



Parcerias sexuais de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana*

Sexual partnerships of people living with the Human Immunodeficiency Virus

Layze Braz de Oliveira¹, Matheus Costa Brandão Matos², Giselle Juliana de Jesus¹, Renata Karina Reis¹, Elucir Gir¹, Telma Maria Evangelista de Araújo²

Objetivo: caracterizar as parcerias sexuais estabelecidas por pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Métodos:** estudo epidemiológico realizado com 173 participantes em um serviço de assistência médica especializada no tratamento de pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual com questionário específico para o estudo. Para análise dos dados foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo masculino, adultos-jovens (54/30,9%), solteiros (94/53,7%), com ensino médio completo (72/41,1%) e infectados por relação sexual (150/85,7%). As variáveis sexo ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), morar com parceiro ($p < 0,001$), forma de exposição ($p = 0,040$) e sorologia do parceiro ($p < 0,001$) mostraram diferença estatística. **Conclusão:** as pessoas vivendo com essa infecção estabelecem diferentes formas de parcerias sexuais, as quais foram influenciadas pelo sexo, estado civil, morar com o parceiro, forma de exposição e sorologia do parceiro.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Assistência ao Paciente; Comportamento Sexual.

Objective: to characterize the sexual partnerships established by people living with the Human Immunodeficiency Virus. **Methods:** an epidemiological study carried out with 173 participants in a medical assistance service specialized in the treatment of people with Human Immunodeficiency Virus. Data were collected through an individual interview with a specific questionnaire for the study. Pearson's Chi-square test was used to analyze the data. **Results:** the majority of the participants were male, young adults (54/30.9%), single (94/53.7%), complete high school (72/41.1%) and sexually infected (150/85.7%). The variables gender ($p < 0.001$), marital status ($p < 0.001$), living with partner ($p < 0.001$), exposure form ($p = 0.040$) and partner serology ($p < 0.001$) showed statistical difference. **Conclusion:** people with this infection establish different forms of sexual partnerships, which were influenced by sex, marital status, living with the partner, form of exposure and serology of the partner.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient Care; Sexual Behavior.

*Extraído da dissertação "Estratégias de gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis entre pessoas vivendo com o HIV/aids", Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2016.

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

Autor correspondente: Layze Braz de Oliveira

Av dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Monte Alegre. CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: layzebraz@usp.br

Introdução

Há aproximadamente 38,8 milhões de pessoas vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) no mundo⁽¹⁾, dos quais 798.366 vivem no Brasil. Destes, apenas cerca de 450 mil usaram a terapia anti-retroviral⁽²⁾.

Ainda assim, o acesso à medicação antirretroviral, a ampliação da oferta do diagnóstico e a adesão à terapia medicamentosa proporcionaram mudanças nos padrões dessa infecção, desviando-se do perfil de uma doença fatal e incurável para, aos poucos, adquirir características de cronicidade⁽³⁾. Esse panorama propicia o aparecimento de relacionamentos conjugais entre pessoas vivendo com HIV/Aids em que os dois são infectados pelo vírus, denominados sorocordantes, ou nos quais somente um deles é infectado, casais sorodiscordantes⁽⁴⁾.

Um dos principais problemas enfrentados pelos casais sorodiscordantes é o risco da transmissão do HIV, especialmente entre parcerias estáveis. Uma série de fatores influencia o risco de transmissão nessas relações, sobretudo o comportamento sexual, a carga viral e a presença de infecções sexualmente transmissíveis⁽⁵⁾.

Nestes casos, a literatura aponta que o risco anual de transmissão entre parceiros sorodiscordantes pode ser reduzido caso o uso do preservativo seja consistente. Além disso, estratégias de prevenção combinadas ao uso de antirretrovirais também são elencadas como uma ferramenta importante para a prevenção, visto que sua eficácia diminui a carga viral no plasma sanguíneo possibilitando redução na transmissão sexual do HIV entre casais⁽⁶⁾.

