



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Enfermeiras do planejamento familiar frente à vulnerabilidade às IST/HIV: estudo descritivo

Carla Marins Silva¹, Vanessa Silva de Oliveira², Tayná de Jesus Campos³, Izaque do Nascimento de Oliveira⁴, Octavio Muniz da Costa Vargens⁵

¹Universidade de São Paulo

²Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro

⁴Prefeitura do Rio de Janeiro

⁵Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

Objetivo: desvelar a percepção de enfermeiras que atuam no planejamento familiar quanto à vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST) de mulheres que participaram dessa atividade. **Método:** pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em hospital universitário, no Rio de Janeiro, com nove enfermeiras. Utilizou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** as enfermeiras percebem as mulheres como vulneráveis em decorrência das desigualdades de gênero, que se manifesta pela responsabilização exclusiva delas quanto à proteção contra IST e medidas contraceptivas, falta de acompanhamento do parceiro e culpabilização das mulheres pelas gestações indesejadas. A dominação masculina foi atribuída ao fato de o homem querer determinar como será a proteção e/ou contracepção na relação sexual. Ademais, expressaram dificuldade dessas mulheres para negociação do sexo seguro, principalmente nos relacionamentos estáveis. **Conclusão:** as IST ainda são consideradas “doenças do outro”, influenciadas pelas desigualdades de gênero. Ações tradicionais do planejamento familiar não são suficientes para a utilização de medidas preventivas.

Descritores: Gênero e Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Planejamento Familiar.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) estão entre os problemas de saúde pública mais frequentes em todo o mundo, além disso, aumentam as chances de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁽¹⁾. Dados da Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ estimam que mais de um milhão de pessoas no mundo adquirem uma IST diariamente. Calcula-se que, anualmente, 357 milhões de pessoas se infectam com uma das IST curáveis (gonorreia, infecção por clamídia, sífilis e tricomoníase). Essas infecções são diagnosticadas recorrentemente, possuem múltiplas etiologias e apresentações clínicas. Podem gerar grande impacto na qualidade de vida, relações pessoais, familiares e sociais dos portadores⁽¹⁾.

Dentre as IST, o HIV é relevante pelas repercussões que produz nos infectados. Apesar de atingir uma parcela considerável da população global, os novos casos de infecção vêm diminuindo em grande parte do mundo, com queda de 6% desde 2010. Em 2016, o total de pessoas que viviam com HIV era 36,7 milhões e foram registrados, em todo o mundo, 1,8 milhões de novos casos de pessoas infectadas com HIV⁽³⁾.

A ampliação do acesso ao tratamento com a terapia antirretroviral contribuiu para um declínio de 48% do número de mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) desde 2005. Em 2016, 1 milhão de pessoas morreram por complicações da AIDS no mundo⁽³⁾.

No Brasil, a epidemia de HIV é considerada estável. De 1980 até junho de 2015 foram registrados 798.366 casos de AIDS no país. A média anual de casos da doença nos últimos cinco anos foi de 40,6 mil⁽¹⁾.

Os últimos dados disponíveis⁽⁴⁾ sobre a infecção do HIV mostram que, mundialmente, 50% de todas as pessoas infectadas são mulheres. Os dados mostram que há cerca de 380.000

novas infecções por HIV a cada ano em mulheres na faixa etária de 10 a 24 anos no mundo. Vale destacar que, no geral, novas infecções estão em declínio em mulheres, porém, isto ocorre de forma desproporcional em mulheres jovens.

Uma parcela considerável de casos de infecção pelo HIV é detectada em mulheres durante o período gestacional. No Brasil, do ano 2000 até junho de 2016 foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residentes da região Sudeste (40,5%), e a menor parte da região Centro-Oeste (5,7%)⁽³⁾.

A IST em gestantes pode provocar sofrimento materno, além de aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas e até morte do recém-nascido⁽⁵⁾.

