

Uso inconsistente do preservativo entre parcerias sexuais sorodiferentes ao vírus da imunodeficiência humana*

Renata Karina Reis¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>

Elizabeth Santos Melo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7322-9370>

Nilo Martinez Fernandes³

 <https://orcid.org/0000-0003-3770-6050>

Marcela Antonini^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-4711-4788>

Lis Aparecida de Souza Neves⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-5255-2649>

Elucir Gir¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3757-4900>

Objetivo: analisar os preditores do uso inconsistente do preservativo entre pessoas soropositivas com parceria sexual sorodiferentes ao vírus da imunodeficiência humana. **Método:** estudo transversal, analítico com amostra consecutiva não probabilística que foi constituída por pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana com parceria sexual sorodiferente e que estavam em seguimento clínico ambulatorial. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual norteadas por questionário semiestruturado e analisados com análise bivariada e regressão logística. **Resultados:** Identificou-se que sete variáveis foram independentemente associadas com o uso inconsistente do preservativo. Escolaridade menor que 11 anos de estudo (4,9 [2,4-10,1]), ter múltiplas parcerias (5,0 [1,3-19,6]), usar álcool (2,1 [1,1-4,4]) ou outras drogas (2,8 [1,2-6,3]), não receber aconselhamento com profissional de saúde (2,0 [1,1-3,9]), não ter conhecimento sobre tratamento como prevenção (3,0 [1,2-6,9]) e desconhecer que carga viral indetectável reduz o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (3,8 [1,1-13,7]), foram preditores para o uso inconsistente do preservativo. **Conclusão:** o estudo evidenciou que fatores psicossociais interferem no uso consistente do preservativo entre parcerias sorodiferentes. Assim, destaca-se que há necessidade de intervenções abrangentes que incluam a integração do cuidado clínico e psicossocial.

Descritores: Preservativos; Sexo sem Proteção; Infecções por HIV; Prevenção de Doenças; Cuidados de Enfermagem; Soropositividade para HIV.

* Apoio Financeiro da Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil – Processo nº 2015/23008-2.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Brasil.

⁵ Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids, Tuberculose e Hepatites Virais, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Reis RK, Melo ES, Fernandes NM, Antonini M, Neves LAS, Gir E. Inconsistent condom use between serodifferent sexual partnerships to the human immunodeficiency virus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3222. [Access _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3059.3222>.

mês dia ano

URL

Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos com relação à saúde das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), sobretudo no campo terapêutico com o advento da terapia antirretroviral (TARV), provocaram alterações na expectativa e na perspectiva de vida destes indivíduos⁽¹⁻²⁾.

Desta forma, o enquadramento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) como uma doença crônica a partir do acesso à TARV, gerou um novo paradigma⁽³⁾ com implicações relacionadas ao cuidado integral à saúde destas pessoas, visto que inicialmente a preocupação dos serviços de saúde era apenas em conter a infecção.

Tais mudanças possibilitaram às PVHIV a reconstrução de seus projetos de vida, em vários aspectos, sobretudo no âmbito afetivo-sexual, com o estabelecimento de novos relacionamentos com parcerias sexuais⁽⁴⁾, inclusive soronegativas ao HIV.

Os casais sorodiferentes ao HIV – quando um dos parceiros é soropositivo e o outro soronegativo ao HIV⁽⁵⁾ – apresentam vulnerabilidades específicas, e estão sob maior risco de se infectar pelo HIV⁽⁶⁾.

No Brasil, apesar dos esforços relacionados à interrupção da cadeia de transmissão, obtido por meio da oferta de uma terapia antirretroviral eficaz, ainda existe uma parcela significativa de PVHIV que não atingiu a carga viral (CV) indetectável, o qual é um dos fatores considerados mais importante para a redução da transmissão sexual do HIV⁽⁷⁾.

A “cascata” do cuidado do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS projeta para 2030 uma meta ambiciosa para o tratamento do HIV/aids, na qual 90% de pessoas sejam diagnosticadas para o HIV; 90% destas pessoas tratadas e 90% destas atinjam a supressão viral⁽⁸⁾.

Os dados relacionados com a cascata do cuidado contínuo do HIV no Brasil mostraram que ao final de 2015, haviam 827 mil PVHIV no país, das quais 715 mil (87%) estavam diagnosticadas; 95% das diagnosticadas (677 mil) tinham sido vinculadas a algum serviço de saúde; e 83% das vinculadas (565 mil) estavam retidas nesse serviço; 80% das retidas (455 mil) estavam em uso da TARV e apenas 50% das em TARV (410 mil) estavam com CV suprimida⁽⁹⁾.

Desta forma, destaca-se que é necessário avançar quanto ao enfrentamento da epidemia da aids no Brasil, pois desafios ainda persistem para abordagem da sexualidade e do comportamento sexual no cuidado contínuo das PVHIV.

Historicamente, os esforços para a prevenção da infecção centravam-se na redução do risco de

transmissão do HIV entre os indivíduos soronegativos ou com estado sorológico desconhecido e, minimizava-se as necessidades e o papel importante das PVHIV⁽¹⁰⁾, como se a descoberta da infecção pelo HIV por si só assegurasse mudanças nas práticas e comportamentos preventivos e a vulnerabilidade nas quais estas enfrentavam.

As medidas e estratégias para prevenção da transmissão sexual do HIV sofreram mudanças ao longo do curso da epidemia, principalmente devido aos avanços científicos no mundo. As descobertas definiram novas formas de prevenção, que foram denominadas no Brasil como “prevenção combinada”⁽¹⁰⁾.

Trata-se da associação de estratégias de intervenção comportamentais, biomédicas e estruturais⁽¹⁰⁾ com foco na redução da transmissão da infecção pelo HIV em vários setores, pois, sabe-se que uma única estratégia de prevenção é insuficiente para o controle das múltiplas epidemias do HIV no mundo e no Brasil⁽⁶⁾.

Entende-se, que no contexto da prevenção combinada, as estratégias visam reduzir as lacunas de adesão presentes na utilização de métodos preventivos clássicos de maneira isolada, tal como a utilização de apenas o preservativo masculino ou feminino como método preventivo.

Para isso, o Ministério da Saúde elaborou a Mandala da Prevenção Combinada, a qual apresenta todas as possíveis estratégias que podem ser efetivas para a prevenção da infecção pelo HIV⁽¹¹⁾. Desta forma, durante as consultas nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), os usuários são instruídos de que nenhum método isolado de prevenção é capaz de reduzir a infecção pelo HIV⁽¹¹⁾.