A despeito de todos esses avanços com relação a infecção pelo HIV, estabelecer uma parceria sexual, seja ela fixa ou casual, pode se caracterizar como um entrave para muitos casais que vivem no contexto do HIV, pois a falta de conhecimento sobre estratégias de transmissão, o estigma e a discriminação ainda sobrepujam essas relações⁽⁶⁾.

Entender como as configurações das parcerias sexuais influenciam no perfil dos pacientes que convivem com essa infecção é importante, visto que, proporciona subsídio para a prestação dos serviços especializados de forma holística contemplando, sobretudo, o atendimento aos parceiros de pessoas que vivem com o HIV, agregando novos conhecimentos científicos e subsidiando o planejamento de ações de promoção da saúde.

Tendo em vista a limitada literatura sobre essa temática no cenário brasileiro, espera-se que o estudo possa subsidiar a formulação e a ampliação de estratégias integradoras para assistir essa clientela de forma integral. Portanto, para buscar uma aproximação ao objeto de estudo pretendido, questionou-se: O tipo de parceria sexual influencia as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes que vivem com HIV/Aids?

Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi caracterizar as parcerias sexuais estabelecidas por pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana.

Métodos

Estudo epidemiológico, desenvolvido em um Serviço de Assistência Especializado de um Centro Integrado de Saúde no Estado do Piauí, região do nordeste do Brasil, desenvolvido no período de novembro de 2016 a março de 2017. A unidade dispõe de infraestrutura para atendimento ambulatorial de diversas especialidades e conta com equipe composta por três infectologistas, dois enfermeiros e dois técnicos em enfermagem. Desde 1980 até o fim do ano de 2015 foram atendidos 216 pacientes com hepatites virais e 715 com HIV/Aids⁽⁷⁾.

A população deste estudo foi composta por 715 pessoas atendidas nesse serviço de atendimento especializado com amostra de 173 pacientes. Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduo com idade ≥ 18 anos; que estivesse em um relacionamento fixo ou casual nos últimos 30 dias e com resultado de exame sorológico reagente para HIV. Constituíram

critérios de exclusão: estar na condição de gestante e em situação de privação de liberdade, em virtude das especificidades inerentes ao manejo clínico destas populações e organização da rede de atenção local; e aqueles que obtinham acesso aos medicamentos anti-retrovirais pelo programa, mas com acompanhamento em serviço privado.

O recrutamento dos participantes ocorreu antes ou após a consulta com infectologista, agendado ou não. Posteriormente, a entrevista ocorria em local privado, utilizando abordagem individual, direta, captando a totalidade de sujeitos elegíveis, com aplicação de um questionário para avaliação sociodemográfica, clínica e características das parcerias sexuais dos participantes tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, mora com parceiro, categoria de exposição, forma de exposição, sorologia do parceiro, comorbidades, contagem de T-CD4+ e tempo de diagnóstico.

Foram realizadas análises descritivas por meio de testes univariados e bivariados para as variáveis de interesse. Os dados foram processados com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. As variáveis foram analisadas com o teste Qui-quadrado, foi adotado $p < 0,05$ como nível de significância.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

O estabelecimento das parcerias sexuais ocorreu predominantemente entre o sexo masculino 133 (76,9%), com idade entre 30 e 39 anos (38,9%), 94 (53,7%) solteiros e 100 (57,1%) pardos. Quanto à escolaridade, 50 (28,6%) concluíram o ensino fundamental e 72 (41,1%) o ensino médio completo. Em relação à situação financeira, 116 (66,3%) relataram receber até três salários mínimos.

