

TRABALHOS DE PESQUISAS

**IMPACTO DA INFECÇÃO POR HIV E DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

Daniela Siqueira Prado¹, Sandro Rangel Santos², Gildiane de Melo Rangel², Ryane Vieira Lima², Luciana Alice Santana Teixeira²

IMPACT OF HIV INFECTION AND ANTIRETROVIRAL THERAPY ON THE FEMALE SEXUAL FUNCTION

Resumo: Objetivo: Verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios da função sexual entre grupos de mulheres portadoras do vírus HIV (MP) e de não portadoras (MNP), e apurar se há associação entre disfunção sexual e uso de terapia antirretroviral (TARV). Métodos: Estudo transversal composto por 244 mulheres sexualmente ativas, das quais 123 são MP e 121 são MNP. A função sexual foi avaliada pelo Quociente Sexual-versão feminina (QS-F). Resultados: Houve diferença significativa na prevalência de disfunção sexual entre MP e MNP (25,2 e 9,9%, $p=0,002$) e nos escores dos domínios da função sexual: desejo ($p<0,001$) e orgasmo ($p<0,01$). Não houve diferença significativa na prevalência de disfunção sexual entre as usuárias de TARV e as não usuárias. Conclusões: Houve maior prevalência de disfunção sexual em MP. O uso de TARV não se associou a aumento na prevalência de disfunção sexual.

Palavras-chave: fármacos anti-HIV; síndrome da imunodeficiência adquirida; disfunção sexual; saúde sexual

Abstract: Purpose: Verify if there is any difference between the prevalence of sexual dysfunction and in scores of domains of sexual function among groups of women HIV infected (WI) and of women HIV not infected (WNI), and whether there is an association between sexual dysfunction and use of antiretroviral therapy (HAART). Methods: A cross-sectional study included 244 sexually active women, of which 123 were WI and 121 were WNI. Sexual function was assessed by the Sexual Quotient female-version (QS-F). Results: There was a significant difference in the prevalence of sexual dysfunction between WI and WNI (25.2 and 9.9%, $p=0.002$) and in the sexual domain scores: desire ($p<0.001$) and orgasm ($p<0.01$). There was no significant difference in the prevalence of sexual dysfunction among HAART users and non-users. Conclusions: There was a higher prevalence of sexual dysfunction in WI. The use of HAART was not associated with increased sexual dysfunction.

Keywords: anti-HIV agents; acquired immunodeficiency syndrome; sexual dysfunction; sexual health

¹ Professora Assistente da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.
E-mail: danisprado77@gmail.com

² Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

Introdução

A disfunção sexual é um problema multidimensional, determinada por fatores biológicos, psicológicos e interpessoais, capaz de influenciar a saúde física e mental (BASSON et al., 2000). Há poucos estudos longitudinais sobre disfunção sexual feminina, como o conduzido na Austrália, no qual foram acompanhadas 2.252 mulheres durante 12 meses, das quais 36% relataram uma nova dificuldade sexual no seguimento. As duas maiores dificuldades encontradas foram falta de interesse em ter relações sexuais (26%) e demora em atingir o orgasmo (11%) (SMITH et al., 2012).

No Estudo da Vida Sexual dos Brasileiros (EVSB), realizado entre novembro de 2002 e fevereiro de 2003, com 7.103 indivíduos de 13 estados brasileiros, observou-se frequência de disfunções sexuais de 28,5% entre as mulheres. As disfunções femininas mais encontradas foram dificuldade de excitação (26,6%) e para atingir o orgasmo (26,2%). Dispareunia foi referida por 17,8% das mulheres (ABDO, 2004).

As causas de disfunção sexual na mulher podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurológicas, hormonais e musculogênicas (BERMAN; BASSUK, 2002). A idade, nível socioeconômico e comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e algumas doenças sexualmente transmissíveis, como a infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), podem interferir na função sexual (ABDO et al, 2004; BELL, 2006).

