

A VULNERABILIDADE AO HIV EM ADOLESCENTES: ESTUDO RETROSPECTIVO EM UM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

VULNERABILITY TO HIV IN ADOLESCENTS: A RETROSPECTIVE STUDY AT A COUNSELING AND TESTING CENTER

VULNERABILIDAD AL VIH EN LOS ADOLESCENTES: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE CONSEJERÍA Y PRUEBAS

Cézar Gustavo Araujo Pacheco de Campos¹

Sonara Lucia Estima²

Vinicius Souza Santos³

Alexandre Ramos Lazzarotto⁴

¹ Enfermeiro Assistencial. Pós-Graduado em Enfermagem em Terapia Intensiva, emergência e trauma. Canoas, RS – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Educação. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Unilasalle. Canoas, RS – Brasil.

³ Enfermeiro. Canoas, RS – Brasil.

⁴ Educador Físico. Doutor em Ciências do Movimento Humano. Coordenador do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Unilasalle. Canoas, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Cézar Gustavo Araujo Pacheco de Campos. E-mail: viguistn@hotmail.com

Submetido em: 11/12/2013

Aprovado em: 28/04/2014

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar o perfil de vulnerabilidade e a sua relação com a escolaridade de adolescentes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O delineamento caracterizou-se como transversal retrospectivo. A amostra foi de 100 indivíduos de ambos os sexos, entre 13 e 19 anos de idade, com sorologia positiva para HIV, no período de 2002 a 2010, em um CTA da região Sul do Brasil. A média de idade foi de 17,7 anos, com sexo feminino perfazendo 65% da amostra e com prevalência em escolaridade (oito a 11 anos de estudo). Não houve diferença significativa entre as variáveis categóricas que compõem vulnerabilidade e sexo. O perfil de vulnerabilidade evidenciado foi feminização, associação de baixa escolaridade com “motivo de não usar preservativo com parceiro fixo”, “uso de drogas no último ano”, “doença sexualmente transmissível no último ano” e relação sexual como “tipo de exposição”. Salienta-se a necessidade de desenvolvimento de intervenções educativas para a prevenção do HIV/AIDS em adolescentes.

Palavras-chave: HIV; Adolescente; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the vulnerability profile of HIV-positive adolescents at a Counseling and Testing Center (CTA) and its relationship with the individuals' level of education. It is a retrospective cross-sectional study carried out from 2002 to 2010 at a CTA in Southern Brazil. Sample consisted of 100 HIV-positive subjects of both sexes, aged between 13 and 19 years. The average age was 17.7 years; female subjects made up 65 % of the sample and had the highest educational attainment (8 to 11 years of schooling). There were no significant differences between the categorical variables that comprise vulnerability and sex. Vulnerability profile highlighted feminization, an association between low level of education and the following variables: “reason not to use condoms with a stable partner”; “drug use in the last year”; “sexually transmitted diseases in the last year”; and sexual intercourse as a “type of exposure”. The researchers emphasize the need to implement educational programs for the prevention of HIV/AIDS in adolescents.

Keywords: HIV; Adolescent; Vulnerability.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre el perfil de vulnerabilidad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el nivel de instrucción de adolescentes seropositivos de un Centro de Consejería y Pruebas (CTA). El diseño se caracteriza por ser transversal retrospectivo. La muestra consistió en 100 individuos de ambos sexos, entre 13 y 19 años de edad, con serología VIH positiva, en el período 2002-2010, a un CTA del sur de Brasil. La edad promedio fue de 17,7 años, con las mujeres que componen el 65% de la muestra y su prevalencia en la educación (8-11 años de escolaridad). No hay diferencias significativas entre las variables categóricas que componen vulnerabilidad y sexo. El perfil de vulnerabilidad evidenció la feminización, la asociación entre bajo nivel educativo y “razón para no usar preservativos con una pareja estable”, “consumo de drogas en el último año”, “enfermedad de transmisión sexual en el último año” y la relación sexual como “una especie de la exposición”. Hacemos hincapié en la necesidad de llevar a cabo medidas educativas para la prevención del VIH / SIDA en adolescentes.

