

## Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids

The use of preservatives, risk and occurrence of non-planned pregnancies, and awareness about and access to emergency contraception among HIV/aids-infected women

Regina Figueiredo<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper focuses both the risk and the occurrence of non-planned pregnancy, abortions, as well as the awareness about and the use of emergency contraception among HIV/aids-infected women. A quantitative observational approach was used after a domiciliary survey in Santo André, São Paulo State, Brazil, where it was found that, after receiving the information about the infection, 62.8% adopted the use of male condom, 77.2% using it exclusively, 13% associated with hormone injections, and 9.8% alternated with either interrupted intercourse, fertility schedule or vaginal shower. Mechanical flaws by the use of the preservative occurred to 38%. Added to flaws associated to the alternation with behavioral methods, they caused together 40% of non-planned pregnancy, which occurred to 24% of the interviewed women, 22% resulting in self-provoked abortions. Emergency contraception was known by 51.4%, although only 2.7% had used it. The conclusion is that mechanical or behavioral flaws related to the use of preservative by HIV/aids-infected women increased their exposure to non-planned gestations and abortions. It is needed to amplify both the options and the supply of contraceptive methods, including emergency contraception, with constant re-orientation on the use of preservative among this public.*

**Key words** *Contraception behavior; Contraception (use); Family planning services; Aids; Pregnancy*

**Resumo** *O artigo enfoca o risco e a ocorrência de gravidez não planejada, abortos, conhecimento, acesso e uso da contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. Utilizou-se abordagem quantitativa observacional realizada através de inquérito domiciliar em Santo André (SP), na qual se constatou que, após a informação sobre a infecção, 62,8% aderiram ao uso do preservativo masculino, 77,2% utilizando-o exclusivamente, 13% associando-o à pílula ou injeções hormonais e 9,8% alternado seu uso com coito interrompido, tabeleiro ou duchas vaginais. Falhas mecânicas no uso do preservativo ocorreram com 38% e, somadas às falhas ligadas à alternância com métodos comportamentais, foram responsáveis por 40% dos casos de gravidez não planejada, ocorridas com 24% das entrevistadas, 22% resultando em abortos provocados. A contracepção de emergência era conhecida por 51,4% e apenas 2,7% a utilizaram. Conclui-se que falhas mecânicas ou comportamentais associadas ao uso de preservativo por mulheres com HIV/aids aumentam sua exposição a gestações não planejadas e abortos. É necessário ampliar as opções e fornecimento de métodos anticoncepcionais, incluindo a contracepção de emergência, bem como reorientar constantemente o uso de preservativos entre este público.*

**Palavras-chave** *Comportamento contraceptivo, Anticoncepção (utilização), Planejamento familiar, Aids, Gravidez*

<sup>1</sup>Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rua Santo Antônio 590, Bela Vista. 01314-000 São Paulo SP. reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

## Introdução

A gravidez entre mulheres com HIV/aids vem sendo estudada no Brasil desde o crescimento da epidemia feminina na década de noventa, decorrente do aumento da transmissão por prática sexual entre heterossexuais, que passou de 20,6% em 1995 para 42,9% em 2006<sup>1</sup>. A doença chegou a ser a primeira causa de morte feminina entre 20 e 35 anos no Estado de São Paulo em 1994, onde ocorrem cerca de 50% das notificações nacionais.

Procurando criar estratégias preventivas para a redução da infecção de mulheres e da transmissão materno-infantil e que, ao mesmo tempo, favorecessem a orientação sobre as formas de acolhimento e aconselhamento de portadoras de HIV/aids, foram desenvolvidas pesquisas enfocando aspectos epidemiológicos, comportamentais e simbólicos com relação à identidade, relações afetivas, situações de risco, incluindo o contato com parceiros<sup>2</sup>, maternidade e características da assistência a este público em serviços de saúde<sup>3</sup>. As diversas pesquisas buscam promover a prevenção de infecções, a adesão ao uso de preservativos e a tratamentos medicamentosos, incluindo o uso de AZT durante o pré-natal<sup>4</sup>.

Os estudos, contudo, não costumam avaliar os impactos de adoção majoritária do preservativo e do conseqüente abandono de métodos de alta eficácia contraceptiva, após a descoberta da infecção pelo HIV/aids entre as mulheres. Este foi o intuito da presente pesquisa, que procurou averiguar as opções contraceptivas adotadas após a ciência pela mulher de sua soropositividade para HIV, comparar estas opções com comportamentos anteriormente adotados, verificando riscos e casos de gravidez não planejada, além do conhecimento e utilização da contracepção de emergência.