Segundo metanálise conduzida no Brasil, a infecção por HIV pode desencadear disfunção sexual por causas psíquicas, hormonais, condições farmacológicas e condições mórbidas associadas (SCANAVINO, 2011). Causas psicossociais incluem reação de luto após desenvolver a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), ansiedade e depressão (OLLEY et al., 2003). A lipodistrofia destaca e estigmatiza pacientes com HIV em tratamento e pode resultar em isolamento sexual (TIEN et al., 2003). Em estudo recente desenvolvido no Brasil, uma parcela significativa (37%) das mulheres com AIDS referiu inatividade sexual nos últimos 12 meses (TUBINO; ABDO, 2010). Apesar de existirem estudos que demonstrem o impacto da infecção por HIV em aspectos psicossociais (ANDRINOPOULOS, 2011; LOGIE; GADALLA, 2009), são poucos, os que avaliaram tal interferência sobre a função sexual feminina, fato que motivou a realização desta pesquisa.

Método

Foi realizado um estudo transversal no período de julho a dezembro de 2012 com 244 mulheres divididas em dois grupos, o primeiro composto por 123 mulheres portadoras do vírus HIV (MP) e o segundo por 121 mulheres não portadoras do vírus (MNP). As MP foram abordadas no ambulatório de referência para a doença e as MNP foram escolhidas aleatoriamente nos diversos ambulatórios de outras especialidades do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) e Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-SE). Foram critérios de inclusão estar na pré-menopausa, ter parceiro fixo e ter vida sexual ativa, esta caracterizada como atividade sexual nos últimos seis meses. Foram excluídas mulheres em uso de antidepressivos. Duas mulheres do grupo MP se recusaram a responder o questionário por não confiarem no sigilo do estudo. No Grupo MNP, cinco mulheres abordadas não quiseram participar da pesquisa.

Utilizou-se, como instrumento de avaliação da função sexual feminina, o Quociente Sexual-versão Feminina (QS-F), uma escala breve, específica e multidimensional (ABDO, 2006, p. 90). O QS-F pode ser interpretado em termos de escore total, avaliando a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher e, como abrange todas as fases do ciclo de resposta sexual, além de domínios correlatos, é também um instrumento que indica em quais aspectos dessa resposta situa(m)-se a(s) dificuldade(s) de cada paciente (ABDO, 2006, p. 90). Por meio de dez questões autorresponsivas, o QS-F avalia desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Escores baixos (< 2 pontos) para as questões de números 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação sexual. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos (< 2 pontos) para estas questões significam pouca capacidade de envolvimento e pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto (> 2 pontos) para a pergunta sete após subtração de 5 (conforme padronização do questionário), confirma presença de dor durante a relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos (< 2 pontos) para as questões 9 e 10. Para o cálculo do escore total somam-se

todas as perguntas e multiplica-se por dois. Escore total menor ou igual a 60 pontos indica disfunção sexual (ABDO, 2006, p. 90).

O questionário foi aplicado por meio de entrevista, durante a qual um único entrevistador questionava as mulheres em ambiente reservado. Inicialmente, interrogava dados referentes à idade, estado civil, escolaridade e uso de medicações. Estratificou-se escolaridade em ensino fundamental, médio e superior. Em seguida, aplicou-se o QS-F.

As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram utilizadas, para sumariá-las, frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando mais adequado. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Para o teste de hipóteses relativas às variáveis categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. A comparação entre os grupos foi realizada mediante teste t de Student para amostras independentes. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80. Para realizar os cálculos estatísticos, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

Para a estimativa do tamanho da amostra, foram adotados os seguintes critérios: proporção esperada de 50% (dados da literatura); variação esperada de 20%; intervalo de confiança de 95%. O programa utilizado foi o Winpepi versão 2.16 2004/2009. Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE

00069.0.107.000-10). Todas as mulheres recrutadas para o estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Não se observou diferença significativa ($p=0,05$) entre as médias de idades das MP ($34,9 \pm 6,9$) e MNP ($32,5 \pm 8$). Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao estado civil ($p=0,01$), uma vez que entre as MP, 43,9% eram casadas/união estável e 56,1% eram solteiras, ao passo que entre as MNP, 60,3% eram casadas/união estável e 39,7%, solteiras. Foi verificada diferença significativa também em relação ao grau de escolaridade ($p=0,01$). Entre as MP, 39% haviam concluído o ensino médio ou superior, 49,6% o ensino fundamental e 11,4% declararam-se analfabetas. No grupo das MNP, houve uma predominância de mulheres que concluíram o ensino médio ou superior (57,9%), 34,7% o ensino fundamental e 7,4% declararam-se analfabetas.

