

HIV EM MULHERES DE MEIA-IDADE: FATORES ASSOCIADOS

ANA LÚCIA RIBEIRO VALADARES^{1*}, AARÃO MENDES PINTO-NETO², CARMITA ABDO³, VICTOR HUGO DE MELO⁴

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem aumentado significativamente entre mulheres de meia-idade. Nesta revisão foi feito um levantamento de estudos recentes que buscam identificar possíveis fatores de risco associados à infecção pelo HIV em mulheres climatéricas. São abordados diversos fatores associados, como: sintomas climatéricos, mudança de comportamento do parceiro sexual frente a novos medicamentos, negociação sobre o uso de preservativos em relações sexuais, comportamento de risco para HIV, autoestima global e autoestima sexual, história pregressa de abuso sexual, uso de drogas, estereótipo da vida sexual na maturidade, uso de terapia antirretroviral e abordagem da função sexual.

UNITERMOS: Climatério. Menopausa. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV

Correspondência:

Rua Joaquim Lustosa,
53/701
Belo Horizonte - MG
CEP 30310-410

INTRODUÇÃO

O comportamento sexual humano tem uma gama de abordagens que incluem aspectos filosóficos, sociais, antropológicos, psicológicos e físicos, muitas vezes inter-relacionados^{1,2}. Estes aspectos do comportamento sexual estão associados a atitudes de risco e a fatores que contribuem para a contaminação e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o HIV^{3,4}.

Em 2008, a Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) estimou entre 30 a 36 milhões de pessoas contaminadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo⁵. Entre os portadores do vírus, atualmente metade são mulheres, enquanto na década de 1980 elas respondiam por apenas um terço dos casos. O aumento do HIV neste grupo era esperado, considerando-se que o principal modo de transmissão do vírus é a relação heterossexual.

Segundo a UNAIDS, um terço das pessoas que vivem com HIV na América Latina estão no Brasil⁶. O país acompanha a tendência mundial de heterossexualização e feminização da epidemia, associada ao aumento de incidência entre populações mais vulneráveis socioeconomicamente. No sexo feminino, as maiores taxas de incidência estão na faixa etária de 30 a 39 anos, com incremento a partir dos 40 anos. Dados de 1996 a 2005, no Brasil, mostram um aumento da incidência de aids nas mulheres entre os anos de 1996 e 1998, tendência a ligeira queda até 2000 e posterior aumento até 2004. Em 2005 os coeficientes retornam a valores próximos dos encontrados em 1997. O coeficiente de mortalidade tem se mantido estável desde 1997, na faixa entre 30-39 anos. Já no grupo maior que 40 anos o coeficiente de mortalidade apresentou aumento entre 1999 a 2005⁷.

Entre 1990 e junho de 2008 observou-se, no Brasil, em ambos os sexos a tendência ao aumento percentual de casos de aids, na faixa etária com mais de 50 anos, em todas as regiões do país. Percebeu-se também, neste grupo, aumento da transmissão heterossexual com estabilização no final do período. Em mulheres há o predomínio de casos de transmissão heterossexual em todo o período. Entre homens, de 2000 para 2006, o coeficiente de mortalidade aumentou de 7,2 para 10,3/100.000 hab., e nas mulheres passou de 2,5 para 4,3/100.000 hab⁸.

Este aumento da infecção por HIV em mulheres de meia-idade tem sido atribuída principalmente ao comportamento sexual de seus parceiros⁹. No entanto, existem vários outros fatores associados e que podem coexistir e interagir.

Fatores associados ao aumento da infecção por HIV em mulheres climatéricas:

Climatério e HIV

A transição menopausal e a menopausa acarretam mudanças anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que influenciam a vida da mulher¹⁰.

As alterações fisiológicas, decorrentes da diminuição da produção de estrogênios pelos ovários, modificam o padrão menstrual, a lubrificação vaginal, a densidade óssea e os sistemas termo-regulador, vascular e urogenital. Tudo isto, aliado ao contexto da meia-idade, pode levar a alterações no humor, no sono e na função cognitiva, o que contribui para a redução da autoestima e das respostas sexuais¹⁰⁻¹⁵.

