

Prevenção do consumo de álcool e transmissão do vírus da imunodeficiência humana: ensaio clínico randomizado*

Martha Dalila Mendez-Ruiz¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4527-0296>

Miguel Angel Villegas-Pantoja¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9917-8439>

Nohemí Selene Alarcón-Luna¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1407-695X>

Natalia Villegas²

 <https://orcid.org/0000-0002-0861-5830>

Rosina Cianelli²

 <https://orcid.org/0000-0002-4294-5569>

Nilda Peragallo-Montano³

 <https://orcid.org/0000-0001-7947-3406>

Objetivo: conhecer os efeitos de uma intervenção de enfermagem para reduzir o uso de álcool e diminuir os fatores de risco para a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV, sigla em inglês). **Método:** ensaio clínico randomizado, simples-cego, realizado por enfermeiras com mulheres jovens. O estudo incluiu 66 participantes no grupo de intervenção e 66 participantes no grupo controle. Os instrumentos foram o Questionário de Identificação de Distúrbios de Uso de Álcool, a *HIV Risk Behavior Knowledge* e a Escala de Autoeficácia no Uso de Preservativos. Foi utilizada a análise de variância. **Resultados:** o consumo de álcool diminuiu no grupo de intervenção ($F(1,119) = 50,28$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,297$), enquanto o conhecimento sobre o HIV ($F(1,130) = 34,34$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,209$) e a autoeficácia no uso de preservativos aumentaram ($F(1,129) = 27,20$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,174$). Além disso, menos participantes consumiram álcool na última semana em comparação com o grupo controle ($\chi^2 = 15,95$; $p < 0,001$). **Conclusão:** a intervenção de enfermagem teve efeitos positivos, que poderiam ajudar as mulheres jovens a ficarem longe do uso de álcool e do risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis. NCT: 02405481.

Descritores: Consumo de Bebidas Alcoólicas; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Mulheres; Adulto Jovem; Ensaio Clínico Controlado Aleatório; Cuidados de Enfermagem.

* Apoio Financeiro da Secretaría de Educación Pública (Programa para el Desarrollo Profesional Docente) – Proceso UAT-PTC-212, México.

¹ Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.

² University of Miami, School of Nursing and Health Studies, Coral Gables, Florida, Estados Unidos da América.

³ University of North Carolina, Chapel Hill School of Nursing, Chapel Hill, North Carolina, Estados Unidos da América.

Como citar este artigo

Mendez-Ruiz MD, Villegas-Pantoja MA, Alarcón-Luna NS, Villegas N, Cianelli R, Peragallo-Montano N. Prevention of alcohol consumption and transmission of human immunodeficiency virus: randomized clinical trial. 2020;28:e3262.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3393.3262>.

mês dia ano

URL

Introdução

O consumo de álcool é um problema mundial de saúde pública. Regiões como o continente americano demandam atenção especial, uma vez que este ocupa o segundo lugar no consumo per capita de álcool⁽¹⁾. No entanto, deve-se notar que a proporção de mulheres com consumo esporádico de álcool triplicou (consumo de quatro a cinco doses por ocasião nos últimos 30 dias), subindo de 4,6% em 2005 para 13,0% em 2015⁽²⁾. Países como o México podem ter contribuído para o aumento dessa prevalência, pois recentemente foi constatado um aumento no consumo de álcool entre mulheres com 18 anos ou mais. Nesse sentido, estima-se que entre 2011 e 2016, a prevalência do consumo excessivo de álcool (no último mês) tenha aumentado de 4,5% para 10,8% e o consumo diário de 0,2% para 1,2% (em áreas como Tamaulipas, é ainda maior, ultrapassando 1,5%)⁽³⁾.

O consumo de álcool está associado com múltiplas doenças e distúrbios, dentre os quais se destacam problemas mentais, doenças não transmissíveis como a cirrose hepática, diferentes tipos de câncer, doenças cardiovasculares, traumas decorrentes de violência e acidentes de trânsito⁽⁴⁻⁵⁾. Portanto, a maior suscetibilidade feminina de sofrer com os efeitos nocivos do álcool também preocupa os profissionais de saúde⁽⁶⁾. Isto por causa das diferenças anatômicas (maior porcentagem de tecido adiposo do que de água) e metabólicas (menor atividade gástrica da χ -álcool-desidrogenase, maior oxidação hepática e menor esvaziamento gástrico de álcool), o que lhes permitem atingir rapidamente níveis mais altos de alcoolemia em comparação com os homens⁽⁷⁾ e, conseqüentemente, estarem mais expostas aos riscos inerentes a isso.

Nesse sentido, foram esclarecidas as relações causais entre o consumo de álcool e a incidência de doenças graves, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁽⁸⁻⁹⁾, que constitui outro sério desafio de saúde pública⁽¹⁰⁾. Por exemplo, sabe-se que o consumo de álcool prediz a tomada de decisão no contexto sexual⁽¹¹⁾, além de poder ter efeitos negativos na região pré-frontal cerebral⁽¹²⁾, área associada com a avaliação de risco durante a tomada de decisões aumentando a probabilidade do indivíduo ter comportamentos sexuais de risco, como ter relações sexuais impulsivas, com múltiplos parceiros ou evitar o uso de preservativos durante a relação sexual. Tais comportamentos estão associados com uma maior probabilidade de se infectar com o HIV⁽¹³⁾.

Como prova da complexa, mas estreita relação entre o uso de álcool e os riscos de transmissão do HIV, algumas pesquisas latino-americanas mostram dados reveladores. Por exemplo, em um estudo⁽¹⁴⁾ verificou-se

que dos participantes (jovens do Norte do México) que relataram já ter feito sexo, 41% fizeram sexo sob efeito de álcool e 61,2% sem proteção. Eles também ressaltaram que um consumo maior de álcool está associado com uma maior prevalência de relações sexuais desprotegidas ($r = 0,278$; $p < 0,01$). Outros pesquisadores⁽¹⁵⁾ estimaram que 30,3% das mulheres em seu estudo fizeram sexo sob efeitos de álcool e, destas, 47,4% tiveram contato sexual com alguém que acabaram de conhecer. Além disso, aqueles que relataram ter tido contato sexual sob a influência de álcool tiveram mais que o dobro de parceiros sexuais (média = 4,3), em comparação com aqueles que não relataram ter feito sexo após usar qualquer droga (Media = 2,0; $t = 6,37$; $p < 0,001$). Resultados como os relatados demandam atenção por parte dos profissionais de enfermagem, especialmente no que se refere ao desenvolvimento e implementação de intervenções destinadas a prevenir o uso de álcool e a transmissão do HIV em grupos vulneráveis, como as mulheres^(13,16).