Foi observada homogeneidade em relação à cor da pele percebida ($p=0,74$). Mais da metade das mulheres pertencentes aos grupos MP (51,2%) e MNP (53,7%) eram pardas. O mesmo ocorreu com o padrão menstrual ($p=0,34$), pois, em ambos os grupos, a maioria das mulheres apresentava ciclos regulares (MP = 59,3% e MNP = 65,3%). A variável idade de início da vida sexual apresentou diferença significativa ($p=0,003$) entre os grupos. Entre as MP, a média de idade foi de 17,4 ($\pm 3,8$), enquanto entre as MNP, 16,2 ($\pm 2,9$) (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre as características epidemiológicas do grupo de mulheres com HIV (MP) e sem HIV (MNP)

	MP (%)	MNP (%)	<i>p</i>
Idade ¹	34,9 ± 6,9	32,5 ± 8	0,05
Estado Civil ²			
Solteira	69(56,1)	48(39,7)	0,01
Casada/União Estável	54 (43,9%)	73(60,3)	
Escolaridade ²			
Analfabeta	14(11,4)	9(7,4)	0,01
Fundamental	61(49,6)	42(34,7)	
Médio/Superior	48(39)	70(57,9)	
Cor da Pele percebida ²			
Branca	39(31,7)	33(27,3)	0,74
Parda	63(51,2)	65(53,7)	
Negra	21(17,1)	23(19)	
Menstruação ²			
Regular	73(59,3)	79(65,3)	0,34
Irregular	50(40,7)	42(34,7)	
Idade de início da vida sexual ¹	17,4 ± 3,8	16,2 ± 2,9	0,003

1: teste t de Student 2: teste do χ^2 de Pearson

A prevalência global de disfunção sexual foi de 17,6% (IC 95% = 13,5-22,5). No grupo das MP foi de 25,2%, ao passo que entre as MNP, 9,9% apresentaram disfunção sexual ($p=0,002$). Não

houve diferença significativa em relação à disfunção sexual entre as usuárias de Terapia Antirretroviral (TARV) ($n=94$) e não usuárias ($n=29$) (23,4% x 31% de disfunção sexual) ($p=0,41$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da prevalência de disfunção sexual em mulheres segundo os grupos: MP em uso de TARV, MP sem uso de TARV e MNP.

Disfunção Sexual	MP em uso de TARV	MP sem usar TARV	MNP
	N (%)	N (%)	N (%)
Sim	22(23,4)	9(31)	12(9,9)
Não	72(76,6)	20(69)	109(90,1)
Total	94	29	121

*teste do χ^2 de Pearson

**A comparação entre MP com TARV e MNP tem $p=0,007$

***A comparação entre MP sem TARV e MNP tem $p=0,003$

****A comparação entre MP com TARV e MNP sem TARV tem $p=0,41$

Em relação aos escores dos domínios da função sexual, houve diferença significativa no desejo (MP = 10 (6-13) x MNP=12 (10-14), $p<0,001$) e orgasmo (MP = 7 (4-7) x MNP=9 (7-10), $p<0,01$). Não houve diferença significativa nos domínios excitação (MP = 17 (13-20) x MNP = 18 (15,5-19), $p=0,19$) e desconforto sexual (MP = 0 (0-2) x MNP = 0 (0-2), $p=0,25$).

