

Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?

Prevention of the heterosexual HIV infection among women: Is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands?

Wilza Vieira Villela^I, Regina Maria Barbosa^{II}

RESUMO: Este artigo discute a prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres, considerando e relação entre esta prática e suas demandas reprodutivas a partir da análise crítica da literatura nacional e internacional recente sobre o tema. Tem como pressupostos o relativo esgotamento da diretriz de uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais e a necessidade do reconhecimento de que, para muitas mulheres em idade fértil, a prevenção do HIV não pode se dissociar da contracepção, embora sejam práticas simbólica e tecnologicamente distintas. Ademais, nem sempre os contextos em que o sexo acontece permitem que as intenções de prevenção, seja da gravidez ou da infecção pelo HIV, se efetivem. As mulheres são diferentes entre si, bem como seus riscos, necessidades e vulnerabilidades, e estas diferenças devem ser identificadas. Para a adequação das estratégias preventivas às particularidades das situações vivenciadas por cada uma é necessário um esforço de incorporação do conhecimento científico disponível às ações realizadas pelos serviços de saúde, bem como de realização de pesquisas sobre pontos específicos relativos às práticas heterossexuais.

Palavras-chave: Prevenção de doenças. Gênero e Saúde. Mulheres. Preservativo. Anticoncepção. Sexualidade.

^IUniversidade Federal de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

^{II}Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas; Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – Campinas, SP, Brasil.

Autor correspondente: Wilza Vieira Villela. Rua Aroaba, 482, ap 64-A, Vila Leopoldina, CEP: 05315-021, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: wilza.vi@terra.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: This article aims to discuss the prevention of the heterosexual HIV infection among women, considering and relationship between this practice and their reproductive demands, based on a critical analysis of the recent literature on the issue. It is assumed the relative exhaustion in the discourse about male condom use in all sexual relations, and the need to recognize that for many women in childbearing age, HIV prevention cannot be dissociated of the contraception practices, although the symbolic and technological distinction between them. Furthermore, not always the contexts in which the sex occurs allows preventive practices. Women are different, and also their risks, vulnerabilities and needs, and this differences must be identified. The adequacy of preventive strategies to their particularities and situations experienced by each requires an effort of incorporation of available scientific knowledge to the actions taken by the health services, as well as conducting research on specific points relating to heterosexual practices.

Keywords: Disease Prevention. Gender and Health. Women. Condoms. Contraception. Sexuality.

INTRODUÇÃO

Após 30 anos de epidemia, a proposta de prevenção da infecção pelo HIV baseada no uso do preservativo em todas as relações sexuais tem se mostrado insatisfatória, e muitas relações ocorrem sem esta proteção. Embora em termos globais as taxas de novas infecções estejam desacelerando, a epidemia está longe de estar controlada¹. No Brasil, estima-se cerca de 39.000 novos casos de AIDS a cada ano. Dos casos notificados em 2012 entre maiores de 13 anos (para os quais se tem informação), 52,7% das infecções em pessoas do sexo masculino ocorreram por meio da prática heterossexual; entre as mulheres este percentual atingiu 96,6%², havendo predomínio daquelas em idade fértil.

Assim, estratégias de prevenção do HIV/AIDS em relações heterossexuais que considerem as particularidades da população feminina em idade reprodutiva continuam sendo prioritárias. Para tanto, é necessário reconhecer que prevenir a infecção pelo HIV em relações heterossexuais entre pessoas férteis exige o equacionamento do risco ou desejo de gravidez.

A imbricação entre prevenção do HIV e da gravidez requer alternativas que não comprometam as intenções reprodutivas das mulheres que desejam engravidar e das que não o desejam. Ademais, nem sempre as relações sexuais entre homens e mulheres ocorrem em circunstâncias em que é possível efetivar intenções ou desejos de prevenção. Falta de planejamento da relação sexual, assimetrias de poder, impossibilidade de diálogo ou situações de violência podem impedir a escolha compartilhada de práticas preventivas efetivas e aceitáveis por ambos parceiros³.

