



Conjugalidades e Prevenção às DST/Aids

Organizadores: Alexandre Yamaçake, Naila Janilde Seabra Santos, Regina Figueiredo

Conjugalidades e Prevenção às DST/Aids

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Programa Estadual DST/AIDS-SP
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

São Paulo
2009

Realização:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Luiz Roberto Barradas Barata - Secretário Estadual de Saúde

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Clélia Maria S.S. Aranda – Coordenadora

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE DST/ AIDS

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS

Maria Clara Gianna – Coordenadora

Arthur O. Kalichman – Coordenador Adjunto

Elvira M. Ventura Filipe – Gerente da Divisão de Prevenção

Caio Westin – Diretor do Núcleo de Populações Vulneráveis

Parceria:

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Elaboração do texto:

Alexandre Yamaçake - Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo – SES/SP

Irina Bacci – CFL – Coletivo de Feministas Lésbicas e INOVA Famílias LGBT

Helena Marques – CTA Santo Amaro e Programa Municipal DST/Aids do Município de São Paulo

Naila Janilde Seabra Santos - Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo – SES/SP

Regina Figueiredo – Instituto de Saúde - SES/SP

Sonia Garcia – Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo – SES/SP

Design – Comunicação Interna / Alex Cardoso

Editoração, CTP, impressão e acabamento – Rettec Artes Gráficas

Agradecimentos:

Silvia Bastos - Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde

Tommaso Bessozi – Ativista LGBT

Revisão:

Elvira M. V. Filipe - Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo da SES/SP

Naila Janilde Seabra Santos - Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo da SES/SP

Paulo Roberto Teixeira - Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo da SES/SP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brasil, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

Conjugalidades e Prevenção

Série: Prevenção às DST/AIDS

ISBN 978-85-99792-11-7

1. Relações estáveis 2. Prevenção 3. HIV/aids 4. Conjugalidade

sumário

Apresentação	IX
---------------------------	-----------

Capítulo 1 – Contexto Histórico e os Avanços da Prevenção

1.1. Evolução da Epidemia de Aids	1
1.2. A Evolução da Prevenção às DST/Aids	4

Capítulo 2 – Conjugalidades e Diversidade Sexual

2.1. Conjugalidades	9
---------------------------	---

Capítulo 3 – Prevenção e Conjugalidades

3.1. Desafios Impostos pela Natureza da Epidemia de Aids	14
3.2. Presença de DST ou HIV/Aids nas Situações de Conjugalidade ...	16

Capítulo 4 - Estratégias de Prevenção Sexual às DST/HIV/Aids e Hepatites Virais em Situações de Conjugalidade

4.1. Ações de Prevenção às DST/HIV/Aids	23
4.2. Estratégias de Prevenção – Camisinhas	26
4.3. Diminuição do risco em Práticas Sexuais sem Uso de Preservativos.....	32

Conclusões	39
-------------------------	-----------

apresentação

Apesar do êxito obtido no campo da prevenção às DST/HIV/AIDS, a epidemia de AIDS mantém uma dinâmica própria de transformações tornando importante uma constante discussão sobre as estratégias de prevenção a serem utilizadas visando à diminuição da incidência da infecção pelo HIV e outras DST.

Neste sentido o Programa Estadual DST/Aids de São Paulo através de sua Divisão de Prevenção coordenou um grupo composto por técnicos da área da saúde e representantes da sociedade civil para discutir uma questão relevante nos dias de hoje, a prevenção em situações de conjugalidade, ou seja, casais em relacionamentos estáveis.

Cientes da importância da capacitação/sensibilização dos profissionais da rede de serviços de saúde para lidar com este tema, o Programa Estadual DST/Aids do ESP publica este livro que coloca em pauta a discussão sobre a temática da conjugalidade e prevenção às DST/AIDS.

Esperamos que as informações contidas neste livro possam fomentar essa discussão em várias esferas governamentais e não governamentais, e que estas, possam refletir, propor e implantar novas estratégias para estimular a prevenção às DST/AIDS junto à população, particularmente das pessoas que se sentem em condição de conjugalidade, levando os serviços de saúde a realizar um atendimento mais adequado e que considere as particularidades dos diversos segmentos da sociedade.