Palabras clave: VIH, Adolescente, Vulnerabilidad.

INTRODUÇÃO

Os adolescentes constituem um grupo que, atualmente, apresenta grande exposição a situações de riscos, físicos e psicossociais, sendo a infecção pelo HIV uma importante forma de expressar essa vulnerabilidade, principalmente por se tratar de uma doença infecciosa, incurável e que, no cotidiano, é concebida com estigma, discriminação e preconceito.^{1,2}

A epidemia no Brasil distinguiu-se em três fases distintas, sendo a primeira caracterizada apenas pelos infectados pelo HIV, especialmente homens homossexuais com alto nível de escolaridade, sendo essa época marcada pelo conceito de “grupos de risco”. Na segunda fase adotou-se o conceito de “comportamento de risco”, devido ao grande número de contaminação por uso de drogas injetáveis, atingindo um número maior de heterossexuais, que consequentemente caracterizaram a terceira e atual fase, a partir do aumento de casos no sexo feminino, baixa escolaridade e interiorização da AIDS, adotando-se então o conceito de “vulnerabilidade”.³

A disparidade demográfica e epidemiológica do Brasil implica subepidemias. No Brasil, de 1980 a junho de 2012, foram notificados 656.701 casos de pessoas vivendo com AIDS. Na América Latina, o Brasil está em 6º lugar na prevalência de HIV/AIDS por cada 1.000 habitantes. Na região Sul do país a taxa de incidência cresceu de 27,1 para 30,9. A faixa etária dos 13 aos 19 anos é a única em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres.^{4,5}

Em relação aos jovens, os dados sugerem que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há crescimento do HIV⁶, evidenciando tendência à juvenização da epidemia, ou seja, o aumento da distribuição dos casos entre adolescentes, especialmente do sexo feminino.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), implantados no Brasil a partir de 1988, oferecem, entre outras atividades, o aconselhamento e a realização de testes sorológicos anti-HIV, permitindo conhecer de modo precoce o perfil epidemiológico dos indivíduos infectados, auxiliando nas respostas para intervenções políticas e sociais no controle e tratamento da doença.^{7,8}

O conhecimento é de suma importância para compreender o conceito de vulnerabilidade em adolescentes, tornando-se essencial o estudo das suas crenças, informações e atitudes sobre a doença, bem como suas condutas perante as exposições de risco.

A literatura enfatiza o conhecimento sobre prevenção e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e AIDS em adolescentes, porém há carência de informações sobre as vulnerabilidades de adolescentes com sorologia positiva para HIV associadas à escolaridade, principalmente daqueles que procuram um CTA.^{9,10}

A partir das premissas anteriores, este estudo objetivou identificar o perfil de vulnerabilidade de adolescentes HIV positivo em um CTA da região Sul do Brasil. A relevância desta

pesquisa se justifica pela necessidade de identificar os aspectos que contemplam questões relacionadas à vulnerabilidade ao HIV, devido à variação no perfil da epidemia, avaliando o risco a que determinada população está exposta, neste contexto os adolescentes, especialmente do sexo feminino.

MÉTODO

O delineamento caracterizou-se como transversal retrospectivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (643/11).

A coleta de dados foi realizada por processo consecutivo de 100 formulários de adolescentes entre 13 e 19 anos de ambos os sexos, que realizaram testagem no CTA no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2010 e apresentaram sorologia positiva para HIV.

Nesse período foram realizadas 1.130 testagens para HIV, sendo 130 com resultado positivo, porém 30 formulários foram excluídos por contemplarem os critérios de exclusão (formulários incompletos).

A obtenção dos dados desse grupo histórico deu-se a partir da coleta das informações no banco de dados Sistema de Informações do Centro de Testagem e Aconselhamento (SiCTA), sistema no qual não consta a identificação pessoal dos sujeitos, em função da necessidade de preservação do anonimato, prerrogativa inerente ao atendimento nos CTAs.

Os dados foram digitados em uma planilha no programa *Microsoft Excel* e importados para o programa *SPSS* (18,0) ($p < 0,05$), no qual foram tabulados e analisados por frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão.

