

ATIVIDADE SEXUAL ANTES E APÓS O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: EXISTE MODIFICAÇÃO?

SEXUAL ACTIVITY BEFORE AND AFTER DIAGNOSIS OF INFECTION BY VIRUS OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY: IS THERE ANY CHANGE?

Juliana B Zimmermann¹, Victor Hugo Melo², Márcio José M Alves³, Sebastião G Zimmermann⁴

RESUMO

Introdução: estudos de abrangência nacional na área de comportamento sexual, riscos e proteção frente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e às demais doenças sexualmente transmissíveis (DST) são necessários para formular e avaliar políticas públicas. **Objetivo:** avaliar se existe mudança na atividade sexual de pacientes antes e após o diagnóstico da infecção pelo HIV. **Métodos:** realizou-se um estudo de corte transversal com 87 pacientes HIV soropositivos, com confirmação por testes realizados previamente. Estas foram submetidas à anamnese, com abordagem de dados clínicos e epidemiológicos. **Resultados:** a idade do grupo variou de 18 a 71 anos. A forma de contágio predominante foi a sexual (92%). A idade de início da atividade sexual variou de 12 a 30 anos. Considerando a utilização do preservativo como mecanismo de proteção de DST, observou-se que 35 pacientes (40,2%) relataram a utilização deste anteriormente à descoberta da infecção. Atualmente, 60 pacientes relatam algum tipo de proteção, representado por abstinência sexual ou utilização de preservativo. A comparação entre estas variáveis mostrou uma associação significativa a $p < 0,001$. **Conclusão:** conclui-se que existe mudança na atividade sexual das pacientes após o diagnóstico da infecção pelo HIV, representada pela abstinência sexual ou pelo uso sistemático de preservativo nas relações sexuais.

Palavras-chave: HIV, sexo, preservativo, sexualidade, comportamento, DST

ABSTRACT

Introduction: national scope studies in the area of sexual behavior, risk and protection against infection by human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases (STD) are required to formulate and evaluate public policies. **Objective:** the aim of this study was to evaluate whether there is change in sexual activity of patients before and after diagnosis of HIV infection. **Methods:** a cross-sectional study was conducted with 87 HIV seropositive patients confirmed by tests carried out previously. They were submitted to anamnesis with approach to clinical and epidemiological data. **Results:** the group ranged in age from 18 to 71 years. The predominant form of contagion of the human immunodeficiency virus was sexual (92%). The onset of sexual activity ranged in age from 12 to 30 years. Considering the use of condom as a mechanism of protection from STD, it was observed that 35 patients (40.2%) reported its use prior to discovery of the infection. Currently, 60 patients report some kind of protection, represented by sexual abstinence or use of condom. The comparison between these variables showed a significant association with $p < 0001$. **Conclusion:** we concluded that there is change in sexual activity of patients after diagnosis of infection with human immunodeficiency virus, represented by sexual abstinence or use of systematic condom in sex.

Keywords: HIV, sex, condom, sexuality, behavior, STD

INTRODUÇÃO

No passado, a infecção pelo HIV era vista como uma infecção restrita aos grupos de homossexuais e usuários de drogas injetáveis, os chamados “grupos de risco”. Este conceito perdurou por muito tempo e pode ter sido o responsável pela disseminação da infecção, já que se entendeu equivocadamente que apenas os integrantes destes grupos estariam expostos^{1,2}. Uma investigação realizada com 384 puérperas verificou que 56% nunca usaram preservativos e 61% não modificaram sua vida sexual em função da epidemia de aids³. Deste modo, prefere-se a expressão “comportamento de risco”, muito mais abrangente, não vinculada à orientação sexual, mas a uma prática sexual de risco. Bassicheto *et al.*⁴, estudando

entrevistas de pacientes, verificaram a prevalência de 4% de infecção pelo HIV, sendo que 82% dos entrevistados relataram práticas sexuais com parceiros múltiplos e apenas 32% referiram o uso de preservativo, o que demonstra um comportamento sexual de risco.

