

**PROJETO DE PESQUISA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA**

**TEMA: PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE E  
PREVALÊNCIA DE ALGUNS COMPORTAMENTOS  
DE RISCO PARA DST/HIV EM MULHERES NA  
CIDADE DE PELOTAS.**

*Agosto de 1999*

## **1. INTRODUÇÃO:**

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são frequentes em todo o mundo. Nos E.U.A., em torno de um milhão de DST foram diagnosticadas em 1990 somente em clínicas especializadas(1). Em dezembro de 1999, haviam 34,3 milhões de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo 15,7 milhões de mulheres. Com o aumento do número de casos classificados como de transmissão heterossexual, a contaminação entre as mulheres vem aumentando e elas corresponderam a quase a metade de todas as pessoas contaminadas somente durante o ano de 1999 (2,3 milhões). Grande parte destas mulheres se contamina na idade de 15 a 24 anos, em plena vida reprodutiva, o que leva a um aumento de casos entre crianças devido à transmissão vertical. Na América Latina, cerca de 1,4 milhões de pessoas estão contaminadas, sendo que 20% dos adultos são mulheres. Segundo a OMS, a epidemia ainda não foi controlada em nenhum lugar do mundo(2). De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, presume-se que o número de portadores ultrapasse 500.000 e registrou-se, de 1980 até maio de 1999, mais de 160.000 casos; destes 23,7% ocorreram em mulheres. A razão atual de casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) por sexo no Brasil e no Rio Grande do Sul (RS), é de dois homens para cada mulher(3).

As mulheres são especialmente vulneráveis as DST por características biológicas e de papéis sociais (gênero). A prevenção destas doenças, incluindo a AIDS, passa pela percepção individual de vulnerabilidade e pela conscientização da necessidade de se proteger.

Em um estudo na República Dominicana, 11% das mulheres se declararam em risco para adquirir uma DST, embora fosse uma população marginalizada com 20% das mulheres já tendo tido relações sexuais em troca de dinheiro(4). Um estudo transversal realizado nos E.U.A. com mulheres predominantemente da raça branca, de 17 a 26 anos,

mostrou que a comunicação com os pais sobre risco sexual aumentava a chance da mulher se considerar em risco, enquanto que o uso constante do preservativo, a satisfação com o relacionamento amoroso e o fato de perceber o parceiro como sem risco, diminui esta chance(5). Em um estudo com adolescentes de uma escola realizado em Pelotas em 1995, 1% das meninas declararam que consideravam muito possível adquirir o vírus HIV e 8,3% consideravam possível(6).

Em relação aos comportamentos de risco ligados à contaminação por DST e HIV, alguns já foram bem estabelecidos por vários autores, como a idade precoce de iniciação sexual, sexo anal, uso de drogas e álcool e/ou parceiros usuários, múltiplos parceiros sexuais ou parceiro com múltiplos parceiros, relações abusivas, DST prévia e baixa escolaridade. O hábito de usar regularmente preservativos foi evidenciado em muitos estudos como fator protetor.

Dados da América Latina e Caribe citam que 56% das mulheres já tiveram relações sexuais aos 20 anos(7). Estudo de base populacional com moradores de áreas urbanas de todo o Brasil realizado em 1998 mostrou que 35% das meninas com 15 anos já haviam tido a primeira relação sexual(3).

Estudo realizado em Pelotas mostrou que 45,3% das mulheres já tinham tido relações sexuais entre 15 e 19 anos(8).

O início precoce da atividade sexual esteve associado com uso de drogas, maior número de parceiros sexuais, menor uso de preservativos e menor seletividade de parceiros(9).

A alta incidência de gestação entre adolescentes também mostra que, além de iniciar a vida sexual mais precocemente, elas se expõem freqüentemente, a relações sem proteção. No Brasil, entre 29 e 32% das mulheres tiveram filhos com menos de 20 anos de

idade(7). Em Pelotas, 33% das adolescentes (15 a 19 anos) já estiveram grávidas(8); em estudo de base escolar com meninas de 12 a 19 anos, esta prevalência foi de 11%(6). Em Pelotas, no ano de 1998, 19,9% dos nascimentos ocorreu em mulheres com menos de 20 anos(10).