O tipo de parceria sexual foi influenciado pelo sexo ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), morar com parceiro ($p < 0,001$), forma de exposição ($p = 0,040$) e sorologia do parceiro ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos tipos de parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids associadas às características sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Parcerias sexuais		p*
	Fixo n(%)	Casual n(%)	
Sexo			
Feminino	35 (7,5)	5 (12,5)	<0,001
Masculino	83 (61,7)	50 (38,3)	
Idade (anos)			
20 - 29	32 (57,4)	22 (42,6)	0,230
30 - 39	48 (70,6)	20 (29,4)	
40 - 49	18 (66,7)	9 (33,3)	
50 - 59	16 (84,2)	3 (15,8)	
≥60	4 (80,0)	1 (20,0)	
Escolaridade			
Sem estudo	2 (50,0)	2(50,0)	0,151
Ensino Fundamental Completo	37 (74,0)	13 (26,0)	
Ensino Médio Completo	53 (72,2)	19 (27,8)	
Ensino Superior Completo	23 (53,5)	20 (46,5)	
Pós-Graduação Completa	3 (75,0)	1 (25,0)	
Estado Civil			
Solteiro	47 (50,0)	47 (50,0)	<0,001
Casado/União estável	69 (89,6)	8 (10,4)	
Separado/Divorciado	1 (100,0)	-	
Viúvo	-	1 (100,0)	
Mora com o parceiro			
Sim	72 (87,8)	10 (12,2)	<0,001
Não	45 (49,5)	46 (50,5)	
Categoria de exposição			
Sanguínea	-	1 (100,0)	0,210
Sexual	100 (66,7)	50 (33,3)	
Não sabe	17 (77,3)	5 (22,7)	
Forma de exposição			
Heterossexual	57(76,0)	18 (24,0)	<0,001
Homossexual	41 (58,6)	29 (41,4)	
Bissexual	1 (25,0)	3 (75,0)	
Transfusão	1 (50,0)	1 (50,0)	
Não sabe	17 (77,3)	5 (22,7)	
Sorologia do parceiro			
Discordante	62 (84,9)	11 (15,1)	<0,001
Concordante	43 (93,5)	3 (6,5)	
Desconhecido	12 (22,2)	42 (77,8)	
Comorbidades			
Sim	34 (79,1)	9 (20,9)	0,070
Não	83 (63,8)	47 (36,2)	
Contagem de T-CD4(ce/mm3)			
Até 200	5 (45,5)	6 (54,5)	0,200
201 a 499	27 (65,9)	14 (34,1)	
> 500	86 (71,1)	35 (28,9)	
Tempo de diagnóstico (anos)			
Até 2-	54 (65,1)	29 (34,9)	0,570
3 a 5	39 (69,6)	17 (30,3)	
6 a 10	18 (72,0)	7 (28,0)	
> 11	6 (66,7)	3 (33,3)	

*Teste de Qui-quadrado

Sobre as parcerias sexuais, 117 (67,6%) apresentavam parceria fixa, 91 (52,6%) não moravam com o parceiro e 150 (86,7%) tiveram contato com o HIV por meio de relação sexual desprotegida. De acordo com a forma de exposição, 75 (42,9%) informaram terem sido infectados em relação heterossexual, 70 (40,0%) em relação homossexual e 22 (12,6%) não sabiam como ocorreu a forma de exposição. Quanto à sorologia do parceiro, destacam-se aquelas com maior potencial de exposição ao risco de infecção pelo HIV, 73 (42,2%) eram sorodiscordantes e 54 (31,2%) não sabiam informar a sorologia do parceiro.

No referente aos aspectos clínicos pertinentes ao HIV, 121 (69,1%) apresentavam T-CD4 maior que 500 cel/mm³ e 11 (6,3%) menor que 200 cel/mm³, além disso 130 (74,3%) não apresentavam comorbidades. O tempo do diagnóstico do HIV/Aids variou de menos de dois a 22 anos.

Discussão

O estudo apresentou como limitação o delineamento transversal que não possibilitou estabelecer relações de causa e o acompanhamento do paciente. Ademais, seus achados abrangem a caracterização do perfil apenas de pacientes com HIV que estabelecem parceria sexual atendidos em um estado do nordeste do Brasil.

Em análise dos dados no que diz respeito ao sexo dos participantes desse estudo, verificou-se o predomínio do sexo masculino o que reforça a importância de alcançar homens adultos e jovens para que se possa desenvolver intervenções e cuidados específicos.