Nas associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Para complementar esse teste, a análise dos resíduos ajustados foi aplicada, em caso de significância estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra teve predomínio do sexo feminino, perfazendo 65% dos dados coletados, com média de idade de 17,6 anos e desvio-padrão (DP) $\pm 1,5$. Esses dados retratam uma dinâmica nacional em que a faixa etária dos 13 aos 19 anos de idade é a única que apresenta maior número de casos no sexo feminino, conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde.⁵

A vulnerabilidade social ao HIV/AIDS, vivenciada pelas mulheres, pode ser explicada por meio da inter-relação de diferentes fatores, como a baixa escolaridade, exposição ao vírus principalmente através de relações heterossexuais com parceiros de união estável, violência baseada em gênero, expectativa em relação à maternidade e a pobreza.^{11,12}

O atendimento à saúde, que muitas vezes é negado às adolescentes que não estão acompanhadas pelos seus “responsáveis”, não condiz com o que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de não reconhecer a legitimidade da adolescente. Tais aspectos se tornam um importante fator de vulnerabilidade, pois impedem o aconselhamento e a orientação relacionada à prática de sexo seguro, assim como o acesso a insumos adequados às suas necessidades.¹²

Os dados da presente pesquisa mostraram mais frequência de soropositivos entre sujeitos do sexo feminino, possivelmente pelo maior volume de atendimentos a mulheres. Esses dados corroboram os achados de uma pesquisa que apresenta elevada proporção de atendimentos do sexo feminino em um centro de referência em IST/HIV/AIDS.¹³

Embora a feminização seja uma tendência, deve-se considerar a saúde do homem no contexto da saúde pública, pois historicamente ele tende a considerar-se “invulnerável”, rejeitando a possibilidade de adoecer, o que pode influenciar diretamente na multiplicação de ISTs.¹⁴

Tabela 1 - Dados sociodemográficos segundo sexo – CTA. Região Sul do Brasil – 2002 a 2010 (n=100)

Variáveis	Masculino (n=35)	Feminino (n=65)	p-valor
	n %	n %	
Raça/cor			
Branco	7 20	24 36,4	0,134
Preto	1 2,9	6 9,2	
Pardo	4 11,4	4 6,2	
Ignorado	23 65,7	31 47,7	
Escolaridade			
Nenhuma	2 5,7	1 1,5	0,001
1 a 3	15 42,9*	7 10,8	
4 a 7	12 34,2*	25 38,5	
8 a 11	3 8,6	28 43,1*	
> 12	1 2,9	-	
Ignorado	2 5,7	4 6,2	
Estado Civil			
Casado	11 31,4	29 44,6	0,307
Solteiro	24 68,6	35 53,8	
Separado	-	1 1,5	

* Associação significativa pelo teste de resíduos ajustados a 5% de significância. Fonte: Sistema de informações do CTA (SiCTA) – 2002 a 2010. O símbolo hífen (-) representa o valor zero (0).

Observa-se a caracterização da amostra segundo o perfil sociodemográfico com diferença significativa em relação à “escolaridade” (p=0,001), em que houve prevalência de quatro a sete anos de estudo, especialmente no sexo masculino (Tabela 1).

A taxa de comportamento sexual de risco aumentou mais de 50% no período 2002-2007 entre os jovens com ensino fundamental incompleto. Tais dados concordam com os achados do estudo e sugerem que o baixo percentual de escolaridade pode influenciar diretamente no poder de discernimento desses adolescentes quando expostos a situações de risco, deixando-os conseqüentemente mais vulneráveis.¹⁵

Nos Estados Unidos, intervenções na escola incluindo currículos em sala de aula e mudanças no ambiente escolar têm demonstrado diminuição das relações sexuais desprotegidas e aumento do uso de preservativos entre os jovens, baseados em evidências de educação para a prevenção do HIV, o que, de acordo com o presente estudo, se faz necessário devido à lacuna observada na escolaridade desses adolescentes.¹⁶