As práticas sexuais de mais alto risco incluem o sexo anal e a relação vaginal sem preservativos. Os índices de prática de sexo anal relatados por mulheres variam, em vários estudos com populações diferentes, de 6,7 a 25,9% (11, 6).

Em pessoas com o vírus HIV adquirido por via sexual nos E.U.A., 74% das mulheres e 68% dos homens nunca usaram preservativo nos cinco anos anteriores ao diagnóstico (12).

O uso do preservativos, apesar de várias campanhas, ainda é baixo, variando de 3,2% a 22,5%.(4,13,14,11). O estudo brasileiro acima referido, com uma população entre 16 e 65 anos, mostrou uma prevalência de uso nos últimos 12 meses de 24% (64% em relações eventuais). Na faixa etária de 16 a 25 anos este índice foi de 44% ( 53% entre os homens e 35% entre as mulheres); e no geral, o grupo que menos utilizou o preservativo foram as mulheres com parceria estável (3). Estudo em Pelotas demonstrou que 42% das adolescentes escolares do sexo feminino usaram na última relação(6). Estudo de base populacional na mesma cidade encontrou uma frequência de uso de 7,5% e também mostrou que o uso foi maior em mulheres com mais de 20 anos(8).

O tipo de método anticoncepcional utilizado também influencia o uso do preservativo, demonstrando que a maior preocupação das mulheres é evitar a gravidez. Entre adolescentes norte-americanas de baixo nível socioeconômico, as que usavam contracepção hormonal usavam menos preservativo (OR 1,7)(13). Em estudo brasileiro com mulheres que haviam feito laqueadura tubária, 78% referiram nunca utilizar preservativos contra 46% das mulheres que usavam outros métodos(15).

Em Pelotas, 20% dos parceiros não aceitavam o uso de algum tipo de método anticoncepcional pela parceira, sendo que este índice crescia para 44% quando o método em questão era o preservativo(8).

Em usuárias de drogas e/ou álcool e parceiras de usuários, o risco de contaminação por DST e HIV também aumenta, mesmo sem o uso de drogas injetáveis, que têm uma relação direta com a contaminação pelo HIV e hepatite B e C. O uso de drogas e álcool está associado com uma facilitação de comportamentos de risco. Um estudo norte-americano demonstrou uma incidência de 61% de DST em usuárias de *crack* contra 34% em não usuárias em uma população de alto risco; relacionou também o uso de drogas com o aumento da prostituição(14). Em outro estudo norte-americano com portadores do vírus HIV adquirido provavelmente por via heterossexual, 35% declararam ter usado drogas não injetáveis nos últimos cinco anos e 17% referiram o uso abusivo de álcool. Além disso, 47% das mulheres referiram parceiros sexuais usuários de drogas injetáveis(12). Outro estudo norte-americano realizado com estudantes universitárias de psicologia, mostrou que, entre as mulheres, 57% já haviam mantido relações sexuais basicamente por estarem intoxicadas, percentual este que aumentava com a idade; destas 21% haviam utilizado preservativo(16).

No Brasil, em dados de 1998, 13% da população estudada já havia utilizado uma droga ilícita em algum momento da vida; entre os adolescentes de 16 a 19 anos este percentual era de 16%(3). Em Pelotas, dados de 1994 indicam uma prevalência de consumo de risco de álcool de 21,7% para homens e 4,1% para mulheres. A prevalência de dependência foi de 6,2% em homens e 2,5% em mulheres(17).

O relato de maior número de parceiros sexuais também aumenta a chance de adquirir uma DST, tanto pela exposição a um maior número de pessoas potencialmente contaminadas, como pela tendência entre estas mulheres de menor seletividade ao escolher

seus parceiros. O relato de dois ou mais parceiros num curto período de tempo (três meses) indica comportamento de alto risco para DST. Nos E.U.A., dois terços das mulheres sexualmente ativas referem dois ou mais parceiros em toda a vida e 13 %, dois ou mais parceiros no último ano; das mulheres não casadas, 25% tiveram dois ou mais parceiros no último ano e 8,4% nos últimos três meses(9). Estudo transversal de base populacional com mulheres norte-americanas sem união estável, de 15 a 44 anos, mostrou que 6,6% delas tiveram dois ou mais parceiros nos últimos três meses. Os principais fatores associados com este comportamento foram o início precoce das relações sexuais (menor de 17 anos), mulheres sem prática religiosa na adolescência, idade inferior a 30 anos e cujas mães tiveram filhos com menos de 25 anos(18).