Este trabalho tem como objetivo discutir a prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres, considerando suas demandas reprodutivas (sejam conceptivas ou contraceptivas), e suas possibilidades de escolha nos cenários concretos nos quais se dão os encontros sexuais.

MÉTODOS

Para a elaboração deste artigo, dados da literatura recente foram analisados criticamente, de modo a traçar um cenário da epidemia que oriente a discussão sobre estratégias de redução de risco nas relações heterossexuais. A busca e seleção do material considerou pesquisas empíricas realizadas no Brasil nas últimas duas décadas, preferencialmente com abrangência nacional, sobre comportamento sexual/reprodutivo e vulnerabilidade da população feminina ao HIV, e informações disponíveis na literatura internacional recente sobre alternativas de prevenção da transmissão do HIV e da gravidez que incluam o uso de métodos de barreira ou comportamentais. A revisão (não exaustiva) da literatura internacional foi realizada por meio do Pubmed em outubro de 2013 e utilizou as seguintes palavras chave: “heterosexual risk and HIV”; “anal intercourse and HIV risk”; “vaginal intercourse and HIV risk”; “contraception and HIV risk”; “withdrawal, coitus interruptus and HIV”; “male circumcision and HIV”; “dual method strategy and HIV”; “condom effectiveness and HIV”. Estratégias biomédicas como *Post-Exposure Prophylaxis* (PEP), *Pre-Exposure Prophylaxis* (PREP) e tratamento como prevenção não foram contempladas. Como foram utilizados apenas dados já publicados não foi necessária a apreciação por Comitês de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A EPIDEMIA DE AIDS ENTRE AS MULHERES

A epidemia de HIV/AIDS no país está concentrada em grupos populacionais específicos, como homens homossexuais (10,5%), trabalhadoras do sexo (4,9%) e usuários de drogas (5,9%)¹. Na chamada população geral, a taxa de prevalência atinge 0,4%, sendo aproximadamente 0,5% entre homens e 0,3% entre mulheres¹.

A análise dos casos notificados de AIDS mostra que, para ambos os sexos, a epidemia se concentra em adultos jovens, na sua maioria brancos e pardos; as mulheres são mais empobrecidas e menos escolarizadas que os homens, havendo uma sobremortalidade de mulheres negras em relação aos demais segmentos populacionais¹. Os grupos nos quais a epidemia é mais concentrada (Homens que fazem sexo com homens – HSH; Usuários de drogas injetáveis – UDI; e homens bissexuais) respondem 41,4% dos casos notificados até 2012; a transmissão heterossexual é responsável por aproximadamente 52,7% dos casos. Entre mulheres, 96,9% dos casos são atribuídos à transmissão heterossexual.

No período de 1980 a junho de 2013, as mulheres representam 35,1% do total de casos notificados da AIDS, com uma razão de sexos, em 2013, de 1,7; na faixa etária de 15 a 24 anos está proporção sobe a 1,9¹. Os homens notificados na categoria de transmissão heterossexual, quando comparados aos outros homens com HIV, apresentam menor escolaridade, estão em faixas etárias mais altas e há uma maior proporção dos que se definem como pretos e pardos⁴. Quando compara-se as faixas de idade de homens e mulheres infectados por

transmissão heterossexual de 2010 a 2013, há um predomínio das mulheres entre adolescentes e jovens, e um maior percentual de homens acima de 50 anos. A declaração de raça/cor mostra um maior percentual de mulheres pretas/pardas nos casos para os quais existe esta informação; o percentual de homens e mulheres que se declaram pretos/pardos é maior do que na população do país. Em termos de escolaridade, homens e mulheres são semelhantes, exceto nos níveis superior completo e incompleto, em que a proporção de homens é maior⁴.

CONTEXTOS, PRÁTICAS SEXUAIS E POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO.