As intervenções preventivas sobre esse tema demonstraram uma eficácia variável, principalmente porque algumas não demonstraram ter impacto nos comportamentos de risco, além de se limitarem apenas a aumentar os conhecimentos⁽¹⁷⁾. Na realidade, poucas intervenções foram desenvolvidas por enfermeiros para a população mexicana. Um exemplo de intervenção baseada em evidências é o programa *Cuide-se! Promova sua saúde*, que foi adaptado e implementado no Norte do México⁽¹⁸⁾, com o objetivo de protelar a idade da iniciação sexual e incentivar o uso de preservativos. No entanto, embora seja eficaz, ela não inclui conteúdos sobre o uso de álcool ou drogas e é destinada a pais e a filhos adolescentes de ambos os sexos - segmento da população diferente da população em risco.

Considerando-se o exposto anteriormente, é de interesse o trabalho de um grupo de enfermeiras pesquisadoras, que desenvolveram uma intervenção denominada Saúde, Educação, Prevenção e Autocuidado (SEPA). Trata-se de um programa de prevenção do HIV desenvolvido para mulheres latinas (incluindo mexicanas), residentes inicialmente em Chicago, Estados Unidos da América⁽¹⁹⁾, mas que também foi implementado com hispânicas residentes na Flórida, Estados Unidos da América^(17,19). A SEPA reduz efetivamente os riscos biológicos, comportamentais e sociais que explicam a transmissão do HIV, incluindo o uso de álcool. Na realidade, devido a esses atributos, ela é considerada pelos Centros de Prevenção e Controle de Doenças como uma das poucas intervenções de enfermagem baseadas em evidência recomendadas para serem replicadas⁽²⁰⁾.

Considera-se que, devido à sua versatilidade, fundamentação teórica e disponibilidade de evidências científicas, a SEPA possui características de um programa viável para ser implementado no México. Além disso, por ter sido aplicado em mulheres jovens, que estão nos estágios iniciais de sua vida sexual, em um contexto de mudanças pessoais, sociais e econômicas⁽²¹⁾ que poderiam facilitar seu envolvimento com o álcool, a SEPA é uma oportunidade atraente para a prática de enfermagem. Principalmente levando-se em consideração a insuficiente produção científica, a demanda por estratégias preventivas e a ampla distribuição dos profissionais de enfermagem em cuidados primários de saúde. Por esse motivo, um estudo experimental foi proposto em colaboração com o grupo SEPA, com o objetivo de conhecer os efeitos de uma intervenção de enfermagem para reduzir o uso de álcool e diminuir os fatores de risco para a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV, sigla em inglês). As seguintes hipóteses foram testadas:

H₁: as mulheres do grupo de intervenção terão uma menor probabilidade de envolvimento com álcool em comparação com as do grupo controle.

H₂: as mulheres do grupo de intervenção terão mais conhecimento sobre o HIV do que as mulheres do grupo controle.

H₃: as mulheres do grupo de intervenção terão uma melhor autoeficácia para o uso correto do preservativo do que as mulheres no grupo controle.

Método

Este foi um estudo do tipo ensaio clínico randomizado, com um grupo controle, simples-cego, desenvolvido de janeiro a julho de 2018 (NCT02405481). As participantes eram procedentes de duas universidades públicas de Tamaulipas, México. Foram incluídas apenas mulheres de nacionalidade mexicana, com idade entre 18 e 30 anos, com atividade sexual nos últimos três meses e disponibilidade para participar da intervenção e que assinaram o consentimento informado.

O recrutamento foi realizado dois meses antes da intervenção, por dois assistentes de pesquisa (por meio de folhetos e pessoalmente). No total, 543 candidatas foram recebidas e examinadas. Das candidatas, 132 preencheram os critérios de inclusão e foram aleatoriamente distribuídas para um dos dois braços do estudo: aquelas que receberam SEPA foram chamadas de *grupo de intervenção* (GI; n = 66), enquanto o *grupo controle* (GC; n = 66) foi composto por aquelas que receberam uma estratégia preventiva convencional. O tamanho da amostra foi suficiente para detectar diferenças intra e interindividuais, com um poder superior a 80,0% e efeito médio ($f = 0,25$)⁽²²⁾.

Como a SEPA não foi desenvolvida para ser administrada a grupos grandes, foram gerados 12 blocos, com uma quantidade máxima de 11 participantes cada, sendo que seis correspondiam ao grupo de intervenção e seis ao grupo controle. A distribuição aleatória à condição experimental ou de controle foi realizada por meio de uma planilha eletrônica com a função de cálculo. Esses procedimentos foram realizados pela pesquisadora principal, que não conhecia a identidade das participantes. Esta pesquisa teve um mascaramento simples-cego, pois, as participantes não sabiam o grupo para o qual foram distribuídas. A Figura 1 mostra o diagrama dos *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)⁽²³⁾, com o fluxo das participantes durante as fases do estudo.

A intervenção SEPA é baseada no Modelo Social-Cognitivo de Mudanças de Comportamento⁽²⁴⁾. Com base no exposto anteriormente, ela visa que as mulheres identifiquem suas colegas como modelos e ouçam suas experiências. O aprendizado ocorre por meio de atividades práticas, observando-se modelos ao vivo (a facilitadora e/ou suas colegas de grupo), por meios eletrônicos (como imagens ou vídeos sensibilizadores), ao ouvir instruções ou ler materiais impressos⁽²⁴⁾. A SEPA também, as incentiva a aumentar seus conhecimentos por meio da interação com suas colegas. De acordo com essas diretrizes, a facilitadora não desempenha um papel de professora ou tenta impor seus conhecimentos, mas orienta os diálogos e os temas a serem abordados. Isso incentiva as participantes a discutir e realizar as atividades de cada reunião.

