícios	14 (16,7)	2 (2,2)	8,8	(1,9-40,0)	0,001
Vulnerabilidade programática					
Não há orientação sobre:					
Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	56 (66,7)	25 (28,1)	5,1	(2,6-9,7)	<0,001
Preservativo	40 (47,6)	29 (32,6)	1,8	(1,0-3,4)	0,040
Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na consulta ginecológica	51 (60,7)	32 (36,8)	2,7	(1,4-4,9)	0,002

*Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 3 – Análise multivariada das características sociodemográficas e fatores de risco para IST/HIV/AIDS

Variáveis	Casos	Controles	RC*	RCA†	IC95%‡	P
	n (%)	n (%)				
Renda familiar (R\$)						
Até R\$ 1.000,00	57 (72,2)	41 (51,2)	2,5	4,0	(1,4-11,5)	0,009
> 1.000,00	22 (27,8)	39 (48,8)	1,0	1,0		
Conhecer a camisinha feminina						
Não	57 (67,9)	43 (47,8)	2,2	5,5	(1,8-16,4)	0,002
Sim	27 (32,1)	47 (52,2)	1,0	1,0		
Uso de bebida alcoólica						
Sim	38 (45,8)	9 (10,0)	7,6	16,7	(4,7-59,2)	<0,001
Não	45 (54,2)	81 (90,0)	1,0	1,0		
Diálogo com parceiro sobre sexo						
Não	65 (77,4)	40 (44,4)	4,3	6,1	(2,1-17,4)	0,001
Sim	19 (22,6)	50 (55,6)	1,0	1,0		
Orientação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida nos serviços de saúde§						
Não	56 (66,7)	25 (28,1)	5,1	4,8	(1,7-13,0)	0,002
Sim	28 (33,3)	64 (71,9)	1,0	1,0		

*Razão de Chance Bruta; †Razão de Chance Ajustada; ‡Intervalo de Confiança de 95%; §Sofreu perdas

Discussão

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a composição da amostra, técnica de amostragem, bem como alguns dados perdidos e a restrição dos dados à forma quantitativa. Mesmo assim, os achados se tornam importantes para compreender os aspectos que podem envolver a vulnerabilidade feminina para infecções sexualmente transmissíveis.

Nesta pesquisa foi possível constatar que a inconsistência do uso de preservativo é comum em mulheres em idade fértil. Estudo aponta a parceria fixa como fator de resistência para o não uso do preservativo, revelando vulnerabilidade para IST/HIV/AIDS⁽¹⁰⁾. Entretanto, a inconsistência no uso do método com parceiro fixo não é uma realidade restrita à população brasileira, é também uma preocupação mundial. Durante a realização de entrevistas individuais com 1.357 adultos afro-americanos, o uso consistente de preservativo foi relatado por 56,0% dos participantes que tinham parceiros casuais e 23,0% para aqueles com parceiros fixos⁽¹¹⁾. Esse comportamento sexual de risco entre os parceiros fixos pode ter inúmeras causas, desde a atitude negativa do parceiro em relação ao preservativo como a associação do uso do método com a falta de confiança.

A camisinha feminina ainda não é muito divulgada nem conhecida pelas mulheres. No grupo controle, o fato de não conhecer a camisinha feminina levou à chance duas vezes maior de contrair o HIV. Fato comprovado por estudo no estado da Paraíba, onde, por meio da aplicação do inquérito de conhecimentos, atitudes e práticas, foi possível observar apenas uma ocorrência de prática adequada⁽¹²⁾.

Dessa forma, o uso de preservativo feminino demonstra o conhecimento do corpo e da saúde, garantindo confiança e empoderamento para essas mulheres⁽¹³⁾. Características específicas desse tipo de preservativo, como seu uso, lubrificação e posicionamento correto, ainda se mostram escassas dentre o grupo feminino⁽¹⁴⁾.

Ademais, o álcool é apontado como fator res-

ponsável pela diminuição da capacidade crítica, levando as pessoas a ter comportamentos distintos de quando estão sóbrias, principalmente aumentando significativamente o uso inconsistente do preservativo, o que pode favorecer a prática sexual desprotegida e transmissão de IST⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Ressalta-se que, além dos conhecidos efeitos deletérios do alcoolismo e de sua influência na incidência do HIV, a literatura ainda enfatiza outros mecanismos resultantes da combinação de ambos, dentre eles senescência imunológica, inflamação e hipercoagulação⁽¹⁷⁾.

Além do álcool, o uso concomitante de múltiplas substâncias está associado com práticas sexuais de risco e alto índice de infecção pelo HIV. Corroborando com esse achado, estudo de revisão sistemática com meta-análise evidenciou que o risco de contrair HIV aumenta 3,5 vezes para quando se usa cocaína, 2,7 vezes para o uso de anfetaminas, 3,3 vezes por opioides e estimulantes, 2,1 vezes por opioides e sedativos e 2,0 vezes pela heroína⁽¹⁸⁾.