Com o advento dos antirretrovirais e o conhecimento da doença, a aids passou a ser uma doença crônica e, com isso, houve também uma diminuição dos níveis de temor com relação à doença. Deste modo, as pessoas tornaram-se menos cautelosas em suas práticas sexuais. Os casos estão aumentando para 40 mil por ano e acredita-se que 250 mil portadores da doença ainda não sabem que estão infectados nos Estados Unidos da América (EUA), o que aumenta o risco de transmissão da infecção pelo HIV⁵.

Além dos testes sorológicos convencionais, foram desenvolvidos os chamados “testes rápidos”, que têm a revelação em cerca de 30 minutos, permitindo análise de sangue, saliva ou urina. Estes testes empregam, geralmente, antígenos virais fixados a um suporte sólido, possuindo um sistema de revelação visual, o que dispensa o uso de equipamento laboratorial. Embora de fácil interpretação, resultados falso-positivos podem ser obtidos, em função de várias razões de ordem técnica⁶. Em 2004, os EUA aprovaram o teste feito em saliva para o diagnóstico da infecção pelo HIV, sem a necessidade de amostras sanguíneas. Trata-se do teste *OraQuick*

¹Ex-professora da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Barbacena da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal de Juiz de Fora.

²Professor-adjunto de Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

³Professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁴Professor-adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Advance. Estudos realizados para avaliar a sensibilidade e especificidade destes testes utilizando amostras de sangue e saliva verificaram sensibilidade de 99,9% com sangue total e 99,6% com saliva⁷. Outros estudos também demonstraram uma boa aplicabilidade destes testes^{8,9}. O maior argumento para a utilização destes testes é a possibilidade da redução da transmissão do vírus HIV, já que se acredita que quando o indivíduo conhece seu estado imunológico, exige uma prática sexual segura⁵. Por isso, uma pergunta se faz necessária: Ocorre mudança na prática sexual após o diagnóstico de uma infecção pelo HIV?

OBJETIVO

Avaliar se existe mudança na atividade sexual de pacientes antes e após o diagnóstico da infecção pelo HIV.

MÉTODOS

Foram estudadas 87 pacientes oriundas do Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz (CTR-DIP). Todas as pacientes eram HIV-positivo, confirmadas por testes sorológicos realizados previamente, segundo normas do Ministério da Saúde.

Todas foram submetidas a um questionário que faz parte do protocolo de atendimento ginecológico. Os dados demográficos, o número de parceiros sexuais, as doenças sexualmente transmissíveis e a atividade sexual anterior e atual foram registrados. Entendeu-se como “proteção anterior” a utilização de preservativo nas relações sexuais antes da descoberta da infecção pelo HIV, e como “proteção atual”, a utilização de preservativo ou abstinência sexual após a descoberta da infecção pelo HIV. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (085/2002).

Os dados clínicos e epidemiológicos das pacientes foram armazenados e processados em computador através de recursos de processamento estatístico do *software* Epi-Info, versão 6.04. Foram construídas as distribuições de frequência das variáveis examinadas. Foram também calculados as médias e os desvios-padrão de variáveis expressas em escala numérica. A comparação de grupos identificados entre os participantes do estudo foi realizada em tabelas de contingência, tipo R x C, no caso de variáveis categóricas. No teste de significância estatística das diferenças observadas na análise, utilizou-se o teste de McNemer. O nível de significância adotado na análise foi de 5%.

RESULTADOS

A idade do grupo variou de 18 a 71 anos, com mediana de 32 anos e média de $32,9 \pm 8,8$ anos, sendo 43,7% solteiras. A forma de contágio predominante foi a sexual (92%). O início da atividade sexual em idade variou de 12 a 30 anos, com mediana de 17 anos e média de $18,1 \pm 3,69$ anos.

Quanto ao número de parceiros sexuais em toda a vida, 57 (66,3%) apresentaram de um a três parceiros, com mediana de 3 parceiros. Das pacientes estudadas, 27 (31%) haviam apresentado algum tipo de doença sexualmente transmissível, sendo que foram mais prevalentes: sífilis em nove (10,3%), condiloma acuminado em seis (6,9%), pediculose em seis (6,9%) e gonorreia em sete

(8%). Todos os dados epidemiológicos pesquisados são apresentados na **Tabela 1**.