Em estudo qualitativo entre mulheres entre 40 e 65 anos realizado em Belo Horizonte, o período do climatério

1. Doutorado - Pós-doutoranda do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP e Professora da Faculdade de Medicina José do Rosário Velano, Belo Horizonte, MG
2. Doutorado - Professor Titular do Departamento de Ginecologia da Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP
3. Doutorado - Professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP
4. Doutorado - Professor do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG

associou-se para muitas ao medo, à percepção de dificuldade e à ansiedade. Nesta amostra, estes achados foram mais evidentes nas mulheres com mais sintomas e necessidades de atenção. Neste estudo, observou-se ainda queixas das mulheres a respeito do atendimento médico¹⁶.

Segundo Gómez¹⁷, o principal valor social da mulher, e mesmo a sua identidade, tem sido definido em termos de seu potencial reprodutivo e de atração. Como consequência, para muitas mulheres há dificuldades em aceitar o envelhecimento, sendo o primeiro sinal do término desse potencial procriador a chegada da menopausa. Podem sentir-se fragilizadas e tornarem-se susceptíveis a relações de risco e DST tanto em relações estáveis quanto eventuais.

Nas mulheres HIV positivas, os sintomas climatéricos podem inclusive ser mais graves devido às complicações metabólicas relacionadas à infecção pelo HIV e ao uso das drogas antirretrovirais. Estudos conduzidos no Brasil e no exterior demonstram que os sintomas climatéricos são comuns entre mulheres com HIV, mesmo quando elas ainda não atingiram o climatério. Portanto, estas mulheres vivenciam ou irão experimentar concomitantemente os sintomas climatéricos e as alterações metabólicas relacionadas com a infecção pelo HIV e com o uso da terapia antirretroviral (TARV) que podem influenciar seu bem-estar e comportamentos psicológico e sexual. Fatores relacionados às alterações climatéricas, usualmente avaliados em mulheres soronegativas, são muitas vezes negligenciados¹⁸.

Comportamento do parceiro sexual frente aos novos medicamentos

A partir de 1998, a difusão dos medicamentos para disfunção erétil no Brasil contribuiu para uma vida sexual ativa até idades mais avançadas. Os homens de meia-idade ou mais velhos, não acostumados a lidar com o uso do condom, tornaram-se mais vulneráveis às DSTs, comprometendo a saúde das parceiras^{19,20}. Programas preventivos apontaram para uma maior resistência dos homens de meia-idade, mesmo quando em ambientes de risco, confirmando as dificuldades desse grupo para o uso de condom^{21,22}.

Negociação para o uso do condom

O preservativo não é adotado facilmente nas relações sexuais entre homens e mulheres. Há grandes dificuldades de negociação para o seu uso de uma forma geral e, especialmente, para o seu uso constante nas relações que se estendem durante um longo tempo. Com um parceiro casual, as mulheres conseguem ser mais incisivas sobre o uso de preservativos, enquanto, com seus parceiros fixos, parecem não conseguir negociar um sexo seguro. Estudos mostram que o preservativo é menos usado com parceiros fixos ou principais^{23,24}.

A resistência dos casais em adotar o preservativo pode estar ligada a percepções errôneas a respeito do comportamento do parceiro ou mesmo quanto ao significado correto de alguns testes de laboratório. Além disto, pode ser influenciada por fatores psicológicos e emocionais. Historicamente, o uso de condons associa-se à prostituição, promiscuidade e às relações extraconjugais. Disso resulta embaraço e desconfiança entre os parceiros para sua aceitação. Soma-se a essa má reputação do condom, a percepção de que ele incomoda, dificulta a ereção e prejudica o prazer sexual.

Um grande número de pessoas não adere ainda ao uso do condom por considerar remota a possibilidade de contaminação^{25,26}.

