


## Uso inconsistente del preservativo entre asociaciones sexuales serodiferentes al virus de la inmunodeficiencia humana\*


Renata Karina Reis<sup>1</sup>

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

Elizabete Santos Melo<sup>1,2</sup>

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

Nilo Martinez Fernandes<sup>3</sup>

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

Marcela Antonini<sup>1,4</sup>

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

Lis Aparecida de Souza Neves<sup>5</sup>

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

Elucir Gir<sup>1</sup>

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

Objetivo: analizar a los predictores del uso inconsistente del preservativo entre personas seropositivas con asociación sexual serodiferentes al virus de la inmunodeficiencia humana. Método: estudio transversal, analítico con muestra consecutiva no probabilística que fue constituida por personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana con asociación sexual serodiferente y que estaban en seguimiento clínico de ambulatorio. Los datos fueron recogidos por medio de encuesta individual orientada por cuestionario semiestructurado y fueron analizados con análisis bivariado y regresión logística. Resultados: Se identificó que siete variables fueron independientemente asociadas con el uso inconsistente del preservativo. Escolaridad menor que 11 años de estudio (4,9 [2,4-10,1]), ter múltiples asociaciones (5,0 [1,3-19,6]), usar alcohol (2,1 [1,1-4,4]) u otras drogas (2,8 [1,2-6,3]), no recibir consejo con profesional de salud (2,0 [1,1-3,9]), no tener conocimiento sobre tratamiento como prevención (3,0 [1,2-6,9]) y desconocer que carga viral indetectable reduce el riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (3,8 [1,1-13,7]), fueron predictores para el uso inconsistente del preservativo. Conclusión: el estudio evidenció que factores psicosociales interfieren en el uso consistente del preservativo entre asociaciones serodiferentes. Así, se destaca que hay necesidad de intervenciones amplias que incluyan la integración del cuidado clínico y psicosocial.

Descriptores: Condones; Sexo Inseguro; Infecciones por VIH; Prevención de Enfermedades; Atención de Enfermería; Seropositividad para VIH.

\* Apoyo Financiero de la Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil – Proceso nº 2015/23008-2.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





<sup>2</sup> Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

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

<sup>4</sup> Becaria del Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Brasil.

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

### Cómo citar este artículo

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>.

mes día año

URL

## Introducción

Los avances científicos y tecnológicos con relación a la salud de las Personas Viviendo con VIH (PVVIH), sobre todo en el campo terapéutico con la llegada de la terapia antirretroviral (TARV), provocaron alteraciones en la expectativa y en la perspectiva de vida de estos individuos<sup>(1-2)</sup>.

De esta manera, el encuadramiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como una enfermedad crónica desde el acceso a la TARV, generó un nuevo paradigma<sup>(3)</sup> con implicaciones que son relacionadas al cuidado integral a la salud de estas personas, ya que, inicialmente, la preocupación de los servicios de salud era solamente en contener la infección.

Tales cambios posibilitaron a las PVVIH la reconstrucción de sus proyectos de vida, en varios aspectos, sobre todo en el ámbito afectivo-sexual, con el establecimiento de nuevas relaciones con asociaciones sexuales<sup>(4)</sup>, incluso seronegativas al VIH.

Las parejas serodiferentes al VIH – cuando uno de los compañeros es seropositivo y el otro seronegativo al VIH<sup>(5)</sup> – presentan vulnerabilidades específicas, y están bajo mayor riesgo de infectarse por el VIH<sup>(6)</sup>.

En Brasil, a pesar de los esfuerzos que son relacionados a la interrupción de la cadena de transmisión, obtenido por medio de la oferta de una terapia antirretroviral eficaz, todavía existe una parcela significativa de PVVIH que no alcanzó la carga viral (CV) indetectable, el cual es uno de los factores considerados más importante para la reducción de la transmisión sexual del VIH<sup>(7)</sup>.

La "cascada" del cuidado del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA - UNSIDA proyecta para 2030 una meta ambiciosa para el tratamiento del VIH/SIDA, en la cual el 90% de personas sean diagnosticadas para el VIH; el 90% de estas personas tratadas y el 90% de estas alcanzan la supresión viral<sup>(8)</sup>.

Los datos relacionados con la cascada del cuidado continuo del VIH en Brasil mostraron que al final de 2015, habían 827 mil PVVIH en el país, de las cuales 715 mil (el 87%) estaban diagnosticadas; el 95% de las diagnosticadas (677 mil) habían sido vinculadas a algún servicio de salud; y el 83% de las vinculadas (565 mil) estaban retenidas en ese servicio; el 80% de las retenidas (455 mil) estaban en uso de la TARV y solamente el 50% de las en TARV (410 mil) estaban con CV suprimida<sup>(9)</sup>.

De esta manera, se subraya que es necesario avanzar cuanto al enfrentamiento de la epidemia del SIDA en Brasil, pues desafíos todavía persisten para

abordaje de la sexualidad y del comportamiento sexual en el cuidado continuo de las PVVIH.

Históricamente, los esfuerzos para la prevención de la infección se centraban en la reducción del riesgo de transmisión del VIH entre los individuos seronegativos o con estado serológico desconocido y, se minimizaba las necesidades y el papel importante de las PVVIH<sup>(10)</sup>, como si el hallazgo de la infección por el VIH por sí solo asegurara cambios en las prácticas y los comportamientos preventivos y la vulnerabilidad en las cuales estas hacían frente.