Em relação a tratamentos anteriores, 49 (56,3%) pacientes já haviam feito tratamento para corrimento vaginal, 21 (24,1%) já foram submetidas à eletrocoagulação do colo uterino, 16 (18,4%), a cirurgias (perineoplastia, histerectomia abdominal subtotal, videolaparoscopia e salpingotripsia bilateral) e cinco (5,7%), a tratamentos para doença inflamatória pélvica. Quanto ao uso de antirretroviral, 80,5% faziam uso dessa medicação.

Considerando a utilização do preservativo como mecanismo de proteção de DST, observou-se que 35 pacientes (40,2%) relataram a utilização deste antes da descoberta da infecção pelo HIV. Após este diagnóstico, 60 pacientes (68,9%) relataram algum tipo de proteção, seja a utilização de preservativo ou a abstinência sexual, entretanto 16 pacientes (18,39%) não mudaram sua prática sexual e 11 pacientes (12,64%) deixaram de se proteger em suas práticas sexuais. A razão apontada pelas pacientes para a não proteção atual é a infecção concomitante do parceiro sexual pelo HIV.

Tabela 1 – Aspectos epidemiológicos da amostra de 87 pacientes HIV-positivo

Dados Epidemiológicos		N	%
Estado civil	Solteira	38	43,7
	Casada	17	19,5
	Viúva	11	12,6
	Amasiada	11	12,6
	Separada	9	10,3
	Não informou	1	1,1
Forma de contágio	Sexual	80	92,0
	Hemotransfusão	2	2,3
	Não conhecida	5	5,7
Número de parceiros sexuais em toda a vida	1 a 3	57	65,3
	4 a 9	16	18,3
	Não informa	14	16,4
Vida sexual	Ativa	54	62,1
	Inativa	33	37,9
Tipo de trabalho	Do lar	53	60,9
	Fora do lar	29	33,3
	Prostituta	1	1,1
	Outros	4	4,6
Escolaridade	Analfabeta	4	4,6
	Primeiro grau	57	65,5
	Segundo grau	24	27,5
	Superior	2	2,2
Tabagismo	Sim	30	34,5
	Não	57	65,5
Uso de drogas injetáveis	Sim	6	6,9
	Não	81	93,1
Etilismo social	Sim	34	39,1
	Não	53	60,9

A comparação da proteção atual, representada por abstinência sexual ou uso de *preservativo*, com a variável proteção anterior (*preservativo*), mostrou uma associação significativa a $p < 0,001$, conforme demonstrado na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Associação entre proteção atual e proteção anterior

Proteção Atual	Proteção Anterior		
	Sim	Não	Total
Sim	24	36	60
Não	11	16	27
Total	35	52	87

McNemar Test = $p < 0,001$.

DISCUSSÃO

As pacientes deste estudo são relativamente jovens, com até três parceiros sexuais e com antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, e embora 40,2% tenham relatado proteção em suas relações sexuais, todas contraíram o vírus HIV, o que evidencia a utilização esporádica ou inadequada do preservativo. Villarinho *et al.*¹⁰ em entrevista com 279 caminhoneiros, decreveram que a principal situação de vulnerabilidade ao HIV ocorreu devido ao uso inconsistente do preservativo. Dados do Ministério da Saúde revelam que o preservativo é a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV, entretanto, Gir *et al.*¹¹ relatam que é necessário que este seja de boa qualidade, e usado do início ao fim da relação sexual. Em recente revisão sistemática descrita por Weller & Davis¹² verificou-se que a utilização de preservativo masculino em práticas heterossexuais reduz o risco de infecção pelo HIV em 80% dos casos.

Tais resultados são compatíveis com os citados por Pinkerton e Abramson¹³, que relataram que o uso consistente do preservativo diminui o risco de transmissão sexual da infecção pelo HIV. Gir *et al.*¹⁴ relatam que, apesar de estarmos vivendo uma fase bastante conflitante em termos de comportamento sexual, com a transmissão sexual constituindo a mais importante via de disseminação do HIV, a relação sexual com preservativo é considerada uma das medidas mais seguras, desde que o seu uso seja correto e sistemático. O conflito se estabelece no uso do preservativo porque os indivíduos não o priorizam em todos os eventos sexuais. Relegá-lo a plano secundário, usando-o de maneira incorreta e/ou assistemática, incrementa os riscos de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis.