De acordo com pesquisa realizada em 2003 com 1.665 mulheres vivendo com HIV/AIDS (MVHA) em 13 municípios brasileiros⁵, a maioria (85%) tinha parceiro fixo na época da infecção e 70% considerava ter sido infectada por este. Dentre as mulheres, 19% creditaram sua infecção ao fato do parceiro ser UDI, 43% às múltiplas parcerias do parceiro e 5% à bissexualidade dele. Apenas 4,4% das mulheres relacionou sua infecção ao fato de terem tido múltiplos parceiros e 3% ao fato de ser ou terem sido trabalhadoras sexuais. Das entrevistadas, somente 7,2% referiu sexo em troca de dinheiro ou drogas e 5,2% uso de drogas injetáveis⁵.

Estudo realizado em São Paulo entre 2013 e 2014 encontrou proporção similar para relato de sexo em troca de dinheiro ou droga (7,1%) e menor para uso de drogas injetáveis (0,5%)*.

Ou seja, quase 90% dos casos notificados de AIDS em mulheres infectadas por transmissão sexual acontecem num conjunto heterogêneo de mulheres (adolescentes, jovens ou adultas), que se inserem na epidemia por meio de trajetórias distintas, como a parceria sexual com UDI, presidiários, usuários de crack, homens bissexuais ou homens heterossexuais infectados por meio de múltiplas parcerias com mulheres, uso de crack ou outras substâncias, viver em situação de rua ou em grande vulnerabilidade social, dentre outras. Assim, ao lado da necessidade de ações de prevenção específicas para as trabalhadoras sexuais, grupo de mulheres sobre o qual a epidemia se concentra, é importante considerar as demais circunstâncias que contribuem para a infecção entre as mulheres. Embora a transmissão do HIV seja mais eficaz nas relações anais do que nas vaginais^{6,7}, existem poucas informações sobre essa prática entre homens e mulheres com práticas heterossexuais no país. O único estudo brasileiro com informação a esse respeito realizado com a população geral⁸ mostra que 22,5% de homens de 16 a 65 anos referem prática de sexo anal no último ano, chegando a 30% na faixa de 16 e 34 anos. Entre as mulheres, 16% referem esta prática.

Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos de 2008⁹, 7,7% dos homens entre 15 e 49 anos declararam ter pago por sexo ao menos uma vez no último ano. Dada a prevalência de 4,9% de infecção entre trabalhadoras sexuais, é possível supor que a epidemia entre os homens heterossexuais não seja explicada

*Estudo GENI: estudo sobre práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva, realizado em São Paulo em 2013-14, tabulação de Barbosa, R

apenas por esta prática, mas pela circulação do vírus entre homens e mulheres com diferentes tipos e graus de exposição ao risco.

A prevenção da infecção e transmissão do HIV depende em parte do entendimento de cada um sobre os riscos associados a comportamentos específicos, e da autoavaliação da exposição a estes riscos. Muitas mulheres não se vêem em risco para a infecção pelo HIV¹⁰, e sua análise dos riscos relacionados ao sexo pode incluir outros aspectos. Por exemplo, um dos resultados do sexo sem proteção, a gravidez, mesmo quando não intencional ou desejada, evoca interpretações positivas, como confirmação de potência, fertilidade, consolidação de um relacionamento, realização de um desejo ou destino. Ao contrário, a infecção pelo HIV costuma ter conotações negativas e atribuições morais pejorativas, sendo objeto de estigma e exclusão social. Embora ambas resultem do sexo sem proteção, a gravidez inesperada e a infecção pelo HIV trazem impactos distintos sobre a vida. Assim, prevenir a infecção pelo HIV ou a gravidez são práticas que remetem a dimensões simbólicas e subjetivas diferenciadas. O uso consistente de dupla proteção por apenas 5% das mulheres brasileiras, estimado a partir dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006*, mostra que nem todas percebem igualmente suas necessidades de prevenção da gravidez e da infecção pelo HIV¹¹.