A transmissão vertical do HIV, passagem do vírus da mãe para a criança, pode acontecer durante a gestação, parto ou amamentação. Quando não são realizadas medidas profiláticas, a taxa de infecção varia de 25% a 30%. Se forem realizadas todas as medidas recomendadas, o percentual de transmissão é reduzido para níveis menores que 2% da totalidade dos casos⁽⁵⁾.

Em 2016, globalmente, 76% das mulheres grávidas, portadoras do vírus HIV, tiveram acesso à terapia antirretroviral afim de prevenir a transmissão vertical. Observou-se, nesse período, uma queda de 47% de novos casos da infecção em crianças desde 2010⁽³⁾.

Além da magnitude dos dados, deve-se refletir sobre as questões sociais e culturais referentes às mulheres que contribuem para a infecção. Desta forma, tendo em vista esse panorama e a necessidade de sensibilização quanto à importância da utilização de comportamentos protetores por mulheres, as atividades de planejamento familiar podem ser instrumentos eficazes para a redução da vulnerabilidade feminina. Este serviço não deve oferecer apenas métodos contraceptivos ou técnicas para concepção. Implica também na inclusão de ações de atenção

à saúde sexual em diversos períodos do ciclo de vida das mulheres. Nesse sentido, a atenção básica deve garantir ações pautadas no acolhimento e no desenvolvimento de práticas educativas que incluam a prevenção de IST/HIV⁽⁶⁾.

Diante desse contexto, objetivou-se, neste estudo, desvelar a percepção de enfermeiras que atuam no planejamento familiar quanto à vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis de mulheres que participaram dessa atividade.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um serviço de pré-natal, de um hospital universitário, situado no município do Rio de Janeiro. Nesse setor são realizadas atividades de planejamento familiar, em que as gestantes são convidadas para participar de quatro encontros semanais, dirigidos por enfermeiras. Os assuntos abordados seguem as orientações do Ministério da Saúde e o tema IST/HIV é discutido no último dia de encontro.

As participantes do estudo foram nove enfermeiras que desenvolvem as oficinas de planejamento familiar no ambulatório de pré-natal. Foram excluídas do estudo as enfermeiras que estavam em férias ou licença e aquelas que trabalhavam no ambulatório de pré-natal exercendo outro tipo de atividade.

O estudo respeitou todas as exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitada autorização para a realização da pesquisa ao responsável pelo ambulatório do serviço de pré-natal através da Declaração de Ciência. O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Parecer nº 1053450).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, durante os meses de maio e junho de 2015, e todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas em local reservado e gravadas em aparelho eletrônico de Media Player 4 até a saturação dos dados. Após a coleta, os depoimentos foram transcritos na íntegra e analisados de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo segundo Bardin. A aplicabilidade coerente do método deve partir da organização das diferentes fases da análise de conteúdo que se constitui em torno de três polos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - inferência e interpretação⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Os dados foram analisados e agrupados em uma categoria denominada "Percebendo as mulheres que frequentam o planejamento familiar como vulneráveis em decorrência das desigualdades de gênero", a qual será apresentada e discutida a seguir.

Percebendo as mulheres que frequentam o planejamento familiar como vulneráveis em decorrência das desigualdades de gênero

A partir das ações desenvolvidas nas oficinas, as enfermeiras percebem as mulheres que frequentam o planejamento familiar como vulneráveis às IST/HIV. Consideram que isso ocorre por conta da desigualdade de gênero, caracterizada, por elas, pela responsabilização exclusiva das mulheres para proteção contra IST e de gestações não planejadas e falta de acompanhamento dos parceiros durante as consultas e atividades de educação em saúde.

Ficou evidente a dominação masculina nos depoimentos das entrevistadas, no sentido de que os homens querem determinar como será a proteção e/ou contracepção das relações sexuais. Elas acreditam que eles se sentem como o “macho alfa”, que protegem a relação amorosa e que as mulheres são mais frágeis e vulneráveis. Esses fatos contribuem para que ocorra imposição sobre as mulheres e para que eles se sintam poderosos e sejam soberanos na tomada de decisão.