Las medidas y las estrategias para prevención de la transmisión sexual del VIH sufrieron cambios a lo largo del curso de la epidemia, principalmente debido a los avances científicos en el mundo. Los hallazgos definieron nuevas maneras de prevención, que fueron denominadas en Brasil como "prevención combinada"<sup>(10)</sup>.

Se trata de la asociación de estrategias de intervención comportamentales, biomédicas y estructurales<sup>(10)</sup> con enfoque en la reducción de la transmisión de la infección por el VIH en varios sectores, pues, se sabe que una única estrategia de prevención es insuficiente para el control de las múltiples epidemias del VIH en el mundo y en Brasil<sup>(6)</sup>.

Se entiende, que en el contexto de la prevención combinada, las estrategias que tienen el objetivo de reducir las lagunas de aceptación presentes en la utilización de métodos preventivos clásicos de manera aislada, tal como la utilización de solamente el preservativo masculino o femenino como método preventivo.

Para eso, el Ministerio de la Salud elaboró la Mandala de la Prevención Combinada, la cual presenta todas las posibles estrategias que pueden ser efectivas para la prevención de la infección por el VIH<sup>(11)</sup>. De esta manera, durante las consultas en los Servicios de Atendimento Especializado (SAE), los usuarios son instruidos de que ningún método aislado de prevención es capaz de reducir la infección por el VIH<sup>(11)</sup>.

Los preservativos son considerados un componente importante para el abordaje combinado de la prevención del VIH, y cuando utilizados de manera consistente y correcta, son altamente eficaces en la prevención de la transmisión sexual del virus y otras Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST)<sup>(11)</sup>.

En Brasil el preservativo es distribuido gratuitamente por el Sistema Único de Salud (SUS) y es un método de barrera seguro, de bajo coste y sin efectos adversos. Deben ser estimulados entre las PVVIH en combinación con otros métodos, como el tratamiento como prevención (TPT), la Profilaxis pre-exposición (PrEP) y la Profilaxis pos-exposición (PEP)<sup>(11)</sup>, pues su uso inconsistente incrementa los riesgos de

reinfección por el VIH, así como la exposición a las IST que elevan la infecciosidad del virus y, por lo tanto, su transmisibilidad<sup>(12)</sup>.

En este sentido, el uso inconsistente del preservativo masculino han sido descrito como prevalente entre PVVIH con distintos tipos de asociaciones sexuales – tanto los regulares cuanto los casuales con status de VIH negativo o con status serológico desconocido en distintas regiones del mundo<sup>(13-19)</sup>.

Mientras tanto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), gran parte de los estudios entre parejas serodiferentes fueron realizado en África subsahariana y existen lagunas del conocimiento en otras regiones del mundo<sup>(5)</sup>, resultando en la insuficiente énfasis en la oferta del consejo de parejas y en el apoyo a la prueba de compañeros de personas seropositivas al VIH.

En Brasil, algunos estudios<sup>(20-21)</sup> abordaron el relación de las PVVIH en asociación serodiferente y el uso del preservativo masculino, sin embargo, se limitaron solamente en evaluar el uso, y no los factores asociados al mismo.

Luego, el objetivo de este estudio fue analizar los predictores del uso inconsistente del preservativo masculino entre personas seropositivas con asociación sexual serodiferente al VIH.

## Método

Se trata de un estudio transversal analítico que fue realizado en los cinco Servicios de Atendimento Especializado (SAE) en un municipio del interior paulista.

Participaron del estudio PVVIH de ambos sexos, independiente de la etapa de la infección por el VIH que se encuadraron en los criterios de inclusión: tener conocimiento del diagnóstico de la infección por el VIH; tener edad superior a 18 años; estar en acompañamiento clínico-de ambulatorio en los servicios; tener vida sexual activa y asociación sexual independiente del status serológico al VIH en los últimos seis meses. Fueron excluidos aquellos que estaban en situaciones de confinamiento, tales como personas privadas de libertad e institucionalizados, residentes en casas de apoyo.

El plan de muestra adoptado fue por muestra aleatoria simples, en el cual fueron seleccionados los parámetros de prevalencia por la estimativa de que el 62% de las personas que viven con el VIH tiene vida sexual activa después del diagnóstico, de acuerdo con el descrito en otro estudio que fue realizado en el municipio<sup>(22)</sup>, con error relativo del 10% y nivel de significancia del 5% y una población total de tamaño muy grande (N = 10000, por ejemplo), el que indicó la necesidad de tamaño de muestra de 235. Mientras tanto,

para alcanzar este número fueron encuestados 397 PVVIH de los cuales 286 tenían asociación serodiferente para el VIH.

Los datos fueron recogidos en el período de julio de 2016 a julio de 2017 por medio de encuestadas individuales, en salas de los ambulatorios especializados, utilizando un cuestionario construido y validado específicamente para esta recogida de datos. Los participantes fueron invitados antes o después de la consulta médica, y las encuestas tuvieron duración mínima de 20 y máxima de 30 minutos y fueron realizadas por cinco auxiliares de investigación debidamente capacitados.