Embora as pacientes relatassem média de um a três parceiros sexuais, todas contraíram o HIV e a maioria foi por uma exposição sexual. Segundo dados do Ministério da Saúde, a redução dos contatos sexuais com indivíduos infectados através da seleção de parceiros, evitando sexo casual e a troca frequente de parceiros, poderia ser medida efetiva; entretanto, o fato é que não se pode garantir qual o verdadeiro comportamento sexual de seu parceiro. A visão equivocada de “sexo seguro” pode também contribuir para a disseminação da infecção entre heterossexuais¹⁵.

Tais resultados são compatíveis com os de Trindade e Schiavo¹⁶, que verificaram baixa utilização de preservativo na população feminina. Neste estudo, a prática sexual protegida não acontece para 77%, principalmente para as casadas e com parceiros fixos que acreditam praticarem sexo seguro. Para 41%, os riscos de infecção pelo HIV são pequenos, não produzindo nenhuma mudança em sua vida sexual. Além disso, o uso do preservativo esteve atrelado ao tempo de relacionamento e ao envolvimento emocional, e a negociação do preservativo com os parceiros é uma situação ainda difícil para as mulheres. Praça & Latorre³ relatam que, nos relacionamentos heterossexuais, as mulheres, em sua maioria, tendem a manter relações exclusivas com seus parceiros, embora a recíproca nem sempre seja verdadeira. Chama a atenção o perigo dessa forma de se ver no relacionamento com o parceiro, pois ao acreditar em sua exclusividade como parceira sexual, não o percebem como risco para a infecção pelo HIV.

Além disso, Praça & Gualda¹⁷ relataram que há uma crença da mulher de que o parceiro lhe comunicará caso venha a manter relacionamento com outra mulher. Deste modo, apenas após tomar conhecimento desse fato, passarão a negociar o uso do preservativo em suas relações sexuais, como medida preventiva contra a infecção pelo HIV. Recente estudo com mulheres casadas ou com união estável, com práticas heterossexuais, verificou que a principal alegação para a não utilização do preservativo foi o tipo de relacionamento, sendo a confiança no parceiro um fator determinante desta prática¹⁸.

Gir *et al.*¹¹, estudando aspectos epidemiológicos de pacientes HIV-positivo, verificaram que antes de saber o diagnóstico de infectadas, a maioria referiu desconhecer os modos de transmissão e prevenção do HIV, sendo que 62% referiram desconhecer os mecanismos de transmissão e 68% desconheciam as medidas preventivas. É necessário que a população tenha acesso às medidas preventivas de maneira clara e efetiva. Tais observações são compatíveis com as citadas por Santos & Iriart¹⁹, que descreveram que na vulnerabilidade feminina ao HIV/aids se apontam alguns fatores como a baixa escolaridade, as iniquidades de gênero e as disparidades regionais, já que a literatura aponta maiores taxas de crescimento entre mulheres de baixa escolaridade e da região Nordeste do Brasil, única região que apresenta uma discrepância significativa no crescimento das taxas de incidência em homens (123%) e em mulheres (405%).

Além disso, a dinâmica das relações de gênero também imprime nuances importantes à vulnerabilidade feminina ao HIV, sendo que a dificuldade das mulheres em negociar práticas sexuais mais seguras e a constituição identitária de masculinidades e feminilidades são alguns dos aspectos das relações de gênero apontados pela literatura que convergem para a vulnerabilidade singular das mulheres ao HIV/aids. Com isso, a recomendação de uso do preservativo masculino nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher, que precisa solicitar o seu uso, numa situação em que depende da anuência do parceiro, com valores e iniciativas masculinas que revelam preconceitos e produzem constrangimentos quando não se submetem às ações coercitivas e, muitas vezes, agressivas²¹.