Os preservativos são considerados um componente importante para a abordagem combinada da prevenção do HIV, e quando utilizados de forma consistente e correta, são altamente eficazes na prevenção da transmissão sexual do vírus e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)⁽¹¹⁾.

No Brasil o preservativo é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é um método de barreira seguro, de baixo custo e sem efeitos adversos. Devem ser estimulados entre as PVHIV em combinação com outros métodos, como o tratamento como prevenção (TPT), a Profilaxia pré-exposição (PrEP) e a Profilaxia pós-exposição (PEP)⁽¹¹⁾, pois o seu uso inconsistente aumenta os riscos de reinfecção pelo HIV, assim como a exposição às IST que elevam a infecciosidade do vírus e, portanto, sua transmissibilidade⁽¹²⁾.

Neste sentido, o uso inconsistente do preservativo masculino tem sido descrito como prevalente entre PVHIV com diferentes tipos de parcerias sexuais – tanto os regulares quanto os casuais com status de HIV

negativo ou com status sorológico desconhecido em diferentes regiões do mundo⁽¹³⁻¹⁹⁾.

Entretanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), grande parte dos estudos entre casais sorodiferentes foi realizado na África subsaariana e existem lacunas do conhecimento em outras regiões do mundo⁽⁵⁾, resultando na insuficiente ênfase na oferta do aconselhamento de casais e no apoio ao teste de parceiros de pessoas soropositivas ao HIV.

No Brasil, alguns estudos⁽²⁰⁻²¹⁾ abordaram o relacionamento das PVHIV em parceria sorodiferente e o uso do preservativo masculino, porém, se limitaram apenas em avaliar o uso, e não os fatores associados ao mesmo.

Logo, o objetivo deste estudo foi analisar os preditores do uso inconsistente do preservativo masculino entre pessoas soropositivas com parceria sexual sorodiferente ao HIV.

Método

Trata-se de um estudo transversal analítico que foi realizado nos cinco Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em um município do interior paulista.

Participaram do estudo PVHIV de ambos os sexos, independente do estágio da infecção pelo HIV que se enquadraram nos critérios de inclusão: ter ciência do diagnóstico da infecção pelo HIV; ter idade superior a 18 anos; estar em acompanhamento clínico-ambulatorial nos serviços; ter vida sexual ativa e parceria sexual independente do status sorológico ao HIV nos últimos seis meses. Foram excluídos aqueles que estavam em situações de confinamento, tais como pessoas privadas de liberdade e institucionalizados, residentes em casas de apoio.

O plano amostral adotado foi por amostragem aleatória simples, no qual foram selecionados os parâmetros de prevalência pela estimativa de que 62% das pessoas que vivem com o HIV tem vida sexual ativa após o diagnóstico, conforme descrito em outro estudo realizado no município⁽²²⁾, com erro relativo de 10% e nível de significância de 5% e uma população total de tamanho muito grande (N = 10000, por exemplo), o que indicou a necessidade de tamanho amostral de 235. Entretanto, para alcançar este número foram entrevistados 397 PVHIV dos quais 286 tinham parceria sorodiferente para o HIV.

Os dados foram coletados no período de julho de 2016 a julho de 2017 por meio de entrevistas individuais, em salas dos ambulatórios especializados, utilizando um questionário construído e validado especificamente para esta coleta de dados. Os participantes foram convidados

antes ou após a consulta médica, e as entrevistas tiveram duração mínima de 20 e máxima de 30 minutos e foram realizadas por cinco auxiliares de pesquisa devidamente capacitados.

Após vasta busca na literatura, considerou-se que no Brasil, até o momento da coleta, não existiam escalas que avaliassem o conhecimento sobre as estratégias preventivas, as crenças sobre a infecciosidade e a transmissão sexual do HIV, bem como o comportamento preventivo de PVHIV. Então, elaborou-se um instrumento específico baseado na literatura nacional e internacional para responder os objetivos deste estudo, e foi submetido à validação quanto à forma e conteúdo por quatro especialistas, sendo três enfermeiras e um psicólogo especialistas na temática do estudo.

Experts da área da infecção pelo HIV foram convidados por meio de e-mail para compor o comitê de especialistas. O processo se deu por análise do instrumento quanto à impressão geral, objetivo, conteúdo, relevância, linguagem verbal e inclusão de novas perguntas. Após a devolutiva, foram realizados os ajustes necessários para atingir os objetivos da pesquisa.

O instrumento foi composto por variáveis sociodemográficas: idade (em anos), sexo (masculino, feminino), escolaridade (em anos completos de estudo), profissão/ocupação, vínculo empregatício (sim ou não), cor (branca, parda, negra, indígena), clínicas: tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em anos), e presença de marcadores de infecciosidade: sintomas de IST (corrimento, verrugas, bolhas e úlceras genitais) de acordo com o protocolo brasileiro⁽⁶⁾ (sim ou não), carga viral nos últimos 6 meses (detectável ou indetectável) sendo considerada indetectável valor menor que 40 cópias/mL.

Quanto aos aspectos comportamentais, práticas e de conhecimento sobre a transmissão do HIV e aconselhamento sobre a prevenção sexual do HIV pela equipe de saúde, adotou-se as seguintes variáveis comportamentais: tipo de parceria sexual (casual, fixa ou casual e fixa), número de parceria sexual, uso de álcool antes da relação sexual (sim ou não), uso de álcool durante relação sexual (sim ou não), período da formação do casal (antes ou após à ciência da infecção pelo HIV), diagnóstico sorológico do HIV da parceria sexual (soropositivo, soronegativo ou desconhecido), crença na transmissão sexual do HIV avaliada pela seguinte questão: você acredita que se sua carga viral estiver baixa diminui o risco da transmissão do HIV? (sim/não/não sei), revelou o diagnóstico para a parceria sexual atual (sim ou não), conversa com o parceiro sobre uso do preservativo (sim ou não) e uso do preservativo masculino (sempre, às vezes e nunca).

As variáveis selecionadas para avaliar o conhecimento e o aconselhamento recebido pela equipe de saúde sobre a prevenção sexual do HIV foram: recebeu orientações sobre risco de transmissão sexual do HIV (sim/não), busca informações sobre prevenção da transmissão sexual do HIV? (sim/não), recebeu aconselhamento pela equipe de saúde a respeito da transmissão sexual do HIV (sim/não), conhecimento sobre a eficácia do tratamento como prevenção por meio da questão: O tratamento com antirretrovirais (ARV) diminuindo a quantidade de vírus circulante no organismo (carga viral) e tornando-a indetectável é eficaz para prevenir a transmissão do HIV para o parceiro (a)? (sim/não/não sei).