## Metodologia

Os dados apresentados neste artigo fazem parte do estudo "Comportamentos contraceptivos de mulheres com aids na cidade de Santo André", município que apresenta histórico de desenvolvimento da epidemia feminina de aids similar ao quadro nacional: iniciou-se entre profissionais do sexo e usuárias de drogas injetáveis; num segundo momento, se ampliou para mulheres infectadas por parceiros usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis e; neste terceiro momento, cresce entre mulheres com parceria fixa e perfil socioeconômico de pobreza que são infectadas por via

sexual por parceiros fixos, na maioria das vezes, não usuários de drogas injetáveis. Por este motivo e devido ao acolhimento do Programa de DST/aids local, o município foi selecionado para a realização do estudo, aprofundando a abordagem do comportamento sexual, reprodutivo e contraceptivo de mulheres com HIV/aids.

Optou-se por um estudo quantitativo descritivo do universo de mulheres com aids acima de dezoito anos residentes no município de Santo André, identificadas pela notificação no Serviço de Atendimento a Portadores de HIV/aids municipal até 30 de abril de 2001. Os prontuários permitiram acesso a endereços residenciais para os quais foram enviados aerogramas que, garantindo o sigilo da situação sorológica dessas mulheres, informava a ocorrência de um sorteio para a realização de uma entrevista de "avaliação da situação de saúde da cidade". Nos casos de mudança de endereço, houve rastreamento residencial entre vizinhos e marcação de algumas poucas entrevistas por telefone.

Somente na visita, em contato privado, eram explicitados os objetivos do estudo, bem como salientados a livre participação, a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados, confirmado através do termo de livre consentimento esclarecido aplicado antes do início da entrevista, seguindo os critérios éticos predefinidos em concordância com o Centro de Referência e Treinamento (CRT) de aids local. Assim, a maior parte das entrevistas ocorreu na própria casa das entrevistadas e, algumas, em locais próximos por elas indicados, buscando evitar a escuta de parentes e vizinhos.

Do total de 269 prontuários, para o estudo foram desconsiderados 34 casos devido a mudanças de endereço para outros municípios (31 casos); falecimentos (3 casos). Das 235 mulheres consideradas para estudos, houve 52 perdas (22,1%): nove por internação hospitalar, prisão, doença mental e/ou sumiço de casa; 32 por não localização de nova residência e onze recusas explícitas de participação no estudo. Assim, de junho a setembro de 2001, foram realizadas 183 entrevistas.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, contendo linha de vida codificada, abordando o histórico afetivo e sexual, reprodutivo e contraceptivo antes e depois do diagnóstico de soropositividade para HIV/aids, aplicado por pesquisador treinado. A análise utilizou frequências simples efetuadas por uso do *software* SPSS 8.0.

## Resultados

### Perfil socioeconômico geral

As 183 mulheres entrevistadas tinham entre 19 e 65 anos; 77,6% com quarenta anos ou menos. Eram 49,2% brancas, 41,5% pardas, 8,7% pretas e 0,5% amarelas; 39,9% nascidas no próprio município de Santo André e 14,8%, em outras regiões da Grande São Paulo.

Com relação à escolaridade, 70% tinham cursado no máximo até o ensino fundamental e trabalhavam, na maioria (57,1%), como autônomas; 67,8% ganhando até três salários mínimos. Essa ocupação, para 36,6%, correspondia à metade ou a todos os gastos da casa.

Das entrevistadas, 70,5% tinham parceiro fixo e a maioria, 62,3%, residia com mais uma ou duas pessoas, em geral, filhos.

### Perfil da infecção e do quadro atual da doença

A forma como essas mulheres se infectaram pelo HIV é referida como de conhecimento por quase a totalidade das entrevistadas (98,9%) e foi principalmente a sexual (para 89%).

A informação da infecção era conhecida por elas há quatro anos, em média, havendo desde casos recentes da notícia, até ciência há mais de quinze anos. Para a maioria absoluta (94%), o diagnóstico foi obtido na primeira testagem de HIV realizada, motivada por sintomas ou detecção do vírus em parceiros (42,6%), mas também pela presença de doenças em si mesmas (23,5%) ou durante os exames realizados no pré-natal (18%).

Nos 149 casos de infecção sexual via parceiros, foi observado que 135 (90,6%) se encontravam em relacionamentos fixos e monogâmicos, 74,1% dos casos, com residência conjunta e, em 50%, parceria de pelo menos cinco anos. Quase metade dos parceiros (46,5%) havia feito uso de drogas injetáveis, já utilizadas por apenas oito (4,2%) entrevistadas.

Situações diferenciadas quanto à possibilidade de infecção pelo HIV observadas foram: dois (1,1%) relatos de prática de sexo comercial e quatro (2,2%) casos de vítimas de estupro; porém, nenhuma dessas entrevistadas atribuiu sua infecção a tais ocorrências, por terem ocorrido muito tempo antes da notificação.