Investigações sobre a prática da contracepção demonstram que a prevenção na esfera sexual é complexa. Mesmo a disponibilidade de informações e métodos contraceptivos não impede a ocorrência de gestações não planejadas. De acordo com a pesquisa Nascido no Brasil, realizada entre 2011 e 2012 em âmbito nacional, 45% das gestações ocorridas no país não foram planejadas¹².

A tendência de uso de métodos reversíveis até a satisfação dos desejos reprodutivos e posterior opção pela esterilização¹³ sugere que um número crescente de homens e mulheres têm preferido não arcar com o ônus cotidiano da prevenção sexual. Estudos sobre contracepção e uso do preservativo no Brasil mostram a proporção de uso de preservativo entre mulheres laqueadas é de 2,1%¹⁴, sendo 2,6% entre mulheres unidas e, entre as solteiras, 1%.

Deste modo, considerar simultaneamente as possibilidades de infecção pelo HIV e da ocorrência de gravidez em relações heterossexuais traz desafios como a diferença no uso e na eficácia das estratégias disponíveis frente a cada um desses eventos. Considere-se também que o recurso de prevenção contra o HIV mais simples e disseminado é de uso masculino, o que significa que a proteção da mulher depende do parceiro. O fato de as mulheres terem mais chance de serem infectadas do que de infectar seus parceiros¹⁵ pode contribuir para que alguns homens não sintam necessidade de usar esta proteção. Ao mesmo tempo, a chance de gravidez em uma relação desprotegida vaginal é o maior do que de infecção pelo HIV, segundo estudo de revisão publicado em 2009 que estimou a taxa de transmissão de 0,08%/mulheres/ano no sexo vaginal (H-M) em países desenvolvidos, e de 0,30%/mulheres/ano em países não desenvolvidos⁷, em contraste com uma taxa de gravidez sem uso de método de 85%/mulheres/ano¹⁶.

*Tabulação das autoras

Esta diferença, que de alguma forma é confirmada na experiência cotidiana das mulheres, faz com que a prevenção da gravidez eventualmente seja priorizada em relação à prevenção da infecção pelo HIV. Mesmo protegida em relação à gravidez, nem sempre a mulher insiste no uso do preservativo, em especial em relações estáveis. Por exemplo, análise realizada para o período 1998 – 2005 sobre o uso de preservativos na população brasileira mostra que este tende a ser maior em relações ocasionais, seja entre jovens ou adultos¹⁷.

A priorização da prevenção da gravidez em relação à prevenção da infecção pelo HIV é ainda agravada pela criminalização da prática do abortamento. No Brasil, os dois últimos estudos sobre o assunto estimaram, respectivamente, que de 9,7¹⁸ a 15%¹⁹ das mulheres já provocaram ao menos um abortamento, e, destas, 55% foram internadas por ocasião do último abortamento¹⁹, confirmando que a ilegalidade acaba expondo a mulher a riscos de doença ou morte.

Informações e acesso à contracepção de emergência, estratégia que pode contribuir para a redução do número de gestações indesejadas e do abortamento induzido, favorecendo o uso do preservativo, ainda são restritas. Dados da PNDS apontam que apenas 14% da população feminina em idade fértil relatou uso de contracepção de emergência alguma vez na vida*.

ARTICULANDO ALTERNATIVAS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV E DA GRAVIDEZ

Os resultados de pesquisas referidos acima mostram que prevenir as consequências não desejadas de uma relação heterossexual não é uma prática universal e sempre exitosa entre as mulheres. Isto sugere a importância de um exame sobre as várias possibilidades de prevenção no âmbito das relações heterossexuais. Considerar simultaneamente a prevenção da gravidez e da infecção pelo HIV e a disseminação do uso de cada alternativa na população brasileira pode contribuir para a elaboração compartilhada entre profissionais e usuárias das estratégias mais adequadas a cada uma. O Quadro 1 apresenta diferentes alternativas para as mulheres que não querem engravidar nem correr o risco de infecção pelo HIV, com os respectivos percentuais de efetividade.