O uso inconsistente do preservativo foi definido como (sim) para aqueles participantes que referiram nunca ou às vezes usaram o preservativo (versus "não", isto é, "usei sempre o preservativo") nos últimos 6 meses.

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do software IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 e do software R (R Core Team, versão 3.4.1).

Foi realizada estatística descritiva para caracterizar os participantes, e analítica para verificar associação entre as variáveis do estudo por meio do teste Qui-quadrado. Para avaliar a influência das variáveis independentes sobre o uso inconsistente do preservativo (sim/não) foi utilizado análise de regressão logística. A categoria "sim" foi adotada como referência em todos os casos. Para a realização das análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

O estudo foi submetido e apreciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto que foi favorável à sua realização. Posteriormente, foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, seguindo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o nº de parecer 2.369.369.

Resultados

Participaram do estudo 286 PVHIV que tinham parceria sexual sorodiferente, com média de idade de 41,2 anos, variando de 18 a 73 anos. Na Tabela 1 observa-se que a amostra foi composta predominantemente por homens (68,6%), e destes 37,8% eram homens que fazem sexo com homens (HSH). Identificou-se que a maioria (51,4%) dos entrevistados possuía escolaridade em nível fundamental e cerca de 67,1% estavam inseridos no mercado formal ou informal de trabalho.

Tabela 1 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV* em parceria sorodiferente, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis	n	%
Orientação sexual		
Mulher heterossexual	90	31,5
Homem heterossexual	88	30,8
HSH [†]	108	37,8
Faixa etária (anos)		
18 – 24	23	8,0
25 – 34	59	20,6
35 – 44	100	35,0
≥ 45	104	36,4
Escolaridade (anos completos de estudo)		
< 11	147	51,4
≥ 11	139	48,6
Cor		
Branca	151	52,8
Preta	132	46,2
Outros		
Situação de Trabalho		
Empregado	192	67,1
Desempregado	59	20,6
Outros	33	11,5
Não trabalha (afastado)	02	0,7
Renda familiar (salários mínimos [‡])		
Até 1	59	20,6
2- 3	133	46,5
≥ 3	94	32,9
Tempo de diagnóstico HIV* (anos)		
< 2 – 4,9	105	36,7
≥ 5	181	63,3
Marcadores de infecciosidade		
Sintomas de IST [§]		
Sim	40	14,0
Não	246	86,0
Carga viral		
Detectável	70	24,5
Indetectável	216	75,5

*HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; [†]HSH = Homens que fazem sexo com homens; [‡]salários mínimos = Salário mínimo equivalente a R\$ 937,00 no período de 2016 a 2017 no Brasil; [§]IST = Infecções sexualmente transmissíveis

Identificou-se ainda que 58% das PVHIV revelaram o diagnóstico de soropositividade para a parceria sexual. Os relacionamentos em sua maioria (74,1%) foram estabelecidos após a descoberta da infecção pelo HIV e, aproximadamente, metade (50,3%) dos participantes mencionaram não conversar com sua parceria sobre o preservativo.

Entre os participantes, 72,7% alegaram ter tido comportamentos e práticas de risco nos últimos 6 meses.

Deste total, identificou-se que 44,1% tiveram relação sexual sob efeito do álcool, 34,4% tiveram relação sexual com múltiplas parcerias e 29,0% referiram ter relação sexual sem preservativo ou faziam uso inconsistente do mesmo, Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos comportamentos e práticas de pessoas vivendo com o HIV* em parceria sorodiferente. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis	n	%
Uso do álcool antes da relação sexual		
Sim	126	44,1
Não	160	55,9
Uso de drogas antes da relação sexual		
Sim	59	20,9
Não	227	79,4
Parceiro usa álcool antes da relação sexual		
Sim	143	50,0
Não	143	50,0
Parceiro usa droga antes da relação sexual		
Sim	56	19,5
Não	227	79,4
Número de parceiros		
Um	179	62,6
Múltiplos	107	34,4
Revelou diagnóstico para a parceria sexual		
Sim	166	58,0
Não	120	42,0
Conversa com o parceiro sobre o uso do preservativo		
Sim	142	49,7
Não	144	50,3
Uso inconsistente do preservativo		
Sim	83	29,0
Não	203	71,0
Conheceu parceiro antes da descoberta do HIV*		
Sim	74	25,9
Não	212	74,1

*HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

Na Tabela 3 foi descrita a análise bivariada dos fatores sociodemográficos e clínicos associados ao uso inconsistente do preservativo masculino entre PVHIV que tem parceria sexual sorodiferente. Identificou-se que a escolaridade foi associada com o uso inconsistente do preservativo ($p < 0,001$).

Quanto às variáveis comportamentais, verificou-se que o número de parceiros ($p = 0,048$), o uso do álcool ($p < 0,001$) e outras drogas ($p < 0,001$) durante a relação sexual foram associados com o uso inconsistente do preservativo.

Na Tabela 4 também foi apresentada outra análise bivariada das seguintes variáveis comportamentais: o conhecimento sobre a carga viral indetectável na transmissão do HIV ($p < 0,001$), a busca de informações sobre métodos de prevenção na internet ($p = 0,026$), a não busca por informações sobre métodos de prevenção ($p < 0,001$), o recebimento de aconselhamento no serviço de saúde ($p = 0,023$) e o fato de conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo ($p < 0,001$), também apresentaram associação significativa com o uso inconsistente do preservativo em PVHIV que possuem parceria HIV-negativa.

Na análise multivariada, sete variáveis foram independentemente associadas com o uso inconsistente do preservativo. Os indivíduos que referiram escolaridade menor que 11 anos de estudo (4,9 [2,4-10,1]), ter parceiro fixo e casual (5,0 [1,3-19,6]), usar álcool (2,1 [1,0-4,4]) ou outras drogas (2,8 [1,2-6,3]), não receber aconselhamento com profissional de saúde (2,0 [1,0-3,9]), não ter conhecimento sobre tratamento como prevenção (3,0 [1,2-6,9]) e quem não sabe se a carga viral indetectável reduz o risco de transmissão do HIV (3,8 [1,0-13,7]) foram preditores para o uso inconsistente do preservativo, conforme Tabela 5.