Esta pesquisa encontrou que a falta de diálogo com parceiro contribui para a infecção por HIV. Em consonância, pesquisa aponta que, quando expostas a relações abusivas, adolescentes do sexo feminino apresentam mais chances de ter uso de preservativo inconsistente ou não usá-lo durante o ato sexual. Esse tipo de relacionamento aumenta as chances dessas mulheres testarem positivo para HIV ou outras IST⁽¹⁹⁾. Caso engravidem, essas mulheres ainda são vistas sob olhares discriminatórios da equipe de saúde, tratando-as como únicas responsáveis pelo fato⁽²⁰⁾.

A vulnerabilidade do sujeito ou do grupo revela as desigualdades existentes no acesso ao atendimento de qualidade e abrangente ligado à promoção da saúde. As práticas educativas promotoras de cuidado integral são condutas essenciais na contenção da epidemia do HIV, já que o comportamento sexual não pode ser isolado de influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida do indivíduo. Nesse contexto, faz-se importante que ações englobando programas de promoção à saúde sejam eficazes para diminuir tal vulnerabilidade.

Conclusão

O presente estudo permitiu identificar os marcadores de vulnerabilidade para as IST/HIV/Aids com destaque para a baixa renda, falta de conhecimento sobre a camisinha feminina, uso de bebida alcoólica frequente, falta de diálogo com o parceiro sobre sexo e *deficit* de orientações sobre tais infecções. Eles apontam fragilidades na rede de cuidados à mulher em idade fértil, assim como carências estruturais de apoio a essa mulher. Dessa forma, o estabelecimento desses fatores como prioritários durante o atendimento a esse público pode ser fundamental para o rompimento da cadeia de transmissão da doença.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Colaborações

Chaves ACP e Pereira MLD contribuíram com a concepção e projeto. Almeida PC contribuiu com a análise e interpretação dos dados. Sousa CSP, Bezerra EO e Sousa GJB contribuíram com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores colaboraram com a aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018 [Internet]. 2018 [citado 2019 mar 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
2. Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, Padoin SMM, Paula CC. Profile of infected pregnant women and children exposed to HIV at a specialized service in the South of Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18(4):791-801. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400007>
3. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. *Interface*. 2018; 22(64):177-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
4. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerability of women living with HIV/aids. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2014; 22(1):68-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2837.2377>
5. Silva WS, Oliveira FJF, Serra MAAO, Rosa CRAA, Ferreira AGN. Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6):587-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500096>
6. Harder VS, Ayer LA, Rose GL, Naylor MR, Helzer JE. Alcohol, moods and male-female differences: daily interactive voice response over 6 months. *Alcohol Alcohol*. 2014; 49(1):60-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agt069>
7. Valim EMA, Dias FA, Simon CP, Almeida DV, Rodrigues MLP. Condom use among adolescents in public schools of the city of state of Minas Gerais, Brazil: knowledge and attitudes. *Cad Saúde Coletiva*. 2015; 23(1):44-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010008>
8. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):40-6. doi: dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166901061
9. Maliska ICA, Padilha MI, Andrade SR. Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the SUS: a study of the city of Florianópolis, SC, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3):639-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003290012>
10. Santos CMA, Oliveira JDS, Lima SVM, Santos AD, Góes MA, Sousa LB. Men's knowledge, attitudes and practice regarding sexually transmitted diseases. *Cogitare Enferm*. 2018; 23(1):e54101. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54101>
11. Nehl EJ, Elifson K, DePadilla L, Sterk C. Sex partner type, drug use and condom use self-efficacy among African Americans from disadvantaged neighborhoods: are associations with consistent condom use moderated by gender? *J Sex Res*. 2016; 53(7):805-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2015.1092018>

12. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):364-71. doi: [dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300002](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300002)
13. Penna LHG, Ribeiro LV, Ramos KAA, Félix FO, Guedes CR. Empowerment of female adolescents at shelters: sexual health terms of the Theoretical Model of Nola Pender. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(5):e27403. doi: <https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.27403>
14. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Nunes MLA, Coêlho HFC, Oliveira SHS. Male and female condoms: what to women of a subnormal agglomerate know. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(2):271-9. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a06>
15. Wendland EM, Horvath JDC, Kops NL, Bessel M, Caierão J, Hohenberger GF, et al. Sexual behavior across the transition to adulthood and sexually transmitted infections: findings from the national survey of human papillomavirus prevalence (POP-Brazil). *Medicine*. 2018; 97(33):e11758. doi: [dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000011758](https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000011758)
16. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):40-6. doi: [dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106)
17. Williams EC, Hahn JA, Saitz R, Bryant K, Lira MC, Samet JH. Alcohol use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection: current knowledge, implications, and future directions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016; 40(10):2056-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13204>
18. Tavitian-Exley I, Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015; 110(4):572-84. doi: <https://doi.org/10.1111/add.12846>
19. Pettifor A, Stoner M, Pike C, Bekker L. Adolescent lives matter: preventing HIV in adolescents. *Curr Opin HIV AIDS*. 2018; 13(3):265-73. doi: <https://dx.doi.org/10.1097%2FCOH.0000000000000453>
20. Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK. Perception of the nursing team on pregnancy concerning infection caused by HIV. *Rev Rene*. 2015; 16(1):29-37. doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100005>