(...) no sentido de que o homem geralmente tenta impor, de alguma forma, como que vai ser essa contracepção, ou essa proteção (...). A maioria deles diz que é uma responsabilidade da mulher, porque ela não se protegeu, porque ela não teve os cuidados. Então, acho que, nesse sentido, de que a responsabilidade acaba ficando toda nas costas da mulher, muito homem não assume essa responsabilidade. (E2)

(...) o homem sempre tem aquela visão do mais forte, a mulher é sempre a mais frágil, então os homens acabam achando que têm poder sobre as mulheres, então a vontade deles é soberana. (E3)

É, eu acredito que seja o homem o “macho alfa”, ele quer proteger a relação, eu acredito que seja esse o pensamento deles. (E4)

As entrevistadas também expressaram a percepção da falta de acompanhamento dos parceiros das mulheres nesses encontros e nas consultas de pré-natal. Na visão delas, eles pensam que isso não requer a participação deles.

(...) a gente chama para participar dos grupos, os parceiros das mulheres, muitos não vão (...) vão mais as gestantes do que os parceiros delas. (E2)

Primeiro, o fato de elas virem sem o acompanhante. O planejamento familiar é para o casal e a maioria das mulheres vai sozinha. (E3)

A gente percebe muito (...) são poucos os homens que acompanham, só vai a mulher. (E1)

As entrevistadas apontam, ainda, que os parceiros das mulheres que participam das atividades de planejamento familiar não querem usar preservativos e as mulheres aceitam, mesmo após as ações educativas. As enfermeiras relatam que as mulheres dizem que seus companheiros não aceitam, não gostam, que usam expressões como “chupar bala com papel”. Dessa forma, o machismo surge mais uma vez no discurso das enfermeiras, e fica expressa a dificuldade de negociação do sexo seguro por parte das mulheres.

(...)o parceiro diz que é ruim, que usa várias frases, como: “chupar bala com papel”, então elas mostram, por esse lado, que não querem usar por causa do companheiro. (E2)

Às vezes a mulher quer se proteger, quer ter uma relação mais segura, mas o homem não aceita, né? Ele quer ser soberano nas opiniões. (E3)

(...) o homem acaba ditando algumas regras para a mulher, e a mulher acaba acatando por estar num relacionamento. Ela acaba sendo submissa à ele né, às imposições dele. (E9)

As enfermeiras percebem dificuldades em relação ao uso do preservativo masculino nas relações amorosas vivenciadas pelas mulheres que frequentam o planejamento familiar. Relatam que muitas dessas mulheres inventam desculpas para não utilizá-lo, dizendo que não estão se relacionando sexualmente por conta da gravidez avançada, que acham difícil o manuseio e colocação, que sentem vergonha, que é desconfortável, e ainda falam que têm alergia.

(...) elas inventam uma desculpa, né? Elas falam: "ah porque eu não estou fazendo", "porque essa gravidez está avançada", "ah porque é difícil de colocar", "ah porque eu fiquei com vergonha", (...) a grande maioria não usa, mesmo a gente dando, fornecendo como parte do processo de planejamento. (E6)

Elas falavam que não era legal, elas falavam que era desconfortável usar preservativo, umas falavam que tinham alergia, que achavam que tinham alergia, porque coçava depois que usava, que não era legal, né?. Usavam até uns termos meio chulos (risos). (E9)

Do ponto de vista das enfermeiras, a maior parte das mulheres, que frequentam o planejamento familiar e que estão num relacionamento estável, não usa preservativos. As entrevistadas apontaram a parceria fixa/estável como o principal fator dessa vulnerabilidade.

Eu acho que quando o relacionamento é estável, por exemplo, um casamento muito longo, dificilmente um deles acredita que pode pegar alguma doença... (E2)

(...) "mas vou usar preservativo com o meu marido? Estou casada há tanto tempo", não sei o quê. (E8)

É o que a gente via na maioria das vezes né, na maioria dos relatos, o não uso do preservativo por estar num relacionamento estável. (E9)

As profissionais verbalizam que essas mulheres, que vivenciam relacionamentos estáveis, não se consideram como pertencentes a grupos de risco. As enfermeiras apontam que, para essas mulheres, a doença é do outro. Sendo assim, as mulheres acreditam que não precisam se proteger, pois se consideram fora do risco de serem contaminadas.