Tabela 3 – Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao uso inconsistente do preservativo masculino com parceria sexual HIV-negativo* entre pessoas vivendo com o HIV[†]. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variáveis	Uso do preservativo com parceria sexual HIV-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71 %)	Inconsistente 83 (29,0%)	Total 286 (100)	
Orientação sexual				
Mulher heterossexual	58 (28,6)	32 (38,6)	90 (31,5)	0,070
Homem heterossexual	60 (29,6)	28 (33,7)	88 (30,8)	
HSH [‡]	85 (41,9)	23 (27,7)	108 (37,8)	
Faixa etária (anos)				
18 – 24	16 (7,9)	07 (8,4)	23 (8,0)	0,987
25 – 34	42 (20,7)	17 (20,5)	59 (20,6)	
35 – 44	70 (34,5)	30 (36,1)	100 (35,0)	
≥ 45	75 (36,9)	29 (34,9)	104 (36,4)	

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Variáveis	Uso do preservativo com parceria sexual HIV-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71 %)	Inconsistente 83 (29,0%)	Total 286 (100)	
Escolaridade (anos)				
< 11	84 (41,4)	63 (75,9)	147 (51,4)	<0,001
≥ 11	119 (58,6)	20 (24,1)	139 (46,9)	
Cor da pele				
Branca	102 (50,2)	49 (61,3)	151 (53,4)	0,147
Preta	20 (9,9)	09 (11,2)	29 (10,2)	
Outros	81 (39,9)	22 (27,5)	103 (36,4)	
Tempo de diagnóstico HIV [†] (anos)				
< 2-4,9	71 (35,0)	34 (41,0)	105 (36,7)	0,340
≥ 5	132 (65,0)	49 (59,0)	181 (63,3)	
Marcadores de infecciosidade				
Carga viral				
Detectável	47 (23,2)	23 (27,7)	70 (24,5)	0,416
Indetectável	156 (76,8)	60 (72,3)	216 (75,5)	
Sintomas de IST [‡]				
Sim	25 (12,3)	15 (18,1)	246 (86,0)	0,203
Não	178 (87,7)	68 (81,9)	40 (14,0)	

*HIV-negativo = sorologia negativa para o vírus da imunodeficiência humana; [†]HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; [‡]HSH = Homens que fazem sexo com homens; [§]IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis

Tabela 4 - Fatores comportamentais, de conhecimento e aconselhamento associados ao uso inconsistente do preservativo com parceria sexual HIV-negativo* de pessoas vivendo com o HIV[†]. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variáveis	Uso do Preservativo com parceria sexual HIV-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71,0)	Inconsistente 83 (29,0)	Total 286 (100)	
Tipo de Parceria				
Principal	112 (55,2)	37 (44,6)	149 (52,1)	0,225
Casual	82 (40,4)	40 (48,2)	122 (42,7)	
Múltiplas parcerias	09 (4,4)	06 (7,2)	15 (5,2)	
Número de parceiros				
01	136 (67,0)	43 (51,8)	179 (62,6)	0,048
02 – 5	42 (20,7)	27 (32,5)	69 (24,1)	
≥ 5	25 (12,3)	13 (15,7)	38 (13,3)	
Uso de álcool durante sexo				
Sim	73 (36,0)	53 (63,9)	126 (44,1)	<0,001
Não	130 (64,0)	30 (36,1)	160 (55,9)	
Uso de droga durante sexo				
Sim	25 (12,3)	34 (41,0)	59 (20,6)	<0,001
Não	178 (87,7)	49 (59,0)	227 (79,4)	
Crença sobre transmissão do HIV [†]				
Sim	101 (49,8)	52 (60,2)	153 (53,5)	<0,001
Não	98 (48,3)	18 (21,7)	116 (40,6)	
Não sei	04 (20,0)	13 (15,7)	17 (5,9)	
Busca informações sobre métodos de prevenção na internet				
Sim	90 (44,3)	25 (30,1)	115 (40,2)	0,026
Não	113 (55,7)	58 (69,9)	171 (58,2)	

(continua...)

Tabela 4 - *continuação*

Variáveis	Uso do Preservativo com parceria sexual HIV-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71,0)	Inconsistente 83 (29,0)	Total 286 (100)	
Não busca informações sobre métodos de prevenção				
Sim	19 (9,4)	29 (34,9)	48 (16,8)	<0,001
Não	184 (90,6)	54 (65,1)	238 (83,2)	
Recebeu aconselhamento com profissional de saúde				
Sim	29 (14,3)	13 (15,7)	42 (14,3)	0,023
Não	174 (85,7)	67 (80,7)		
Revelou diagnóstico				
Sim	122 (60,1)	44 (53,0)	166 (58,0)	0,270
Não	81 (39,9)	39 (47,0)	120 (42,0)	
Conversa com o parceiro sobre o uso do preservativo				
Sim	116 (57,1)	26 (31,3)	142 (49,7)	<0,001
Não	87 (42,9)	57 (68,7)	144 (50,3)	
Conhecimento sobre Tratamento como Prevenção				
Sim	163 (80,3)	50 (60,2)	213 (74,5)	0,001
Não	26 (12,8)	17 (20,5)	43 (15,0)	
Não sabe	14 (6,9)	16 (19,3)	30 (10,5)	

*HIV-negativo = sorologia negativa para o vírus da imunodeficiência humana; †HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela 5 – Preditores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas que vivem com HIV* em parcerias sorodiferentes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variáveis	aOR† [95% CI]‡	p-valor
Escaridade (anos)		
< 11	4,9 [2,4-10,1]	<0,001
≥ 11	Ref.§	
Tipo de Parceria		
Principal	Ref.§	0,384
Casual	0,7 [0,3-1,4]	
Principal e casual	5,0 [1,3-19,6]	
Uso de álcool durante sexo		
Sim	Ref.§	0,034
Não	2,1 [1,1-4,4]	
Uso de droga durante sexo		
Sim	Ref.§	0,012
Não	2,8 [1,2-6,3]	
Recebeu aconselhamento com profissional de saúde		
Sim	Ref.§	0,030
Não	2,0 [1,1-3,9]	
Conhecimento sobre Tratamento como Prevenção		
Sim	Ref.§	0,010
Não	3,0 [1,2-6,9]	
Não sabe	1,4 [0,5-3,7]	
Conhecimento sobre transmissão do HIV*		
Sim	Ref.§	0,012
Não	0,40 [0,20-0,82]	
Não sabe	3,8 [1,1-13,7]	

*HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; †aOR = Odds ratio (razão de chances) Ajustado; ‡CI = Intervalo de confiança; §Ref. = Valores de referência

Discussão

No Brasil, há carência de dados epidemiológicos e comportamentais oficiais sobre casais sorodiferentes ao HIV, em contextos variados do relacionamento, seja com parcerias fixas e/ou casuais. Tal fato evidencia sua invisibilidade nos serviços, políticas de saúde, bem como entre movimentos sociais e pesquisadores⁽²³⁻²⁴⁾.