No modelo de análise de razão de chances não ajustadas para fatores associados à disfunção sexual, as MP apresentaram 3,06 (IC95%: 1,49-6,3; $p=0,002$) vezes mais chan-

ces de desenvolver disfunção sexual frente às MNP. As pacientes solteiras possuem 1,47 vezes mais chances de apresentar disfunção (IC 95%: 0,76-2,85; $p=0,26$) em relação às pacientes casadas/união estável. As analfabetas apresentaram 3,17 vezes mais chances de disfunção sexual (IC 95%: 1,17-8,61; $p=0,02$) frente às de nível médio/superior, e as com nível fundamental apresentaram 1,26 vezes mais chances de disfunção sexual (IC 95%: 0,61-2,59; $p=0,53$) frente às de nível médio/superior (Tabela 3).

Tabela 3. Razão de chances não ajustadas para fatores associados à disfunção sexual das amostras

Variável	ODDS não-ajustada	IC 95%	p
HIV – Positivo	3,06	1,49-6,3	0,002
Negativo	1		
Idade	1,05	1,0-1,1	0,04
Estado Civil – Solteira	1,47	0,76-2,85	0,26
Casada/União estável	1		
Escolaridade – Analfabeto	3,17	1,17-8,61	0,02
Fundamental	1,26	0,61-2,59	0,53
Médio/Superior	1		
Idade de início da vida sexual	0,87	0,78-0,98	0,02

Obs: Razão de chances não ajustada estimadas por regressão logística

O aumento da idade elevou a chance de disfunção sexual em 1,05 (IC 95%: 1-1,1; $p=0,04$) vezes. Quanto mais tarde o início da vida sexual, menor a chance de desenvolver disfunção sexual (0,87) (IC 95%: 0,78-0,98; $p=0,02$). Quando analisada a razão de chances ajustadas para fatores associados à disfunção sexual (idade, estado civil, escolaridade, idade de início da vida sexual e possuir ou não infecção por HIV), somente a infecção por HIV mostrou-se como fator independente para influenciar na função sexual, Odds: 3,06 (IC95%: 1,49-6,3; $p=0,002$).

Discussão

A prevalência de disfunção sexual neste estudo foi de 17,6%, inferior à observada na literatura internacional (20% a 50%) (BASSON, 2005). Estudo realizado em Sergipe aponta uma prevalência de disfunção sexual de 20% a 23,4% (PRADO; MOTA; LIMA, 2010) e estudos realizados em São Paulo mostram que pelo menos uma disfunção sexual foi relatada por 49% das mulheres (ABDO; OLIVEIRA; MOREIRA; FITTIPALDI, 2002). Salienta-se, no entanto, que dados relativos à prevalência de disfunção sexual, em geral, apresentam uma grande diversidade entre si, talvez por serem tão diversificados os sistemas classificatórios, os métodos de avaliação e os grupos populacionais em que incidem esses estudos (BEAN, 2002), bem como ao fato de muitas pesquisas serem realizadas inadequadamente (NAZARETH; BOYTON; KING, 2003).

Apesar de os grupos não serem homogêneos no tocante à escolaridade, ao estado civil e ao início da atividade sexual, e destes serem fatores que podem influenciar na prevalência de disfunção sexual (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; ISHAK; LOW; OTHMAN, 2010) após análise multivariada, a infecção pelo HIV demonstrou ser fator independente para influência negativa na função sexual.

Estudo realizado na década de 1990 nos Estados Unidos demonstrou que a taxa de disfunção sexual em mulheres portadoras do HIV foi de 40% (BROWN; RUNDELL, 1993) e nos anos 2000, em estudo desenvolvido no Reino Unido, tal prevalência foi de 50% (BELL, 2006). Trabalhos comparativos utilizando o Female Sexual Function Index nos Estados Unidos (WILSON et al., 2010) e na Itália (LUZI et al., 2009) demonstraram maior prevalência de disfunção sexual entre as mulheres portadoras do vírus

HIV, semelhante ao demonstrado no presente estudo.