Después de amplia búsqueda en la literatura, se consideró que en Brasil, hasta el momento de la recogida, no existían escalas que evaluaran el conocimiento sobre las estrategias preventivas, las convicciones sobre la infecciosidad y la transmisión sexual del VIH, así como el comportamiento preventivo de PVVIH. Entonces, se elaboró un instrumento específico basado en la literatura nacional e internacional para responder los objetivos de este estudio, y fueron sometido a la validación cuanto a la forma y contenido por cuatro expertos, siendo tres enfermeras y un psicólogo expertos en la temática del estudio.

Expertos del área de la infección por el VIH fueron invitados por medio de correo electrónico para componer el comité de expertos. El proceso se dio por análisis del instrumento cuanto a la impresión general, objetivo, contenido, relevancia, lenguaje verbal e inclusión de nuevas preguntas. Después de la devolutiva, fueron realizados los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos de la investigación.

El instrumento fue compuesto por variables sociodemográficas: edad (en años), sexo (masculino, femenino), escolaridad (en años completados de estudio), profesión/ocupación, vinculación laboral (sí o no), color (blanco, pardo, negro, indígena), clínicas: tiempo de diagnóstico de la infección por el VIH (en años), y presencia de marcadores de infecciosidad: síntomas de IST (secreción, verrugas, ampollas y úlceras genitales) de acuerdo con el protocolo brasileño<sup>(6)</sup> (sí o no), carga viral en los últimos 6 meses (detectable o indetectable) siendo considerada indetectable valor menor que 40 copias/mL.

Cuanto a los aspectos comportamentales, prácticas y de conocimiento sobre la transmisión del VIH y consejo sobre la prevención sexual del VIH por el equipo de salud, se adoptó las siguientes variables comportamentales: tipo de asociación sexual (casual, fija o casual y fija), número de asociación sexual, uso de alcohol antes de la relación sexual (sí o no), uso del alcohol durante relación sexual (sí o no), período de la

formación de la pareja (antes o después de la ciencia de la infección por el VIH), diagnóstico serológico del VIH de la asociación sexual (seropositivo, seronegativo o desconocido), convicción en la transmisión sexual del VIH evaluada por la siguiente cuestión: ¿crees tú que si tu carga viral esté baja disminuye el riesgo de la transmisión del VIH? (sí/no/no lo sé), reveló el diagnóstico para la asociación sexual actual (sí o no), conversa con la pareja sobre uso del preservativo (sí o no) y uso del preservativo masculino (siempre, a veces y nunca).

Las variables seleccionadas para evaluar el conocimiento y el consejo recibido por el equipo de salud sobre la prevención sexual del VIH fueron: ¿recibió orientaciones sobre riesgo de transmisión sexual del VIH (sí/no), busca informaciones sobre prevención de la transmisión sexual del VIH? (sí/no), recibió consejo por el equipo de salud con relación a la transmisión sexual del VIH (sí/no), conocimiento sobre la eficacia del tratamiento como prevención por medio de la cuestión: ¿el tratamiento con antirretrovirales (ARV) disminuyendo la cantidad de virus circulante en el organismo (carga viral) y tornándola indetectable es eficaz para prevenir la transmisión del VIH para la pareja? (sí/no/no lo sé).

El uso inconsistente del preservativo fue definido como (sí) para aquellos participantes que refirieron nunca o a veces usaron el preservativo (versus "no", es decir, "usé siempre el preservativo") en los últimos 6 meses.

Los datos fueron analizados estadísticamente por medio del programa IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23.0 y del programa R (R Core Team, versión 3.4.1).

Fue realizada estadística descriptiva para caracterizar a los participantes, y analítica para certificar asociación entre las variables del estudio por medio de la prueba Chi-cuadrado. Para evaluar la influencia de las variables independientes sobre el uso inconsistente del preservativo (sí/no) fueron utilizado análisis de regresión logística. La categoría "sí" fue adoptada como referencia en todos los casos. Para la realización de los análisis fue adoptado el nivel de significancia del 5% ( $\alpha = 0.05$ ).

El estudio fue sometido y fue apreciado por la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto que fue favorable a su realización. Posteriormente, fue sometido y fue aprobado junto al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, siguiendo las recomendaciones de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, bajo el nº de parecer 2.369.369.

## Resultados

Participaron del estudio 286 PVVIH que tenían asociación sexual serodiferente, con promedio de edad de 41,2 años, variando de 18 a 73 años. En la Tabla 1 se observa que la muestra fue compuesta predominantemente por hombres (el 68,6%), y de estos el 37,8% eran hombres que tenían sexo con hombres (HSH). Se identificó que la mayoría (el 51,4%) de los encuestados poseía escolaridad en nivel fundamental y cerca del 67,1% estaban insertados en el mercado formal o en el informal de trabajo.