No presente estudo identificou-se que poucas pessoas (29%) referiram uso inconsistente do preservativo com parceria de status negativo ou desconhecido ao HIV, o que pode ser corroborado por outras investigações que encontraram respectivamente taxas de 28,7%⁽²²⁾ e 20,7%⁽²⁵⁾ do uso inconsistente do preservativo entre PVHIV.

De fato, apesar da prevalência de comportamentos sexuais de risco diminuir após a descoberta da infecção pelo HIV⁽¹⁷⁾, estudos realizados entre PVHIV relataram uso inconsistente de preservativo com parceiros sexuais HIV negativo ou de status desconhecidos em diferentes regiões do mundo^(15-18,26-28).

Neste sentido, destaca-se que na prática clínica, além de toda assistência já prestada, deve-se atentar também para a investigação de comportamentos e práticas para além do uso inconsistente do preservativo, pois isso é fundamental para identificação dos indivíduos em risco de não adesão ou de adesão subótima às estratégias preventivas efetivas. Outros estudos também têm investigado esse tema que pode contribuir com o risco de transmissão do HIV para a parceria sexual HIV-

negativa e, também, a reinfecção pelo HIV ou aquisição de outra IST pelos parceiros HIV-positivo⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Os resultados apontam que ter menor nível educacional foi preditor para o uso inconsistente do preservativo nos indivíduos que fizeram parte do estudo. Esses resultados se assemelham com outros estudos, que revelaram que um maior nível de educação está associado ao uso regular do preservativo⁽³¹⁻³²⁾. Além disso, outro estudo mostrou que, à medida que o nível de educação aumenta, a chance de se envolver em práticas sexuais de risco diminui⁽⁴⁾.

A baixa escolaridade condiciona o acesso às informações e a capacidade de assimilação e compreensão das orientações recebidas nos serviços de saúde e interfere diretamente no comportamento em saúde e na possibilidade em adotar práticas de proteção para si e para o outro⁽³³⁾.

O melhor acesso à informação, compreensão e conscientização sobre a prevenção da transmissão sexual do HIV pode favorecer a negociação sexual e maior adesão ao preservativo.

Neste estudo, observou-se que ter parceiro casual foi associado ao uso inconsistente do preservativo ($p < 0,001$). E, as PVHIV quem tem parcerias fixas e casuais simultaneamente têm 5,0 vezes mais chances ($IC=95\%$, 1,3-19,6, $p=0,019$) de se envolverem em sexo desprotegido comparado com quem tem apenas única parceria fixa e pode ser estar relacionado com o fato de que aqueles que tiveram múltiplos parceiros sexuais podem não revelar seu status para seus parceiros o que também foi descrito em estudo realizado na Etiópia⁽³⁴⁾. Desta forma, o tipo de vínculo e relacionamento afetivo-sexual interfere na adesão do preservativo.

Nas consultas de enfermagem realizadas durante o acompanhamento clínico das PVHIV deve ser realizado uma abordagem da história sexual abrangente, a qual inclui aspectos relacionados às parcerias sexuais para a promoção de intervenções educativas e aconselhamento. Os profissionais de saúde devem identificar aspectos do relacionamento e os tipos de parcerias sexuais. A avaliação da história sexual que inclui o tipo e o número de parcerias sexuais deve ser uma parte vital de qualquer sessão de educação em saúde e aconselhamento.

Um estudo multicêntrico realizado com casais sorodiferentes tanto heterossexuais quanto homossexuais, identificou 11 casos de transmissão do HIV entre pessoas que tinham parcerias casuais fora do relacionamento com parcerias fixas⁽³⁵⁾.

Assim, a observação da transmissão do HIV fora do relacionamento com parcerias fixas aumenta a importância de, durante o aconselhamento, o enfermeiro avaliar os tipos de parcerias e sobre o uso inconsistente do preservativo⁽¹³⁾.

A inclusão da informação sobre as parcerias sexuais no gerenciamento de risco e no aconselhamento ajudará a compreender melhor os perfis de risco individuais e a planejar estratégias adequadas de intervenção para prevenção do HIV.

Outro preditor encontrado neste estudo foi que o usar álcool durante a relação sexual tem 2,1 mais chances de ter relação sexual desprotegida com parceria sexual sorodiferente ao HIV. Este resultado está de acordo com vários outros estudos na literatura que mostraram a associação entre o uso de álcool e comportamento sexual de risco entre PVHIV⁽³⁶⁻³⁷⁾. Entre parcerias sorodiferentes este comportamento mostra-se particularmente preocupante, principalmente por expor os parceiros soronegativos à exposição ao HIV.

O álcool tem sido associado com a desinibição nos quais as pessoas podem ficar mais propensas a se envolver em comportamentos sexuais mais arriscados⁽³⁸⁾. De fato, o uso do álcool é considerado um fator de risco para a infecção pelo HIV devido à sua interferência na adesão de métodos de prevenção como preservativos, prejuízo na capacidade ou disposição de ser assertivo ao negociar o uso do preservativo com um parceiro resistente e diminuição nas percepções das possíveis consequências negativas do sexo sem preservativo⁽³⁸⁾.

Revisão sistemática que investigou os efeitos do consumo de álcool em intenções sexuais desprotegidas mostrou que os participantes que consumiram álcool tiveram menor probabilidade de realizar habilidades de comunicação e negociação sexual⁽³⁹⁾.

Ademais, o consumo de álcool e outras drogas também estão associados com pior adesão à TARV o que pode levar a um maior risco de falha terapêutica e, conseqüentemente não supressão sustentada da carga viral⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Portanto, intervenções direcionadas a associação entre álcool e comportamento sexual devem destacar a influência negativa do álcool na tomada de decisão para o sexo protegido, particularmente com parceiros ocasionais⁽⁴³⁾.

Para isso, os serviços de saúde devem oferecer programas de prevenção que abordem condições coprevalentes⁽⁴⁴⁾, sendo necessário o aconselhamento das pessoas que usam substâncias psicoativas, incluindo intervenções de redução de risco e gerenciamento da transmissão sexual da infecção.

Outro preditor associado ao uso inconsistente do preservativo foi o fato de não receber orientação sobre prevenção da transmissão sexual do HIV por profissionais de saúde. Esse resultado fortalece a importância dos profissionais de saúde e, particularmente do enfermeiro na redução das desigualdades na alfabetização acerca do HIV. Ainda, tal resultado leva à reflexão

sobre a relevância de incrementar investimentos em estudos de intervenções educativas, que permitam estabelecer relações causais entre alfabetização em saúde, alfabetização em prevenção e comportamentos preventivos, para que possam ser estabelecidas estratégias mais efetivas e consoantes com as necessidades das PVHIV.