Para manter a confiabilidade, um treinamento prévio foi fornecido às facilitadoras. Esse treinamento durou dois meses e foi realizado pela investigadora principal, que foi treinada pelos membros da equipe de pesquisa da SEPA. Foram utilizados manuais de intervenção e apresentações que ajudaram a entender o conteúdo e as atividades de cada sessão. Cabe ressaltar que um ano antes da intervenção, os manuais e o conteúdo foram adaptados por especialistas ao contexto local. Por exemplo, as informações epidemiológicas da população latina nos Estados Unidos da América foram substituídas pelas da população mexicana, assim como a linguagem. Logo depois, foi realizado um estudo piloto para avaliar a confiabilidade dos instrumentos e identificar as áreas de melhoria. Com base no piloto, concluiu-se que os instrumentos apresentaram confiabilidade aceitável e não foram necessários outros ajustes.

As facilitadoras eram enfermeiras, com grau de instrução que variava entre licenciatura e doutorado. Suas responsabilidades eram: a) realizar as sessões da SEPA, b) fornecer o material educativo, c) bem como realizar estratégias para reter as participantes durante a intervenção.

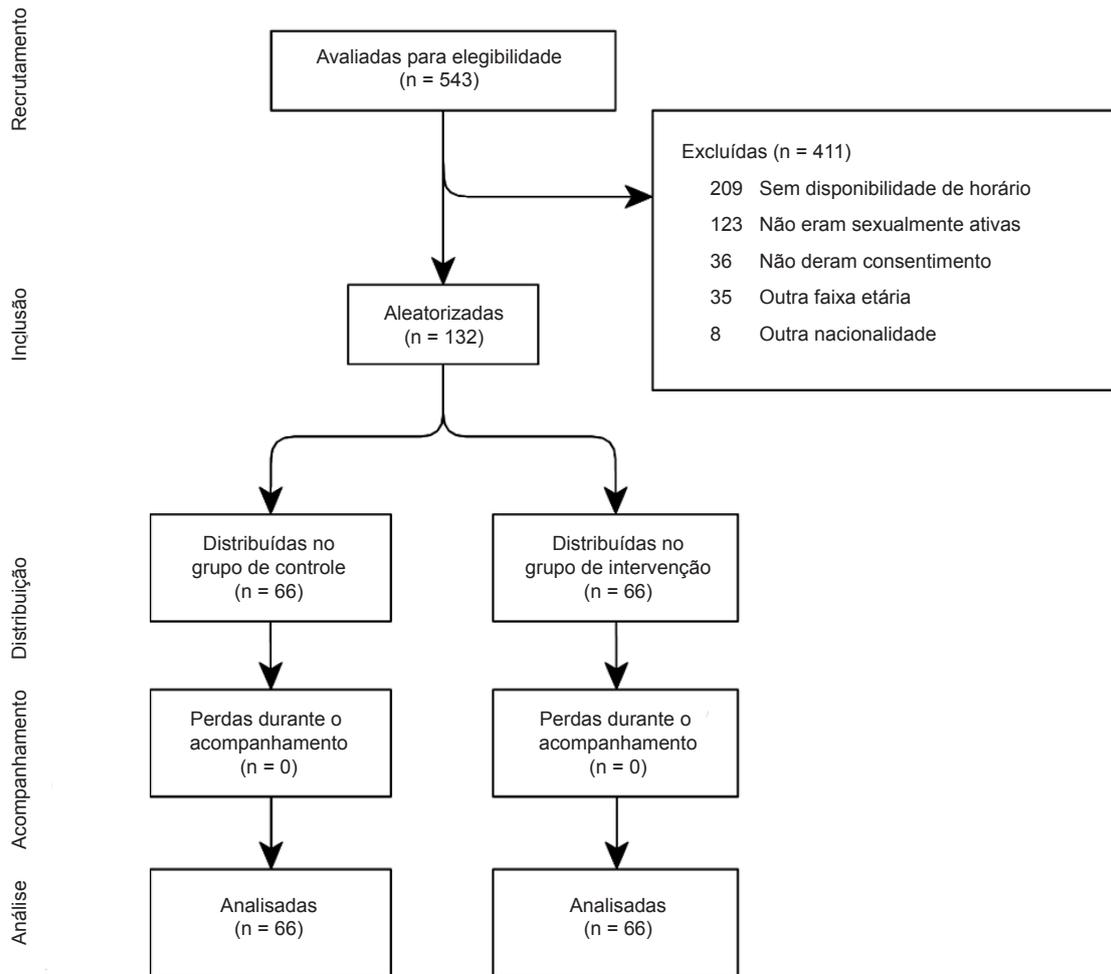


Figura 1 - Fluxograma da pesquisa. Nuevo Laredo, Tamps, México, 2018

As assistentes de pesquisa realizaram o recrutamento dois meses antes do início da intervenção. Foram sugeridas datas para a realização da entrevista para avaliar os critérios de inclusão, que foi realizada em salas de aula privadas. Aquelas que atenderam aos critérios de inclusão foram encaminhadas para a medição pré-teste e depois compareceram às sessões de intervenção. Em contrapartida, aquelas que não atenderam aos critérios de inclusão receberam uma palestra educativa em outra data, que não o período em que a SEPA foi desenvolvida.

O estudo foi realizado em cinco reuniões: as medidas pré e pós-teste foram realizadas nas reuniões 1 e 5, respectivamente, enquanto as reuniões 2, 3 e 4 corresponderam às sessões da SEPA. As sessões duravam 2,5 horas cada, eram ministradas na proporção de uma por semana e realizadas em salas de aula privadas das instituições onde as participantes estavam. Havia mesas e cadeiras dispostas em semicírculo para incentivar a interação. As facilitadoras orientaram as atividades destinadas a reduzir o envolvimento com o álcool, evitar doenças sexualmente transmissíveis e

entender a ligação entre o uso de álcool e o sexo não seguro. As atividades incluíam compartilhamento de informações impressas, dramatizações, demonstração prática de habilidades e tarefas a serem desenvolvidas na comunidade e em casa.

O início de cada sessão consistia em uma revisão dos temas vistos na reunião anterior, bem como discutir sobre suas tarefas. No final de cada reunião, um momento era dedicado a comentários. Refrescos e sorteios de presentes no valor de \$200 pesos mexicanos (aproximadamente \$10 dólares americanos) foram oferecidos como estratégias de retenção das participantes. Além disso, as facilitadoras mantiveram contato por meio de mensagens de texto com as participantes. Como forma de agradecimento, no final da SEPA, foram fornecidos certificados às participantes por terem participado de todas as sessões.