Tabla 1 - Distribución de las personas viviendo con VIH\* en asociación serodiferente, según variables sociodemográficas y clínicas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017

Variables	n	%
Orientación sexual		
Mujer heterosexual	90	31,5
Hombre heterosexual	88	30,8
HSH <sup>†</sup>	108	37,8
Franja de edad (años)		
18 – 24	23	8,0
25 – 34	59	20,6
35 – 44	100	35,0
≥ 45	104	36,4
Escolaridad (años completos de estudio)		
< 11	147	51,4
≥ 11	139	48,6
Color		
Blanco	151	52,8
Negro	132	46,2
Otros		
Situación de Trabajo		
Empleo	192	67,1
Desempleado	59	20,6
Otros	33	11,5
No trabaja (apartado)	02	0,7
Renta familiar (sueldos mínimos <sup>‡</sup> )		
hasta 1	59	20,6
2- 3	133	46,5
≥ 3	94	32,9
Tiempo de diagnóstico VIH* (años)		
< 2 – 4,9	105	36,7
≥ 5	181	63,3
Marcadores de infecciosidad		
Síntomas de IST <sup>§</sup>		
Sí	40	14,0
No	246	86,0
Carga viral		
Detectable	70	24,5
Indetectable	216	75,5

\*VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; <sup>†</sup>HSH = Hombres que tienen sexo con hombres; <sup>‡</sup>sueldos mínimos = Sueldo mínimo equivalente a R\$ 937,00 en el período de 2016 a 2017 en Brasil; <sup>§</sup>IST = Infecciones sexualmente transmisibles

Se identificó, todavía, que el 58% de las PVVIH revelaron el diagnóstico de seropositividad para la asociación sexual. Las relaciones en su mayoría (el 74,1%) fueron establecidos después del hallazgo de la infección por el VIH y, aproximadamente, mitad (el 50,3%) de los participantes mencionaron no conversar con su pareja sobre el preservativo.

Entre los participantes, el 72,7% alegaron haber tenido comportamientos y prácticas de riesgo en los últimos 6 meses. De este total, se identificó que el 44,1% tuvieron relación sexual bajo efecto del alcohol, el 34,4% tuvieron relación sexual con múltiples asociaciones y el 29,0% refirieron tener relación sexual sin preservativo o hacían uso inconsistente del mismo, Tabla 2.

En la Tabla 3 fue descrito el análisis bivariado de los factores sociodemográficos y clínicos asociados al uso inconsistente del preservativo masculino entre PVVIH que tiene asociación sexual serodiferente. Se identificó que la escolaridad fue asociada con el uso inconsistente del preservativo ( $p < 0,001$ ).

Cuanto a las variables comportamentales, se certificó que el número de compañeros ( $p = 0,048$ ), el uso del alcohol ( $p < 0,001$ ) y otras drogas ( $p < 0,001$ ) durante la relación sexual fueron asociados con el uso inconsistente del preservativo.

En la Tabla 4 también fue presentado otro análisis bivariado de las siguientes variables comportamentales: el conocimiento sobre la carga viral indetectable en la transmisión del VIH ( $p < 0,001$ ), la búsqueda de informaciones sobre métodos de prevención en el internet ( $p = 0,026$ ), la no búsqueda por informaciones sobre métodos de prevención ( $p < 0,001$ ), la recepción de consejo en el servicio de salud ( $p = 0,023$ ) y el hecho de conversar con la pareja sobre el uso del preservativo ( $p < 0,001$ ), también presentaron asociación significativa con el uso inconsistente del preservativo en PVVIH que poseen asociación VIH-negativa.

En el análisis multivariado, siete variables fueron independientemente asociadas con el uso inconsistente del preservativo. Los individuos que refirieron escolaridad menor que 11 años de estudio (4,9 [2,4-10,1]), tener

pareja fija y casual (5,0 [1,3-19,6]), usar alcohol (2,1 [1,0-4,4]) u otras drogas (2,8 [1,2-6,3]), no recibir consejo con profesional de salud (2,0 [1,0-3,9]), no tener conocimiento sobre tratamiento como prevención (3,0 [1,2-6,9]) y quien no sabe si la carga viral indetectable reduce el riesgo de transmisión del VIH (3,8 [1,0-13,7]) fueron predictores para el uso inconsistente del preservativo, de acuerdo con la Tabla 5.

Tabla 2 - Distribución de los comportamientos y prácticas de personas viviendo con el VIH\* en asociación serodiferente. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017

Variables	n	%
Uso del alcohol antes de la relación sexual		
Sí	126	44,1
No	160	55,9
Uso de drogas antes de la relación sexual		
Sí	59	20,9
No	227	79,4
Pareja usa alcohol antes de la relación sexual		
Sí	143	50,0
No	143	50,0
Pareja usa droga antes de la relación sexual		
Sí	56	19,5
No	227	79,4
Número de compañeros		
Uno	179	62,6
Múltiples	107	34,4
Reveló diagnóstico para la asociación sexual		
Sí	166	58,0
No	120	42,0
Conversa con la pareja sobre el uso del preservativo		
Sí	142	49,7
No	144	50,3
Uso inconsistente del preservativo		
Sí	83	29,0
No	203	71,0
Conoció a la pareja antes del descubrimiento del VIH*		
Sí	74	25,9
No	212	74,1