O enfermeiro desempenha um papel importante na facilitação dos processos de comunicação associados à promoção da alfabetização em saúde, avaliando a compreensão, os fatores motivadores individuais, as barreiras à compreensão, bem como na comunicação clara com os indivíduos tornando a informação de saúde legível e acessível, adaptando a mensagem às necessidades culturais e linguísticas dos mesmos e promovendo a tomada de decisões mais apropriadas em saúde⁽⁴⁵⁾.

Neste sentido, o enfermeiro e a equipe de saúde devem implementar e avaliar estratégias básicas de promoção de alfabetização em saúde para melhorar o conhecimento e as habilidades para a adesão a uma estratégia preventiva eficaz ao HIV.

Os resultados deste estudo mostraram o conhecimento limitado das PVHIV que vivem no contexto da sorodiscordância sobre o "tratamento como prevenção" e a desinformação de que a carga viral indetectável não reduz o risco de transmissão do HIV foram preditores para ter relações sexuais desprotegidas.

Estudo realizado no Reino Unido entre comunidades afetadas pelo HIV também encontrou que grande parte dos participantes expressou pouca compreensão e confiança no efeito da viremia não detectável sobre o risco de transmissão do HIV⁽⁴⁶⁾.

No Brasil, estudo realizado no Distrito Federal que descreveu as percepções de PVHIV no contexto da sorodiscordância, sobre a prevenção da transmissão do HIV identificou dificuldades para implementar na prática os avanços e as descobertas científicas mais recentes. As autoras apontaram que apesar da ampliação do leque de estratégias preventivas existentes no contexto da prevenção combinada, as PVHIV não tinham conhecimento suficiente para utilizar novos insumos preventivos⁽⁴⁷⁾, evidenciando a importância da divulgação dessas informações no cotidiano das pessoas.

Desta forma, um dos maiores desafios que estes casais enfrentam refere-se ao conhecimento sobre os avanços relacionados à prevenção do HIV, adoção e a negociação dessas estratégias preventivas. Muitas pessoas que vivem com HIV ou mesmo as que estão mais vulneráveis desconhecem os benefícios do "tratamento como prevenção" como estratégia de prevenção, o conceito de prevenção combinada e a gestão de risco da transmissão sexual do HIV.

O conhecimento insuficiente das PVHIV sobre o uso das novas ferramentas de prevenção que inclui o "tratamento como prevenção" que tem como objetivo a supressão da CV (Indetectável=Intransmissível) e o uso de PrEP ou PEP pelo parceiro HIV-negativo pode comprometer a adoção de práticas preventivas eficazes expondo suas parcerias sexuais ao HIV.

Neste sentido, as PVHIV e suas parcerias sexuais devem receber aconselhamento e educação com os casais sorodiferentes sobre estas opções de prevenção ao HIV isoladamente ou a sua associação a outros métodos de gerenciamento de risco e de prevenção como a PrEP e o preservativo⁽⁴⁸⁾.

O preservativo, quando utilizado de forma consistente e correta, é altamente eficaz na prevenção da transmissão sexual do HIV e outras IST e é considerado um componente importante de uma abordagem abrangente da prevenção do HIV⁽¹³⁾. A redução do uso do preservativo aumenta os riscos de exposição às IST e a infeciosidade do HIV e, portanto, a sua transmissibilidade⁽¹⁴⁾.

No contexto de prevenção combinada o preservativo masculino permanece como método de proteção contra IST e infecção pelo HIV, e continua sendo fundamental ampliar o seu acesso a toda população como uma ação prioritária⁽¹¹⁾, principalmente para pessoas sob risco de exposição ao HIV e para aquelas que estão em parceria sorodiferente ao HIV⁽⁶⁾.

Para tal, é necessário superar a lógica exclusivamente racional do trabalho de prevenção, que se reflete em uma atitude puramente prescritiva do uso do preservativo, também chamado "fundamentalismo do látex" no qual o mesmo é imposto sem o diálogo e reflexão necessários para a superação das dificuldades da sua utilização⁽²¹⁾.

Abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia das PVHIV e suas parcerias sexuais são necessárias.

Portanto, considerando que opções de prevenção para casais sorodiferentes ao HIV estão se expandindo e se tornando mais amplamente disponíveis, intervenções educativas podem ser uma ferramenta potencialmente útil para ajudá-los a explorar opções e tomar decisões e identificar métodos de prevenção que melhor se adequem a sua realidade e contexto de vida⁽⁴⁹⁾ e, podem auxiliar as PVHIV a reconhecerem não apenas a importância do preservativo masculino, mas também informarem-se sobre a existência de outros métodos que podem ser combinados com o mesmo, possibilitando a capacidade de gerenciamento de seus próprios riscos⁽¹¹⁾.

Por fim, destaca-se que este estudo apresentou algumas limitações, como a amostra não aleatória e o fato da informação sobre o comportamento sexual

e uso de o preservativo terem sido obtidas por meio do relato do paciente, o que pode levar a um viés de resposta, uma vez que o mesmo busca reportar o que é considerado "mais correto" do que de fato é praticado, podendo gerar subestimação do risco.

Conclusão

Este estudo demonstrou que 29% das PVHIV em parceria sorodiferentes relataram uso inconsistente do preservativo. Fatores individuais - ter menor escolaridade, tipo de parceria e relacionamento afetivo-sexual (multiplicidade de parceria sexual); psicossociais - usar substâncias psicoativas como álcool ou outras drogas; e relacionadas ao serviço de saúde - não receber aconselhamento com profissional de saúde, não ter conhecimento sobre tratamento como prevenção e desconhecer que a carga viral indetectável reduz o risco de transmissão do HIV foram associados com o uso inconsistente do preservativo.

Estes resultados apontam o desafio para a prevenção do HIV e revelam a necessidade de abordagem ampliada no atendimento das PVHIV, o que inclui a avaliação de suas parceiras sexuais, desejos, medos e dificuldades. É fundamental que haja uma mudança na prática assistencial vigente, centrada no modelo biológico, que enfatiza apenas aspectos relacionados à adesão aos medicamentos e ao uso prescritivo do preservativo.

O preservativo masculino, apesar de ser eficaz para a prevenção do HIV, é insuficiente se for utilizado de maneira isolada para superar os desafios impostos pela epidemia, visto que importantes barreiras ainda são observadas entre PVHIV que têm parceiros sexuais sorodiferentes ao HIV e estão em acompanhamento clínico-ambulatorial nos serviços de atenção especializada.

O cuidado integral em saúde para estes indivíduos implica na necessidade de intervenções abrangentes que incluam a integração do cuidado clínico e psicossocial, com abordagem de fatores que favorecem a não adesão às estratégias preventivas e ao comportamento de risco como uso de álcool e outras drogas.