Conforme pode ser observado, existe uma discrepância entre a efetividade contra gravidez e infecção pelo HIV entre os diferentes métodos e práticas sexuais, e nos seus percentuais de uso na população; considere-se, ademais, que num mesmo encontro sexual várias práticas podem ser realizadas. Não existe uma estratégia que seja igualmente efetiva para a prevenção da gravidez e da infecção para o HIV, e tenha um amplo uso na população. Ou seja, as mulheres têm que decidir quais riscos estão dispostas a correr.

Dado que muitas vezes o status sorológico dos parceiros não é conhecido ou semelhante, e as intenções reprodutivas, preocupações com a prevenção, acesso a insumos preventivos e preferências por práticas sexuais nem sempre coincidem, chega-se a um panorama de múltiplos riscos e possibilidades de falhas na prevenção.

*Tabulação das autoras

Quadro 1. Síntese das diferentes situações a serem consideradas na perspectiva de prevenção em relações heterossexuais.

Estratégia	Proteção contra o HIV	Proteção de Gravidez	Estimativa de uso Brasil (População geral)
Sexo oral sem proteção	Diminuição do risco em 35 vezes quando comparado ao sexo anal Sexo oral receptivo = 0,04% entre HSH ⁶	100%	Sexo oral com último parceiro (sem referência à proteção): H=45% e M=41% ⁸
Sexo anal sem proteção	Aumento do risco em 18 a 20 vezes quando comparado ao sexo vaginal ^{6,7,20} Probabilidade de transmissão: 1,69% por contato anal receptivo ⁷	Próximo a 100%	Sexo anal com último parceiro (sem referência à proteção): H=23% e M=16% ⁸
Coito interrompido no sexo vaginal	Provável diminuição do risco, faltam estudos conclusivos ²¹⁻²³	Efetividade de uso Falha: varia de 14 a 24% ²⁴	Uso atual ²⁵ Mulheres não unidas: 1,0% Mulheres unidas: 2,1%
Coito interrompido no sexo anal	Provável redução do risco, faltam estudos conclusivos ²¹⁻²³ . Probabilidade de transmissão: 0,65% por contato anal receptivo entre HSH ²⁶	100%	Não foi encontrado dado a esse respeito
Diafragma e capuz cervical	Provável diminuição do risco, sem estudos até o momento ²⁷	Efetividade de uso do diafragma Falha: 2,6% a 20% ²⁸	Uso atual ²⁵ Mulheres não unidas: 0,0% Mulheres unidas: 0,0%
Contracepção hormonal: oral e injetáveis	Provável aumento do risco para as mulheres com uso de injetáveis com progestágenos ^{29,30}	Efetividade de uso Falha: 7 e 9% respectivamente ²⁴	Uso atual ACO ²⁵ Mulheres não unidas: 24,7% Mulheres unidas: 30,3% Uso atual injetável Mulheres não unidas: 4,5% Mulheres unidas: 4,0%