No momento da entrevista, 68,1% estavam utilizando a terapia tríplice inibidora da replicação viral, cedida pelo CRT/Aids da cidade; 17,7% não se medicavam, mas realizam acompanhamento médico neste serviço; 13,2% faziam tratamento em convênios médicos particulares ou em outros locais; duas (1,1%) não estavam realizando nenhum acompanhamento médico: uma (0,5%) por acreditar ter sido curada por sua religião e uma (0,5%) por não acreditar ser portadora de HIV, avaliando erro nos exames.

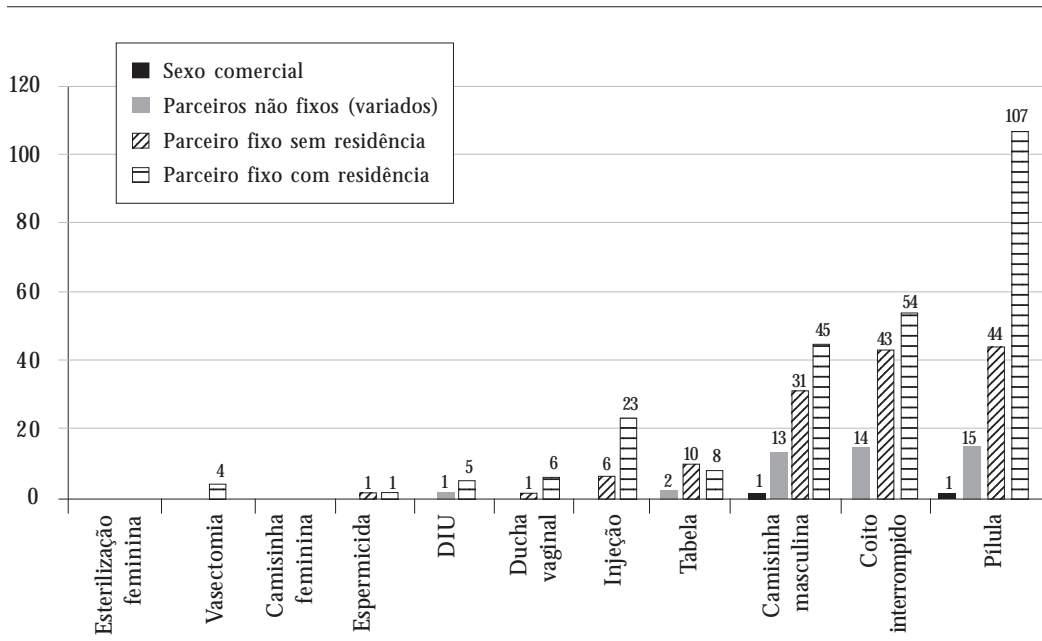
### Parcerias, prática sexual e contracepção antes da primeira gestação

Entre as 172 (94%) entrevistadas que tiveram gestações, este evento ocorreu entre os catorze e os 36 anos, com média de 20,9 anos e mediana de dezenove anos, demonstrando uma elevada ocorrência de gravidez na adolescência. Não por acaso, a quantidade de abortos referidos chega a 16,3%, 28,6% deles realizados antes dos dezoito anos.

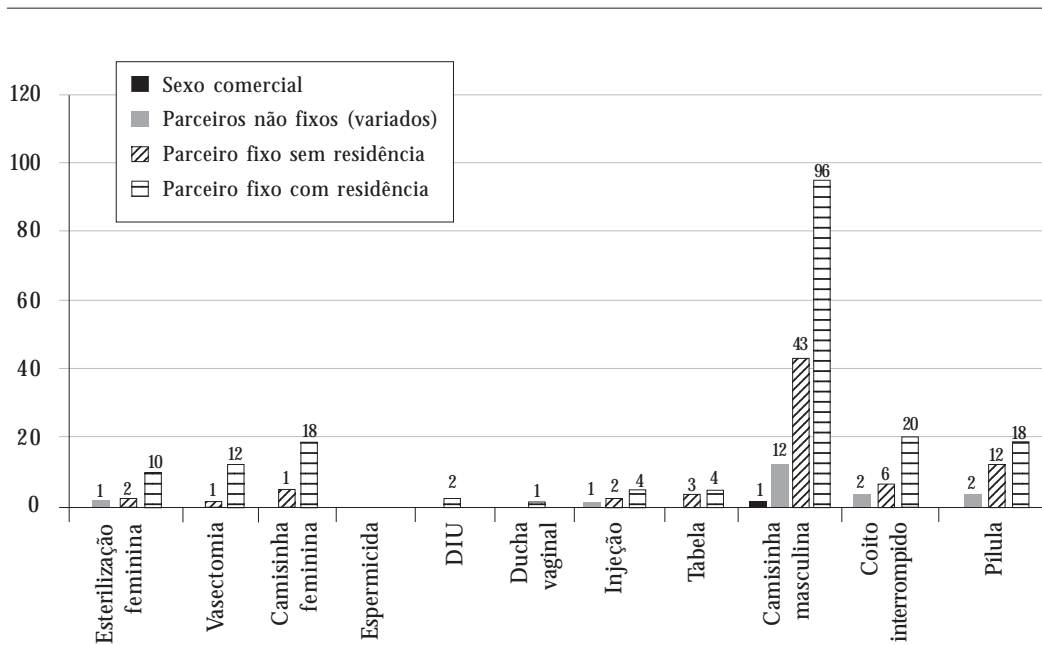
Metade das entrevistadas (49,7%) iniciou a adoção de métodos contraceptivos apenas após a ocorrência de pelo menos uma gestação (ainda, antes da informação de infecção pelo vírus HIV). As formas de prevenção adotadas foram a pílula anticoncepcional, por 167 (91,3%), "principalmente após o estabelecimento de parceria fixa", o coito interrompido, por 111 (60,7%), e a camisinha masculina, utilizada esporadicamente antes da infecção por quase metade delas, 89 (48,6%) (Gráfico 1).