No entanto, outro estudo realizado nos Estados Unidos sem a utilização de instrumento validado para avaliação da função sexual de mulheres HIV positivas, demonstrou que mulheres com o vírus não apresentaram piora na função sexual, apesar de salientar que as que estavam em melhores condições psicológicas, orgânicas e apresentavam melhores condições de vida, conseguiram melhores escores de função sexual (BOVA; DURANTE, 2003).

No presente trabalho, os domínios mais afetados da função sexual foram o desejo, fase motivacional da resposta sexual, influenciado por questões psíquicas, e o orgasmo. Estes resultados coincidiram com outros estudos, como um desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1990, que demonstrou disfunção no domínio desejo sexual de 31% (BROWN; RUNDELL, 1993), e outro realizado na Itália, em 2009, que apontou a redução de desejo e a dificuldade para obtenção de orgasmo como as principais causas de disfunção sexual das mulheres (LUZI et al., 2009).

O uso de TARV por pacientes com AIDS manifesta, principalmente os inibidores da protease, pode aumentar a prevalência de disfunção sexual em pacientes em uso da terapia (COLLAZOS; MARTINEZ; MAYO; IBARRA, 2002; RUSSEL, 2011). Entretanto, em estudos conduzidos na Colômbia e na Europa, as pacientes que tinham os seus sintomas controlados por TARV não apresentaram maior prevalência de disfunção sexual (LUZI et al., 2009; VALENCIA; CANAVAL; MARÍN; PORTILLO, 2010) o que também foi demonstrado em nosso estudo.

Estudo realizado no Brasil, com homens e mulheres, demonstrou que a disfunção sexual em pacientes portadores do HIV deve ser interpretada como uma comorbidade, e programas de assistência ao cuidado da AIDS devem ser implementados no país (SCANAVINO; ABDO, 2010). Estudos revelaram ainda a importância do encorajamento quanto à adesão à TARV, de revelar ao parceiro a condição de portador do vírus HIV e de incentivar práticas sexuais seguras (WAMAYI; MBONYE; SEELEY; BIRUGI; JAFFAR, 2011).

Dentre as limitações deste estudo, não foi possível analisar exames laboratoriais das pacientes (Carga viral, CD4+). Dados encontrados na literatura demonstram uma relação entre as alterações nesses exames e pior função sexual

(WILSON et al., 2010). Outra limitação é a estratégia usada para selecionar a amostra. Seleção da amostra por conveniência permite o estudo dos fatores associados às variáveis dependentes, mas impede a generalização dos resultados, pois não é uma amostra representativa. A aplicação do questionário pelo entrevistador também é uma limitação, os mesmos não foram autoaplicados em virtude do baixo nível cultural de algumas pacientes avaliadas. Por fim, apesar do instrumento utilizado não ser multifatorial, inferimos a avaliação de domínios da função sexual tais como desejo, orgasmo, excitação e desconforto sexual a partir das questões específicas, como demonstrado na metodologia, os níveis de corte para disfunção sexual por domínios também não têm validação na literatura.

Conclusão

Houve maior prevalência de disfunção sexual no grupo de pacientes com HIV, especialmente redução de desejo e dificuldade para obtenção de orgasmo. O uso de TARV não se associou a aumento na prevalência de disfunção sexual. Recomenda-se, então, maior investigação da função sexual por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados das pacientes portadoras do HIV, visto que tal afecção demonstrou impacto negativo neste componente tão importante da saúde da mulher.

Referências

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.*, 63(9):, p. 477-482, 2006.

_____. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini, 2004.

ABDO, C. H.; OLIVEIRA, W. M. JR.; MOREIRA, E. D. JR.; FITTIPALDI, J. A. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.*, 16(2):p. 160-166, 2004.

_____. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med.*, 59(4): p. 250-257, 2002.

ANDRINOPOULOS, K.; CLUM, G.; MURPHY, D. A.; HARPER, G.; PEREZ, L.; XU, J.; et al. Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Health related quality of life and psychosocial correlates among HIV-infected adolescent and young adult women in the US. *AIDS Educ. Prev.*, 23(4), p. 367-381, 2011.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; DEROGATIS, L.; FERGUSON, D.; FOURCROY, J.; et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.*, 163(3):p. 888-893, 2000.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10):p. 1327-1333, 2005.