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Estratégia	Proteção contra o HIV	Proteção de Gravidez	Estimativa de uso Brasil (População geral)
Circuncisão	Redução do risco em 60% entre os homens. Estudos clínicos não conclusivos para as mulheres (proteção para HPV e Ca de colo); estudos ecológicos mostram proteção ³¹ (Probabilidade de transmissão = 0,11% por contato anal receptivo entre HSH, quando parceiro circuncidado ²⁶)	Nenhuma proteção	Não adotado no Brasil como política pública ^a .
Uso de Preservativos (M/F)	Redução do risco em 80% ^b 1,14 infecções por 100 pessoas/ano com uso consistente na sexo vaginal penetrativo ³² Não encontrado dado para sexo anal nas relações heterossexuais.	Efetividade de uso Falha: 15%-21% ²⁴	Uso atual (sem referência à consistência) ²⁵ Mulheres não unidas: 26,0% Mulheres unidas: 12% Uso na última relação sexual vaginal: H=32% e M=24% ⁸ Uso na última relação sexual anal: H=40% e M=50%
Laqueadura tubária e vasectomia	Nenhuma proteção, mas uso de preservativo é menor entre mulheres laqueadas ou de parceiro vasectomizado, entre MVHA e MNVHA ^{11,23}	Efetividade do método Falha: 0,05% ²⁸	Laqueadura ²⁵ Mulheres não unidas: 10,9% Mulheres unidas: 29,1% Vasectomia Mulheres não unidas: 0,1% Mulheres unidas: 5,1%
Contraceção de emergência	Nenhuma proteção, no entanto seu uso pode prevenir gestação em caso de não uso de preservativo ou outro contraceptivo	Efetividade de uso = 75 a 80% ³⁴ Falha: 2%	Uso na vida ²⁵ Mulheres não unidas: 23,2% Mulheres unidas: 11,0%
Testagem e fidelidade mútua sem preservativo	Em tese 100%, mas essa negociação é particularmente problemática nas relações heterossexuais	Nenhuma proteção	Na vida ⁹ H=27,2% e M=45,6% No último ano H=11,2% e M=16,2%

^aEmbora não adotado no Brasil como política pública, o tamanho de comunidade judaica e, em consequência de homens circuncidados, especialmente em São Paulo, onde se concentram o maior número de casos, não deve ser desconsiderado.

^bPara mais detalhes sobre o uso do preservativo ver trabalho de Dourado et al. nesta edição.

Alem disso, há que se ter em conta os distintos cenários nos quais ocorrem as relações sexuais entre homens e mulheres, e os arranjos de poder que os configuram. Circunstâncias específicas como o sexo comercial, o sexo transacional, ou situações de violência, por exemplo, exigem estratégias preventivas distintas. Chama atenção que, apesar da prevalência da infecção entre mulheres profissionais do sexo ser mais alta que na população em geral, não existem propostas adequadas às suas realidades. As intervenções insistem na negociação do preservativo com os clientes, por meio da educação entre pares como principal estratégia, mesmo que estudos mostrem que o uso do preservativo com clientes muitas vezes é maior do que com os parceiros e que a educação entre pares não traz como resultado a redução da prevalência do HIV neste grupo³⁵. Pode-se supor que as mulheres que comercializam sexo, após sua jornada de trabalho, enfrentem as mesmas dificuldades de negociação do uso do preservativo com seus parceiros que as demais mulheres. Assim, as estratégias preventivas acionadas no seu contexto de trabalho devem ser diferentes daquelas voltadas para a sua proteção na esfera privada/amorosa.

Situação distinta é a das mulheres que praticam o sexo transacional; embora aí também haja troca de sexo por dinheiro, o sentido e a dinâmica desta prática não é a mesma da prostituição. O sexo transacional é uma situação pouco estudada, pois as mulheres que o praticam não se identificam como prostitutas, nem estão nas pistas ou nas boates. Esta condição propicia que seus clientes/amantes lhes paguem justamente para não se sentirem obrigados a usar preservativos, o que as deixa numa situação de grande vulnerabilidade³⁶.

Por outro lado, a alta magnitude das diferentes formas de violência por parceiro íntimo no Brasil sugere que muitas mulheres vivem situações nas quais suas decisões, sejam na esfera sexual ou em outras, não são respeitadas. Embora esta condição dificulte a negociação para o uso do preservativo ou qualquer outra prática preventiva que inclua o parceiro, poucas são as iniciativas voltadas para integrar a prevenção do HIV ao leque de ofertas de atenção para as mulheres que sofrem violência, ou para os homens que a praticam.

Do mesmo modo, pouco se aborda, entre pessoas que vivem com HIV/AIDS ou casais soro diferentes, o desejo de ter filhos, e as alternativas possíveis para a sua realização. A recomendação do uso do preservativo muitas vezes impede os sujeitos de manifestarem suas dificuldades com este insumo, ou suas intenções reprodutivas³.