Observou-se que não houve diferença significativa entre o perfil de vulnerabilidade e sexo (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo perfil de vulnerabilidade e sexo: CT, região Sul do Brasil – 2002 a 2010. (n=100)

Variáveis	Masculino (n=35)	Feminino (n=65)	p-valor
	n %	n %	
Uso de drogas no último ano			
Sim	5 14,3	12 18,5	0,802
Não	30 85,7	53 81,5	
Doença sexualmente transmissível no último ano			
Sim	7 20	6 9,2	0,210
Não	28 80	59 90,8	
Motivo de não usar preservativo com parceiro (a)			
Fixo(a) na última relação			
Parceiro(a) não aceita	1 2,9	6 9,2	0,139
Achou que o(a) parceiro(a) não tinha HIV	3 8,6	1 1,5	
Não gosta	2 5,7	8 12,3	
Confia no parceiro	4 11,4	11 16,9	
Não se aplica*	19 54,3	35 53,8	
Outros	6 17,1	4 6,2	
Tipo de exposição			
Relação sexual	31 88,6	60 92,3	0,065
Transmissão vertical	-	4 6,2	
Compartilhamento de seringas e agulhas	2 5,7	-	
Outros	2 5,7	1 1,5	

*Considera-se a categoria “não se aplica” apenas para parceiros fixos e não eventuais. Fonte: Sistema de informações do CTA (SiCTA) - 2002 a 2010. O símbolo hífen (-) representa o valor zero (0).

A vulnerabilidade à AIDS é um conceito complexo que abrange diversas dimensões que determinam indivíduos ou gru-

pos de maior exposição, com diferentes particularidades e especificidades que variam de acordo com a população abordada.

Embora a literatura descreva a correlação de drogas, ITS e o não uso de preservativo como importantes questões de exposição de risco e vulnerabilidade quando associada ao HIV, neste estudo não apresentou diferença significativa em relação ao sexo.¹⁷⁻²⁰

A associação entre a variável independente “escolaridade” e as demais variáveis que compõem o perfil de vulnerabilidade apresenta correlação significativa em todas as associações (p=0,001), a partir do teste de resíduos ajustados (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre perfil de vulnerabilidade e escolaridade em ambos os sexos: CTA região Sul do Brasil – 2002 a 2010 (n=100)

Variáveis	Escolaridade				p-valor
	Nenhum n %	1-3 anos n %	4-7 anos n %	> 8 anos n %	
Motivo de não usar preservativo com parceiro(a) fixo(a)					
Parceiro(a) não aceita	6 66,7*	1 4,5	–	–	0,001
Achou que o(a) parceiro(a) não tinha HIV	3 33,3*	1 4,5	–	–	
Não gosta	–	7 31,8*	3 8,1	–	
Confia no parceiro	–	4 18,2	11 29,7*	–	
Outros	–	9 40,9	23 62,2	32 100	
Uso de drogas no último ano					
Sim	9 100*	8 36,4*	–	–	0,001
Não	–	14 63,6	37 100*	32 100	
Doenças sexualmente transmissíveis no último ano					
Sim	9 100*	4 18,2	–	–	0,001
Não	–	18 81,8	37 100*	32 100	
Tipo de exposição					
Relação sexual	9 100	22 100	37 100*	23 74,2	0,001
Transmissão vertical	–	–	–	4 12,9*	
Compartilhamento de seringas e agulhas	–	–	–	2 6,5*	
Outros	–	–	–	3 8,1	

*Associação significativa pelo teste de resíduos ajustados a 5% de significância.
 Fonte: Sistema de informações do CTA (SiCTA) - 2002 a 2010.
 O símbolo hífen (-) representa o valor zero (0).

Observa-se, na respectiva associação, que a variável “motivo de não usar preservativo com parceiro(a) fixo(a)” apresentou baixa escolaridade nas variáveis categóricas “parceiro(a) não aceita” (66,7% em nenhum), “achou que o(a) parceiro(a) não ti-

nha HIV” (33,3% em nenhum), “não gosta” (31,8% 1-3 anos) e “confia no parceiro” (29,7% em 4-7 anos).