Para Macklin, a mulher é mais vulnerável à Aids devido à sua posição social e econômica na sociedade, o que dificulta a negociação do uso do preservativo, a discussão da fidelidade e o abandono das relações de risco. Sentimentos de impotência e conflitos internos relatados por mulheres expressam uma concepção fatalista da doença, contra a qual nada pode ser feito²⁶. Investigar a sexualidade entre heterossexuais com relacionamentos estáveis deve levar em consideração crenças e valores morais como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade^{27,28}. No entanto, a configuração atual da epidemia de Aids confirma a falibilidade deste modelo²⁹. A promiscuidade masculina e a subserviência feminina - sexual, legal e econômica, dificultam a autoproteção das mulheres³⁰.

Na realidade, há um comportamento construído socialmente, que prega a penetração como a legítima comprovação de atividade sexual e vê a camisinha como um obstáculo. Isso torna mulheres e homens mais frágeis e vulneráveis, por limitação de expressão de sexualidade^{23,31,32}.

Segundo Guimarães, as práticas sexuais seguras envolvem mecanismos complexos. Representações sociais permeiam o exercício das diferentes sexualidades, que se encontram presentes nas interrelações de gênero³³. Estudo realizado na Suíça com casais heterossexuais mostrou que em contatos sexuais nos quais havia equidade de poder, o uso do condom foi mais frequente. No entanto, diminuiu nos casais mais velhos e nos casais em que os homens tinham maior poder dentro da relação³⁴.

Outros aspectos relacionados ao uso do condom na população em geral incluem a introdução de terapia combinada de alta potência, levando a falsa impressão de cura; dificuldades em manter práticas preventivas por prazos longos e falta de campanhas preventivas em determinadas populações³⁵.

Comportamento de risco em pessoas HIV positivas

Nas mulheres brasileiras HIV positivas, em TARV, os pesquisadores também não encontraram receptividade para o sexo seguro ou a divulgação do seu estado HIV. O principal impedimento foi o medo de desestabilizar as relações com seus parceiros³⁶.

Ao estudar o comportamento de risco no casamento, Bunnell et al.³⁷ avaliaram mulheres em TARV na linha de base e depois de seis meses de seguimento e constataram atos sexuais de risco em quase 90% dos casais. Em outro estudo, realizado na Inglaterra, com indivíduos heterossexuais HIV infectados, 70% relatou estar sexualmente ativo e destes 73% relataram uso de condom em sexo vaginal³⁸.

Assim, mulheres infectadas pelo HIV podem tanto contaminar quanto continuar vulneráveis a DST. Os seus parceiros muitas vezes têm outras companheiras ou são usuários de drogas³⁹. Desta forma, este comportamento de homens e mulheres favorece a disseminação do HIV e de outras DST.

O enfoque da autoestima

Estudos sugerem que os indivíduos possuem duas instâncias de autoestima: autoestima global e a autoestima sexual. A primeira influencia aspectos amplos da personalidade e a segunda impacta o desejo sexual. A autoestima sexual faz parte do contexto global, mas muitas vezes funciona de forma independente, ou seja,

muitas pessoas podem ter elevada autoestima sexual, mesmo quando apresentam baixos índices de autoestima global⁴⁰.

Esta abordagem ajuda a compreender o comportamento de mulheres HIV positivas, que, como demonstram pesquisas, continuam desejando e mantendo uma vida sexual ativa mesmo na sua condição de portadora. Para atingir este propósito, parecem seguir os mesmos padrões de conduta anteriores, abrindo portas para novas contaminações. Seguindo este raciocínio, mulheres na maturidade com elevada autoestima sexual tenderiam a ficar mais vulneráveis a sexo inseguro, considerando que nesta fase podem estar com baixa autoestima global, já que vivenciam mudanças físicas, sociais e comportamentais. A capacidade delas de negociação com os parceiros se tornaria mais precária.

Diante deste contexto, acreditamos que o processo de negociação entre os parceiros esbarra na sexualidade humana, diante da qual imperam sentimentos, impulsos e emoções. Entretanto, parte substancial da literatura sobre negociação enfatiza ainda que as resoluções são tomadas de forma racional. Esta crença tem sido contestada pelos enfoques mais recentes, que consideram que as resoluções das negociações dependem em grande parte do contexto⁴¹. Mais ainda, dão destaque para o papel das emoções no encaminhamento dos processos⁴².

