



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Enfermeras de planificación familiar frente a la vulnerabilidad a las IST/VIH: estudio descriptivo

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

¹ Universidad de São Paulo

² Hospital Universitario de la Universidad Federal de Juiz de Fora

³ Universidad do Estado do Rio de Janeiro

⁴ Ayuntamiento de Rio de Janeiro

⁵ Universidad del Estado de Rio de Janeiro

RESUMOS

Objetivo: desvelar la percepción de las enfermeras que actúan en la planificación familiar cuanto a la vulnerabilidad de las mujeres que participaron de esta actividad a las infecciones sexualmente transmisibles (IST). **Método:** Investigación descriptiva, cualitativa, realizada en un hospital universitario, en Rio de Janeiro, con nueve enfermeras. Se utilizó el análisis de contenido temático. **Resultados:** las enfermeras perciben las mujeres como vulnerables debido a las desigualdades de género, manifestándose en la responsabilidad exclusiva que estas sienten cuanto a la protección contra IST y medidas contraceptivas, la falta de acompañamiento de la pareja y la culpabilización de las mujeres por los embarazos indeseados. La dominación masculina se atribuyó al hecho de que el hombre quiere determinar cómo será la protección y/o contracepción en la relación sexual. También, ellas expresaron la dificultad de esas mujeres en la negociación del sexo seguro, principalmente en las relaciones estables. **Conclusión:** las IST todavía se consideran como "enfermedades del otro", influenciadas por las desigualdades de género. Acciones tradicionales de planificación familiar no son suficientes para utilizar medidas preventivas.

Descriptorios: Género y Salud; Vulnerabilidad en Salud; Enfermedades de Transmisión Sexual; Planificación Familiar.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones sexualmente transmisibles (IST) están entre los problemas de salud pública más frecuentes en todo el mundo, además de eso, aumentan la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁽¹⁾. Datos de la Organización Mundial de Salud⁽²⁾ estiman que más de un millón de personas en el mundo adquieren una IST diariamente. Se calcula que, anualmente, 357 millones de personas se infectan con una de las IST curables (gonorrea, infección por clamidia, sífilis y tricomoniasis). Estas infecciones se diagnostican recurrentemente y tienen múltiples etiologías y presentaciones clínicas. Pueden impactar la calidad de vida, las relaciones personales, familiares y sociales de los portadores⁽¹⁾.

Entre las IST, el VIH es relevante por las repercusiones que produce en los infectados. A pesar de attingir una parte considerable de la población global, los nuevos casos de infección están disminuyendo en gran parte del mundo, bajando 6% desde 2010. En 2016, el total de personas que vivían con VIH era 36,7 millones y fueron registrados, en todo el mundo, 1,8 millones de nuevos casos de personas infectadas con VIH⁽³⁾.

La ampliación del acceso al tratamiento con la terapia antirretroviral contribuyó al descenso de 48% del número de muertes por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) desde 2005. En 2016, 1 millón de personas murieron por complicaciones del SIDA en el mundo⁽³⁾.

En Brasil, la epidemia de VIH está estable. De 1980 a junio de 2015 se registraron 798.366 casos de SIDA en el país. La media anual de casos de la enfermedad en los últimos cinco años ha sido de 40,6 mil⁽¹⁾.

Los últimos datos disponibles⁽⁴⁾ sobre la infección del VIH muestran que, mundialmente, 50% de todas las personas infectadas son

mujeres. Los datos muestran que hay cerca de 380.000 nuevas infecciones por VIH a cada año de mujeres con edades de 10 a 24 años en el mundo. Vale destacar que, generalmente, nuevas infecciones están reduciéndose en las mujeres, pero esto ocurre de forma desproporcional en mujeres jóvenes.

Una parte considerable de casos de infección por el VIH se detecta en mujeres durante el período de gestación. En Brasil, del año 2000 a junio de 2016 fueron notificadas 92.210 embarazadas infectadas con VIH, la mayoría de ellas residentes en la región Sudeste (40,5%), y la menor parte en la región Centro-Oeste (5,7%)⁽³⁾.

La IST en las embarazadas puede provocar sufrimiento materno, aparte de aborto, parto prematuro, muerte fetal, enfermedades congénitas y hasta la muerte del recién nacido⁽⁵⁾.

La transmisión vertical del VIH, paso del virus de la madre al bebé, puede acontecer durante el embarazo, parto o amamantamiento. Cuando no se realizan medidas profilácticas, la tasa de infección varía de 25% a 30%. Si se realizan todas las medidas recomendadas, el porcentual de transmisión se reduce a niveles menores que 2% de la totalidad de los casos⁽⁵⁾.