Outros estudos demonstraram forte associação entre número de parceiros sexuais e maior risco de DST; demonstraram também que o risco diminui com a idade e que os homens costumam ter mais parceiros que as mulheres(11). Outros preditores de múltiplos parceiros sexuais para mulheres nos EUA foram a raça negra, a residência em área urbana, o trabalho em tempo integral, a falta de religião, a baixa renda, a baixa escolaridade dos pais e pais separados(18). No estudo brasileiro de 1998, 95% das mulheres com vida sexual ativa e com mais de 25 anos de idade tinham parceiros fixos(3).

É importante ressaltar também que, para as mulheres, muitas vezes o fato de ter um parceiro fixo e não ter outro comportamento de risco, não fornece proteção para as DST/HIV, pois o parceiro pode ter um comportamento de risco. Em uma população de mulheres norte-americanas contaminadas pelo vírus HIV através de relação sexual, 35% referiram um só parceiro sexual nos últimos cinco anos antes do diagnóstico(12). Um estudo com adolescentes norte-americanas demonstrou que as de raça negra tinham quase quatro vezes mais DST, mesmo com ajuste para fatores socioeconômicos e para

comportamento sexual. Uma explicação para este risco aumentado estaria no fato de que as adolescentes de raça negra têm mais parceiros de risco(19).

As relações abusivas também apresentam maior risco de contaminação, pois diminuem ainda mais a possibilidade da mulher negociar sexo seguro. Um estudo transversal norte-americano, de base escolar, demonstrou uma prevalência de 15% de abuso sexual nas adolescentes do sexo feminino. Elas apresentaram maior e mais precoce atividade sexual, maior número de parceiros, menor uso de preservativos, maior índice de gestações, menor mudança de comportamento devido a AIDS e tendência a repetir relacionamentos abusivos. É citado também que o abuso sexual na infância está ligado a outros comportamentos de risco para HIV como prostituição e uso de drogas e a uma prevalência aumentada de DST(20).

Outro estudo transversal realizado com mulheres negras e pobres, de 18 a 29 anos, em San Francisco (E.U.A.), que demonstrou uma prevalência de 17,6% de abuso físico pelo parceiro principal nos últimos três meses, mostrou que mulheres em relações abusivas usam menos preservativos, são agredidas física ou verbalmente quando sugerem o seu uso e têm medo de falar com seus parceiros sobre isto. Ao mesmo tempo, estas mulheres têm maior preocupação em adquirir o vírus HIV(21).

A baixa renda e a menor escolaridade também têm sido citadas como fatores de risco para DST e HIV. Nos E.U.A., em pessoas com HIV adquirido por transmissão sexual, dois terços eram de baixa renda e metade tinham menos de 12 anos de frequência à escola(12). No Brasil, dados de 1997 mostraram que 64,1% dos casos de AIDS entre mulheres, com 19 ou mais anos de idade e que informaram a escolaridade, tinham apenas o primeiro grau ( completo ou incompleto), contra 57,5% dos homens(3). Em Pelotas, 57% das mulheres têm renda familiar inferior a 5,7 salários mínimos e a escolaridade média é de 8,5 anos e 11% têm menos de cinco anos de escola completos(8).

O fato de ter tido uma DST prévia também é citado como marcador de risco para DST/HIV. Em mulheres com HIV adquirido por transmissão sexual, 34% referiram tratamento para DST nos últimos dez anos(12). Por outro lado, o fato de ter tido uma DST pode aumentar a prática de sexo seguro(15). Encontrou-se prevalências de DST variando de 6 a 16% em estudos de base populacional(11) e entre escolares houve uma prevalência entre 1% e 4% de relato de algum tipo de sinal ou sintoma de DST no sexo feminino(6).