Dra Maria Clara Gianna
Coordenadora do PE - DST/Aids

Dr Artur O Kalichman
Coordenador Adjunto do PE-D ST/Aids

capítulo 1

Contexto Histórico e os Avanços da Prevenção

1.1. Evolução da Epidemia de Aids

No Brasil, os primeiros casos de Aids foram diagnosticados em 1982. Apesar da importância relativa da região sudeste na epidemia, a doença já foi notificada em todos os estados brasileiros, constituindo-se em um grande problema de saúde pública no nosso país. Embora, até a atualidade, haja mais indivíduos do sexo masculino no total de casos notificados, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens.

A Aids é uma das principais causas de mortalidade em adultos jovens no país. No entanto, apesar das condições sócio-econômicas pouco privilegiadas da maioria da população, tal mortalidade vem apresentando uma queda acentuada a partir de 1996 devido principalmente ao uso de antirretrovirais, além da descentralização do atendimento, levando a um diagnóstico mais precoce e à possibilidade de intervenção adequada sobre as infecções oportunistas, o que contribui para uma maior sobrevivência dos pacientes.

O estado de São Paulo tem sido, desde os primórdios da epidemia, responsável por grande parte das notificações do país. O município de São Paulo apresenta o maior número absoluto de casos de Aids no Brasil, como seria de se esperar, dada a sua densidade populacional e as suas demais características de grande centro urbano. Dos 645 municípios do estado de São Paulo, 621 (96,3%) tiveram pelo menos um caso de Aids desde o início da epidemia⁽¹⁾.

Nos primeiros anos da epidemia no Estado, a imensa maioria dos

casos era em homens e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram, expressivamente, maiores do que no sexo feminino. Com o aumento do número de casos em mulheres, a relação masculino/feminino de casos vem caindo, gradativamente, estando, desde 1996 até o presente momento, de 2 (dois) homens para 1 (uma) mulher.

1.1.a) Casos de HIV/Aids em Homens:

Havia um predomínio muito marcante das categorias homossexual e bissexual no início da epidemia de Aids e, até 1987, elas representavam juntas mais de 50 % dos casos masculinos. Nesse mesmo ano, o uso de drogas injetáveis despontou como uma categoria de transmissão importante e passou a representar cerca de um terço dos casos em homens, diminuindo de forma importante no fim da década de 90. Nesse mesmo período, a proporção da categoria heterossexual começou a aumentar em importância no cenário da epidemia masculina.

1.1.b) Casos de HIV/Aids em Mulheres:

Quando analisamos a evolução da epidemia no sexo feminino no estado de São Paulo, observamos três fases distintas⁽²⁾ em termos de maior risco para a aquisição da infecção pelo HIV: a **primeira fase**, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias com homens bissexuais e transfundidos as mais frequentes. Nesse período era relevante, também, a transmissão pela transfusão sanguínea; a **segunda fase**, de 1987 a 1990, quando então o uso de drogas injetáveis apareceu como uma importante forma de infecção pelo HIV também para as mulheres; a **terceira fase**, de 1991 até o presente momento, que apresenta nítido predomínio da infecção pelo HIV em mulheres por prática heterossexual.

A transmissão por via sexual tem sido, portanto, a mais importante, tanto em homens quanto em mulheres.

1.1.c) Transmissão Vertical do HIV/Aids:

O aumento do número de casos de HIV/Aids em mulheres trouxe, como consequência, um maior número de casos em crianças pela transmissão vertical. Esta forma de transmissão é a principal em menores de 13 anos de idade, embora tenha havido uma redução de quase três vezes,

de 325 , em 1998, para 121 casos em 2005.

É importante observar, nos últimos anos, o registro de casos por transmissão vertical com diagnóstico de Aids após os 13 anos de idade⁽¹⁾ , devido ao aumento do tempo que as crianças infectadas permanecem sem doença. Estes dois fatos podem ser explicados em virtude do programa de controle do HIV em gestantes e crianças expostas à transmissão vertical e do tratamento medicamentoso oferecido no SUS.