No Brasil, as formas de expressão da sexualidade ainda são estritamente governadas por questões de gênero, com as mulheres sendo as mais prejudicadas nessas relações desiguais. De tal forma que autores apontam que muitas mulheres são infectadas por seu parceiro fixo, já que o homem ainda é o principal responsável por determinar qual a forma de prevenção será utilizada, o que reforça a necessidade de estra-

tégia de educação sobre saúde sexual para estes homens, estejam eles em relações hetero ou homossexual, fixas ou casuais⁽⁵⁾.

A literatura sinaliza uma forte relação entre o sexo feminino e o arrependimento após o conhecimento do *status* sorológico, fato este que pode dificultar o estabelecimento de parcerias sexuais. Os principais fatores para isso são rejeições e reações negativas após a divulgação possivelmente levando ao repúdio, problemas de habitação, separação de crianças e até violência⁽⁸⁾.

O estabelecimento das parcerias sexuais entre adultos jovens (30 a 39 anos), com renda de até três salários e escolaridade fundamental e média completa corrobora estudo realizado com casais vivendo no contexto do HIV/Aids recrutados em 14 países europeus⁽⁹⁾. Houve predomínio da etnia parda, o que pode ser explicado pela predominância dessa etnia sobre todas as outras no Brasil, resultado da forte miscigenação⁽⁸⁻⁹⁾.

No que diz respeito à condição clínica, os pacientes em sua maioria apresentaram contagem de T-CD4 acima de 500, diagnóstico com menos de dois anos e não possuem comorbidades. O monitoramento de pacientes infectados pelo HIV baseia-se em medidas de carga de ARN de plasma de HIV-1 (carga viral) e contagem de células T-CD4 + (CD4) no sangue. Nesta perspectiva a contagem de CD4 acima de 350/mm³ melhora a eficácia das terapias anti-retrovirais reduzindo a transmissão do HIV especialmente entre casais com sorologia distinta para o HIV⁽¹⁰⁾.

Em relação à situação conjugal, a maioria das pessoas vivendo com HIV/Aids estão em uma parceria fixa casados ou união estável, morando com o parceiro. As dimensões sobre tipo de parceria sexual não são bem elencadas na literatura como fator individual para a transmissão do HIV, em contrapartida esse tipo de relacionamento favorece o uso inconsistente do preservativo e conseqüente aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras Infecções sexualmente transmissíveis⁽¹¹⁾.

A maior parte das novas infecções pelo HIV é

estabelecida por meio do contato sexual, ocorrendo principalmente em parcerias heterossexuais em regiões de baixa e média renda. O estudo evidencia uma realidade semelhante, entretanto, é importante salientar que um percentual dos pacientes reportou não saber como tiveram o contato com o vírus, o que por sua vez pode mascarar a real situação da exposição ao HIV e aumentar ainda mais a vulnerabilidade, de forma que essas pessoas não podem se prevenir corretamente sem compreender como foram ou podem ser infectadas⁽¹²⁾.

O uso de estratégias combinadas, caracterizada pela utilização de mais de uma estratégia preventiva, é uma ação sinérgica que proporciona a redução do risco da transmissão do HIV entre parcerias sexuais. A primeira medida preconizada pela Organização Mundial de Saúde é o uso consistente do preservativo. Além disso, a literatura evidencia outras medidas eficientes e eficazes como a terapia medicamentosa precoce e a utilização da profilaxia pós-exposição sexual⁽¹³⁾.

Apesar de ainda não estar sendo implementada no contexto Brasileiro, a pré-exposição sexual, comercializada nos Estados Unidos como “truvada”, vem sendo recomendada principalmente para casais sorodiscordantes, como uma perspectiva positiva na prevenção dessa infecção, e se refere à disponibilização da terapia medicamentosa antes de possível exposição ao HIV em relação sexual desprotegida⁽¹⁴⁾. Com o uso e a adesão correta o risco de transmissão do HIV diminui substancialmente.