As medidas pré-teste e pós-teste do grupo controle foram realizadas paralelamente às medidas do grupo de intervenção. Diferentemente, essas participantes receberam uma sessão educativa convencional (palestra), com duração de 1 hora, proferida por uma

facilitadora. A palestra abordou, de forma resumida, os principais pontos da SEPA, como o uso correto do preservativo e os riscos do uso de álcool. Também havia um folheto com as mesmas informações, que foi entregue no final. No final da palestra, também foi realizado um sorteio de presentes.

A eficácia da SEPA foi medida em termos de sua capacidade de modificar três indicadores: 1) diminuição do envolvimento com álcool (pontuações do Questionário de Identificação de Distúrbios do Uso de Álcool, AUDIT⁽²⁵⁾), 2) aumento do conhecimento sobre o HIV (por meio do questionário *HIV Risk Behavior Knowledge*)⁽²⁶⁾ e 3) aumento da confiança para usar preservativos com seu parceiro (Escala de Autoeficácia no Uso de Preservativos)⁽²⁷⁾. Esses indicadores foram medidos no momento do pré-teste e do pós-teste. Cada instrumento é descrito abaixo.

Uma ficha de dados sociodemográficos com 14 questões de múltipla escolha foi incluída antes dos instrumentos. O objetivo foi coletar informações como idade, estado civil, aspectos trabalhistas e uso de bebidas alcoólicas (prevalência em algum momento da vida, no ano anterior, no mês anterior e nos últimos sete dias). O AUDIT⁽²⁵⁾ foi utilizado para identificar o envolvimento com álcool. Esse questionário de triagem, adaptado à população mexicana, é composto por 10 itens de múltipla escolha, que identificam casos de consumo excessivo de álcool. Ele possui três domínios: os itens 1 a 3 compõem o domínio de consumo perigoso de álcool; os itens 4 a 6 compõem o domínio dos sintomas de dependência; e os itens 7 a 10 pertencem ao domínio de consumo prejudicial de álcool. Juntos, eles somam uma pontuação geral que varia de 0 a 40, onde uma pontuação mais alta indica um maior envolvimento com o álcool. Este instrumento possui propriedades psicométricas apropriadas⁽²⁸⁾.

Para estimar os conhecimentos sobre o HIV, usou-se a versão em espanhol do *HIV Risk Behavior Knowledge*⁽²⁶⁾. Este instrumento é composto por 12 itens, com quatro opções de resposta e as respostas são analisadas por meio de opções dicotômicas (*Verdadeiro* ou *Falso*). Este instrumento mede o conhecimento sobre transmissão, prevenção e consequências do HIV. A pontuação total indica o número de itens que foram respondidos corretamente (1 ponto para cada acerto), sendo possível obter de 0 a 12 pontos. Pontuações maiores indicam um nível maior de conhecimento sobre o HIV. Essa medida foi usada anteriormente com uma população composta principalmente por mulheres mexicanas e mostrou uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,75$)⁽¹⁹⁾.

A escala de Autoeficácia no Uso de Preservativos⁽²⁷⁾ teve como objetivo medir a eficácia das mulheres na

negociação do uso de preservativos com seus parceiros durante as relações sexuais. Este instrumento foi desenvolvido e validado para ser entendido pela população latino-americana, incluindo as mexicanas. Ele contém 15 itens em uma escala com pontuação diferencial semântica, que são respondidos com base em uma afirmação geral (*Por favor, avalie quão confiante você se sente em fazer o que é mencionado em cada uma das seguintes afirmações com seu parceiro atual*). A escala de resposta varia de 1 a 10, onde 1 = *Pouco confiante*, 5 = *Mais ou menos confiante* e 10 = *Muito confiante*. Deste modo, a pontuação geral varia de 15 a 150, onde pontuações mais altas sugerem uma maior autoeficácia no uso do preservativo. Sua consistência interna foi considerada como adequada ($\alpha = 0,92$)⁽²⁷⁾.

Para a análise dos dados, foram utilizadas estatística descritiva (porcentagens, medidas de tendência central e de dispersão) e inferencial. Para testar as hipóteses da pesquisa, foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA) bidirecional (2×2), com medidas repetidas em um fator. Cada grupo (GI versus GC) foi considerado como um fator interindivíduo e o fator intraindivíduo foi o tempo das medições (pré-teste versus pós-teste). Essa análise identificou os efeitos principais de cada grupo do estudo e do tempo das medições, bem como os da interação entre eles.

Como os indicadores das variáveis de interesse não mostraram distribuição normal, optou-se pela transformação. Em seguida, a suposição de esfericidade de medidas repetidas foi verificada pelo teste de Mauchly (ou seja, se a matriz de variância-covariância era esférica; $p > 0,05$), e a suposição de homogeneidade de variância pelo teste de Levene ($p > 0,05$). Em todos os casos, as premissas foram confirmadas, foi realizada a interpretação estatística do teste *F* da análise de variância e o eta-quadrado parcial (η^2_p) foi estimado. O valor *F* é um indicador de contraste de igualdade entre os grupos de estudo durante os dois momentos de medição; quanto mais alto o valor, maior a probabilidade de identificar diferenças. Com relação ao η^2_p , ele quantifica a porcentagem de variação relacionada a um efeito principal ou de interação. Em caso de interação entre os fatores, comparações múltiplas (correção de Bonferroni) foram realizadas, para comparar por pares os efeitos dos grupos sob estudo nas medições pré e pós-teste.

Para comparar as características sociodemográficas entre os grupos GI e GC na medição inicial, foram utilizados testes inferenciais não paramétricos. No caso das variáveis contínuas, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, enquanto o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) foi utilizado para as variáveis dicotômicas. As

análises foram realizadas usando-se o programa SPSS v.22 para Mac OSX.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi autorizado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Nuevo Laredo, da Universidade Autónoma de Tamaulipas (protocolo CA-A016) e pela Secretaria de Educação Pública, por meio do Programa de Desenvolvimento Profissional Docente (protocolo UAT-PTC-212). Todos os procedimentos estavam em conformidade com o Regulamento da Lei Geral de Saúde para Pesquisa em Saúde, em vigor no México⁽²⁹⁾, bem como com os postulados da Declaração de Helsinque. Dessa forma, os principais aspectos éticos levados em consideração foram a busca pelo bem-estar do participante e a proteção de seus direitos, minimização de danos, solicitação de consentimento informado por escrito, anonimato, confidencialidade das informações, bem como liberdade de participação.