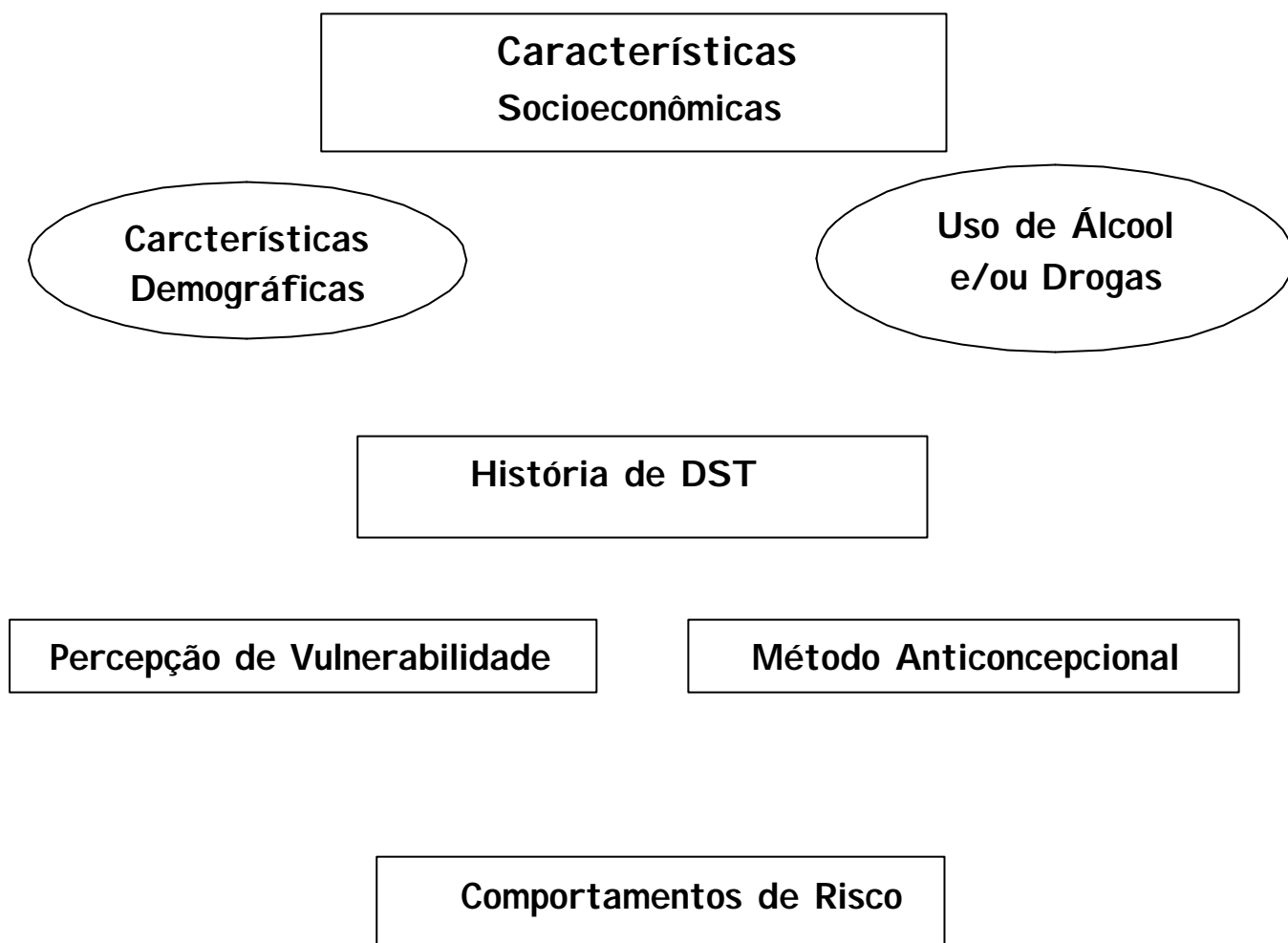
Os principais artigos encontrados na revisão bibliográfica encontram-se resumidos no Anexo 1.