\*VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Tabla 3 – Factores sociodemográficos y clínicos asociados al uso inconsistente del preservativo masculino con asociación sexual VIH-negativo\* entre personas viviendo con el VIH<sup>†</sup>. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variables	Uso del preservativo con asociación sexual VIH-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71 %)	Inconsistente 83 (29,0%)	Total 286 (100)	
Orientación sexual				
Mujer heterosexual	58 (28,6)	32 (38,6)	90 (31,5)	0,070
Hombre heterosexual	60 (29,6)	28 (33,7)	88 (30,8)	
HSH <sup>‡</sup>	85 (41,9)	23 (27,7)	108 (37,8)	
Franja de edad (años)				
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)	
Escolaridad (años)				
< 11	84 (41,4)	63 (75,9)	147 (51,4)	<0,001
≥ 11	119 (58,6)	20 (24,1)	139 (46,9)	
Color de la piel				
Branco	102 (50,2)	49 (61,3)	151 (53,4)	0,147
Negro	20 (9,9)	09 (11,2)	29 (10,2)	
Otros	81 (39,9)	22 (27,5)	103 (36,4)	
Tiempo de diagnóstico VIH <sup>†</sup> (años)				
< 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 infecciosidad				
Carga viral				
Detectable	47 (23,2)	23 (27,7)	70 (24,5)	0,416
Indetectable	156 (76,8)	60 (72,3)	216 (75,5)	
Síntomas de IST <sup>§</sup>				
Sí	25 (12,3)	15 (18,1)	246 (86,0)	0,203
No	178 (87,7)	68 (81,9)	40 (14,0)	

\*VIH-negativo = Serología negativa para el virus de la inmunodeficiencia humana; <sup>†</sup>VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; <sup>‡</sup>HSH = Hombres que tienen sexo con hombres; <sup>§</sup>IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles

Tabla 4 - Factores comportamentales, de conocimiento y consejo asociados al uso inconsistente del preservativo con asociación sexual VIH-negativo\* de personas viviendo con el VIH<sup>†</sup>. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variables	Uso del Preservativo con asociación sexual VIH-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71,0)	Inconsistente 83 (29,0)	Total 286 (100)	
Tipo de Asociación				
Principal	112 (55,2)	37 (44,6)	149 (52,1)	0,225
Casual	82 (40,4)	40 (48,2)	122 (42,7)	
Múltiples compañeros	09 (4,4)	06 (7,2)	15 (5,2)	
Número de compañeros				
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 alcohol durante sexo				
Sí	73 (36,0)	53 (63,9)	126 (44,1)	<0,001
No	130 (64,0)	30 (36,1)	160 (55,9)	
Uso de droga durante sexo				
Sí	25 (12,3)	34 (41,0)	59 (20,6)	<0,001
No	178 (87,7)	49 (59,0)	227 (79,4)	

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

Variables	Uso del Preservativo con asociación sexual VIH-negativo*			p-valor
	Consistente 203 (71,0)	Inconsistente 83 (29,0)	Total 286 (100)	
Convicción sobre transmisión del VIH <sup>†</sup>				
Sí	101 (49,8)	52 (60,2)	153 (53,5)	<0,001
No	98 (48,3)	18 (21,7)	116 (40,6)	
No lo sé	04 (20,0)	13 (15,7)	17 (5,9)	
Busca informaciones sobre métodos de prevención en el internet				
Sí	90 (44,3)	25 (30,1)	115 (40,2)	0,026
No	113 (55,7)	58 (69,9)	171 (58,2)	
No busca informaciones sobre métodos de prevención				
Sí	19 (9,4)	29 (34,9)	48 (16,8)	<0,001
No	184 (90,6)	54 (65,1)	238 (83,2)	
Recibió consejo con profesional de salud				
Sí	29 (14,3)	13 (15,7)	42 (14,3)	0,023
No	174 (85,7)	67 (80,7)		
Reveló diagnóstico				
Sí	122 (60,1)	44 (53,0)	166 (58,0)	0,270
No	81 (39,9)	39 (47,0)	120 (42,0)	
Conversa con la pareja sobre el uso del preservativo				
Sí	116 (57,1)	26 (31,3)	142 (49,7)	<0,001
No	87 (42,9)	57 (68,7)	144 (50,3)	
Conocimiento sobre Tratamiento como Prevención				
Sí	163 (80,3)	50 (60,2)	213 (74,5)	0,001
No	26 (12,8)	17 (20,5)	43 (15,0)	
No lo sabe	14 (6,9)	16 (19,3)	30 (10,5)	

\*VIH-negativo = Serología negativa para el virus de la inmunodeficiencia humana; <sup>†</sup>VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Tabla 5 – Predictores asociados al uso inconsistente del preservativo entre personas que viven con VIH\* en asociaciones serodiferentes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016 – 2017

Variables	aOR <sup>†</sup> [95% CI <sup>‡</sup> ]	p-valor
Escolaridad (años)		
< 11	4,9 [2,4-10,1]	<0,001
≥ 11	Ref. <sup>§</sup>	
Tipo de Asociación		
Principal	Ref. <sup>§</sup>	0,384
Casual	0,7 [0,3-1,4]	
Principal y casual	5,0 [1,3-19,6]	0,019
Uso de alcohol durante sexo		
Sí	Ref. <sup>§</sup>	0,034
No	2,1 [1,1-4,4]	
Uso de droga durante sexo		
Sí	Ref. <sup>§</sup>	0,012
No	2,8 [1,2-6,3]	
Recibió consejo con profesional de salud		
Sí	Ref. <sup>§</sup>	0,030
No	2,0 [1,1-3,9]	
Conocimiento sobre Tratamiento como Prevención		
Sí	Ref. <sup>§</sup>	0,010
No	3,0 [1,2-6,9]	
No lo sabe	1,4 [0,5-3,7]	
Conocimiento sobre transmisión del VIH*		
Sí	Ref. <sup>§</sup>	0,012
No	0,40 [0,20-0,82]	
No lo sabe	3,8 [1,1-13,7]	