Com relação à sorologia do parceiro, a maioria são casais sorodiscordantes e um percentual significativo desconhece a sorologia do parceiro. Quando se trata de parcerias sexuais destaca-se a preocupação com os aspectos que envolvem a transmissão do HIV, especialmente na fase aguda da infecção na qual ocorre o maior percentual de transmissão. Em parcerias sexuais fixas, negociar o uso do preservativo representa um entrave para esses casais, visto que, a não utilização do preservativo em muitas relações carac-

teriza-se como um sinal de confiança⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A revelação da sorologia do HIV para o parceiro sexual está sendo reconhecida como uma parte importante na prevenção dessa infecção, especialmente pela possibilidade de apoio do parceiro para a adesão aos cuidados clínicos, medicamentosos e emocionais a pessoa infectada, além disso, o casal ainda pode discutir a melhor estratégia a ser utilizada⁽¹⁷⁾.

A supressão viral sustentada por meio da terapia anti-retroviral reduz consideravelmente o risco de transmissão sexual do HIV, expandindo as possibilidades de prevenção. Estima-se que o risco de infecção pelo HIV em casais sorodiscordantes, em uso da terapia medicamentosa, por meio do contato sexual não protegido é em torno de 0,0001 a 0,014 por relação sexual⁽¹⁸⁾.

De forma similar, outras variáveis também foram elencadas na literatura como decisivas na transmissão do HIV como o impacto da idade da pessoa infectada, tipo e frequência da atividade sexual, circuncisão, presença de outras infecções sexualmente transmissíveis, uso de métodos de contracepção de barreira, fundo genético do hospedeiro, presença de mutação nos co-receptores do HIV, variabilidade nos antígenos de histocompatibilidade e os receptores semelhantes a imunoglobulinas de células assassinas⁽¹⁹⁾.

A despeito do nível de evidência recente de que a supressão da carga viral diminui consideravelmente o risco de transmissão do HIV, importante salientar a possibilidade de coinfeções, principalmente em parcerias concorrentes, o que reforça a importância da implementação de estratégia combinada. A presença de outra infecção sexualmente transmissível favorece ao aumento da carga viral, potencializando o risco para a disseminação desse vírus⁽¹⁸⁾.

Nessa perspectiva, é importante a articulação de uma rede de atenção à saúde integrada que preste cuidado de forma holística a esses pacientes, de modo a não dispor apenas a oferta de diagnóstico e tratamento, mas também abordar o paciente de forma integral, proporcionando cuidados sustentáveis, mediante

a utilização de estratégias adequadas. Apesar da vasta literatura apontando o aumento na formação de casais vivendo com essa infecção, ainda existe uma lacuna na atuação da tríade serviço, profissional e usuário, o que dificulta o cuidado integral ao usuário.

Os serviços especializados de maneira geral são pautados em uma dinâmica burocrática que muitas vezes não atendem as demandas biopsicossociais dos pacientes, e restringe-se ao cuidado dos aspectos biológicas da doença, fato este observado no caso de pessoas vivendo com HIV/Aids atendidos no serviço de assistência especializada deste estudo.

Nessa perspectiva, a atuação desse serviço deve estar atrelada ao reconhecimento da importância do atendimento do casal para aconselhamento e intervenções multiprofissionais dispondo informações cruciais sobre transmissão do HIV e as novas tecnologias biomédicas disponíveis para esses casais.

Os resultados agregam novos conhecimentos científicos acerca de parcerias sexuais de pessoas que vivem com HIV, subsidiando o planejamento de ações de promoção de saúde, especialmente na região nordeste do país, região do Brasil ainda pouco estudada pela literatura nacional e internacional.

Conclusão

As pessoas vivendo com essa infecção estabelecem diferentes formas de parcerias sexuais, as quais foram influenciadas pelo sexo, estado civil, morar com o parceiro, forma de exposição e sorologia do parceiro.