En 2016, globalmente, 76% de las mujeres grávidas, portadoras del virus VIH, tuvieron acceso a la terapia antirretroviral con el fin de prevenir la transmisión vertical. Observándose en este período, una disminución de 47% de nuevos casos de infección en los niños desde 2010⁽³⁾.

Además de la magnitud de los datos, se debe reflexionar sobre las cuestiones sociales y culturales referentes a las mujeres que contribuyen para la infección. De esta forma, teniendo en consideración este panorama y la necesidad de concientizar a las mujeres sobre la importancia de utilizar comportamientos protectores, las actividades de planificación familiar pueden ser instrumentos eficaces para reducir la vulne-

rabilidad femenina. Este servicio debe ofrecer más que solamente métodos contraceptivos o técnicas para concepción. Implica también que se incluyan acciones de atención a la salud sexual en diversos períodos del ciclo de vida de las mujeres. En este sentido, la atención básica debe garantizar acciones pautadas en la acogida y en el desarrollo de prácticas educativas que incluyan la prevención de IST/VIH⁽⁶⁾.

Por todo lo expuesto, se objetivó, en este estudio, desvelar la percepción de las enfermeras que actúan en la planificación familiar cuanto a la vulnerabilidad de las mujeres que participaron en esta actividad a las infecciones sexualmente transmisibles.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en un servicio de prenatal, de un hospital universitario, situado en el municipio de Rio de Janeiro. En este sector se realizan actividades de planificación familiar, donde se invitan a las embarazadas a participar de cuatro encuentros semanales, dirigidos por enfermeras. Los asuntos abordados siguen las orientaciones del Ministerio de Salud y el tema IST/VIH se discute el último día del encuentro.

Nueve enfermeras que realizan talleres de planificación familiar en el ambulatorio de prenatal fueron las participantes del estudio. Se excluyeron a las enfermeras que estaban de vacaciones o de baja y las que trabajaban en el ambulatorio de prenatal ejerciendo otro tipo de actividad.

El estudio respetó todas las exigencias de la Resolución nº 466/12 del Consejo Nacional de Salud, que dispone sobre las pesquisas que envuelven a seres humanos. Se le solicitó al responsable por el ambulatorio del servicio de prenatal, la autorización para realizar la investi-

gación, a través de la Declaración de Ciencia. El proyecto fue encaminado para apreciación y fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (Parecer nº 1053450).

Durante los meses de mayo y junio de 2015, se realizaron entrevistas semiestructuradas, y todas las participantes leyeron y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). Las entrevistas se realizaron en un local reservado y fueron grabadas con un equipo electrónico de Media Player 4 hasta la saturación de los datos. Tras el muestreo, las declaraciones se transcribieron integralmente y se analizaron de acuerdo a los presupuestos del análisis de contenido según Bardin. La aplicabilidad coherente del método debe partir de la organización de las diferentes etapas del análisis de contenido constituida alrededor de tres polos: pre análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados - inferencia e interpretación⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Los datos se analizaron y se agruparon en una categoría denominada "Percibiendo a las mujeres que frecuentan la planificación familiar como vulnerables debido a las desigualdades de género", la cual será presentada y discutida a seguir.

Percibiendo a las mujeres que frecuentan la planificación familiar como vulnerables debido a las desigualdades de género

A partir de las acciones realizadas en los talleres, las enfermeras perciben a las mujeres que frecuentan la planificación familiar como vulnerables a las IST/VIH. Consideran que esto ocurre debido a la desigualdad de género, manifestándose en la responsabilidad exclusiva

que estas sienten cuanto a la protección contra IST y por los embarazos no deseados y a la falta de acompañamiento de la pareja durante las consultas y actividades de educación en salud.

Se evidenció la dominación masculina en las declaraciones de las entrevistadas, en el sentido de que los hombres quieren determinar cómo será la protección y/o contracepción de las relaciones sexuales. Ellas creen que ellos se sienten como el "macho alfa", que protegen la relación amorosa y que las mujeres son más frágiles y vulnerables. Estos hechos contribuyen a que los hombres se impongan sobre las mujeres, sintiéndose así, poderosos y soberanos en la toma de decisión.