Recente revisão sistemática da Cochrane evidenciou que os meios de comunicação de massa permitem a divulgação de me-

didadas de prevenção da infecção pelo HIV/aids²⁰. Isto é importante porque se verifica que ainda hoje existem mulheres portadoras do HIV desempenhando comportamento sexual inseguro, e a orientação sobre a transmissão poderá ser a única maneira efetiva de controlar a doença. No caso de homens que fazem sexo com homens (HSH), é patente o elevado grau de informação sobre a doença e sobre os modos de transmissão, mas é marcante a defasagem entre o conhecimento e a adoção do sexo seguro, repercutindo na manutenção elevada de casos notificados de aids nesse grupo²². No contexto da aids, a mudança de comportamento tem demonstrado ser a forma mais efetiva de diminuir o avanço do vírus, mas a mudança de comportamento de HSH continua a ser o grande desafio.

Recente estudo realizado na Universidade do Mato Grosso do Sul para verificar a prática sexual de HSH (incluindo homossexuais, bissexuais, travestis e michês) verificou que os travestis apresentaram maior número de parceiros, já que 43% deles tiveram mais de 20 parceiros no último mês, o que os torna extremamente vulneráveis ao HIV e às DST. Além disso, dos entrevistados, sete (13%) referiram ter-se relacionado sexualmente com parceiros HIV+, destacando-se a baixa preocupação com a própria saúde, evidenciada pela exposição dos HSH ao risco de se infectar pelo HIV e de contraírem outras DST²².

Entretanto, neste estudo verificou-se uma mudança na prática sexual de mulheres após o diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. O fato é que esta aquisição de proteção poderá determinar uma menor disseminação da infecção por HIV. Tais resultados são compatíveis com os citados por Magalhães²³, que verificou um nítido aumento do uso de métodos anticoncepcionais, especialmente dos preservativos e da ligadura tubária, somado a uma diminuição expressiva do número de parceiros e de relações sexuais, no período decorrido após o conhecimento da soropositividade para o HIV. Paiva *et al.*²⁴, em estudo sobre a sexualidade das mulheres infectadas pelo HIV, relataram em sua amostra de pacientes que 63% usavam preservativo em todas as relações sexuais. Estudo realizado por Magalhães *et al.*²⁵ testou a aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres infectadas pelo HIV e verificou taxa de continuidade de uso de 52%, ao longo de 90 dias, havendo significativa diminuição da proporção média das relações sexuais desprotegidas (de 14% para 6%), sem uso de preservativo feminino ou masculino, o que demonstrou que a oferta do preservativo feminino foi capaz de reduzir as relações sexuais desprotegidas entre mulheres infectadas pelo HIV, que se mostraram motivadas e receptivas a este método.

Existem pacientes mantendo prática sexual de risco. Nos casos de parceiros soropositivos, acreditamos que a orientação detalhada sobre a carga viral, resistência aos antirretrovirais, amplo acesso aos serviços de saúde, com visitas ginecológicas frequentes, poderão ser medidas importantes no incremento do preservativo nestas relações sexuais, beneficiando o tratamento destas pacientes. No caso de parceiros soronegativos, a orientação e o incentivo ao preservativo têm sido as medidas fundamentais em nosso serviço. Tais condutas são compatíveis com as determinações feitas pelo Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH), integrado pelos programas nacionais de aids dos países da América Latina e do Caribe, reunido em Buenos Aires, em maio de 2006, que rejeitou toda e qualquer recomendação relacionada com a prevenção do HIV e

da aids que seja baseada em ideologias ou doutrinas, que viole os direitos humanos ou que discrimine a pessoa por qualquer comportamento, profissão, orientação sexual ou estilo de vida.

Neste contexto, as condutas afirmam que o uso do preservativo é a forma mais segura e efetiva para prevenir a transmissão sexual do HIV, sendo, por isso, necessário incentivar o seu uso constante nas campanhas de massa e nas intervenções específicas para bem informar a população e garantir o seu acesso. Afirmam ainda que é ineficaz promover a abstinência e a fidelidade isoladamente, já que esta estratégia serve para aumentar a lacuna entre os discursos oficiais e a prática das pessoas²⁶. Tais observações são compatíveis com as citadas em estudo da universidade norte-americana *Yale University* de que a promoção isolada da abstinência é ineficaz e prejudicial, uma vez que constatou que os jovens norte-americanos que participaram de programas de promoção da abstinência apresentaram maiores taxas de infecções de transmissão sexual²⁶. Por isso, temos incentivado medidas que garantam às pacientes condições para o desenvolvimento saudável de sua sexualidade, respeito a sua dignidade, proporcionando igualdade de gênero, social e econômica como medidas importantíssimas na redução desta transmissão.