Por exemplo, a inseminação artificial, com lavagem de esperma ou não, em função da sorologia do homem, é ainda pouco acessível no país. Casais soro diferentes que desejam ter filhos sem correr risco de infectar o parceiro nem sempre recebem a informação de que com a carga viral indetectável o sexo sem preservativo durante o período fértil tem um risco reduzido, e que esta poderia ser alternativa para quem quer ter filhos sem a utilização das técnicas de reprodução assistida³⁷. Em estudo realizado em São Paulo entre 2013 e 2014 com 975 MVHA, 62% das entrevistadas não tinham informação correta a esse respeito ou a desconheciam*.

*Estudo GENI: estudo sobre práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva, realizado em São Paulo em 2013-14, tabulação das autoras

Por último, há que se ressaltar o relativo silêncio, seja de pesquisadores ou de profissionais de saúde, na abordagem das práticas sexuais entre mulheres e homens, em especial no que se refere ao sexo anal. Conforme já relatado, esta prática amplia o risco de transmissão do HIV; entretanto, é pouco abordada tanto em pesquisas, quanto nos discursos de prevenção dirigido às mulheres, mesmo sabendo-se da sua ocorrência⁸, inclusive como estratégia contraceptiva.

CONCLUSÕES

No que tange à prevenção da transmissão do HIV entre mulheres, percebem-se lacunas tanto na produção do conhecimento como na apropriação e incorporação do conhecimento produzido às práticas de saúde.

O maior volume de informações e tecnologias atualmente disponíveis para reduzir a transmissão do vírus permite que se construam estratégias compatíveis com as diferentes necessidades e situações vivenciadas pelas mulheres; sua constante atualização exige uma correlata adequação das práticas e discursos preventivos. Em um futuro próximo, por exemplo, o acesso ao teste rápido de HIV na saliva, ainda não introduzido no Brasil como uma alternativa de auto-testagem mas já utilizado em contexto de campo, poderá trazer mudanças no cenário atual pela maior oportunidade de testagem. Caso isto realmente venha a ocorrer, seguramente serão apresentados novos desafios para a prevenção.

Após anos de convívio com a epidemia do HIV/AIDS, as mulheres são mais capazes de perceber seus riscos e buscar alternativas de proteção factíveis e adequadas às suas necessidades. Isto exige dos profissionais de saúde uma abertura cada vez maior ao diálogo com as suas usuárias, no sentido de lhes prestar informações para tomada de decisão.

As mulheres constituem um grupo com necessidades distintas em relação aos homens, que devem ser identificadas e atendidas de modo específico. Além disso, entre as mulheres existem diferenças, em termos das suas características individuais, sociais, e nos modos de vivenciar a sexualidade, que também precisam ser levadas em conta. Deste modo, pensar a prevenção da infecção pelo HIV entre pares heterossexuais exige um aprofundamento da identificação das diferenças entre as mulheres e suas práticas no âmbito da sexualidade, da vida amorosa e dos seus projetos reprodutivos. É a partir desta identificação que se torna possível buscar, entre múltiplas alternativas preventivas disponíveis, as podem conferir maior proteção a cada uma, em cada circunstância da vida.