Após a notícia da infecção pelo HIV, ocorreram mudanças bruscas nas escolhas contraceptivas dessas mulheres (citadas por 69,4%), levando 62 delas (33,9%) à experimentação da camisinha masculina e 65 (35,5%) ao retorno de seu uso. A utilização anterior de pílula anticoncepcional e de injeção hormonal foi praticamente abandonada e 23 (12,7%) também buscaram experimentar a camisinha feminina (Gráfico 2).

No momento da entrevista, 68 (37,2%) não utilizavam o preservativo: 55,9% dessas por não estarem mantendo relações sexuais; 16% por estarem ou terem o parceiro esterilizado cirurgicamente; 8% alegando terem ultrapassado a idade fértil; 5% por estarem usando outros contraceptivos que consideravam mais seguros; 12% por outros motivos. Além disso, 3% afirmaram o não uso do preservativo por não ter preocupação com a prevenção da gravidez (Gráfico 3).



**Gráfico 1.** Contraceptivos utilizados por mulheres com HIV/aids antes da informação de sorologia HIV+, por tipo de parceria sexual.



**Gráfico 2.** Contraceptivos utilizados após informação de positividade em HIV, segundo parceria sexual.

### Uso de preservativos e risco de gravidez

Entre as 115 (62,8%) usuárias de preservativo masculino no momento da entrevista, vinte (17,4%) faziam uso associado deste com a pílula anticoncepcional, duas (1,8%) com o DIU, duas (1,8%) com espermicidas; totalizando 24 casos (21%) de associação do preservativo masculino com outros métodos considerados de maior ou complementar eficácia contraceptiva (Gráfico 4).

Tais associações apontam a adesão à prevenção de reinfecções por DST/HIV ou da infecção

de parceiros, mas também a busca de uma segurança contraceptiva maior que a oferecida pela camisinha masculina, que é considerada por apenas 27,3% das entrevistadas como “muito segura contra a gravidez” e que, para 78,7%, não apresenta a segurança desejada.

A insegurança na eficácia contraceptiva do preservativo reflete experiências de falhas no uso do método, relatadas por 38% das que o experimentaram: rompimentos, vazamentos ou permanência da camisinha dentro de seus corpos após o término da relação sexual. Essas falhas se

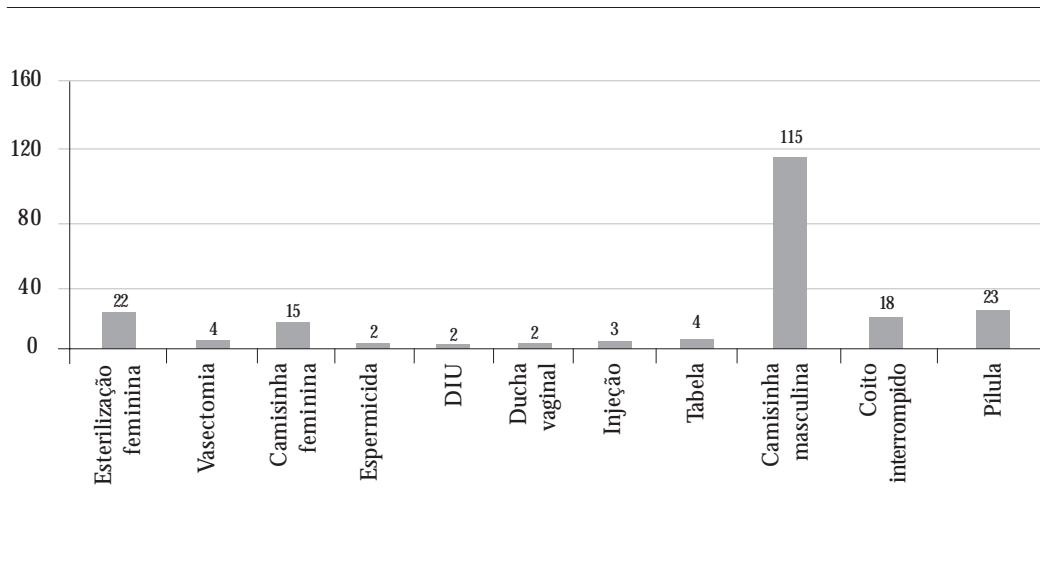


Gráfico 3. Uso atual de contraceptivos por mulheres com HIV/aids.