Considerando o uso de preservativos, constatou-se em estudo prévio que mais de 40% das mulheres, independentemente de ter companheiro permanente ou temporário, tiveram relações sexuais desprotegidas e possuíam baixa escolaridade, o que pode sugerir baixo poder de barganha em relação ao sexo seguro, gerando dificuldade em negociar e/ou aceitar algumas decisões, principalmente em adolescentes do sexo feminino.²¹

No entanto, sexo sem proteção não é um problema só de adolescentes brasileiros. Nos Estados Unidos, 59,5% dos jovens HIV positivo desconhecem sua sorologia.²² Neste sentido, estudo multicêntrico relacionado a adolescentes HIV positivo cita que 21% dos participantes não revelaram sua sorologia a(às) seus(suas) parceiros(as), além de terem relações sexuais “desprotegidas”, ou seja, além de poder ocorrer recontaminação pelo vírus e adquirir outras ISTs, o adolescente pode se tornar um potencial multiplicador do vírus.²³

Nas variáveis “uso de drogas no último ano” e “doença sexualmente transmissível no último ano”, verificou-se que os adolescentes que contemplavam essas variáveis apresentavam baixa escolaridade (nenhuma ou um a três anos de estudo), assim como na variável “tipo de exposição”, em que predominou relação sexual como forma mais frequente de exposição, também associada à baixa escolaridade (quatro a sete anos de estudo).

Estudo prévio com adolescentes informa que 33,7% daqueles que mantiveram relações sexuais desprotegidas relataram tê-la feito sob o efeito do uso de drogas, sendo que 37,9% dos entrevistados acreditavam que não iriam contrair o HIV.²⁴

Já em outro estudo no qual a amostra era composta de adolescentes com baixa renda e escolaridade, 75,4% dos adolescentes tiveram sua primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade. E aqueles que começaram antes dos 12 anos estavam em risco ainda mais alto para a infecção pelo HIV.²⁵ Nossos achados são consonantes com esses resultados, uma vez que a amostra deste estudo abrange adolescentes com sorologia positiva para HIV. Considerando a faixa etária abordada (13 aos 19 anos), “subentende-se” que a baixa escolaridade pode influenciar a tomada de decisão desses adolescentes, deixando-os mais vulneráveis em situações de risco.

Tais aspectos, associados às peculiaridades que abrangem a adolescência, podem influenciar no processo saúde-doença, tendo como resultado alterações nos padrões que regem o conceito de vulnerabilidade, sendo necessária uma abordagem no âmbito escolar visando atenuar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV em adolescentes.

Como limitações, as conclusões desta pesquisa devem ser compreendidas considerando-se o pequeno tamanho amostral de adolescentes, assim como o fato de que os dados foram coletados em apenas um CTA da região Sul do Brasil, o que pode comprometer a validade externa da investigação.

CONCLUSÃO

A partir dos objetivos propostos, evidenciou-se a feminização na faixa etária dos 13 aos 19 anos, assim como mais escolaridade no sexo feminino (oito a 11 anos). Observou-se que não houve diferença significativa entre o perfil de vulnerabilidade e sexo, mesmo tendo prevalência no gênero feminino.

Identificou-se associação significativa entre baixa escolaridade e vulnerabilidade neste estudo, o que sugere, nesse âmbito, que a escolaridade influencia diretamente o poder de discernimento e/ou a tomada de decisão dos adolescentes quando expostos a situações de risco, mesmo sendo a amostra composta de adolescentes HIV positivo, pois além dessa população tornar-se alvo de doenças potencialmente evitáveis, pode vir a ser potencial multiplicador dessa enfermidade.

A importância da ideia de vulnerabilidade reside no reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais que afetam os indivíduos, independentemente de sua vontade, o que justifica um foco especial no desenvolvimento ou adaptação de metodologia preventiva específica para esse extrato populacional.

Torna-se necessário o desenvolvimento de campanhas educativas e criativas que considerem a complexidade biopsicossocial que envolve a vulnerabilidade à infecção pelo HIV na adolescência, proporcionado, dessa forma, a diminuição do número de casos e do preconceito com base em uma educação sólida e objetiva, especialmente no cenário escolar.