\*VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; <sup>†</sup>aOR = Odds ratio (razón de chances) Ajustado; <sup>‡</sup>CI = Intervalo de confiabilidad; <sup>§</sup>Ref. = Valores de referencia

## Discusión

En Brasil, hay carencia de datos epidemiológicos y comportamentales oficiales sobre parejas serodiferentes al VIH, en contextos variados de la relación, sea con parejas fijas y/o causales. Tal hecho evidencia su invisibilidad en los servicios, políticas de salud, así como entre movimientos sociales e investigadores<sup>(23-24)</sup>.

En el presente estudio se identificó que pocas personas (el 29%) refirieron uso inconsistente del preservativo con asociación de status negativo o desconocido al VIH, el que puede ser corroborado por otras investigaciones que encontraron, respectivamente, tasas del 28,7%<sup>(22)</sup> y el 20,7%<sup>(25)</sup> del uso inconsistente del preservativo entre PVVIH.

De hecho, a pesar de la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo disminuir después del descubrimiento de la infección por el VIH<sup>(17)</sup>, estudios que fueron realizados entre PVVIH relataron uso inconsistente de preservativo con asociaciones sexuales VIH negativo o de status desconocidos en distintos regiones del mundo<sup>(15-18,26-28)</sup>.

En este sentido, se subraya que en la práctica clínica, además de toda asistencia ya prestada, se debe fijar también para la investigación de comportamientos y prácticas para además del uso inconsistente del preservativo, pues eso es fundamental para identificación de los individuos en

riesgo de no aceptación o de aceptación subóptima a las estrategias preventivas efectivas. Otros estudios también investigan ese tema que puede contribuir con el riesgo de transmisión del VIH para la asociación sexual VIH-negativa y, también, la reinfección por el VIH o adquisición de otra IST por los compañeros VIH-positivo<sup>(27-30)</sup>.

Los resultados indican que tener menor nivel educacional fue predictor para el uso inconsistente del preservativo en los individuos que formaron parte del estudio. Esos resultados se asemejan con otros estudios, que revelaron que un mayor nivel de educación está asociado al uso regular del preservativo<sup>(31-32)</sup>. Además de eso, otro estudio mostró que, a la medida que el nivel de educación incrementa, la chance de involucrarse en prácticas sexuales de riesgo disminuye<sup>(4)</sup>.

La baja escolaridad condiciona el acceso a las informaciones y la capacidad de asimilación y la comprensión de las orientaciones recibidas en los servicios de salud e interfiere, directamente, en el comportamiento en salud y en la posibilidad en adoptar prácticas de protección para sí y para el otro<sup>(33)</sup>.

El mejor acceso a la información, la comprensión y la concienciación sobre la prevención de la transmisión sexual del VIH puede favorecer la negociación sexual y mayor aceptación al preservativo.

En este estudio, se observó que tener compañero casual fue asociado al uso inconsistente del preservativo ( $p < 0,001$ ). Y, las PVVIH quienes tienen parejas fijas y casuales simultáneamente tienen 5,0 veces más chances (IC=95%, 1,3-19,6,  $p = 0,019$ ) de involucrar en sexo desprotegido comparado con quien tiene solamente única asociación fija y se puede estar relacionado con el hecho de que aquellos que tuvieron múltiples compañeros sexuales pueden no revelar su status para sus compañeros el que también fue descrito en estudio realizado en la Etiopia<sup>(34)</sup>. De esta manera, el tipo de vinculación y relación afectivo-sexual interfiere en la aceptación del preservativo.

En las consultas de enfermería realizadas durante el acompañamiento clínico de las PVVIH debe ser realizado un abordaje de la historia sexual de alcance, la cual incluye aspectos relacionados a las asociaciones sexuales para la promoción de intervenciones educativas y consejo. Los profesionales de salud deben identificar aspectos de la relación y los tipos de asociaciones sexuales. La evaluación de la historia sexual que incluye el tipo y el número de asociaciones sexuales debe ser una parte vital de cualquier sesión de educación en salud y consejo.

Un estudio multicéntrico realizado con parejas serodiferentes tanto heterosexuales cuanto homosexuales, identificó 11 casos de transmisión del

VIH entre personas que tenían asociaciones casuales fuera de la relación con asociaciones fijas<sup>(35)</sup>.

Así, la observación de la transmisión del VIH fuera de la relación con asociaciones fijas incrementa la importancia de, durante el consejo, el enfermero evaluar los tipos de asociaciones y sobre el uso inconsistente del preservativo<sup>(13)</sup>.

La inclusión de la información sobre las asociaciones sexuales en la gestión de riesgo y en el consejo ayudará a comprender mejor los perfiles de riesgos individuales y a planear estrategias adecuadas de intervención para prevención del VIH.