### **1.1. Justificativa:**

As mulheres, em todo o mundo, estão entre os grupos de maior risco para adquirir o vírus HIV e as doenças sexualmente transmissíveis estão intimamente ligadas a uma facilitação da transmissão deste vírus.

Conhecer a percepção de vulnerabilidade para adquirir uma DST pelas mulheres é importante para instrumentalizar formas de intervenções preventivas. Além disso, o conhecimento da prevalência de comportamentos de risco para DST/HIV na população estudada, permitirá estimar o risco de infecção desta população e identificar grupos nos quais devem ser concentrados os esforços preventivos.

**1.2. Modelo teórico:**



## **2. OBJETIVOS:**

- 1) Caracterizar a percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS em mulheres entre 15 a 49 anos de idade, na cidade de Pelotas;
- 2) Medir a prevalência de alguns comportamentos de risco relatados para DST/AIDS nesta população;
- 3) Comparar a percepção de vulnerabilidade e comportamentos de risco, conforme características demográficas e socioeconômicas.

## **3. HIPÓTESES:**

- 1) A percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS é maior em mulheres de melhor situação socioeconômica e maior escolaridade;
- 2) A prevalência de comportamentos de risco para DST/AIDS é maior em mulheres jovens, de baixo nível socioeconômico e com menor escolaridade;
- 3) A presença de comportamentos de risco para DST/AIDS leva a mulher a perceber-se em maior risco, mas não necessariamente muda seu comportamento.

#### 4. METODOLOGIA:

##### 4.1. Delineamento:

Estudo transversal de base populacional.

##### 4.2. População-alvo:

Mulheres de 15 a 49 anos, residentes na zona urbana de Pelotas..

##### 4.3. Amostra:

A amostragem será aleatória, por conglomerados

As amostras foram calculadas para um Alfa de 5% e um poder de 80%.

Inicialmente a amostra foi calculada pelo desfecho, sendo o menos prevalente de 6%(múltiplos parceiros sexuais).

Prevalência Do desfecho	Erro Aceitável	Número de pessoas	Efeito de delineamento (1,5)	M. de 15 a 49 anos por domicílio	Número de domicílios	10% de perdas
6%	2 p.p.	541	811,5	0,9	900	990

Após, foi calculada a amostra pela exposição menos prevalente(percepção de vulnerabilidade ).

Prevalência da exposição	Razão não expostos/ expostos	Prevalência da doença em não expostos	Risco Relativo	Número de pessoas	Efeito de delineamento (1,3)	M. de 15 a 49 anos por domicílio	Número de domicílios	10% de perdas+ 15% fatores de confusão
10%	90:10	30%	1,5	940	1222	0,9	1358	1698

O processo de amostragem será descrito no relatório do trabalho de campo.

##### 4.4. Instrumentos e variáveis:

- Questionário padronizado aplicado por entrevistador;
- Questionário autoaplicado, colocado em envelope lacrado.

### Variáveis independentes

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
<b>Socioeconômicas</b> ➤ Escolaridade da mulher ➤ Renda familiar ➤ Renda da mulher ➤ Número de pessoas na casa	Numérica Discreta Numérica Contínua Numérica Contínua Numérica Discreta	Anos Completos Reais Reais Número	Nenhum, 1-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais Salários mínimos Salários mínimos Número
<b>Demográficas</b> ➤ Idade ➤ Cor da pele ➤ Estado civil ➤ Religião - Tipo - Prática	Numérica Discreta Categórica Binária Categórica Nominal Categórica Binária Categórica Nominal Categórica Binária	Anos completos Branca ou Não Branca Solteira, casada (ou com companheiro), viúva, separada/divorciada Sim ou Não Vários tipos Sim ou Não	15-19, 20- 24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 Branca ou Não Branca Solteira, casada (ou com companheiro), viúva, Separada/divorciada Sim ou Não Vários tipos Sim ou Não
<b>Comportamentais</b> ➤ Método anticoncepcional ➤ Percepção de Vulnerabilidade ( possibilidade de adquirir AIDS)	Categórica Nominal Categórica Ordinal	Nenhum, ACO, DIU, LT,Vasectomia, Preservativo, Histerectomia, tabela, coito interrompido, outros Muito possível, possível, pouco possível, quase impossível, impossível	Nenhum, ACO, DIU, LT,Vasectomia, Preservativo, Histerectomia, tabela, coito interrompido, outros Possível ou Não