(...) porque você não sabe com quem o seu companheiro está se relacionando, se ele tem outros relacionamentos extraconjugais. Porque uma relação estável não garante que o seu companheiro seja fiel à você. (E4)

Mas eu acho que na cabeça das mulheres, em geral, ainda tem muito isso, que na relação estável você não está no grupo considerado de risco né, como se você tivesse fora do risco de contrair a doença. (E7)

As entrevistadas ainda revelaram que a confiança que as mulheres depositam aos respectivos parceiros, por estarem casadas ou conviverem muito tempo juntos, as tornam vulneráveis às IST/HIV e, muitas vezes, são surpreendidas com a infecção após longo tempo com o mesmo companheiro.

(...) aí acontece de muitas mulheres com 20 anos de casada, por exemplo, se surpreenderem com HIV. (E2)

(...) a gente nunca sabe (...) apesar de o relacionamento ser estável, não significa que o marido não tenha tido outras. (E3)

(...) acho que por essa questão de confiar, de achar que com elas não vai acontecer, eu acho que é isso que as tornavam vulneráveis, entendeu? Pensa que: "ah tenho um parceiro fixo". Eu acho que por isso elas não se cuidavam né, eu acho que era relacionado a isso mesmo. (E5)

As enfermeiras pressupõem que as situações apresentadas, adicionadas ao fato de que as mulheres vivenciam um relacionamento estável, influenciam a não utilização de medidas preventivas para IST/HIV.

DISCUSSÃO

A ideia de responsabilização apenas da mulher para proteção de IST e contracepção nos remete historicamente aos papéis de gênero difundidos culturalmente. Mesmo prevalecendo o papel atribuído às mulheres como responsáveis pela contracepção, esse fato não significa que elas tenham autonomia nas decisões. Estas são direcionadas para as vontades dos parceiros, especialmente tratando-se do uso de preservativos⁽⁸⁾.

Culturalmente, as desigualdades de gênero são impostas e permeiam o contexto de vulnerabilidade feminina. Os padrões hegemônicos de comportamento de gênero masculino e feminino se mantêm, predominando o poder dos homens sobre às mulheres⁽⁹⁻¹⁰⁾. As mulheres são desvalorizadas após o início da vida sexual e quando têm vários parceiros, os homens, por sua vez, são prestigiados por esses mesmos

motivos. Além disso, aquelas que violam esses padrões sofrem com repressões do grupo em função do controle moral⁽¹⁰⁾. A ideia de que o homem é o provedor, a potência sexual, válida, dessa forma, os valores machistas e a negociação do preservativo⁽¹⁰⁾. Somado a isso, a visão da mulher como um ser passivo e dependente contribui para a vulnerabilidade dela em relação à epidemia de IST/HIV, uma vez que é excluída do poder de decisão e liberdade sobre a vida sexual⁽¹¹⁾. Esta situação também foi discutida em pesquisa realizada na África do Sul sobre a qualidade do relacionamento, poder e implicações para a vulnerabilidade ao HIV/AIDS⁽⁹⁾.

Além disso, foi destacado pelas enfermeiras a falta de acompanhamento do homem à gestante nos encontros de planejamento familiar, nas consultas de pré-natal e também na anticoncepção. Uma pesquisa realizada com mulheres revelou que elas se sentem desamparadas pelo parceiro por não poderem contar com a sua presença. Relataram que os parceiros das mulheres conferem prioridade ao trabalho em relação ao planejamento familiar e ao acompanhamento das parceiras no pré-natal. Disseram, ainda, que não notam empenho deles em participarem do planejamento e da construção da família⁽⁸⁾. Essa desigualdade entre os sexos é histórica, fato que evidencia o poder dos homens sobre as mulheres em diferentes gerações, assim como a hegemonia deles quanto à proteção da saúde feminina. Desta forma, é de suma importância a inserção dos parceiros nas atividades de planejamento familiar. Deve-se elaborar estratégias para compartilhamento de responsabilidades e escolhas por meio do diálogo⁽⁸⁾.