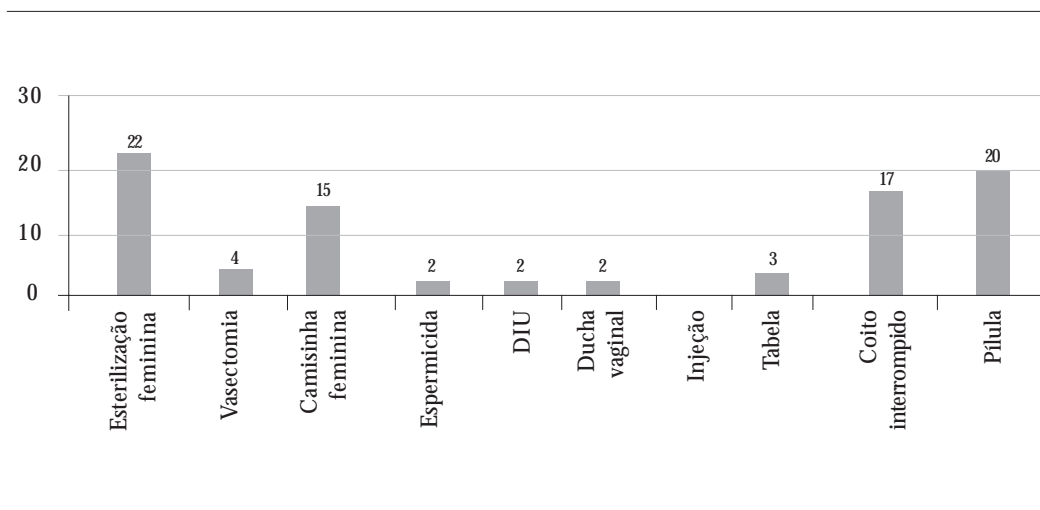


Gráfico 4. Uso associado de camisinha masculina com outros métodos por mulheres com HIV/aids.

somam a comportamentos de risco de gravidez oriundos da maneira como esse método é utilizado na vida “real” dessas mulheres: em 22 casos (19,1%), as entrevistadas alternam seu uso com métodos comportamentais, alegando “descanso”, “preguiça”, “falta de vontade” ou “falta” deste insumo na hora do sexo, constituindo: dezessete (14,8%) associações do preservativo masculino com o coito interrompido; três (2,6%) com o uso tabelinha e duas (1,7%) com o uso de duchas vaginais (lavagem interna da vagina com água após a relação sexual).

A opção de uso da contracepção de emergência para comportamentos de risco com relação à gravidez era de conhecimento superficial de 45,9% e totalmente desconhecida por 51,4%. Apenas cinco entrevistadas (2,7%) relataram ter conhecimento pleno e já ter feito seu uso nessas situações de risco.

Entre as cinquenta (27,3%) entrevistadas que engravidaram após a informação de infecção pelo HIV, apenas seis (12%) planejaram sua gestação. A gravidez não planejada ocorreu para 44 (88%), motivada, segundo os relatos, em 40% dos casos, devido a falhas mecânicas ou comportamentais no uso de preservativos masculinos. Das gestações, 78% foram mantidas, 66,6% com uso de AZT durante o pré-natal, e 22% resultaram em abortos provocados.

#### Perspectiva futura de contracepção

A maior parte das entrevistadas, 147 (88%), pretendia continuar a adotar a forma de contracepção utilizada no momento do estudo, principalmente o preservativo masculino, devido à preocupação de não transmissão do HIV para o parceiro (43 casos; 29,3%), ao desejo de se proteger de doenças e reinfecções (20; 13,6%) e para não ter que utilizar contraceptivos medicamentosos (pílula e injeção) além dos já utilizados contra o HIV/aids (12; 8,2%). Outras quatro (2,2%) mulheres declararam intenção de iniciar o uso da camisinha masculina por esses mesmos motivos.

Entre as usuárias de camisinha masculina, constatou-se também, inversamente, que doze (12%) desejavam mudar sua opção contraceptiva: quatro (4%) realizando a laqueadura tubária; quatro (4%) substituindo seu uso por outro contraceptivo; quatro (4%) associando-a a outro método contraceptivo de maior eficácia, em busca de uma maior segurança contra a gravidez.