**Variáveis Dependentes (avaliadas no último mês, com exceção do número de parceiros)**

<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de coleta</b>	<b>Escala de análise</b>
➤ <b>Variável (escore de risco)</b>			
• Uso de drogas pela mulher antes da última relação sexual	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
• Uso de álcool pela mulher antes da última relação sexual	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
• Frequência de uso de álcool pelo parceiro	Categórica Ordinal	Menos de 1 vez por mês, 1 a 3 vezes por mês, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana	Sim ou Não
• Frequência de uso de drogas pelo parceiro	Categórica Ordinal	Menos de 1 vez por mês, 1 a 3 vezes por mês, 1 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana	Sim ou Não
• Idade de início da atividade sexual	Numérica Discreta	Idade em anos completos	Até 17 ou mais de 17
• Prática de sexo anal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
• Número de parceiros sexuais últimos 3 meses	Numérica Discreta	Número	0, 1, 2 ou mais
• Uso do preservativo na última relação sexual	Categórica Binária	Sim ou não	Sim ou Não

#### **4.5. Seleção de sujeitos:**

Serão entrevistadas todas as mulheres de 15 a 49 anos residentes nos domicílios selecionados. Aquelas mulheres que relataram já ter iniciado vida sexual responderão a um questionário autoaplicado.

#### **4.6. Logística:**

**4.6.1. Pessoal:** Serão selecionados entrevistadores do sexo feminino, através de entrevista e prova de seleção. Cada entrevistadora será responsável por dois setores censitários. Os supervisores serão responsáveis, cada um, por duas entrevistadoras.

**4.6.2. Treinamento de pessoal e estudo piloto:** O treinamento terá duração de 40 horas, e constará de leitura dos questionários e manuais; dramatizações e avaliações. O estudo piloto será realizado em um setor que não faz parte da amostra sorteada, e cada entrevistadora terá que entrevistar cinco domicílios completos.

**4.6.3. Coleta dos dados:** As entrevistadoras percorrerão os setores censitários sorteados (48 setores), visitando 44 domicílios por setor. A cada 3 domicílios um será visitado. Serão consideradas como perdas ou recusas aqueles casos em que não for possível a realização da entrevista após três tentativas com entrevistadores diferentes.

**4.6.4. Controle de qualidade:** Os questionários serão codificados logo após a entrevista. O supervisor terá pelo menos uma reunião semanal com o entrevistador, quando recolherá e revisará os questionários. Os problemas encontrados serão discutidos com os entrevistadores. Em 5% das entrevistas será feita uma revisita pelo supervisor, com finalidade de checar a veracidade dos dados coletados e a consistência das respostas.

## **5. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:**

Serão feitas duas digitações com o programa Epi-Info 6.0, com o objetivo de realizar uma posterior comparação entre as duas digitações e, dessa maneira, garantir uma maior qualidade dos dados. Será feita uma checagem automática dos dados no momento da digitação com o uso do programa Check do Epi-Info, para verificação de amplitude e consistência. Será realizada limpeza dos dados através da obtenção de frequências das variáveis coletadas para identificar e corrigir inconsistências de codificação, revisão e digitação pelo programa SPSS 8.0.

Na análise uni e bivariada será utilizado o programa SPSS 8.0, e para a multivariada o programa Stata 6.0.

O nível de significância padrão de 5% será utilizado em toda a análise.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS:**

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina. Os resultados do estudo serão comunicados à Secretaria Municipal de Saúde. Será explicado às entrevistadas a importância da participação e o absoluto sigilo dos dados. Como é um estudo observacional será solicitado consentimento verbal esclarecido às entrevistadas e assegurado o direito de não-resposta de parte ou de todo o questionário. As perguntas mais íntimas estão contidas em questionário autoaplicado que será colocado pela entrevistada em envelope lacrado. Para facilitar a entrevista serão admitidas apenas entrevistadoras do gênero feminino.