Resultados

A média de idade das participantes foi de 20,02 anos (desvio padrão = 1,64) e a idade variou entre 18 e 29 anos. A maioria estava em um relacionamento,

mas não era casada (53,8%), embora uma proporção significativa também fosse solteira (43,2%); poucas relataram ser casadas (3,0%). As Tabelas 1 e 2 mostram algumas características sociodemográficas e de uso de álcool, segmentadas nos grupos controle e de intervenção. Observa-se que os dois grupos iniciaram em igualdade de condições, porque não houve diferenças significativas nem nas variáveis contínuas (Tabela 1), nem nas variáveis categóricas (Tabela 2).

Em relação ao envolvimento com álcool, a primeira hipótese propunha que, ao final da intervenção, as mulheres do GI teriam uma redução no envolvimento com bebidas alcoólicas em comparação com as do GC. Ao analisar a pontuação AUDIT usando os testes ANOVA, identificou-se um efeito principal significativo do tempo de medição ($F(1,119) = 61,48$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,341$), o que significa que houve uma tendência à diminuição nas pontuações no momento do pós-teste. Além disso, a Tabela 3 mostra uma interação significativa entre os membros do grupo de estudo \times momento da medição ($F(1,119) = 50,28$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,297$), o que sugere haver diferenças entre as pontuações do GI e GC, de acordo com o momento da medição.

Tabela 1 - Comparação da idade e do início do consumo de álcool das participantes durante a medição pré-teste. Nuevo Laredo, Tamps, México, 2018

Variáveis	GI* (n = 66)	GC† (n = 66)	U‡	p
	Média (DP§)	Média (DP§)		
Idade em anos	19,97 (1,41)	20,08 (1,85)	2115,00	0,767
Idade do início do consumo de álcool	16,43 (1,55)	16,18 (1,90)	1675,00	0,413

*GI = Grupo de Intervenção; †GC = Grupo Controle; ‡U = Estatística do Teste U de Mann-Whitney; §DP = Desvio Padrão; ^{||}Significância estatística (Teste de Mann-Whitney)

Tabela 2 - Prevalência do consumo de álcool e condições de trabalho das participantes durante a medição pré-teste. Nuevo Laredo, Tamps, México, 2018

Variáveis	GI* (n = 66) f§(%)	GC† (n = 66) f§(%)	χ^2 [‡]	p
Uso de álcool				
Alguma vez na vida	60 (90,9)	61 (92,4)	0,099	0,753 [¶]
Último ano	51 (77,3)	52 (78,8)	0,044	0,833 [¶]
Último mês	34 (51,5)	32 (48,5)	0,121	0,728 [¶]
Últimos sete dias	17 (25,8)	16 (24,2)	0,040	0,841 [¶]
Tem um emprego no momento	17 (25,8)	20 (30,3)	0,338	0,561 [¶]

*GI = Grupo de Intervenção; †GC = Grupo Controle; ‡ χ^2 = Teste Estatístico Qui-quadrado de Pearson; §f = Frequência; ^{||}% = Porcentagem; ¶Significância estatística (Teste Qui-quadrado de Pearson)

Tabela 3 - Indicadores do efeito da intervenção aplicada em mulheres jovens. Nuevo Laredo, Tamps, México, 2018

Indicadores de acordo com o agrupamento	Pré-teste Média (DP§)	Pós-teste Média (DP§)	(gl*)F [†]	η^2_p [‡]	p
Pontuações do grupo de intervenção					
Envolvimento com álcool	1,84 (0,99)	1,24 (0,69)	(1,119)50,28	0,297	0,001 [¶]
Conhecimento sobre o HIV [¶]	70,37 (31,00)	107,75 (28,67)	(1,130)34,34	0,209	0,001 [¶]
Autoeficácia no uso de preservativos	16840,98 (4116,47)	19803,93 (2500,29)	(1,129)27,20	0,174	0,001 [¶]
Pontuações do grupo controle					
Envolvimento com álcool	1,73 (0,84)	1,70 (0,81)			
Conhecimento sobre o HIV [¶]	77,69 (36,70)	82,46 (32,90)			
Autoeficácia no uso de preservativos	15741,70 (3860,59)	16632,75 (2991,43)			

*gl = Graus de Liberdade; †F = Estatística da Análise de Variância; ‡ η^2_p = Eta quadrado parcial; §DP = Desvio Padrão; ^{||}Significância estatística da interação do tempo de medição \times grupo sob estudo, por meio de análise de variância de dois fatores; [¶]HIV = vírus da imunodeficiência humana

Para corroborar esse resultado e conhecer as diferenças entre o GI e o GC em cada nível do tempo de medição, foram feitas comparações múltiplas. Elas confirmaram que no pré-teste, a média do GI ($M = 1,84$) não apresentou diferenças significativas em comparação com a do GC ($M = 1,73$; $p = 0,517$), enquanto que no pós-teste houve diferenças estatisticamente significativas (Média do GI = 1,24 versus Média do GC = 1,70; $p < 0,001$). Esses resultados sugerem que entre as mulheres do GI houve uma diminuição das pontuações

do AUDIT depois da intervenção SEPA, o que indica um menor envolvimento com álcool (a Figura 2A, mostra essas tendências graficamente).

Por outro lado, em relação às mulheres que consumiram álcool nos últimos sete dias, foi realizada uma comparação das proporções de consumidoras de álcool no momento do pós-teste. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, indicando que o percentual de consumidoras foi menor no GI (7,6%) do que no GC (36,4%; $\chi^2 = 15,95$; $p < 0,001$).