1.1.d) Perfil Etário da Epidemia de HIV/Aids:

A Aids, no estado de São Paulo, acomete indivíduos de todas as faixas etárias, sendo mais prevalente em adultos jovens. Apesar da maior prevalência na faixa de 30 a 39 anos, há um aumento considerável de ocorrência de casos em maiores de 40 anos de idade, especialmente, entre as mulheres, apontando para a necessidade de ações de prevenção voltadas para esta faixa etária da população.

Ressalte-se que os indivíduos com diagnóstico de Aids na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, provavelmente, infectaram-se na adolescência.

1.1.e) Perfil Racial e Sócio-Econômico dos Casos de HIV/Aids:

A variável raça/cor foi introduzida no sistema de notificação de Aids no ano 2000 e tem proporcionado, ao longo do período, uma melhor coleta desta informação. Em 2005, 58,3% dos indivíduos notificados eram brancos; 20,7% pardos; 10,0% pretos, 0,6% amarelos e 0,1% indígenas.

A Aids aparece em todas as camadas sociais, observando-se que, embora todas as categorias de transmissão apareçam entre essas várias camadas, o uso de drogas injetáveis é, proporcionalmente, um fator mais importante entre os pacientes com baixa escolaridade e ocupações menos qualificadas e a transmissão sexual é, proporcionalmente, mais frequente nos indivíduos de escolaridade mais alta, em ambos os sexos.

Observa-se que, mesmo baixa, a proporção de casos entre indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade entre os heterossexuais se mantém, relativamente, constante ao longo dos anos. Esse fato é importante de ser ressaltado, uma vez que o discurso da “pauperização” da epidemia pode dar uma falsa sensação de “proteção” e distanciamento da doença aos indivíduos diferenciados, particularmente mulheres com maior escolaridade e melhor nível sócio-econômico.

Erro semelhante foi cometido no início da epidemia, quando o alarde sobre o fato de que a maioria dos casos ocorria em homens homossexuais levou os demais segmentos da sociedade a se acreditarem “fora do risco”. Esta crença foi, provavelmente, um dos fatores facilitadores da “heterossexualização” da epidemia.

Atualmente, tanto o município de São Paulo, quanto o estado de São Paulo não apresentam a tendência de queda da escolaridade, o que contraria a hipótese anterior de pauperização, já demonstrada apenas entre os usuários de drogas injetáveis (UDI).

Apesar das lésbicas (homossexualidade feminina) não aparecerem nos dados epidemiológicos, é importante destacar que esta população está presente na epidemia em diversas situações, tais como: em relações progressas e eventuais com homens, em situações de violência sexual, como profissionais do sexo, usuárias de drogas, entre outras.

1.2. A Evolução da Prevenção às DST/Aids

1.2. a) Estratégias de Prevenção:

Desde o início da epidemia de Aids, **o principal e mais eficaz método preconizado para evitar a transmissão sexual do HIV, tem sido o uso de preservativos.**

Com a evolução da epidemia e o acometimento de diversos segmentos da população, novas técnicas foram introduzidas:

O **controle da qualidade do sangue** transfundido proporcionou resultados bastante satisfatórios na redução da infecção pelo HIV por transfusões sanguíneas e de hemoderivados⁽³⁾;

A **transmissão vertical** tem sido e pode continuar sendo drasticamente reduzida desde que a gestante e o bebê tenham o diagnóstico da infecção pelo HIV realizado a tempo de instituir as medidas profiláticas hoje disponíveis;

A proposta de tratamento por **Abordagem Sindrômica das DST⁽⁴⁾**, como forma de diminuir o risco de infecção pelo HIV – útil e eficaz em lugares onde isto foi feito em larga escala⁽⁵⁾.

A proposta de **quimioprofilaxia com antirretrovirais para indivíduos com exposição ocupacional ao HIV**, utilizada para prevenir a infecção pelo HIV em indivíduos que se expõem ao contato com secreções humanas potencialmente contaminadas pelo HIV em acidentes do trabalho,

pode ser encontrada no site do Programa Estadual de DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br).