## 7. ORÇAMENTO:

Os custos demonstrados a seguir dizem respeito à todo o consórcio, que será realizado em conjunto por 12 mestrados, perfazendo um custo médio de R\$ 1.621,31 para cada estudo.

Descrição	Valor	Quantidade	Valor Total
Folhas de Papel A4	0,01	80.000	800,00
Impressão	0,04	80.000	3.200,00
Lápis	0,50	200	100,00
Borracha	0,50	50	25,00
Pranchetas	4,00	26	104,00
Entrevistadores	480,00	26	12.480,00
Vale-Transporte	0,70	6.240	4.368,00
Total			<b>21.077,00</b>

## 8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Como o estudo se fundamenta na investigação de variáveis relacionadas à sexualidade humana, provavelmente teremos algumas dificuldades na coleta das informações, já que estas serão feitas no domicílio das mulheres. Para tentar amenizar estas dificuldades serão selecionadas somente entrevistadores do sexo feminino, que serão orientadas a entrevistar as mulheres individualmente, ressaltando a confidencialidade das informações. Os questionários autoaplicados não terão o nome da pessoa, somente uma codificação, e serão colocados em um envelope pela própria entrevistada, que fechará o

envelope com cola. As entrevistadoras deverão informar que este envelope será aberto e as informações observadas somente pela supervisora geral da pesquisa.

## 9. BIBLIOGRAFIA:

1. Richert CA, Peterman TA, Zaidi AA, Ransom RL, Wroten JE, Witte JJ. A method for identifying persons at high risk for sexually transmitted infections: opportunity for targeting intervention. *Am J Public Health* 1993;83(4):520-4.
2. <http://www.unaids.org>
3. <http://www.aids.gov.br>
4. Brewer TH, Hasbun J, Ryan CA, Hawes SE, Martinez S, Sanchez J, et al. Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *Aids* 1998;12(14):1879-87.
5. Hutchinson MK. Individual, family, and relationship predictors of young women's sexual risk perceptions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999;28(1):60-7.
6. Béria J. Ficar, transar ...a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.
7. The Alan Guttmacher Institute. Rumo a um Novo Mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens, 1998.
8. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública* 1999;33(1):64-72
9. Seidman SN, Mosher WD, Aral SO. Women with multiple sexual partners: United States, 1988. *Am J Public Health* 1992;82(10):1388-94.
10. SINASC-Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, 1998.
11. Michael RT, Wadsworth J, Feinleib J, Johnson AM, Laumann EO, Wellings K. Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. *Am J Public Health* 1998;88(5):749-54.
12. Diaz T, Chu SY, Conti L, Sorvillo F, Checko PJ, Hermann P, et al. Risk behaviors of persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of a multistate surveillance project. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7(9):958-63.
13. Royce CF. Condom use by Hispanic and African-American adolescent girls who use hormonal contraception. *J Adolesc Health* 1998;23(4):205-11.
14. DeHovitz JA, Kelly P, Feldman J, Sierra MF, Clarke L, Bromberg J, et al. Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women. *Am J Epidemiol* 1994;140(12):1125-34.
15. Villela W, Barbosa R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1996;30(5):452-9.
16. Butcher AH, Manning DT, O'Neal EC. HIV-related sexual behavior of college students. *J Am Col Health* 1991; 40(3): 115-118.
17. Lima M. Epidemiologia do uso de drogas lícitas e dos Transtornos Psiquiátricos Menores em Pelotas [Tese]. São Paulo(SP): Universidade Federal de São Paulo; 1996.
18. Seidman SN, Mosher WD, Aral SO. Predictors of high-risk behavior in unmarried American women: adolescent environment as risk factor. *J Adolesc Health* 1994;15(2):126-32.

19. Ellen JM, Aral SO, Madger LS. Do differences in sexual behaviors account for the racial/ethnic differences in adolescents' self-reported history of a sexually transmitted disease? *Sex Transm Dis* 1998;25(3):125-9.
20. Lodico MA, DiClemente RJ. The association between childhood sexual abuse and prevalence of HIV- related risk behaviors. *Clin Pediatr (Phila)* 1994;33(8):498-502.
21. Wingood GM, DiClemente RJ. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women . *Am J Public Health* 1997;87(6):1016-8.