BEAN, J. L. Expressions of female sexuality. *J. Sex Marital Ther.*, 28(1), p. 29-38, 2002.

BELL, C. HIV- associated female sexual dysfunction – clinical experience and literature review. *Int. J. STD AIDS*, 7(10), p. 706-709, 2006.

BERMAN, J. R.; Bassuk, J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.*, 20(2), p. 111-118, 2002.

BOVA, C.; DURANTE, A. Sexual Functioning among HIV-Infected Women. *AIDS Patient Care STDS.*, ;17(2), p. 75-83, 2003.

BROWN, G. R.; RUNDELL, J. R. A prospective study of psychiatric aspects of early HIV disease in women. *Gen Hosp Psychiatry*, 15(3), p. 139-147, 1993.

COLLAZOS, J.; MARTINEZ, E.; MAYO, J.; IBARRA, S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *J. Acquir Immune Defic. Syndr.*, 31, p. 322-326, 2002.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7(2), p. 143-150, 2007.

ISHAK, I. H.; LOW, W. Y.; OTHMAN, S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J. Sex Med.*, 7(9), p. 3080-3087, 2010.

- LOGIE, C.; GADALLA, T. M. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21(6), p. 742-753, 2009.
- LUZI, K.; GUARALDI, G.; MURRI, R.; DE PAOLA, M.; ORLANDO, G.; SQUILLACE, N. et al. Body image is a major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antivir Ther.*, 14(1), p. 85-92, 2009.
- NAZARETH, I.; BOYTON, P.; KING, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*, 327(7412), p. 423-429, 2003.
- OLLEY, B. O.; GXAMSA, F.; SEEDAT, S.; THERON, H.; TALJAARD, J.; REID, E. et al. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender. *S. Afr. Med. J.*, 93, p. 928-931, 2003.
- PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 32(3), p. 139-143, 2010.
- RUSSELL, D. B. Sexual function and dysfunction in older HIV-positive individuals. *Sex Health*, 8(4), p. 502-507, 2011.
- SCANAVINO, M. D. T. Sexual Dysfunctions of HIV-Positive Men: Associated Factors, Pathophysiology Issues, and Clinical Management. *Adv. Urol.*, 2011.
- SCANAVINO, M. T.; ABDO, C. H. N. Sexual dysfunctions among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*, 65(5), p. 511-519, 2010.
- SMITH, A. M.; LYONS, A.; FERRIS, J. A.; RICHTERS, J.; PITTS, M. K.; SHELLEY, J. M. et al. Incidence and persistence/recurrence of women's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. *J. Sex Marital Ther.* 38(4):p. 378-393, 2012.
- TIEN, D. C.; COLE, S. R.; WILLIAMS, C. M.; LI, R.; JUSTMAN, J. E.; COHEN, M. H. et al. Incidence of lipoatrophy and lipohypertrophy in the women's interagency HIV study. *J. Acquir. Immun. Def. Syndr.*, 34, p. 461-466, 2003.
- TUBINO SCANAVINO, M. D.; ABDO, C. H. Sexual dysfunctions among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*, 65(5), p. 511-519, 2010.
- VALENCIA, C. P.; CANAVAL, G. E.; MARÍN, D.; PORTILLO, C. J. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 41(3), 2010.
- WAMOYI, J.; MBONYE, M.; SEELEY, J.; BIRUNGI, J.; JAFFAR, S. Changes in sexual desires and behaviours of people living with HIV after initiation of ART: implications for HIV prevention and health promotion. *BMC Public Health*, 11, p. 633, 2011.
- WILSON, T. E.; JEAN-LOUIS, G.; SCHWARTZ, R.; GOLUB, E. T.; COHEN, M. H.; MAKI, P. et al. HIV infection and women's sexual functioning. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 54(4), p. 360-367, 2010.