(...) en el sentido de que el hombre generalmente intenta imponer, de alguna forma, como que es que va a ser la contracepción, o la protección (...).La mayoría de ellos dice que es una responsabilidad de la mujer, porque fue ella que no se protegió, que no tuvo cuidado. Entonces creo que es en ese sentido, de que toda la responsabilidad acaba cayendo encima de la mujer, muchos hombres no asumen la responsabilidad. (E2)

(...) el hombre siempre tiene aquella visión de que es el más fuerte y la mujer es siempre la más frágil, entonces los hombres los hombres acaban por creer que tiene el poder sobre las mujeres, entonces el deseo de ellos es soberano. (E3)

Sí, yo creo que sea el hombre el "macho alfa", él quiere proteger la relación, creo que ese sea el pensamiento de ellos. (E4)

Las entrevistadas también expresaron la percepción de la falta de acompañamiento del compañero de las mujeres en esos encuentros y en las consultas de prenatal. En la visión de ellas, esto ocurre porque ellos piensan que eso no requiere su participación.

(...) nosotros llamamos a los compañeros de las mujeres para que participen de los grupos, pero muchos de ellos no van (...) van más las embarazadas de que sus compañeros. (E2)

Primero, el hecho de que ellas vienen sin el acompañante. La planificación familiar es para la pareja y la mayoría de las mujeres va sola. (E3)

Notamos mucho eso (...) son pocos los hombres que las acompañan, solo va la mujer. (E1)

Las entrevistadas destacan también, que los compañeros de las mujeres que participan en las actividades de planificación familiar no quieren usar preservativos y que las mujeres lo aceptan, incluso después de las acciones educativas. Las enfermeras relatan que las mujeres dicen que sus compañeros no aceptan y no les gusta, que usan expresiones "chupar caramelo con papel". De esta forma, el machismo surge más una vez en el discurso de las enfermeras, quedándose explícita la dificultad de negociación de sexo seguro por parte de las mujeres.

(...) el compañero dice que es ruin, que usa varias frases, como: "chupar caramelos con papel", entonces ellas muestran por ese lado, que no quieren usarlo por causa del compañero. (E2)

A veces la mujer se quiere proteger, quiere tener una relación más seguro, pero el hombre no acepta. Él quiere ser el soberano en las opiniones. (E3)

(...) el hombre acaba dictándole algunas reglas a la mujer, y ella acaba acatándolas por estar en una relación. Ella acaba siendo sumisa a él y a sus imposiciones. (E9)

Las enfermeras notan las dificultades relacionadas al uso de preservativo masculino en las relaciones amorosas vividas por las mujeres que frecuentan la planificación familiar. Relatan que muchas de ellas inventan disculpas para no utilizarlo, diciendo que no están relacionándose sexualmente por causa del embarazo avanzado, que es difícil la manipulación y la colocación, que se sienten avergonzadas, que es incomodo y hasta que tienen alergia.

(...) ellas inventan una disculpa. Ellas dicen: "ah porque yo no estoy haciendo", "porque este embarazo está avanzado", "ah porque es difícil de colocar", "ah porque me quedé avergonzada", (...) la gran mayoría no usa, aunque se los demos, como parte del proceso de planificación. (E6)

Ellas decían que no era legal, que era incomodo usar preservativo, unas decían que tenían alergia, que creían que tenían alergia, porque picaba después que lo usaba, que no era bueno. Usaban hasta unos términos vulgares (risas). (E9)

Desde el punto vista de las enfermeras, la mayor parte de las mujeres, que frecuentan la

planificación familiar y que tienen una relación estable, no usa preservativos. Las entrevistadas destacaron el par fija/estable como el principal factor de esa vulnerabilidad.

Me parece que cuando la relación es estable, por ejemplo, un casamiento de mucho tiempo, difícilmente uno de ellos cree que puede coger alguna enfermedad... (E2)

(...) "¿pero voy a usar preservativo con mi marido? Estoy casada hace tanto tiempo", no sé por qué. (E8)

Es que veíamos, en la mayoría de las veces, en la mayoría de los relatos, la no utilización del preservativo por estar en una relación estable. (E9)

Las profesionales verbalizan que esas mujeres, que tienen relaciones estables, no consideran que estén en grupos de riesgo. Las enfermeras señalan que para esas mujeres, la enfermedad es del otro. Siendo así, las mujeres piensan que no les hace falta protegerse, pues se consideran fuera del riesgo de ser contaminadas.