#### Discussão

Considera-se que a pesquisa, apesar da perda inevitável de 22,1% do universo potencial, é significativa para retratar comportamentos que vêm ocorrendo entre mulheres que vivem com o HIV/aids. Seus resultados remetem a estudos que vêm revelando as formas de adoção insegura, não frequente e inconsistente da utilização do preservativo no cotidiano das mulheres infectadas pelo HIV/aids.

Santos<sup>5</sup>, pesquisando mulheres com HIV/aids atendidas no Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CRT-DST/Aids) do Estado de São Paulo, registrou que, das sexualmente ativas, 73,4% utilizavam o método. Porém, tal uso ocorria “raramente” para 7,7% e para 9,2% “às vezes”, totalizando 16,9% de uso não frequente, onde, em apenas metade desses casos (8,8%), havia uso de outros contraceptivos e no restante (8,8%), essas mulheres corriam o risco explícito de engravidar - devido tanto à não adoção da prevenção, quanto ao uso métodos comportamentais (coito interrompido, tabelinha, duchas vaginais). A autora relata que esse uso descontínuo e não frequente do preservativo é citado por 26,7% das que possuem parceiros igualmente soropositivos, por 15,4% das com parceiros sorodiscordantes e 37,5% das mulheres sem parceria fixa. Bastidas<sup>2</sup>, estudando mulheres com HIV/aids atendidas no CRT-DST/Aids de Santo André (SP), registrou 10,9% casos de gravidez após informação de soropositividade, fruto de relações sexuais sem uso de preservativos.

As gestações acidentais entre portadoras de HIV/aids são interpretadas por Bastidas<sup>2</sup> como “desejadas”, mesmo que inconscientemente, atendendo a uma necessidade de reorganização de suas vidas e dos papéis pessoais de mãe e esposa. Knauth<sup>6</sup> também aponta que a gravidez pode ser um recurso utilizado para dar ressignificação social a suas vidas, utilizando a maternidade como forma de continuar a serem percebidas e identificadas como mulheres “de respeito” e “cuja adequação do comportamento não pode ser questionada”.

Tunala *et al.*<sup>4</sup>, em pesquisa realizada com portadoras de HIV/aids no município de São Paulo, também observaram que o desejo de ter filhos aparece com certa frequência. Silva *et al.*<sup>7</sup>, com uma interpretação distinta, avaliaram, em entrevistas qualitativas com portadoras de HIV/aids, que a gravidez se apresenta como uma espécie de “retribuição” aos esforços de seus parceiros, pro-

movendo, através da atitude de “dar um filho”, uma situação de reciprocidade pelo seu reconhecimento, companhia e relacionamento.

Martin<sup>3</sup> afirma que as gestações não planejadas entre mulheres com HIV/aids não devem ser consideradas como uma “irresponsabilidade” da mulher, por ter realizado práticas sexuais de risco. Segundo a autora, esses eventos são consequência da forma como as relações de gênero se estabelecem socialmente, determinando um papel à mulher com relação às decisões masculinas de não uso de preservativos, que termina expondo-as ao risco de gestações não planejadas, fator também mencionado por outros autores<sup>8-10</sup>. Assim, as gestações não seriam fruto de “desejos inconscientes” da mulher, mas de sua submissão a decisões masculinas, por vezes contrárias a seus planos e livre arbítrio.

Bastidas<sup>2</sup>, por outro lado, reconhece que as gestações observadas entre essas mulheres não são e nem sempre se tornam automaticamente desejadas. Citando o caso de uma paciente que fez o pedido explícito para realizar o aborto, a autora relata que quase a totalidade de suas entrevistadas referiu sentimentos negativos pela gravidez.

Bianco<sup>11</sup> ressalta que as ocorrências ou exposições ao risco de gravidez convivem com “uma grande pressão social” para que mulheres com HIV/aids não engravidem, inclusive vindas de profissionais de saúde, que demonstram a falta de compreensão geral sobre o seu direito à sexualidade e à maternidade.

Paiva *et al.*<sup>12</sup> também consideram que o comportamento de risco com relação à gravidez, observado nas mulheres com HIV/aids, reflete a orientação contraceptiva restrita e pouco acompanhada realizada nos serviços de saúde que as atendem, que têm intuito restrito em incentivar o uso de preservativos para promover a prevenção de infecções na paciente e em seus parceiros não portadores de HIV e não as visualizam enquanto “sujeitos sexuais” com potencial para exercer sua sexualidade e seus direitos de escolha<sup>13</sup>. Tunala *et al.*<sup>4</sup> reforçam essa característica dos serviços de saúde, ao observar que ***o corpo reprodutivo das mulheres portadoras não existe na mentalidade de muitos infectologistas [...] gravidez e DST não se misturam, assim como nossa tradição patriarcal construiu dois mundos isolados para vivências femininas: o mundo da “mulher-da-casa” e o da “mulher-da-rua”***.