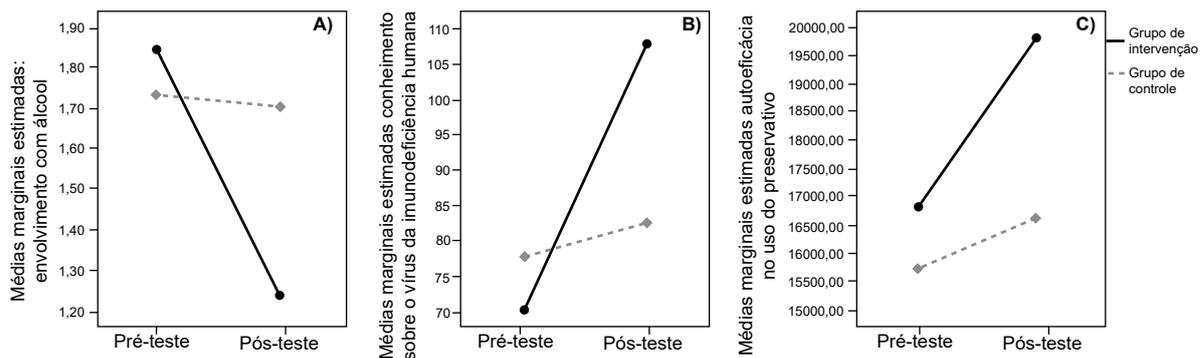


Figura 2 - Gráficos da interação entre o grupo sob estudo x momento da medição das pontuações de A) envolvimento com álcool, de B) conhecimento sobre o vírus da imunodeficiência humana, e C) autoeficácia no uso de preservativos em mulheres jovens. Nuevo Laredo, Tamps, México, 2018

Com relação ao conhecimento sobre o HIV, a segunda hipótese propunha que, ao final da intervenção, as mulheres do GI teriam pontuações maiores do conhecimento sobre o HIV. Foi identificado um efeito principal significativo do tempo da medição ($F(1,130) = 57,40$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,306$), um efeito com tendência à significância do grupo de estudo ($F(1,130) = 3,33$; $p = 0,070$; $\eta^2_p = 0,025$) e uma interação significativa entre o grupo de estudo x momento da medição (vide Tabela 2; $F(1,130) = 34,34$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,209$). Esses resultados sugerem um aumento nas pontuações da medida pós-teste, principalmente entre as participantes do GI. Comparações múltiplas confirmaram que não houve diferenças significativas entre as médias das pontuações do GI ($M = 70,37$) e do GC ($M = 77,69$) durante o pré-teste ($p = 0,218$), mas houve uma diferença significativa no pós-teste (Média do GI = 107,5 versus Média do GC = 82,46; $p < 0,001$). Assim como a Figura 2B também mostra, os resultados revelam que as pontuações mais elevadas do conhecimento sobre o HIV foram observadas entre as mulheres que compareceram à SEPA.

Finalmente, a terceira hipótese propunha que, no final da intervenção, as mulheres do GI teriam uma maior autoeficácia no uso correto do preservativo. Nesta seção, foram identificados efeitos principais significativos do tempo de medição ($F(1,129) = 94,11$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,422$) e do grupo de estudo ($F(1,129) = 14,26$;

$p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,100$), bem como um efeito da interação entre o grupo de estudo x tempo da medição ($F(1,129) = 27,20$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,174$). Isso sugere que houve um aumento significativo nas pontuações da autoeficácia no uso de preservativos entre as mulheres do GI no pós-teste (vide Figura 2C). Múltiplas análises mostraram que não houve diferenças estatisticamente significantes entre o GI (Média = 16840,98) e o GC (Média = 15741,70) no pré-teste ($p = 0,117$), mas houve no pós-teste (Média do GI = 19803,93 versus Média do GC = 16632,75; $p < 0,001$).

Discussão

Os resultados deste estudo experimental revelaram que a intervenção preventiva SEPA teve efeitos positivos na diminuição do consumo de álcool e de alguns fatores de risco para a transmissão do HIV em jovens mulheres mexicanas. Isso fornece evidências científicas sobre a eficácia da intervenção SEPA, que havia sido aplicada em mulheres latinas de diferentes contextos^(17,19), mas uma intervenção similar não havia sido aplicada no México. Além disso, também, mostra que os enfermeiros podem melhorar sua prática (neste caso, os de cuidados primários de saúde) por seus próprios meios, a fim de melhorar a saúde da população.

Em relação à primeira hipótese do estudo, constatou-se que, em comparação com o grupo controle, as

mulheres que compareceram à SEPA apresentaram uma diminuição significativa nas pontuações do questionário AUDIT, assim como no consumo de álcool nos últimos sete dias (passando de 25,8% no pré-teste para 7,6% no pós-teste). Esses resultados são consistentes com os relatados em um estudo realizado com 548 mulheres hispânicas que moram nos Estados Unidos da América, onde foi demonstrado que, após frequentarem a SEPA, a frequência com que as participantes relataram terem ficado alcoolizadas diminuiu⁽¹⁷⁾. Em comparação, nossos resultados também mostram uma melhoria em termos de pontuação do AUDIT.

O uso do AUDIT constitui uma vantagem, pois, trata-se de um instrumento confiável, cuja pontuação não apenas proporciona uma idéia da quantidade e da frequência do consumo de álcool, mas também representa uma abordagem sobre as possíveis consequências de seu consumo, bem como os sintomas do abuso ou da dependência de álcool⁽²⁵⁾. Também foi relatado que a pontuação está associada com as atitudes e razões pelas quais o indivíduo bebe⁽³⁰⁾, de modo que ela representa a relação que o indivíduo tem com o álcool, de uma forma mais ampla. Nesse sentido, o uso de instrumentos de triagem como o AUDIT constitui uma vantagem para a prática da enfermagem: permite priorizar cuidados e recursos, especificamente nos indivíduos mais vulneráveis. Tais ações, também, poderiam ter benefícios econômicos e sociais para o sistema de saúde.

Com relação à segunda hipótese, no final da intervenção foi constatado que no GI houve um aumento significativo do conhecimento sobre o HIV. Esses resultados coincidem com os relatados por outros estudos^(17,19) nos quais a SEPA foi aplicada, sendo constatado um aumento significativo nas pontuações do conhecimento sobre HIV, a partir do terceiro mês de acompanhamento. Nossos resultados também coincidem com um estudo experimental realizado em Cuba⁽³¹⁾, com metodologia semelhante (intervenção com material audiovisual, por meio de reflexão, conversas em grupo, debates, informações diapositivas e material didático), mas com duração de seis meses. Em tais pesquisas, houve um aumento do conhecimento sobre o HIV e a AIDS em participantes jovens ao final da intervenção.