História pregressa, drogas e comportamento sexual

A inconsistência no uso de condom em pessoas HIV positivas pode se associar a história pregressa de vitimização de violência sexual⁴³. Segundo Browning e Laumann, pessoas que sofreram abusos podem internalizar um roteiro de sexualidade sem conexão afetiva ou cognitiva. Consequentemente não sabem comunicar necessidades sexuais nem participar de decisões relativas à sexualidade. Portanto seriam mais susceptíveis a comportamento de risco⁴⁴.

Em estudo realizado em usuárias de drogas HIV positivo no climatério, verificou-se que grande número delas, mesmo conscientes da infecção, continuavam a praticar sexo sem proteção⁴⁵.

Estereótipo sexual da maturidade

O aumento da incidência do vírus entre mulheres de meia-idade também pode estar relacionado ao estereótipo de que a maturidade associa-se à diminuição do desejo sexual. Assim, os programas de prevenção deveriam abranger esta faixa da população, visando contrapor ao novo contexto da epidemia.

Sormanti e Shibusawa⁴⁶, avaliando uma coorte de mulheres de meia-idade, observaram que 73% delas referiram ser sexualmente ativas nos seis meses anteriores ao estudo. Nesse mesmo estudo, 81,1% das mulheres disseram não fazer uso de condom, 11,8% relataram uso regular e 7,1% uso de forma irregular, enquanto apenas 45% haviam realizado o teste para HIV. O uso de condom associou-se à maior escolaridade e ao fato de a mulher não viver com o parceiro sexual. Os achados desse estudo indicam que a maioria das mulheres de meia-idade permanece sexualmente ativa, não pratica sexo seguro e não foi submetida ao teste para HIV.

Mortalidade por HIV/Aids

A introdução da TARV, da profilaxia de doenças oportunistas e do diagnóstico em fases iniciais da doença tem permitido que

as mulheres com HIV vivam por mais tempo após o diagnóstico, possibilitando que um maior número delas alcance a meia-idade e continue sexualmente ativa⁴⁷.

Abordagem da função sexual

Abordar a sexualidade, durante as consultas médicas, ainda é difícil para a maioria dos médicos. The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors mostrou que, globalmente, 9% dos homens e mulheres pesquisados relataram ter sido questionados sobre sua saúde sexual na consulta de rotina realizada nos últimos três anos⁴⁸. Na população portadora do vírus, perguntar sobre função sexual não parece ser a regra, e os estudos sobre o tema são escassos. Em artigo de revisão, verificou-se que na Inglaterra 60% dos médicos especialistas em HIV raramente ou nunca perguntaram sobre função sexual. Em outro estudo retrospectivo observou-se que metade das mulheres relatavam disfunção sexual⁴⁹.

Os fatores acima colaboram para se entender o aumento do número de mulheres HIV positivas na meia-idade. Em suma, mostram que a maioria das mulheres têm vida sexual ativa, muitas têm dificuldades de enfrentar as mudanças psicossociais da meia-idade, apresentam frequentemente sintomas climatéricos, problemas de comunicação com seus parceiros sexuais e se encontram mais fragilizadas. Do ponto de vista do atendimento médico, parecem existir déficits tanto no atendimento da sexualidade quanto do climatério.

Pontos de intervenção em potencial

- Melhorar a avaliação das mulheres climatéricas, tratar os sintomas climatéricos, incentivar mudanças de estilo de vida e abordar as dificuldades sexuais.

- Abrir espaço dentro das clínicas que cuidam das pacientes HIV positivas e climatéricas em geral para que elas falem sobre a função sexual e os relacionamentos.

- Conhecer melhor os problemas e as dificuldades mais relatadas pelas mulheres climatéricas HIV positivas. Muitos aspectos ocultos por questões culturais e comportamentais na esfera da sexualidade poderão vir à tona. Além disto, fatores associados à prevenção de outras DSTs, assim como fatores associados à transmissão do HIV, poderão ser mais bem entendidos.