Otro predictor encontrado en este estudio fue que usar alcohol durante la relación sexual tiene 2,1 más chances de tener relación sexual desprotegida con asociación sexual serodiferente al VIH. Este resultado está de acuerdo con varios otros estudios en la literatura que mostraron la pareja entre el uso de alcohol y el comportamiento sexual de riesgo entre PVVIH<sup>(36-37)</sup>. Entre parejas serodiferentes este comportamiento se muestra particularmente preocupante, principalmente por exponer a los compañeros seronegativos a la exposición al VIH.

El alcohol es asociado con la desinhibición en los cuales las personas pueden quedar más propensas a involucrarse en comportamientos sexuales más arriesgados<sup>(38)</sup>. De hecho, el uso del alcohol es considerado un factor de riesgo para la infección por el VIH debido a su interferencia en la aceptación de métodos de prevención como preservativos, perjuicios en la capacidad o la disposición de ser asertivo al negociar el uso del preservativo con una pareja resistente y disminución en las percepciones de las posibles consecuencias negativas del sexo sin preservativo<sup>(38)</sup>.

Revisión sistemática que investigó los efectos del consumo de alcohol en intenciones sexuales desprotegidas mostró que los participantes que consumieron alcohol tuvieron menor probabilidad de realizar habilidades de comunicación y negociación sexual<sup>(39)</sup>.

Además, el consumo de alcohol y otras drogas también están asociados con peor aceptación a la TARV el que puede llevar a un mayor riesgo de fallo terapéutico y, consecuentemente no supresión sostenida de la carga viral<sup>(40-42)</sup>.

No obstante, intervenciones direccionadas a asociación entre alcohol y comportamiento sexual deben subrayar la influencia negativa del alcohol en la toma de decisión para el sexo protegido, particularmente con parejas ocasionales<sup>(43)</sup>.

Para eso, los servicios de salud deben ofrecer programas de prevención que aborden condiciones co-prevalentes<sup>(44)</sup>, siendo necesario el consejo de las personas que usan sustancias psicoactivas, incluyendo



intervenciones de reducción de riesgo y gestión de la transmisión sexual de la infección.

Otro predictor asociado al uso inconsistente del preservativo fue el hecho de no recibir orientación sobre prevención de la transmisión sexual del VIH por profesionales de salud. Ese resultado fortalece la importancia de los profesionales de salud y, particularmente del enfermero en la reducción de las desigualdades en la alfabetización acerca del VIH. Todavía, tal resultado lleva a la reflexión sobre la relevancia de incrementar inversiones en estudios de intervenciones educativas, que permitan establecer relaciones causales entre alfabetización en salud, alfabetización en prevención y comportamientos preventivos, para que puedan ser establecidas estrategias más efectivas y consonantes con las necesidades de las PVVIH.

El enfermero desempeña un papel importante en la facilitación de los procesos de comunicación asociados a la promoción de la alfabetización en salud, evaluando la comprensión, los factores motivadores individuales, las barreras a la comprensión, así como en la comunicación clara con los individuos tornando la información de salud legible y accesible, adaptando el mensaje a las necesidades culturales y lingüísticas de los mismos y promocionando la toma de decisiones más apropiadas en salud<sup>(45)</sup>.

En este sentido, el enfermero y el equipo de salud deben implementar y evaluar estrategias básicas de promoción de alfabetización en salud para mejorar el conocimiento y las habilidades para la aceptación a una estrategia preventiva eficaz al VIH.

Los resultados de este estudio mostraron el conocimiento limitado de las PVVIH que viven en el contexto de la serodiscordancia sobre el "tratamiento como prevención" y la desinformación de que la carga viral indetectable no reduce el riesgo de transmisión del VIH fueron predictores para tener relaciones sexuales desprotegidas.

Estudio realizado en Reino Unido entre comunidades afectadas por el VIH también encontró que gran parte de los participantes expresó poca comprensión y confiabilidad en el efecto de la viremia no detectable sobre el riesgo de transmisión del VIH<sup>(46)</sup>.

En Brasil, estudio realizado en Distrito Federal que describió las percepciones de PVVIH en el contexto de la serodiscordancia, sobre la prevención de la transmisión del VIH identificó dificultades para implementar en la práctica los avances y los descubrimientos científicos más recientes. Las autoras indicaron que a pesar de la ampliación del abanico de estrategias preventivas existentes en el contexto de la prevención combinada, las PVVIH no tenían conocimiento suficiente para utilizar nuevos insumos preventivos<sup>(47)</sup>, evidenciando la

importancia de la divulgación de esas informaciones en el cotidiano de las personas.

De esta manera, uno de los mayores retos que estas parejas hacen frente se refiere al conocimiento sobre los avances que son relacionados a la prevención del VIH, adopción y la negociación de esas estrategias preventivas. Muchas personas que viven con VIH o mismo las que están más vulnerables desconocen los beneficios del "tratamiento como prevención" como estrategia de prevención, el concepto de prevención combinada y la gestión de riesgo de la transmisión sexual del VIH.