AGRADECIMENTOS

Fernando Seffner e Benedito Medrado, pelas contribuições dadas à primeira versão deste manuscrito, e aos revisores anônimos da etapa de submissão do manuscrito à revista.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Global Report 2013. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf (Acessado em 05 de setembro de 2014).
2. Brasil. Ministério da Saúde. AIDS no Brasil. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil> (Acessado em 04 de setembro de 2013).
3. Oliveira CA, Almeida, LCG- HIV/AIDS e violência: situações de vulnerabilidade entre as mulheres. *Rev Baiana Saúde Pública* 2013; 37(4): 1029-41
4. Ministério da Saúde. Departamento de DDST, AIDS e Hepatites virais. Tabulação de dados. http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp (Acessado em 12 de setembro de 2014).
5. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho A, Villela WV, Aidar T, Felipe EV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(Supl. 2): S321-33.
6. Baggaley RF, White RG, Boily MC. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol* 2010; 39(4): 1048-63.
7. Boily MC, Baggaley R, Wang L, Masse R, White R, Hayes R, Alary M. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis* 2009; 9(2): 118-29.
8. Barbosa RM, Koyama MA; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Sexual behavior and practices among men and women, Brazil 1998 and 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 2(Supl. 1): 21-33.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. Brasília/DF; 2011. (PCAP, 2008)
10. Ferreira MP; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Supl. 1): 65-71.
11. Kiyomi T, Barbosa RM, Gipson G. Dual protection dilemma. In: *Anais Populations Association of America 2013 Annual Meeting*; New Orleans. Disponível em <http://paa2013.princeton.edu/papers/132424>.
12. Leal MC. Projeto nascer no Brasil: resultados preliminares. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/pesquisa-revela-dados-sobre-parto-e-nascimento-no-brasil/> (Acessado em 22 de agosto de 2013).
13. Vieira EM, Souza L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(4): 556-64.
14. Garcia S, Koyama M. Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília/DF; 2009. p. 105-33.
15. Boily MC, Buve A, Baggaley RF. HIV transmission in serodiscordant heterosexual couples. *BMJ* 2010; 340: c2449.
16. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. *The essentials of contraceptive technology*. Baltimore, MD: Population Information Program, Center for Communication Programs, Johns Hopkins School of Public Health, 2003.
17. Berquo E, Barbosa RM, Lima LP; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Trends in condom use: Brazil 1998 and 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Supl. 1): 34-44.
18. Machado CJ, Lobato AC, Melo VH, Guimarães MD. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1): 18-29.
19. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(supl.1): 959-66 .
20. Grulich AE, Zablotska I. Commentary: probability of HIV transmission through anal intercourse. *Int J Epidemiol* 2010; 39(4): 1064-5.
21. Jones RK, Fennell J, Higgins JA, Blanchard K. Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal. *Contraception* 2009; 79(6): 407-10.
22. Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: a review of the literature and an agenda for research. *Stud Fam Plann* 1995; 26(3): 140-53.
23. Richters J. Coitus interruptus: could it reduce the risk of HIV transmission? *Reprod Health Matters* 1994;2(3):105-7.
24. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception* 2008; 77(1): 10-21.
25. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília/DF; 2008.
26. Jin F, Jansson J, Law M, Prestage GP, Zablotska I, Imrie JC, et al. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS* 2010; 24(6): 907-13.

27. Gollub E, Stein Z. Living with uncertainty: acting in the best interests of women. *AIDS Res Treat* 2012; 2012: 524936.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4.ed. Brasília/DF; 2002.
29. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis* 2012; 12(1): 19-26.
30. Morrison CS, Skoler-Karppoff S, Kwok C, Chen PL, Van de Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS* 2012; 26(4): 497-504.
31. Weiss HA, Hankins CA, Dickson K. Male circumcision and risk of HIV infection in women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2009; 9(11): 669-77.
32. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (1): CD003255.
33. Barbosa RM, Villela WV, Pinho A. Decisões relacionadas à gravidez não desejada no contexto da epidemia de AIDS: encerrando trajetórias reprodutivas. *In: Anais XVIII. Encontro Nacional de Estudos Populacionais: transformações na população brasileira: complexidades, incertezas e perspectivas*. Campinas: ABEP; 2012.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2.ed. Brasília/DF; 2011.
35. Kerrigan DL, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low and middle-income countries. *AIDS Behav* 2013; 17(6): 1926-40.
36. Pinho AA. Trocas afetivo-sexuais-econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública; 2012.
37. Matão L, Borges de Miranda ME, Freitas D, Fátima MI. Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. *Enfermería Global* 2014; 34: 467-80.

Recebido em: 10/10/2013

Versão final apresentada em: 07/01/2015

Aceito em: 20/01/2015