- Ter grupos de suporte às mulheres climatéricas de modo geral e especificamente às HIV positivas para que se responsabilizem por sua saúde sexual e suas decisões comportamentais.

- Investir em educação dirigida tanto aos profissionais que assistem mulheres climatéricas HIV positivas quanto aos que tratam as mulheres climatéricas em geral.

CONCLUSÃO

Os achados desta revisão indicam que uma grande proporção de mulheres na meia-idade permanece sexualmente ativa, pratica sexo inseguro, tem uma baixa percepção do risco de infecção pelo HIV, não consegue negociar o uso do preservativo e não trata os sintomas climatéricos.

Uma melhor abordagem destas mulheres poderá favorecer o combate à epidemia que se encontra ascendente nesta faixa da população.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

HIV IN MIDDLE-AGED WOMEN: ASSOCIATED FACTORS

Human immunodeficiency virus (HIV) infection has increased considerably among middle-aged women. In this work we reviewed recent studies aimed at identifying possible factors related to HIV infection in climacteric women. Several associated factors are considered, such as: climacteric symptoms, partner's change in sexual behavior in face of new drugs, negotiation for use of condoms in sexual intercourse, risk behavior for HIV, global self-esteem and sexual self-esteem, history of sexual abuse, use of drugs, stereotypes of sex life in maturity, use of antiretroviral therapy and approach to sexual function. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 112-5]

KEY WORDS: Menopause. Climacteric. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV

REFERÊNCIAS

- Bachmann GA.; Ayers, C.A. Psychosexual gynecology. Med Clin North Am. 1995; 79(6):1299-317.
- Lock M. Menopause: lessons from anthropology. Psychosom Med. 1998;60(4):410-9.
- Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? AIDS. 2004;18(5):805-9.
- Hallett TB, Gregson S, Lewis JJC, Lopman BA, Garnett GP. Behaviour change in generalised HIV epidemics: impact of reducing cross-generational sex and delaying age at sexual debut. Sex Transm Infect. 2007;1(Suppl 1):50-4.
- 2008 Report on the global AIDS epidemic. [cited 2009 sept 10]. Available from: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS fact sheet. HIV/AIDS among women. [cited 2008 jan 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/women.pdf>.
- Pereira ECA, Schmitt AC, Cardoso MRA, Aldrighi JM. Tendência da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(5):422-425.
- Boletim Epidemiológico AIDS, Ano n. 1. Julho a dezembro de 2007/Janeiro a junho de 2008. [cited 2009 sept 9]. Available from: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/{B8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174}/{31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4}/Boletim2008_versão1_6.pdf.
- Berquó E, coordenador. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. (Série Avaliação, 4). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. p.249-50.
- Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. Menopause. 2004; 11(1):120-30.
- Tomlinson J. Sexual health and the menopause. London: RSM Press; 2005.
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual function? Menopause. 2000;7(3):297-309.
- Valadares AL, Pinto Neto AM, Osís MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. Menopause. 2008;15(4):706-13.
- Valadares AL, Pinto Neto AM, Osís MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. Menopause. 2008;15(2):264-9.
- Valadares AL, Pinto Neto AM, Osís MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. A population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. Menopause. 2008;15(6):1184-90.
- Valadares AL, Pinto Neto AM, Osís MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Depoimentos de mulheres climatéricas sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(4):299-304.
- Gomez A. La revolucion de las canas: reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Red de salud de las mujeres latino americanas y del Caribe. Cuad Mujer Salud. 1999;4(1):2-8.
- Conde D, Silva E, Amaral W, Finotti M, Ferreira R, Costa-Paiva L, et al. HIV, reproductive aging, and health implications in women: a literature review. Menopause. 2009;16(2):199-213.
- Feitoza AR, Sousa AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de fortaleza-CE. J Bras Doenças Sex Transm. 2004;16(4):32-7.
- Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. AIDS trend in the group of 50-year-old people and more in the previous and subsequent period to the introduction of medicines for erectile dysfunction: Brazil, 1990 to 2003. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2007;10(2):203-16.
- Cribier B, Schmitt MP, Le Coz C, Grosshans E. Changes in sexual behaviour of patients attending an HIV testing centre: a prospective study 1988-1994. Genitourin Med. 1996;72(1):37-42.
- Coleman CL, Ball K. Determinants of perceived barriers to condom use among HIV-infected middle-aged and older African-American men. J Adv Nurs. 2007;60(4):368-76.
- Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):12-23.
- Wang C, Hawes SE, Gaye A, Sow PS, Ndoye I, Manhart LE, et al. HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. Sex Transm Infect. 2007;83(7):534-40.
- Ventura E, Newman F, Newman S. Influence of HIV positive status on sexual behaviour among males Rev Saúde Pública. 1998;32(6):503-13.
- Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;5-6(17):472-85.
- Costa JF. Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
- Guilhem D. Escravos do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília (DF): Editora UnB/Finatec; 2005.
- Gonçalves EH, Guilhem D. Leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/Aids e sua aplicabilidade às mulheres casadas. Mundo Saúde. 2003;27(2):292-300.
- Lloyd CB, editor. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington (DC): National Academies Press; 2005.
- Roso A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. Cad Saúde Pública. 2000;16(2):385-97.
- Oliveira DL, Meyer DEE, Santos LHS, Wilhems DM. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1309-18.
- Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV / AIDS. In: Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/ IMS – UERJ; 1996.
- Bruhin E. Power, communication and condom use: patterns of HIV-relevant sexual risk management in heterosexual relationships. AIDS Care. 2003;15(3):389-401.
- Gremy I, Isabelle; Beltzer, Nathalie HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? AIDS. 2004;18(5):805-9.
- Kerrigan D, Bastos FI, Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Pilottob JH, Strathdee SA. The search for social validation and the sexual behavior of people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: understanding the role of treatment optimism in context. Soc Sci Med. 2006;62(12):2386-96.
- Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, Wamai N, Bikaako-Kajura W, Were W, et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. AIDS. 2006;20(1):85-92.
- Dave SS; Stephenson J; Mercey DE, Panahmand N; Jungmann E. Sexual behavior, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individuals attending an inner London HIV clinic. Sex Transm Infect. 2006;82(2):117-9.
- Kojic EM, Cu-Uvin S. Special care issues of women living with HIV-AIDS. Infect Dis Clin North Am. 2007;(21):133-48.
- Oattes MK, Offman A. Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. Can J Hum Sex. 2007;16:89-101.
- Dingwall R. What makes conflict resolution possible? Negotiation J. 2002;18(4):321-6.
- Katz-Jameson J, Bodtker AM, Jones TS. Like talking to a brick wall: implications of emotion metaphors for mediation. Pract Negotiation J. 2006;22(2):199-207.
- Chuang CH, Liebschutz JM, Horton NJ, Samet Jeffrey H. Association of violence victimization with inconsistent condom use in HIV-infected persons. AIDS Behav. 2006;10(2):201-7.
- Browning C, Laumann E. Sexual contact between children and adults: A life course perspective. Am Soc Rev. 1997;62(5):540-60.
- Timpson SC, Williams ML, Bowen AM, Keel K, Blair M. Condom use behaviors in HIV-infected African American crack cocaine users. Subst Abuse. 2003;24(4):211-20.
- Sormanti M, Shibusawa T. Predictors of condom use and HIV testing among midlife and older women seeking medical services. J Aging Health. 2007;19(4):705-19.
- Hacker MA, Petersen ML, Enriquez M, Bastos FI. Highly active antiretroviral therapy in Brazil: the challenge of universal access in a context of social inequality. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(2):78-83.
- Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, et al. Help-seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Clin Pract. 2005;59(1):6-16.
- Bell C, Richardson D, Wall M, Goldmeier D. HIV-associated female sexual dysfunction: clinical experience and literature review. Int J STD AIDS. 2006;17(10):706-709.

Artigo recebido: 31/01/09
Aceito para publicação: 17/09/09