A descoberta da sorologia soropositiva para HIV/aids costuma ser o momento em que a mudança da escolha contraceptiva é colocada e,

normalmente, vem junto a uma série de mudanças na vida da mulher, fruto do diagnóstico: da autopercepção de si, da relação com o parceiro, da prática sexual. Isso afeta suas decisões reprodutivas, gerando diferentes respostas comportamentais<sup>8</sup>, inclusive com relação ao uso de métodos contraceptivos.

Desta forma, é possível compreender por que a adoção do preservativo se mostra tão diversa. Há casos de uso irregular por rejeição do parceiro, mas também por rejeição da própria mulher<sup>10</sup>. Entre as que adotam o método, são observadas experiências de falha mecânica (rompimentos ou deslocamento do mesmo durante a relação sexual), como também apontou Civic<sup>14</sup>, deixando-as sujeitas a riscos de gravidez.

A vivência de tais situações de risco faz a camisinha ser avaliada como bem menos eficaz para a prevenção da gravidez do que para a proteção das DST/aids<sup>3,15</sup>. Com receio da gravidez decorrente de sua utilização, algumas mulheres com HIV/aids recorrem à adoção conjunta de outros métodos contraceptivos de alta eficácia, realizando uma dupla proteção geralmente com métodos hormonais (pílula e injeção), mesmo sem indicação médica (como revelam os casos de uso de DIU registrados na pesquisa). Outras experimentam e tentam adotar complementarmente a camisinha feminina. A dupla proteção realizada com a adição de métodos tecnológicos termina por reduzir o risco e, portanto, a ocorrência da gravidez indesejada.

No entanto, a maior parte das mulheres portadoras de HIV/aids utiliza como tecnologia contraceptiva exclusivamente o preservativo masculino, de forma contínua, porém nem sempre frequente e segura, ao intercalar este método com outras formas comportamentais de prevenção à gravidez (como o coito interrompido, a tabelinha e as duchas vaginais), como também observou Civic<sup>14</sup>. Essa autora verificou que a adesão à camisinha não significa um uso total deste método; 59% de suas entrevistadas realizavam alguma penetração antes de colocá-la, ação que ocorria no momento próximo à ejaculação e que transforma este método num “coito interrompido por barreira”.

Essas formas diversas e não seguras no uso do preservativo masculino (colocação após a penetração, eventuais não usos ou usos alternados com métodos comportamentais) proporcionam muito mais casos de falha contraceptiva, resultando nas gestações não planejadas observadas na pesquisa; tais “falhas comportamentais”, intrinsecamente ligadas ao uso “real” do método,

são tão ou mais importantes de ser consideradas do que as falhas mecânicas, que, segundo Civic<sup>14</sup>, atingem apenas 2 a 3% de ocorrências.

Lambert *et al*<sup>16</sup> já haviam apontado a necessidade de ampliação do leque de opções contraceptivas para as mulheres com HIV/aids, reforçando, sobretudo, os benefícios do uso de preservativos. Ao mesmo tempo, a necessidade e a adoção de opções de “redução de risco”<sup>10</sup> se mostram importantes, considerando a maior exposição à gravidez devido aos riscos frequentes (tanto mecânicos como os comportamentais citados) ligados ao uso de preservativos

Neste sentido, a orientação e o acesso à contracepção de emergência seriam fundamentais<sup>15</sup>, por proporcionar a única opção contraceptiva passível de uso depois de relações sexuais com risco de gravidez, decorrentes de não uso ou falhas de preservativos, tal como recomenda a política nacional de Planejamento Familiar<sup>17</sup>. Porém essa opção não vem sendo disponibilizada, uma vez que os serviços de saúde, incluindo os de atendimento a portadoras de HIV/aids, não divulgam a sua existência e nem a disponibilizam e as mulheres terminam por desconhecer o método<sup>18</sup>.

Assim, muitas mulheres com HIV/aids desejam esterilizar-se e até se dispõem a realizar cesarianas para obter tal cirurgia<sup>8</sup>, vislumbrando uma forma segura de contracepção. Barbosa<sup>19</sup> e Vilela<sup>20</sup> lembram que a esterilização cirúrgica, além de definitiva e mais invasiva, não pode ser reivindicada distintamente para este grupo de mulheres, pois, tal como o aborto, poderia se configurar como atitude discriminatória e de falta de apoio às que desejam filhos.

O receio de falhas contraceptivas do preservativo, motivando o uso paralelo e constante de métodos hormonais mesmo sem orientação médica, a busca de esterilização, as situações de risco advindas do uso “real” do preservativo e suas consequentes gestações não planejadas e abortos continuam sendo vivenciadas individualmente por grande parte das mulheres que vivem com HIV/aids.