El conocimiento insuficiente de las PVVIH sobre el uso de las nuevas herramientas de prevención que incluye el "tratamiento como prevención" que tiene como objetivo la supresión de la CV (Indetectable=Intransmisible) y el uso de PrEP o PEP por la pareja VIH-negativo puede comprometer la adopción de prácticas preventivas eficaces exponiendo sus asociaciones sexuales al VIH.

En este sentido, las PVVIH y sus asociaciones sexuales deben recibir consejo y educación con las parejas serodiferentes sobre estas opciones de prevención al VIH aisladamente o a su asociación a otros métodos de gestión de riesgo y de prevención como la PrEP y el preservativo<sup>(48)</sup>.

El preservativo, cuando utilizado de manera consistente y correcta, es altamente eficaz en la prevención de la transmisión sexual del VIH y otras IST y es considerado un componente importante de un abordaje de alcance de la prevención del VIH<sup>(13)</sup>. La reducción del uso del preservativo incrementa los riesgos de exposición a las IST y la infecciosidad del VIH y, por lo tanto, su transmisibilidad<sup>(14)</sup>.

En el contexto de prevención combinada el preservativo masculino permanece como método de protección contra IST e infección por el VIH, y sigue siendo fundamental ampliar su acceso a toda la población como una acción prioritaria<sup>(11)</sup>, principalmente para personas bajo riesgo de exposición al VIH y para aquellas que están en asociación serodiferente al VIH<sup>(6)</sup>.

Para tal, es necesario superar la lógica exclusivamente racional del trabajo de prevención, que se refleja en una actitud puramente prescriptiva del uso del preservativo, también llamado "fundamentalismo del látex" en el cual el mismo es impuesto sin el diálogo y la reflexión necesarios para la superación de las dificultades de su utilización<sup>(21)</sup>.

Abordajes más novedosos y que dialoguen con la autonomía de las PVVIH y sus asociaciones sexuales son necesarias.

No obstante, considerando que opciones de prevención para parejas serodiferentes al VIH están expandiéndose y están convirtiéndose más ampliamente disponibles, intervenciones educativas pueden ser

una herramienta potencialmente útil para ayudarlos a explotar opciones y tomar decisiones e identificar métodos de prevención que mejor se adecuen a su realidad y contexto de vida<sup>(49)</sup> y, pueden auxiliar las PVVIH a reconocer no solamente la importancia del preservativo masculino, sino también informarse sobre la existencia de otros métodos que pueden ser combinados con el mismo, posibilitando la capacidad de gestión de sus propios riesgos<sup>(11)</sup>.

Por fin, se subraya que este estudio presentó algunas limitaciones, como la muestra no aleatoria y el hecho de la información sobre el comportamiento sexual y uso del preservativo haber sido obtenidas por medio del relato del paciente, el que puede llevar a un sesgo de respuesta, una vez que el mismo busca reportar el que es considerado "más correcto" de que de hecho es practicado, pudiendo generar subestimación del riesgo.

## Conclusión

Este estudio demostró que el 29% de las PVVIH en asociación serodiferentes relataron uso inconsistente del preservativo. Factores individuales - tener menor escolaridad, tipo de asociación y relación afectivo-sexual (multiplicidad de asociación sexual); psicosociales - usar sustancias psicoactivas como alcohol u otras drogas; y relacionadas al servicio de salud - no recibir consejo con profesional de salud, no tener conocimiento sobre tratamiento como prevención y desconocer que la carga viral indetectable reduce el riesgo de transmisión del VIH fueron asociados con el uso inconsistente del preservativo.

Estos resultados indican el reto para la prevención del VIH y revelan la necesidad de abordaje ampliado en el atendimento de las PVVIH, el que incluye la evaluación de sus parejas sexuales, deseos, miedos y dificultades. Es fundamental que haya un cambio en la práctica asistencial vigente, centrada en el modelo biológico, que enfatiza solamente aspectos relacionados a la aceptación a los medicamentos y al uso prescriptivo del preservativo.

El preservativo masculino, a pesar de ser eficaz para la prevención del VIH, es insuficiente si es utilizado de manera aislada para superar los retos impuestos por la epidemia, ya que importantes barreras, todavía, son observadas entre PVVIH que tienen parejas sexuales serodiferentes al VIH y están en acompañamiento clínico-de ambulatorio en los servicios de atención especializada.

El cuidado integral en salud para estos individuos implica en la necesidad de intervenciones de alcances que incluyan la integración del cuidado clínico y psicosocial, con abordaje de factores que favorecen la no aceptación

a las estrategias preventivas y al comportamiento de riesgo como uso de alcohol y otras drogas.

Se recomienda que el equipo de salud, reconozca la necesidad urgente de enfrentar la discusión relativa a la adopción de propuestas alternativas al uso del preservativo dentro del contexto de la prevención combinada, implementando el consejo de parejas, la oferta de pruebas, el soporte para la revelación del diagnóstico del VIH para la asociación sexual que se pueda disminuir la vulnerabilidad de las asociaciones sexuales seronegativas de las PVVIH.

## Referencias

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/](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.0000000000000298>
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-trabalhadoresas-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, DiGuseppi 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>

Recibido: 18.12.2018

Aceptado: 03.09.2019

Autor correspondiente:

Renata Karina Reis

E-mail: [rkreis@eerp.usp.br](mailto:rkreis@eerp.usp.br) <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.