A proposta de **Redução de Danos** para Usuários de Drogas é um conjunto de medidas em saúde que tem por finalidade minimizar as conseqüências danosas do uso e abuso de drogas. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, portanto, mesmo que nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção das DST/HIV/AIDS e Hepatites⁽⁶⁾. Outro princípio da Redução de Danos refere-se à possibilidade do usuário de drogas refletir sobre os cuidados com sua saúde e assim fazer escolhas de acordo com seu julgamento, afirmando a responsabilidade do indivíduo.

O uso compartilhado de drogas injetáveis representou, no sudeste do Brasil, particularmente no Estado de São Paulo, assim como em vários locais no mundo, um dos mais importantes fatores de risco na transmissão do HIV, por isso esta estratégia foi utilizada particularmente para os usuários de drogas injetáveis, com a distribuição de um kit de redução de danos, que continha preservativos, agulha, seringas descartáveis e água destilada com o objetivo de propiciar, além do aconselhamento, instrumentos para um uso seguro das drogas com relação à infecção pelo HIV e Hepatites.

As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e ao diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis, deram visibilidade aos usuários de drogas no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas.

1.2.b) Outras Estratégias de Prevenção em Discussão Hoje:

A proposta do **“ABC”** consiste em as pessoas se manterem em **Abs**tinência sexual quando solteiros, e depois de estar vivendo maritalmente, manterem-se fiéis (**Be faithful**) a seus companheiro(a)s, além da proposta de uso regular de **Camisinhas**.^(7, 8), como uma estratégia de prevenção a ser preconizada por alguns países.

Com relação à esta proposta, temos a destacar que embora seja bastante óbvio que a **Abstinência sexual** elimina o risco de transmissão de qualquer doença sexualmente transmissível, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo avalia que tanto a abstinência sexual até o casamento quanto a recomendação das pessoas se manterem fiéis a seus parceiros(as) são decisões de foro íntimo, não sendo passíveis de aplicação como métodos de prevenção para toda a população e, por isso, não são políticas públicas adotadas no Estado.

Vale salientar que a proposta ABC recebeu diversas críticas, entre as quais a de que a abstinência sexual e a fidelidade ao companheiro não auxiliam na prevenção da infecção pelo HIV para as mulheres e que de nada adianta propô-las, se não vierem acompanhadas de uma mudança que permita relações de gênero mais igualitárias, onde as mulheres possam praticar a prevenção às DST/AIDS⁽⁹⁾
A violência doméstica e relações onde o parceiro tem excessivo controle das companheiras estão associados, segundo estudos efetuados na África, com uma prevalência 50% mais alta da infecção pelo HIV-1⁽¹⁰⁾

Nesta proposta “ABC”, apenas **o uso consistente da Camisinha permanece como uma forma de prevenção aplicável e segura**, que continua sendo recomendada, como sempre.

Com relação à **circuncisão**, apesar da existência de vários trabalhos que demonstram uma eficácia relativa da mesma^(11, 12, 13, 14), enquanto método de prevenção da infecção para o HIV para homens heterossexuais circuncidados, é uma técnica de difícil implantação do ponto de vista da estrutura dos serviços de saúde e de difícil adesão dos homens por questões culturais, além de não ter demonstrado a mesma eficácia de proteção nas relações entre homens homossexuais⁽¹⁵⁾ e para mulheres de homens circuncidados HIV+⁽¹⁶⁾.

A comprovação de que os espermicidas vaginais, que tem atividade virucida contra o HIV, causam irritação na mucosa, facilitando a entrada do HIV, fez com que fosse reavaliada a pertinência de seu uso (inclusive com diafragmas).

Considerando o aumento de casos na população heterossexual e, especificamente, com relação a casais estáveis, a orientação de diminuir

o número de parceiros ou permanecer em monogamia como forma de prevenção das DST/Aids não se mostrou eficaz, haja vista a grande parcela das mulheres infectadas pelo HIV por via heterossexual e que referiu parceria sexual única no momento do diagnóstico⁽¹⁷⁾.

Assim, os modelos propostos de prevenção derivados do início da epidemia, que tinham perfil predominantemente gay masculino, precisam ser revistos e adaptados.