## Conclusões

O estudo demonstra que, após a informação de infecção, a adoção do preservativo masculino é

realizada pela maioria das portadoras de HIV/aids, mas não por todas. Na adesão a este método, incluem-se variações com relação à frequência e quanto à segurança e consistência de uso, relacionadas ao momento da relação sexual em que ele é utilizado.

Muitas portadoras de HIV/aids buscam reduzir as situações de falha contraceptiva, adotando a dupla proteção, ao associar seu uso a métodos hormonais de alta eficácia contraceptiva, como a pílula e a injeção. Outras, por utilizarem o preservativo por vários anos, intercalam, esporadicamente, o uso do preservativo com métodos que proporcionem pausas em seu uso, como a camisinha feminina, mas principalmente com métodos comportamentais como o coito interrompido, a tabelinha e a ducha vaginal.

O uso conjunto de preservativos com métodos comportamentais soma falhas “comportamentais” aos seus riscos de falha mecânica, aumentando a exposição a gestações não planejadas, que ocorrem com várias dessas mulheres, assim como a realização de abortos provocados.

Observa-se que serviços para mulheres com HIV/aids não costumam identificar esse risco de gravidez não planejada entre seu público e não realizam orientação específica sobre contracepção, nem indicação ou fornecimento da contracepção de emergência, o que faz com que muitas delas desejem realizar a esterilização cirúrgica, como única alternativa segura de prevenção à gravidez.

Serviços destinados a este público deveriam realizar de forma constante a reorientação sobre o uso de preservativos em busca do aumento a sua adesão não apenas, mas também, na sua frequência (em toda relação sexual) e forma de uso (antes de qualquer penetração). Deveriam promover estratégias de redução de risco, que contemplem abordagem multifatorial, abordando as diferentes parcerias, práticas sexuais e formas de uso de contraceptivos tecnológicos e comportamentais, de modo a promover a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres individualmente.

O estudo sugere a necessidade de novas pesquisas que busquem informações, visando à reorientação de práticas preventivas que favoreçam a realidade específica de mulheres que vivem com HIV/aids, permitindo-as viver, com mais tranquilidade, sua sexualidade, planejamento reprodutivo e familiar.



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [site da Internet] [acessado 2007 jun 10] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
2. Bastidas LS. *Aspectos epidemiológicos e psicodinâmicos de mulheres que engravidaram após o diagnóstico de HIV positivo* [dissertação]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista; 2000.
3. Martin D. Mulheres e aids – uma abordagem antropológica. *Dossiê Aids* 1997; 33:88-101.
4. Tunala L, Paiva V, Ventura-Filipe E, Santos, TLL, Santos N, Hearst N. Lidando com fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir? – experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPaids IP/USP; 2000.
5. Santos NJS. *As mulheres e suas decisões reprodutivas diante da epidemia de HIV/aids*. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.
6. Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso – direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed. 34; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 175-198.
7. Silva N, Alvarenga RA, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev. Saude Publica* 2006; 40(3):474-481.
8. Knauth D, Barbosa R, Hopkins K, Pegorario M, Fachini, R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da aids. *Interface (Botucatu)* 2002; 11(6):39-54.
9. Barbosa RM. Aids e saúde reprodutiva: velhas e novas questões. In: Barbosa RM, organizadora. *Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil*. São Paulo: Family Health International; 1995.
10. Figueiredo R. *Prevenção às DST/aids em ações de saúde e educação*. São Paulo: NEPaids-IP/USP; 1998.
11. Bianco M. Maternidade e aids na Argentina: desafios não resolvidos. In: *II Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids*. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.
12. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R, Enhancing care initiative - Brazil. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1609-1620.
13. Paiva V. O sujeito sexual: uma proposta de intervenção. *Sexualidade, Gênero e Sociedade* 1998; 10:2.
14. Civic D. Ineffective use of condoms among young women in managed care. *J Aids Care* 2002; 14(6):779-788.
15. Figueiredo R, Pena M. *Contracepção de emergência: opção contraceptiva em tempos de DST e aids?* São Paulo: NEPaids-IP/USP; 2000.
16. Lambert JS, Nogueira SA. *Manual para acompanhamento da criança infectada pelo HIV*. Rio de Janeiro: WAF/IPP Martagão Gesteira/UERJ; 2000.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Figueiredo R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Rev Saude Sexual e Reprodutiva* [periódico na Internet] 2004 set [acessado 2007 jun 10]. Disponível em: [http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina\\_CE2004.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc)
19. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso – direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed. 34; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.
20. Villela W. Vulnerabilidad de las mujeres respecto de VIH. In: *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA - un enfoque desde los derechos humanos*. Buenos Aires: RSMLC; 1998.

Artigo apresentado em 10/08//2007  
Aprovado em 14/12/2007