Recomenda-se que a equipe de saúde, reconheça a necessidade urgente de enfrentar a discussão relativa à adoção de propostas alternativas ao uso do preservativo dentro do contexto da prevenção combinada, implementando o aconselhamento de casais, a oferta de testes, o suporte para a revelação do diagnóstico do HIV para a parceria sexual que se possa diminuir a vulnerabilidade das parcerias sexuais soronegativas das PVHIV.

Referências

1. Tancredi MV, Waldman EA. Survival of AIDS patients in Sao Paulo-Brazil in the pre- and post-HAART eras: a cohort study. *BMC Infect Dis*. [Internet]. 2014 [cited Sep 5 2018];14 (599):1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-014-0599-8>
2. Reis RK, Santos CBD, Dantas RAS, Gir E. Quality of life, sociodemographic factors and sexuality of people living with HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2011 [cited Sep 7 2018];20(3):565-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300019>
3. McGrath JW, Winchester MS, Kaawa-Mafigiri D, Walakira E, Namutiibwa F, Birungi J, et al. Challenging the Paradigm: Anthropological Perspectives on HIV as a Chronic Disease. *Med Anthropol*. [Internet]. 2014 [cited Sep 21 2018];33(4):303-17. doi: <https://dx.doi.org/10.1080%2F01459740.2014.892483>
4. Tadesse WB, Gelagay AA. Risky sexual practice and associated factors among HIV positive adults visiting ART clinics in public hospitals in Addis Ababa city, Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health*. [Internet]. 2019 [cited Feb 15 2019];28;19(1):113. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6438-5>
5. World Health Organization (WHO). Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited Sep 21 2018]. Available from: https://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/
6. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional DST/AIDS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [Acesso 21 set 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
7. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. [Internet]. 2014 [cited Sep 20 2018];28(10):1509-18. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.000000000000298>
8. Bones AANS, Costa MR, Cazella SC. The education for facing the HIV Epidemic. *Interface*. (Botucatu). [Internet]. 2018 [cited Oct 3 2018];22(Supl.1):1457-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0066>
9. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST-Aids. Boletim Epidemiológico Aids – DST [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [Acesso 21 set 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>
10. Kennedy CE, Medley AM, Sweat MD, O'Reilly KR. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. [Internet]. 2010

- [cited Sep 5 2018];88(8):615-23. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.068213>
11. Ministério da Saúde (BR). Prevenção combinada do HIV - bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 21 set 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores>
 12. Dourado I, Mccarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2015 [cited Sep 7 2018];18(1):63-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>
 13. Koff A, Goldberg C, Ogbuagu O. Condomless sex and HIV transmission among serodifferent couples: current evidence and recommendations. *Ann Med.* [Internet]. 2017 [cited Sep 7 2018]; 49(6):534-44. doi: <https://doi.org/10.1080/07853890.2017.1320423>
 14. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Amaral CM, White D, Pope H. Integrated behavioral intervention to improve HIV/AIDS treatment adherence and reduce HIV transmission. *Am J Public Health.* [Internet]. 2011 [cited Sep 5 2018];101(3):531-8. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197608>
 15. Mattson CL, Freedman M, Fagan JL, Frazier EL, Beer L, Huang P, et al. Sexual risk behaviour and viral suppression among HIV-infected adults receiving medical care in the United States. *AIDS.* [Internet]. 2014 [cited Sep 10 2018];28(8):1203-11. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000273>
 16. Bavinton BR, Holt M, Grulich AE, Brown G, Zablotska IB, Prestage GP. Willingness to Act upon Beliefs about "Treatment as Prevention" among Australian Gay and Bisexual Men. *PLoS One.* [Internet]. 2016 [cited Sep 7 2018];11(1):e0145847. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145847>
 17. Du P, Crook T, Whitener C, Albright P, Greenawalt D, Zurlo J. HIV Transmission Risk Behaviors among People Living with HIV/AIDS: The Need to Integrate HIV Prevention Interventions and Public Health Strategies into HIV Care. *J Public Health Manag Pract.* [Internet]. 2015 [cited Sep 17 2018];21(2):1-10. doi: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000038>
 18. Kramer SC, Drewes J, Kruspe M, Marcus U. Factors associated with sexual risk behaviors with non-steady partners and lack of recent HIV testing among German men who have sex with men in steady relationships: results from a cross-sectional internet survey. *BMC Public Health.* [Internet]. 2015 [cited Sep 5 2018];15:702. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1987-8>
 19. Deuba K, Kohlbrenner V, Koirala S, Ekström AM. Condom use behaviour among people living with HIV: a seven-country community-based participatory research in the Asia-Pacific region. *Sex Transm Infect.* [Internet]. 2018 [cited Oct 3 2018];94(3):200-5. doi: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053263>
 20. Hallal RC, Raxach JC, Barcellos NT, Maksud I. Strategies to prevent HIV transmission to serodiscordant couples. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2015 [cited Oct 3 2018];18(suppl.1):169-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050013>
 21. Fernandes NM, Hennington EA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerability to HIV infection in serodiscordant couples in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2017 [cited Oct 3 2018]; 33(4):e00053415. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053415>
 22. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Sep 14 2018];69(1):47-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106i>
 23. Silva AM, Camargo Junior KR. The invisibility of serodiscordance in care for people with HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011 [cited Sep 5 2018];16(12):4865-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300035>
 24. Lago ELM, Maksud I, Gonçalves RS. The "Serodiscordance" for Health Professionals: A Qualitative Study of Ambulatory Care of HIV/AIDS in the Municipality of the State of Rio de Janeiro. *Temas Psicol.* [Internet]. 2013 [cited Sep 5 2018];21(3):973-88. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE11PT>
 25. Silva WS, Oliveira FJF, Serra, MAAO, Rosa CRDAA, Ferreira AGN. Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2015 [cited Sep 17 2018];28(6):587-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500096>
 26. Magidson JF, Biello KB, Safren SA, Rosenberger JG, Novak DS, Mayer KH, et al. Engagement in HIV care and sexual transmission risk behavior among men who have sex with men using online social/sexual networking in Latin America. *AIDS Care.* [Internet] 2015 [cited Sep 17 2018];27(8):1055-62. doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1017796>
 27. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Washington C, Grebler T, Hoyt G, et al. Sexual Behaviors and Transmission Risks among People Living with HIV: Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. *Arch Sex Behav.* [Internet]. 2016 [cited Sep 17 2018];45(6):1421-30. doi: <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0559-4>
 28. Molla AA, Gelagay AA. Risky sexual practice and associated factors among HIV positive adults attending anti-retroviral treatment clinic at Gondar University Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS One.* [Internet]. 2017 [cited Sep 5 2018];12(3):e0174267. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174267>
 29. Lampe FC. Sexual behaviour among people with HIV according to self-reported antiretroviral treatment and viral load status. *AIDS.* [Internet]. 2016 [cited Sep 5