O aumento do conhecimento sobre o HIV pode ser benéfico, pois está associado ao aumento do uso do preservativo⁽³²⁻³³⁾, diminuição do comportamento sexual de risco⁽³⁴⁾, maior percepção dos riscos do HIV⁽³⁵⁾ e menor estigmatização em relação aos indivíduos portadores de HIV⁽³⁶⁾. Além disso, visto que na população mexicana ainda existe preconceito ao se falar sobre esta doença⁽³⁷⁾, a contribuição da disciplina por meio da SEPA poderia ser a modificação de atitudes e conhecimentos

sobre o HIV. Esse último aspecto é importante para os profissionais de enfermagem, pois tem sido constatada a falta de desconhecimentos objetivos sobre o HIV, bem como a persistência de ideias erradas sobre sua prevenção e tratamento⁽³⁸⁾. Enfermeiros de cuidados primários de saúde poderiam abordar muitos desses preconceitos.

Finalmente, em relação à terceira hipótese, houve um aumento significativo da autoeficácia no uso de preservativos entre as mulheres que compareceram à SEPA. Isso coincide com as pesquisas que relatam os efeitos positivos em termos de aumento da autoeficácia no uso do preservativo^(17,19,32). Autoeficácia é definida como uma percepção pessoal da capacidade de executar uma ação⁽²⁴⁾, neste caso, o uso do preservativo ao fazer sexo com o parceiro. A razão pela qual a enfermagem deve promover a autoeficácia por meio de atividades práticas é que, quando as pessoas se sentem capazes de usar ou colocar um preservativo feminino ou masculino, é mais provável que elas o usem⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Vale ressaltar que os profissionais de enfermagem nas unidades de cuidados primários de saúde frequentemente realizam atividades demonstrativas sobre o uso do preservativo; porém, em poucas ocasiões, elas são realizadas em contextos não hospitalares, como mostrado aqui. Por esse motivo, considera-se que a SEPA poderia ser um meio de conectar ainda mais os enfermeiros à população em um ambiente comunitário.

Entre as limitações desta pesquisa, ressalta-se que não existem dados de acompanhamento que confirmem a persistência das alterações alcançadas além do término da intervenção. Por outro lado, devido à natureza dos instrumentos de autorrelato, é possível que, ao discutir questões delicadas (como o uso de álcool e drogas), o estado de espírito do participante ou o contexto possa ter um impacto durante o seu preenchimento⁽⁴¹⁾. Finalmente, uma limitação para a generalização dos resultados é a seleção da amostra.

Como este estudo é uma das primeiras abordagens realizadas no México, sua implementação foi desenvolvida em um ambiente educacional, onde as participantes eram jovens com ensino superior e ampla disponibilidade para participar da intervenção durante o período do estudo. É possível que, na população em geral, a eficácia e o entendimento da intervenção variem. Em particular, alguns aspectos poderiam ser adaptados a um contexto real.

Por exemplo, realizar o recrutamento de forma intensiva, como foi feito aqui (para manter vários grupos de intervenção simultâneos), poderia ser um desafio nas condições cotidianas. Alternativamente, poderia se optar por um recrutamento sequencial e, assim, formar grupos de intervenção ao longo do ano. Isso também poderia

contribuir para incluir parte da população elegível, que foi excluída devido à falta de disponibilidade de horário. Em pesquisas futuras, será necessário considerar esses aspectos ao aplicar a SEPA em um contexto comunitário, que represente fielmente outros segmentos vulneráveis da população mexicana.

Conclusão

Com base nas medições coletadas no pós-teste, conclui-se que a SEPA tem potencial para diminuir o envolvimento com bebidas alcoólicas e certos fatores de riscos para a transmissão do HIV em mulheres mexicanas. Também se mostrou compreensível para as participantes e para a equipe de enfermagem que o aplicou. Cabe ressaltar que a SEPA teve um desempenho melhor do que uma estratégia convencional usada pelos profissionais de enfermagem em um contexto comunitário. Por suas características metodológicas e seus resultados, ela é considerada uma estratégia que pode ser incorporada às práticas preventivas que a enfermagem realiza com o segmento de mulheres jovens. Isso poderia beneficiar os enfermeiros de cuidados primários de saúde, pois, no futuro, a SEPA poderia representar uma estratégia preventiva baseada em evidências, com um impacto positivo na saúde pública da região. No entanto, mais estudos devem ser realizados para confirmar sua utilidade em pessoas de diferentes níveis educacionais.

Referências

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
2. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas [Internet]. Washington DC: PAHO; 2015 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7670>
3. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017: Reporte de Alcohol [Internet]. Ciudad de México: INPRFM; 2017 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
4. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017;112(6):968–1001. doi: 10.1111/add.13757
5. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *Lancet*. 2015;386(10007):1945–54. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00235-4
6. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(6):1166–81. doi: 10.1111/acer.13071
7. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015;156:1–13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023
8. Rehm J, Probst C, Shield KD, Shuper PA. Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Popul Health Metr*. 2017;15(4). doi: 10.1186/s12963-017-0121-9
9. 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 direction. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(10):2056–72. doi: 10.1111/acer.13204
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS monitoring 2019. Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Jan 30]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf
11. Scott-Sheldon LAJ, Carey KB, Cunningham K, Johnson BT, Carey MP, The MASH Research Team. Alcohol use predicts sexual decision-making: A systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS Behav*. 2016; 20(1):19–39. doi: 10.1007/s10461-015-1108-9
12. Claus ED, Feldstein SW, Magnan RE, Montanaro E, Hutchison KE, Bryan AD. Neural mechanisms of risky decision making in adolescents reporting frequent alcohol and/or marijuana use. *Brain Imaging Behav*. 2018;12(2):564–76. doi: 10.1007/s11682-017-9723-x
13. Irrarázabal LP, Ferrer L, Villegas N, Sanhueza S, Molina Y, Cianelli R. Women who consume substances and their vulnerability to VIH in Santiago of Chile. *Hisp Health Care Int*. 2016;14(2):89–93. doi: 10.1177/1540415316647978
14. Valle-Solís MO, Benavides-Torres RA, Álvarez-Aguirre A, Peña-Esquível JN. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Rev Enferm Instituto Mexicano Seguro Soc*. [Internet] 2011;19(3):133–6.

- Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113d.pdf>
15. Fernández C, Rodríguez SE, Pérez V, Cordova AJ. Sexual high risk practices associated with drug and alcohol use in high school and university students. *Rev Médica Univ Veracruzana*. [Internet] 2016; 16(1):19–29. Available from: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol16_num1/articulos/practicass.pdf
 16. Villegas N, Cianelli R, Santisteban D, Lara L, Vargas J. Factors that influence the acquisition of sexually transmitted infections and HIV in Chilean young women who participated in the online intervention I-STIPI. *Hisp Health Care Int*. 2016;14(1):47–56. doi: 10.1177/1540415316629682
 17. Peragallo N, Gonzalez-Guarda RM, McCabe BE, Cianelli R. The efficacy of an HIV risk reduction intervention for hispanic women. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1316–26. doi: 10.1007/s10461-011-0052-6
 18. Villarruel AM, Zhou Y, Gallegos EC, Ronis DL. Examining long-term effects of Cuídate-a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27:345–51. doi: 10.1590/s1020-49892010000500004
 19. Peragallo N, Cianelli R, Villegas N, Gonzalez-Guarda R, Williams WO, de Tantillo L. Evaluating a culturally tailored HIV risk reduction intervention among Hispanic women delivered in a real world setting by Community Agency Personnel. *Am J Health Promot*. 2018;33(3):1–10. doi: 10.1177/0890117118807716
 20. Centers for Disease Control and Prevention. Replicating Effective Programs (REP) [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services; 2017 [cited 2019 Jan 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/rep/packages/index.html>
 21. Cobo R. The body of women and the overload of sexuality. *Invest Feministas*. [Internet] 2016 [cited 2019 Oct 14];6:7–19. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51376/47656>
 22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p. 273–403.
 23. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Ann Intern Med*. 2017;167(1):40–7. doi: 10.7326/M17-0046
 24. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
 25. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: The alcohol use disorders identification test*. Guidelines for use in primary care. 2nd ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2001 [cited 2019 Jan 31]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1
 26. Heckman TG, Kelly JA, Sikkema K, Cargill V, Norman A, Fuqua W, et al. HIV risk characteristics of young adult, adult, and older adult women who live in inner-city housing developments: implications for prevention. *J Womens Health*. 1995;4(4):397–406. doi: 10.1089/jwh.1995.4.397
 27. McCabe BE, Schaefer N, Gattamorta K, Villegas N, Cianelli R, Mitrani VB, et al. Development and psychometric evaluation of a condom use self-efficacy measure in Spanish and English. *HIV Clin Trials*. 2016;17(5):212–7. doi: 10.1080/15284336.2016.1213487.
 28. Morales LA, De la Villa Moral M, Rojas JL, Bringas C, Soto A, Rodríguez FJ. Psychometric properties of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in adolescents and young adults from Southern Mexico. *Alcohol*. 2019;81:39–46. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.05.002
 29. Secretaría de Salud (México). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2014. [Acceso 30 Jan 2019]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
 30. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. 1995;56:423–32. doi: 10.15288/jsa.1995.56.423
 31. Guerra H, Trujillo N, Navarro N, Martínez A. Educational intervention to elevate knowledge on STI/HIV/AIDS in youths. *Rev Arch Médico Camagüey*. [Internet]. 2009 [cited 2019 Feb 1];13(6): [about 12]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n6/amc140609.pdf>
 32. Cianelli R, Villegas N, McCabe BE, Tantillo L, Peragallo N. Self-efficacy for HIV prevention among refugee hispanic women in South Florida. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(4):905–12. doi:10.1007/s10903-016-0462-7
 33. Lotfi R, Tehrani FR, Salehifar D, Dworkin SL. Predictors of condom use among Iranian women at risk of HIV. *Arch Sex Behav*. 2016;45(2):429–37. doi: 10.1007/s10508-015-0671-5
 34. Peteet B, Staton M, Miller-Roenigk B, Carle A, Oser C. Rural incarcerated women: HIV/HCV knowledge and correlates of risky behavior. *Health Educ Behav*. 2018;45(6):977–86. doi: 10.1177/1090198118763879

35. Ndugwa S, Berg-Beckhoff G. The association between HIV/AIDS-related knowledge and perception of risk for infection: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2015;135(6):299–308. doi: 10.1177/1757913915595831
36. Gurmu E, Etana D. HIV/AIDS knowledge and stigma among women of reproductive age in Ethiopia. *Afr J AIDS Res*. 2015;14(3):191–9. doi: 10.2989/16085906.2015.1051066
37. Saucedo G, Huerta MI, Alcántar ML, Ruiz MJ, Jiménez V, Ávila L. Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *Rev Salud Pública Nutrición [Internet]* 2018 [cited 2019 Oct 14];17(3):26–33. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn183d.pdf>
38. Pavía-Ruz N, Góngora-Biachi R, Vera-Gamboa L, Moguel-Rodríguez W, González-Martínez P. Knowledge, attitude and perception of risk in relation to HIV/AIDS in rural populations of Yucatan State, Mexico. *Rev Biomedica. [Internet]* 2012 [cited 2019 Feb 2];23:53–60. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=90&IDARTICULO=36556&IDPUBLICACION=3894>
39. Uribe JI, Bahamon MJ, Reyes L, Trejos AM, Alarcón-Vásquez Y. Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso de condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana Psicol*. 2017; 20(1):203–11. doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.10
40. Asante KO, Osafo J, Doku PN. The Role of Condom Use Self-Efficacy on Intended and Actual Condom Use Among University Students in Ghana. *J Commun Health*. 2016; 41(1):97–104. doi:10.1007/s10900-015-0073-6
41. Luchetti M, Sutin AR, Delitala A, Stephan Y, Fiorillo E, Marongiu M, et al. Personality traits and facets linked with self-reported alcohol consumption and biomarkers of liver health. *Addict Behav*. 2018; 82:135–41. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.02.034

Recebido: 06.02.2019

Aceito: 26.12.2020

Editora Associada:
Lorena Chaparro Díaz**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Miguel Angel Villegas-Pantoja

E-mail: mapantoja@uat.edu.mx <https://orcid.org/0000-0001-9917-8439>