Nesse contexto, a vulnerabilidade das mulheres sofre influências de aspectos culturais e processos de exclusão social e econômicas aos quais estão expostas, fatores que podem se estabelecer como empecilhos para que tenham percepção de risco à infecção por HIV⁽¹²⁾. O com-

portamento feminino, atrelado às condições do meio natural e social em que vivenciam, contribui para a vulnerabilidade individual, que se relaciona com a consciência que os indivíduos possuem sobre esses comportamentos e como se dá a compreensão e a possível modificação das condutas, após a tomada de consciência⁽¹²⁾.

A dificuldade quanto ao uso de medidas preventivas pelas mulheres que realizam as oficinas de planejamento foi relatada pelas enfermeiras de forma atrelada à desigualdade de gênero. As negociações sobre o sexo seguro são inviáveis quando o homem tem maior poder sobre as decisões no relacionamento amoroso⁽¹³⁻¹⁴⁾. Tendo em vista que a adesão ao preservativo masculino é maior entre os casais, se faz necessário que as mulheres sejam aconselhadas e empoderadas para negociarem o uso de preservativos com seus companheiros, independente das suas condições socioeconômicas ou culturais^(12,14,15).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos refere que a dificuldade para a negociação do sexo seguro é agravada em relacionamentos em que as decisões não são compartilhadas e as mulheres podem vivenciar diversas formas de coerção sexual. Dentre elas, persuadir a mulher para o não uso do preservativo utilizando manipulação emocional, sabotagem e até mesmo agressões físicas. Como resultado, elas ficam incapazes de negociar o sexo seguro e reduzir seu risco⁽¹³⁾.

Mulheres que estão em um relacionamento estável atribuem maior vulnerabilidade a outras mulheres de mesma situação conjugal por não utilizarem medidas preventivas. Entretanto, percebem a si mesmas como menos vulneráveis, pois se excluem do grupo de risco de contrair IST/HIV. Tal situação pode ser entendida como reflexo das desigualdades de gênero edificadas culturalmente na sociedade em que vivemos⁽¹⁶⁾.

As mulheres acreditam que o tempo de relacionamento amoroso ou o casamento são medidas protetivas seguras contra o vírus da

AIDS, fato que evidenciou a vulnerabilidade delas ao HIV. Pensando nas características do relacionamento estável, a confiança e o pacto de monogamia são frequentemente utilizados para a redução de riscos^(13,15-17).

Tal ocorrência ilustra a ideia da AIDS como uma doença do outro, que infecta apenas pessoas de comportamentos suspeitos ou de situação conjugal instável⁽¹⁶⁾. Este dado também traz a ideia de estigma e preconceito relacionados à doença e seus portadores⁽¹⁸⁾.

As políticas de saúde sexual devem ser realizadas enfatizando-se a difusão de informações, a responsabilização e empoderamento das mulheres. Tais ações devem ser realizadas por meio de acolhimento, escuta sensível e assistência, promovendo, assim, condições para que as decisões sejam realizadas por elas⁽¹⁹⁾.

Desta forma, os enfermeiros têm papel fundamental nas discussões de gênero, presentes nas atividades de planejamento familiar e em outras instâncias de atendimento às mulheres. Assim, as mulheres podem se tornar ativas nas decisões sobre o seu próprio corpo e sexualidade, impactando na diminuição das desigualdades de gênero e, conseqüentemente, diminuição da vulnerabilidade às IST/HIV.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados pelo estudo, tornou-se evidente que as enfermeiras percebem as mulheres que participam de atividades do planejamento familiar como vulneráveis às IST/HIV. Conclui-se que essas infecções ainda são consideradas doenças do outro, sofrendo forte interferência das desigualdades de gênero. Vale destacar que, apesar das ações educativas realizadas nos encontros de planejamento familiar pelas enfermeiras, essas não estão sendo suficientes para que as

mulheres utilizem medidas preventivas para IST/HIV.