Referências Bibliográficas

1. Secretaria de Estado da Saúde de SP - Programa Estadual DST/AIDS - Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico ano XXV - nº1**. São Paulo; dezembro, 2008.
2. Santos, NJS et al. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol 5, Nº 3, 2002.
3. Lei N.º 7.649 de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade de cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. *Pub. D.O.U. de 27/01/88*.
4. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). The role of STD detection and treatment in HIV prevention. December, 2007
5. Twenty years of HIV/AIDS in the World - Evolution of the Epidemic and Response in Uganda, Uganda AIDS Commission Secretariat, June 2001 The World Bank.
6. CASVI - Centro de Apoio e Solidariedade à Vida; BRAHA – Brasileiros humanitários em ação; www.unodc.org
7. The “ABCs” of HIV Prevention: Report of a USAID Technical Meeting On Behavior Change Approaches To Primary Prevention of HIV/AIDS, September 17, 2002
8. *Fighting HIV/AIDS: is success possible?*. Bulletin of the World Health Organization, 2001
9. Dunkle KL et al. *Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa*. The Lancet 363: 1415-21, 2004.
10. Martin SL, Curtis S. *Gender-based violence and HIV/AIDS: recognising links and acting on evidence*. The Lancet 363: 1410-1411, 2004
11. Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J.I., Sitta, R., Puren, A. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2(11), e298. doi: 10.1371/journal.pmed.0020298

12. Bailey, R.C., Plummer, F.A., Stephen Moses, S. (2001). Male circumcision and HIV prevention: current knowledge and future research directions. *Lancet Infectious Diseases*, 1, 223-231.
12. Bailey, R.C., Moses, S., Parker, C.B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J.N. William, C.F.M., Campbell, R.T., Ndinya-Achola, J.O. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369, 643-656.
14. Gray, R.H., Kiwanuka, N., Quinn, T.C., Sewankambo, N.K., Serwadda, D., Mangen, F., Lutalo, T., Nalugoda, F., Kelly, R., Meehanf, M., Chena, M.Z., Li, C., Wawer, M.J. para o Rakai Project Team. (2000). Male circumcision and HIV acquisition and transmission: cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS*, 14(25), 2371-2381.
15. Grulich, A.E., Hendry, O.H., Clark, E., Kippax, S., Kaldor, J. M. (2001). Circumcision and male-to-male sexual transmission of HIV. *AIDS*, 15(9), 1188-1189.
16. Hunter, D.J., Maggwa, B.N., Mati, J.K.G., Tukei, P.M., Mbugua, S. (1994). Sexual behavior, sexually transmitted diseases, male circumcision and risk of HIV infection among women in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 8(1), 93-100.
17. Santos, N.J.S., Barbosa, R.M., Pinho, A.A., Villela, W.V., Aidar, T., Filipe, E.M.V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S321-S333, 2009.

capítulo 2

Conjugalidades e Diversidade Sexual

2.1. Conjugalidades

2.1.a) *A Noção de Conjugalidade:*

Conjugalidade não é um termo já difundido para uso na língua portuguesa⁽¹⁾, mas está sendo proposto a partir de importantes mudanças ocorridas nas famílias, que vêm acarretando, alterações da natureza do laço conjugal, ou seja, da união entre ascendências, o que Foucault entende ser a matriz do indivíduo adulto^(2, 3, 4). Desta maneira, para este autor a conjugalidade é definida como o laço que reúne pais e filhos, e vai para além da compreensão da díade. Ser um casal é ser mais que um par.

Compreende-se por conjugalidade um sistema vivo que sofre transformações de acordo com contextos: sócio, político e econômico, onde o casal está inserido. Os cônjuges são atores dinâmicos que constroem sua história em intercâmbios de suas subjetividades, e fundamentalmente se movem através do tempo. Cada membro traz para a relação constructos individuais, ou seja: a representação de suas respectivas famílias de origem (mitos, crenças, valores) herdadas intergeracionalmente.