- 2018];30(11):1745-59. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001104>
30. Davey DJ, Kilembe W, Wall KM, Khu NH, Brill I, Vwalika B, et al. Risky Sex and HIV Acquisition Among HIV Serodiscordant Couples in Zambia 2002-2012: What Does Alcohol Have To Do With It? *AIDS Behav.* [Internet]. 2017 [cited Sep 20 2018];21(7):1892-903. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1733-6>
31. Shewamene Z, Legesse B, Tsega B, Bhagavathula AS, Endale A. Consistent condom use in HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy in northwestern Ethiopia: implication to reduce transmission and multiple infections. *HIV AIDS.* (Auckl). [Internet]. 2015 [cited Sep 17 2018];7:119-24. doi: <https://doi.org/10.2147/HIV.S79122>
32. Pilapil M, Morris L, Saito K, Kouya F, Maku V, Kwalar R, et al. Retrospective analysis of the prevalence of and factors associated with condom use among young HIV-infected women in Cameroon. *SAGE Open Med.* [Internet]. 2016 [cited Sep 3 2018]; 4:2050312115626432. doi: <https://doi.org/10.1177/2050312115626432>
33. Takahashi LM, Magalong MG, Debell P, Fasudhani A. HIV and AIDS in suburban Asian and Pacific Islander communities: factors influencing self-efficacy in HIV risk reduction. *AIDS Educ Prev.* [Internet] 2006 [cited Sep 3 2018];18(6):529-45. doi: <https://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.6.529>
34. Mosisa G, Woldemichael K, Ayalew F. Risky sexual behavior and associated factors among antiretroviral therapy attendees in Nekemte Referral Hospital, Western Ethiopia: a cross-sectional study. *HIV AIDS.* (Auckl). [Internet] 2018 [cited Sep 3 2018];10:125-31. doi: <https://dx.doi.org/10.2147%2FHIV.S159670>
35. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* [Internet]. 2016 [cited Sep 17 2018]; 316(2):171-81. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
36. Bajunirwe F, Bangsberg DR, Sethi AK. Alcohol use and HIV serostatus of partner predict high-risk sexual behavior among patients receiving antiretroviral therapy in South Western Uganda. *BMC Public Health.* [Internet] 2013 [cited Sep 18 2018];3;13:430. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-430>
37. Papas RK, Gakinya BN, Mwaniki MM, Wu XK, Lee H, Martino S, et al. Associations with Unprotected Sexual Behavior Among HIV-Infected Drinkers in Western Kenya. *AIDS Behav.* [Internet] 2018 [cited Dec 12 2018];22(9):2840-50. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2150-1>
38. Wray TB, Celio MA, Pérez AE, DiGiuseppe GT, Carr DJ, Woods LA, et al. Causal Effects of Alcohol Intoxication on Sexual Risk Intentions and Condom Negotiation Skills Among High-Risk Men Who Have Sex with Men (MSM). *AIDS Behav.* [Internet] 2019 [cited Feb 2 2019];23(1):161-74. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2243-x>
39. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Cunningham K, Johnson BT, Carey MP, & MASH Research Team. Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS Behav.* [Internet]. 2016 [cited Set 20 2018];20(Suppl.1):S19-39. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1108-9>
40. Garin N. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ Open.* [Internet]. 2017 [cited Sep 5 2018]; 7(1):e014105. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014105>
41. Kalichman SC, Grebler T, Amaral CM, McNERNEY M, White D, Kalichman MO et al. Viral Suppression and Antiretroviral Medication Adherence Among Alcohol Using HIV Positive Adults. *Int J Behav Med.* [Internet]. 2014 [cited Sep 20 2018];21(5):811-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9353-7>
42. Paolillo EW, Gongvatana A, Umlauf A, Letendre SL, Moore DJ. At-Risk Alcohol Use is Associated with Antiretroviral Treatment Nonadherence Among Adults Living with HIV/AIDS. *Alcohol Clin Exp Res.* [Internet]. 2017 [cited Sep 5 2018];41(8):1518-25. doi: <https://doi.org/10.1111/acer.13433>
43. Wells BE, Rendina HJ, Kelly BC, Golub SA, Parsons JT. Demographic Predictors of Event-Level Associations between Alcohol Consumption and Sexual Behavior. *J Urban Health.* [Internet]. 2016 [cited Sep 3 2018];93(1):155-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-015-0015-8>
44. Mimiaga MJ, White JM, Krakower DS, Biello KB, Mayer KH. Suboptimal awareness and comprehension of published preexposure prophylaxis efficacy results among physicians in Massachusetts. *AIDS Care.* [Internet]. 2014 [cited Oct 10 2018];26(6):684-93. doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.845289>
45. Speros CI. Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nurs Clin North Am.* [Internet]. 2011 [cited Sep 5 2018];46(3):321-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2011.05.007>
46. Young I, Flowers P, Mcdaid LM. Key factors in the acceptability of treatment as prevention (TasP) in Scotland: a qualitative study with communities affected by HIV. *Sex Transm Infect.* [Internet]. 2015 [cited Sep 17 2018];91(4):269-74. doi: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051711>
47. Said AP, Seidl EMF. Serodiscordance and prevention of HIV: perceptions of individuals in stable and non-stable relationships. *Interface.* (Botucatu). [Internet]. 2015 [cited Set 20 2018]; 19(54):467-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0120>
48. Nakku-Joloba E, Pisarski EE, Wyatt MA, Muwonge TR, Asiimwe S, Celum CL, et al. Beyond HIV prevention: everyday life priorities and demand for PrEP among Ugandan HIV serodiscordant couples. *J Int AIDS Soc.*

[Internet] 2019 [cited Feb 12 2019]; 22(1): e25225. doi: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fjia2.25225>

49. Zajac K, Kennedy CE, Fonner VA, Armstrong KS, O'Reilly KR, Sweat MD. A Systematic Review of the Effects of Behavioral Counseling on Sexual Risk Behaviors and HIV/STI Prevalence in Low- and Middle-Income Countries. *AIDS Behav.* [Internet]. 2015 [cited Sep 5 2018];19(7):1178-202. doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10461-014-0893-x>

Recebido: 18.12.2018

Aceito: 03.09.2019

Autor correspondente:
Renata Karina Reis
E-mail: rkreis@eerp.usp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>

Copyright © 2019 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.