Desta forma, destaca-se a importância da promoção de atividades de planejamento familiar que ultrapassem o controle de natalidade, com enfoque na dupla proteção. Deve-se despertar a reflexão das mulheres, em especial daquelas que vivem um relacionamento estável, sobre as questões de gênero, sensibilizando para a negociação do sexo seguro.

Este estudo foi realizado a partir da percepção de enfermeiras que trabalham com oficinas de planejamento familiar em uma determinada região no Brasil e em um determinado contexto. Assim, é importante o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática abordada, ampliando o seu escopo a partir da inclusão de outros profissionais de saúde que atendem mulheres, em diferentes contextos, em especial com os da atenção primária, com intuito de aprofundar o tema e possivelmente revelar novas perspectivas sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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 [internet] 2016 [cited 2016 jun4]. Available from: <http://www.AIDS.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecc>
2. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs):Fact sheet N°110. [internet] 2016 [cited 2018 ago14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
3. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Resumo Informativo: Estatísticas globais sobre HIV.[internet] 2017 [cited 2018 ago15]. Available from: https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_Fact-Sheet.pdf
4. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS Report: How AIDS changed everything. Geneva: WHO; 2015. Available from: http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação. [internet] 2014 [cited 2016 fev10]. Available from:http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. [internet] 2013 [cited 2016 jun5]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab26>
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Rodrigues LSA, Rocha RO, Silva MS. Planned parenthood: heterosexual women's perceptions about the role of the couple.J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014[cited 2016 mai3]. 8(2):323-9. Available from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3379/pdf_4552.
9. Conroy AA, McGrath N, Rooyen HV, Hosegood V, Johnson MO, Fritz K, et al. Power and the association with relationship quality in South African couples: Implications for HIV/AIDS interventions. Soc Sci Med [Internet]. 2016 [cited 2016 jun3].153:1-11.Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616300363>.
10. Djellouli H, Quevedo-Gomez MC. Challenges to successful implementation of HIV and AIDS-related health policies in Cartagena, Colombia. Soc Sci Med[Internet]. 2015 [cited 2016 jul8]. 133:36-44.Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25840048>
11. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, Pinheiro AKB, Oliveira SHS.Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2015 [cited 2016 jan5] 49(3):364-72. Available from: <http://>

- www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0364.pdf
12. Reis RK, Melo ES, GIRE. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 jun4]. 69(1):47-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100047
 13. Teitelman AM, Calhoun J, Duncan R, Washio Y, McDougall R. Young women's views on testing for sexually transmitted infections and HIV as a risk reduction strategy in mutual and choice-restricted relationships. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2015 [cited 2016 mai3] 28:215-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26112775>
 14. Sankoha O, Arthur S, Nyide B, Westonc M. Prevention, treatment and future challenges of HIV/AIDS: A decade of INDEPTH research. *HIV AIDS Rev* [Internet]. 2014 [cited 2016 jul9] 14:1-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1730127014000678>
 15. Porto TSAR, Silva CM, Vargens OMC. Female healthcare professionals' behaviour and attitudes in the context of the feminisation of HIV/AIDS: gender vulnerability analysis. *AIDS Care* [Internet]. 2016 [cited 2016 jul8] 1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27320291>
 16. Silva CM, Vargens OMC. AIDS as a disease of the others: an analysis of women's vulnerability. *J. res.: fundam. Care online* [Internet]. 2015 [cited 2016 jun15] 7(4):3125-34. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2839>
 17. Saada BM, Tanb PL, Subramaniamc G. Implication of HIV/AIDS Knowledge on Quality of Life of Young Women in Malaysia. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2015 [cited 2016 jun15] 202:218-26. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815048739>
 18. Vargens OMC, Rangel TSA. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2016 jul1] 11(1):220-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3531>
 19. Rodrigues RF, Penna LHG, Ribeiro LV, Paes MV, Penna CRG. Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento: contexto de vulnerabilidade para DST. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 jun2] 23(4):507-12. Available from: www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a12.pdf

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 11/08/2016
 Revisado: 07/03/2018
 Aprovado: 08/22/2018