AGRADECIMENTOS

A todos os membros do CTA de referência, em especial a Sílvia Perivolaris, Ludia Mondini, Cristine, Geneci, Tereza, Ana Lucia e Lucia Escobar, pelo apoio e incentivo para a execução do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Naswa S, Marfatia YS. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *Indian J Sex Transm Dis*. 2010; 31(1):1-10.
2. Moura LR, Lamounier JR, Guimarães PR, Duarte JM, Beling MTC, Pinto JÁ, et al. The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(5):1008-18.
3. Gomes MT, Oliveira DC, Santos EI, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012; 16(1):111-20.
4. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buéla-Casal G. Current epidemiological situation of hiv/aids in latin america: analysis of differences among countries. *Rev Méd Chile*. 2012; 140(1): 50-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: AIDS/DST. Brasília (DF): MS; 2012.

6. Zuleyce MLP, Elisabete PAP, Girlene AS. Relacionamentos afetivos no cotidiano do adolescente portador do HIV: des-velando seus significados. *REME - Rev Min Enferm*. 2011; 15(4):567-72.
7. Kanekar AS. HIV/AIDS Counseling Skills and Strategies: can testing and counseling curb the epidemic? *Int J Prev Med*. 2011; 2(1):10-4.
8. Monteiro SS, Brandao E, Vargas E, Mora C, Soares P, Dalto E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):137-46.
9. Chaves ACP, Bezerra EO, Pereira MLD, Wolfgang W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):48-53.
10. Silva KL, Maia CC, Dias FLA, Vieira NFC, Pinheiro PNC. A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *REME - Rev Min Enferm*. 2011; 15(4):607-11.
11. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):747-58.
12. Taquete SR. Feminização da AIDS e adolescência. *Adolesc Saúde*. 2009; 6(1):33-40.
13. Vilela MP, Brito TRB, Goyatá SLT, Arantes CIS. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010; 12(2):327-30. [Citado em 2012 ago. 21]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a15.pdf>
14. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012; 16(3):561-8.
15. Szwarcwald CL, Andrade CL, Pascom AR, Fazito E, Pereira GF, Penha TI. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(Sup 1):S19-26.
16. Centers for Disease Control and Prevention. The guide to community preventive services. Preventing HIV/AIDS, other STIs, and teen pregnancy: group-based Comprehensive Risk reduction Interventions for adolescents. Atlanta: Department of Health and Human Services; 2010.
17. Camargo BV, Giacomozi AI, Wachelke JFR, Aguiar A. Vulnerabilidade de adolescentes afro-descendentes e brancos em relação ao HIV/AIDS. *Estud Psicol (Campinas)*. 2010; 27(3):343-54.
18. Motta MGC, Pedro ENR, Paula CC, Coelho DF, Ribeiro AC, Greff AP, et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(3): 345-50.
19. Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):829-37.
20. Ober AJ, Iguchi MY, Weiss RE, Gorbach PM, Heimer R, Ouellet LJ, et al. The relative role of perceived partner risks in promoting condom use in a three-city sample of high-risk, low-income women. *AIDS Behav*. 2011; 15(7):1347-58.
21. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerabilidade de mujeres Viviendo con VIH / SIDA. *Rev Latinoam Enferm*. 2014; 22(1):68-75.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention, National Center for HIV/ AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Diagnosed HIV infection among adults and adolescents in metropolitan statistical areas United States and Puerto Rico, 2011. HIV Surveillance Supplemental Report. 2013; 18(Sup. 8):S5-12.
23. Dempsey AG, MacDonell KE, Naar-King S, Lau CY. Adolescent medicine trials network for HIV/AIDS interventions. Patterns of disclosure among youth who are HIV-positive: a multisite study. *J Adolesc Health*. 2012; 50(3):315-7.
24. Nunes ELM, Andrade AG. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicol Soc*. 2009; 21(1):45-54.
25. Bassols AMS, Boni R, Pechansky F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(4):361-8.