Colaborações

Oliveira LB e Reis Rk contribuíram na concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação final da versão a ser publicada. Matos MCB, Jesus GJ, Gir E e Araújo TME contribuíram na aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Wang H, Wolock TM, Cater A, Nquyen G, Kyu HH, Gakidou, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. 2016; 3(8):e361-e387. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids [Internet]. 2015 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/90>
3. Almeida PD, Brito RCT, Araújo TME, Oliveira FBM, Sousa AFL, Araújo Filho ACA. Aids no Piauí: análise do perfil epidemiológico. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [citado 2017 maio 25]; 9(6):8660-4. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6927/pdf_8234
4. Tadesse M. Assessment of HIV discordance and associated risk factors among couples receiving HIV test in Dilla, Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2014; 7(1):893-5. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-7-893>
5. Tam VV, Cuong DD, Alfvén T, Phuc HD, Chuc NTK, Hoa NP, et al. HIV serodiscordance among married HIV patients initiating antiretroviral therapy in northern Vietnam. *AIDS Res Ther*. 2016; 13(12):39. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12981-016-0124-9>
6. Vasquez AL, Errea RA, Hoces D, Echevarria JE, González-Lagos E, Gotuzzo E. Missed opportunities for HIV control: Gaps in HIV testing for partners of people living with HIV in Lima, Peru. *PloS One*. 2017; 12(8):e0181412. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181412>
7. Oliveira LB, Matos MCB, Costa CRB, Jesus GJ, Argolo JGM, Reis RK. Establishment of Partnerships in people living with hiv/aids attended in a Specialized center: experience report'. *Sylwan*. 2017 [cited 2017 May 25]; 162(7): 106-21. Available from: <http://sylvan.ibles.org/syl/index.php/archive/part/161/7/1/?currentVol=161¤tissue=7>

8. Dube BNR, Marshall, Tom P, Ryan RP. Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2016; 5(3):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0333-2>
9. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, 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.* 2016; 316(2):171-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
10. Oliveira LB, Queiroz AAFLN, Sousa ÁFL, Araújo TME, Moura MEB, Reis RK. Epidemiologia do HIV/Aids em estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2015. *Evidentia.* 2017. No prelo.
11. Henry E, Bernier A, Lazar F, Matamba G, Loukid M, Bonifaz C, et al. "Was it a mistake to tell others that you are infected with HIV?": factors associated with regret following HIV disclosure among people living with HIV in five countries (Mali, Morocco, Democratic Republic of the Congo, Ecuador and Romania). Results from a community-based research. *AIDS Behav.* 2015; 19(2):311-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0976-8>
12. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1):63-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>
13. Jenness SM, Goodreau SM, Morris M, Cassels S. Effectiveness of combination packages for HIV-1 prevention in sub-Saharan Africa depends on partnership network structure: a mathematical modelling study. *Sex Transm Infect.* 2016; 92(8):619-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2015-052476>
14. Said AP, Seidl EMF. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface.* 2015; 19(54):467-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0120>
15. Taylor SW, Psaros C. "Life-Steps" for PrEP adherence: demonstration of a CBT-Based Intervention to Increase Adherence to Preexposure Prophylaxis (PrEP) Medication Among Sexual-Minority Men at High Risk for HIV Acquisition. *Cogn Behav Prat.* 2017; 24(1):38-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.02.004>
16. Queiroz AAFLN, Sousa AFL. Fórum PrEP: um debate online sobre uso da "Profilaxia pré-exposição" no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(11):e00112516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00112516>
17. Obiri-Yeboah, Amoako-Sakyi D, Baidoo L, Adu-Oppong A, Rheinlander T. The 'Fears' of disclosing HIV status to sexual partners: a mixed methods study in a counseling setting in Ghana. *AIDS Behav.* 2016; 20(1):126-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-015-1022-1>
18. Zwolińska K, Fleischer-Stepniewska K, Knysz B, Błachowicz O, Piasecki E. Genetic diagnosis of seronegative (HIV-) partner of female patient with AIDS in the context of HIV transmission. *HIV AIDS Rev.* 2016; 15(2):97-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hivar.2016.03.005>
19. Perry NS, Taylor SW, Elsesser S, Safren SA, O'Cleirigh C. The predominant relationship between sexual environment characteristics and HIV-serodiscordant condomless anal sex among HIV-positive men who have sex with men (MSM). *AIDS Behav.* 2016; 20(6):1228-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-015-1202-z>