(...) porque usted no sabe con quién su compañero está relacionándose, si él tiene otras relaciones extraconyugales. Porque una relación estable no garantiza que su compañero sea fiel. (E4)

Pero yo creo en la cabeza de las mujeres, en general, aún hay mucho de eso, de que en la relación estable, usted no está en el grupo considerado de riesgo, como si estuviera fuera del riesgo de contraer la enfermedad. (E7)

Las entrevistadas también revelaron que la confianza que las mujeres depositan en los respectivos compañeros, por estar casadas o convivir mucho tiempo juntos, las hacen vulnerables a las IST/VIH y muchas veces, son sorprendidas con la infección después de mucho tiempo con la misma pareja.

(...) ahí sucede que muchas mujeres con 20 años de casada, por ejemplo, se sorprenden con el VIH. (E2)

(...) nunca sabemos (...) a pesar de la relación ser estable, no significa que el marido no haya tenido otras. (E3)

(...) creo que por esa cuestión de confiar, de pensar que con ellas no va a pasar, creo que es eso que las hace vulnerables, ¿entendió? Piensa que: "ah tengo un compañero fijo". Creo que por eso ellas no se cuidaban, creo que era relacionado a eso mismo. (E5)

Las enfermeras presuponen que las situaciones presentadas, adicionadas a la vivencia de una relación estable, influye en que las mujeres no utilicen medidas preventivas para IST/VIH.

DISCUSIÓN

La idea de responsabilizar solamente a la mujer con la protección de IST y la contracepción nos remite históricamente a los papéis de género difundidos culturalmente. Aunque prevalece el papel atribuido a las mujeres como responsables por la contracepción, este hecho no significa que ellas tengan autonomía en las decisiones. Ellas realizan los deseos de los hombres, principalmente tratándose del uso de preservativos⁽⁸⁾.

Culturalmente, las desigualdades de género son impuestas y permean el contexto de vulnerabilidad femenina. Los patrones hegemónicos de comportamiento de género masculino y femenino se mantienen, predominando el poder de los hombres sobre las mujeres⁽⁹⁻¹⁰⁾. Las mujeres son desvalorizadas después del inicio de la vida sexual y cuando tienen varias parejas, los hombres, por el contrario son prestigiados por estos mismos motivos. Además, aquellas que violan esos patrones sufren con las represiones del grupo de control moral⁽¹⁰⁾. La idea de que el hombre es el proveedor, la potencia sexual, válida, de esta forma, los valores machistas y la negociación del uso de preservativo⁽¹⁰⁾. Añadido a esto, la visión de la mujer como un ser pasivo y dependiente contribuye a su vulnerabilidad relacionada a la epidemia de IST/VIH, por ser excluida del poder de decisión y libertad sobre la vida sexual⁽¹¹⁾. Esta situación también fue discutida en una investigación realizada en África del Sur sobre la calidad de la relación, poder e implicaciones para la vulnerabilidad al VIH/SIDA⁽⁹⁾.

Además, las enfermeras destacaron la falta de acompañamiento del hombre a la embarazada en los encuentros de planificación familiar, en las consultas de prenatal y también en la anti-concepción. Una pesquisa realizada con mujeres reveló que ellas se sienten desamparadas por la pareja, por no poder contar con su presencia. Relataron que los compañeros de las mujeres priorizan el trabajo en relación a la planificación familiar y a acompañar a sus parejas al prenatal. Dijeron también que no notan que ellos se empeñan para participar en la planificación y en la construcción de la familia⁽⁸⁾. Esta desigualdad entre los sexos es histórica, lo que evidencia el poder de los hombres sobre las mujeres en diferentes generaciones, así como la hegemonía de ellos cuanto a la protección de la salud femenina. Por tanto, es de suma importancia la inserción de los compañeros en las actividades de planifica-

ción familiar. Se debe elaborar estrategias para compartir las responsabilidades y las escojas a través del diálogo⁽⁸⁾.

En este contexto, la vulnerabilidad de las mujeres sufre influencias de aspectos culturales y procesos de exclusión social y económicos, factores que pueden establecerse como impedimentos para que ellas perciban el riesgo de ser infectadas por VIH⁽¹²⁾. El comportamiento femenino, junto a las condiciones del medio natural y social que viven, contribuye a la vulnerabilidad individual, relacionada a la consciencia que los individuos poseen sobre esos comportamientos y a su comprensión y a posible modificación de conductas después de la concientización.⁽¹²⁾

Las enfermeras relataron la dificultad referente a la utilización de medidas preventivas por las mujeres que realizan los talleres de planificación ligada a la desigualdad de género. Las negociaciones sobre el sexo seguro son inviables cuando el hombre tiene mayor poder sobre las decisiones en la relación amorosa⁽¹³⁻¹⁴⁾. Con el fin de que la adhesión al preservativo masculino sea mayor entre las parejas, se hace necesario que las mujeres sean aconsejadas y empoderadas para que ellas puedan negociar el uso de preservativos con sus compañeros, independiente de las condiciones socioeconómicas o culturales^(12,14,15).