CONCLUSÃO

Concluimos que existe mudança na atividade sexual das pacientes após o diagnóstico da infecção pelo HIV, representada pela abstinência sexual ou pelo uso sistemático de preservativo nas relações sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos RR, Melo VH, Del Castilho DM, Nogueira CPF. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(5):248-256.
2. Melo VH, Araujo ACL, Rio SMP, Castro LPF, Azevedo AA et al. Problemas ginecológicos mais frequentes em mulheres soropositivas para o HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9):661-666.
3. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puerperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2003; 3(1):61-74.
4. Bassicheto KC, Mesquita F, Zacaro C, Santos EA, Oliveira SM et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):302-310.
5. Barreira M. Estados Unidos aprovam testes caseiros para a detecção do HIV, apesar do temor de suicídios. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=3804> Acessado em: 21/10/05.
6. Machado AA & Costa JC. Métodos laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Medicina Ribeirão Preto* 1999; 32:138-146. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n2/metodos_laboratoriais_diagnostico_%20infeccao_virus_hiv.pdf Acessado em: 24/04/2008.
7. Delaney KP, Branson B, Uniyal A, Kerndt PR, Keenan PA et al. Performance of an oral fluid rapid HIV-1/2 test: experience from four CDC studies. *AIDS* 2006; 20 (12):1655-1660.
8. Pai NP. Oral fluid-based rapid HIV testing: issues, challenges and research directions. *Expert Reviews* 2007; 7(4):325-328.
9. Jafa K, Patel P, Mackellar DA, Sullivan PS, Delaney KP et al. Investigation of False Positive Results with an Oral Fluid Rapid HIV-1/2 Antibody

- Test. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?&pubmedid=17268576> Acessado em: 24/04/2008.
10. Villarinho L, Bezerra I, Lacerda R, Latorre MRDO, Paiva V et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):61-67.
 11. Gir E, Canini SRMD, Prado MA, Carvalho MJ, Duarte G et al. A feminização da AIDS: Conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV 1. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(3):73-76.
 12. Davis KR, Weller SC. The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. *Family Planning Perspectives* 1999; 31(6):272-279.
 13. Pinkerton SD, Abramson P. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science & Medicine* 1997; 44(9):1303-1312.
 14. Gir E, Moriya TM, Hayashida M. Medidas preventivas contra a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1999; 7(1):11-17.
 15. Ministério da Saúde. O que pode ser feito para reduzir o risco de transmissão do HIV por via sexual? Disponível em: <http://www.aids.gov.br/livro/c111.htm> Acessado em: 06/4/2008.
 16. Trindade MP, Schiavo MR. Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV, AIDS. *DST - J bras Doencas Sex Transm* 2001; 13(5):17-22.
 17. Praça NS, Gualda DMR. A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. *Rev paul Enf* 2000; 19:43-52.
 18. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2):1-6.
 19. Santos CO, Iriart JAB. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 13(12):2896-2905.
 20. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C et al. Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Jul 20;(3):CD004775.
 21. Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(8):1671-1680.
 22. Andrade SMO, Tamaki EM, Vinha JM, Pompilio MA, Prieto CW et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(2):479-482.
 23. Magalhães J. Mulheres infectadas pelo HIV: O Impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica. *Rev bras Ginec Obstet* 1999; 21(3):177-178.
 24. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com o HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(6):1609-1619.
 25. Magalhães J, Rossi AS, Amaral E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginec Obstet* 2003; 25(6):389-395.
 26. Buenos Aires. Documento de Posições do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS – GCTH frente à Estratégia ABC. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B14E5CA3F-DB78-427E-971A-783598651E7D%7D/Doc%20posicao%20GCTH%20politica%20ABC%20portugues.pdf> Acessado em: 24/04/2008.

Endereço para correspondência:**JULIANA BARROSO ZIMMERMANN**

Av. Rio Branco, 2406 sala 1101, Juiz de Fora, MG.

CEP: 36015-510.

E-mail: julianabz@uol.com.br

Recebido em: 26/04/2008

Aprovado em: 23/11/2008