Una investigación realizada en Estados Unidos refiere que la dificultad para la negociación del sexo seguro se agrava en las relaciones que no comparten las decisiones y donde las mujeres pueden sufrir diversas formas de coerción sexual. Entre las cuales tenemos, persuadir a la mujer para no usar el preservativo utilizando manipulación emocional, sabotaje y hasta agresiones físicas. Como resultado, ellas pueden ser incapaces de negociar el sexo seguro y así reducir su riesgo⁽¹³⁾.

Las mujeres que están en una relación estable atribuyen mayor vulnerabilidad a otras mujeres en la misma situación conyugal por no

utilizar medidas preventivas. Sin embargo, se perciben a sí mismas como menos vulnerables, pues se excluyen del grupo de riesgo de contraer IST/VIH. Tal situación se puede entender como un reflejo de las desigualdades de género edificadas culturalmente en la sociedad en que vivimos⁽¹⁶⁾.

Las mujeres creen que el tiempo de relacionamiento amoroso o el casamiento son medidas protectoras y seguras contra el virus del SIDA, lo que evidenció su vulnerabilidad al VIH. Pensando en las características de las relaciones estables, la confianza y el pacto de monogamia se usan frecuentemente para reducir el riesgo^(13,15-17).

Tal ocurrencia ilustra la idea de que el SIDA es una enfermedad del otro, que infecta solamente a personas de comportamientos promiscuos o de situación conyugal inestable⁽¹⁶⁾. Este dato también trae la idea de estigma y prejuicio relacionados a la enfermedad y sus portadores⁽¹⁸⁾.

Las políticas de salud sexual deben ser realizadas enfatizándose la difusión de informaciones, la responsabilización y el empoderamiento de las mujeres. Estas acciones deben realizarse a través de la acogida, la escucha sensible y la asistencia, promoviendo, así, las condiciones para que las decisiones sean realizadas por ellas⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, los enfermeros tiene un papel fundamental en las discusiones de género, presentes en las actividades de planificación familiar y en otras instancias de atendimento a las mujeres. Así, las mujeres pueden ser activas en las decisiones sobre su propio cuerpo y sexualidad, impactando la disminución de las desigualdades de género y consecuentemente, disminuyendo la vulnerabilidad a las IST/VIH.

CONCLUSIÓN

Teniendo en consideración los resultados presentados por el estudio, se hizo evidente que las enfermeras perciben a las mujeres que parti-

cipan de las actividades de planificación familiar como vulnerables a las IST/VIH. Se concluye que estas infecciones todavía son consideradas enfermedades del otro, sufriendo fuerte interferencia de las desigualdades de género. Vale destacar que, a pesar de las acciones educativas realizadas por las enfermeras en los encuentros de planificación familiar, estas no están siendo suficientes para que las mujeres utilicen medidas preventivas para IST/VIH.

De esta forma, se destaca la importancia de promover actividades de planificación familiar que ultrapasen el control de natalidad, con enfoque en la doble protección. Se debe despertar la reflexión de las mujeres, especialmente, de las que tienen una relación estable, sobre las cuestiones de género, incitándolas para que negocien la realización del sexo seguro.

Este estudio fue realizado a partir de la percepción de las enfermeras que trabajan con talleres de planificación familiar en una determinada región de Brasil y en un determinado contexto. Entonces, es importante que se desarrollen nuevos estudios sobre la temática abordada, ampliando su escopo a partir de la inclusión de otros profesionales de salud que atienden mujeres, en diferentes contextos, principalmente los de atención primaria, con intuito de profundizar el tema y posiblemente revelar nuevas perspectivas sobre el asunto.

CITAS

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-infec>
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_FactSheet.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 jan 5] 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 jun 4]. 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 mai 3] 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 jul 9] 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 jul 8] 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 jun 15] 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 jun 15] 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 jul 1] 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 jun 2] 23(4):507-12. Available from: www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a12.pdf

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 11/08/2016
 Revisado: 07/03/2018
 Aprobado: 08/22/2018