Para Carter e Mac Goldrick⁽⁵⁾, a história conjugal é construída a partir do ciclo de vida do casal, que na inter-relação dos ciclos de vida individuais de cada cônjuge, ao longo do tempo, são transformados. Fatores estressores previsíveis, (início do casamento, nascimento dos filhos, filhos na fase adulta, saída dos filhos de casa, etc.) e fatores estressores não previsíveis (morte de um dos cônjuges, infidelidades, perdas ou ganhos financeiros, mudança ou compra de casa, catástrofes sociais ou eco-

nômicas, etc), definem a trajetória singular de cada casal.

Para Caillé⁽⁶⁾, o casal desenvolve um modelo que ele chama de absoluto do casal. São dinâmicas de cada relação, que dão o significado e sentido. Segundo Ferés⁽⁷⁾, trata-se da identidade do casal, ou seja, conjugalidade.

Conjugalidade, portanto, designa uma relação social que se institui em uma união entre indivíduos com histórias de vida diferentes, por uma determinada gestão de sexualidade e/ou relação amorosa/ afetiva.

2.1.b) Impactos da Conjugalidade no Indivíduo:

Nas sociedades, em geral, o laço conjugal representa um elemento fundador e primordial dos laços familiares e, até mesmo, dos laços sociais no seu conjunto. Conforme Kellerhals⁽⁸⁾, essa situação apresenta-se enquanto chance de sociabilidade frente ao fenômeno de fragmentação da pessoa em indivíduo, que vem ocorrendo na contemporaneidade.

No entanto, apesar da conjugalidade permanecer como projeto central da vida dos indivíduos, é inegável que os formatos em que se apresenta sofreram, ao longo das últimas décadas, transformações profundas. Essas transformações não deslocam a conjugalidade de seu lugar fundamental nas biografias individuais, mas assentam, sobretudo, num aumento de fases de transição possíveis entre uma situação conjugal e uma situação não-conjugal, configurando uma maior pluralidade de trajetórias conjugais possíveis na vida das pessoas: etapas de conjugalidade intercaladas com não-conjugalidade, ou sequências de conjugalidade com parcerias variadas, ou até, etapas de conjugalidade distintas na trajetória de um mesmo casal.

Segundo Sofia Aboin⁽⁹⁾, essas diferentes formas de entrar, viver e sair da conjugalidade afetam não só os percursos individuais, mas atuam também sobre as dinâmicas conjugais, parentais e familiares que se constroem ao longo da vida, ou ainda, sobre as identidades dos indivíduos. Com efeito, uma determinada situação familiar constitui, no presente, o resultado de uma trajetória conjugal específica que, sem dúvida, contribuiu para criar formas particulares de viver e interagir dentro da família (na divisão do trabalho, nos valores e afetos, na construção de rotinas diá-

rias, na relação a dois, com os filhos, etc.) e, também, fora dela (no mundo profissional, na relação com os outros em geral, etc.).

2.1.c) Conjugalidades e Diversidades de Gênero:

- Gênero, Identidade de Gênero e Orientação Sexual

A desigualdade entre homens e mulheres é observada desde a infância nos brinquedos e brincadeiras que se destinam habitualmente aos meninos e meninas e, quando na vida adulta, no mercado de trabalho e na relação com a sociedade. Esta desigualdade também gera diferenças na forma como homens e mulheres lidam com sua sexualidade.

O que é Gênero?

Segundo Regina Jurkewicz⁽¹⁰⁾, quando falamos das relações de gênero, a primeira pergunta que se coloca é: afinal, o que é o gênero? Tentaremos responder a esta pergunta, evidenciando as diferenças existentes entre gênero e sexo.

Gênero é o sexo social definido, ou seja, gênero não é sinônimo de sexo. Enquanto o sexo é biológico, gênero é construído historicamente, cultural e socialmente. Com isto queremos dizer que nascemos machos ou fêmeas, mas nos fazemos homens ou mulheres. O núcleo da identidade de gênero se constrói em nossa “cabeça” sobretudo até os 3 anos de idade.

A criança logo que nasce ganha um nome e começa a ser tratada como menino ou menina. A linguagem é poderosa no processo de construção do gênero. Incorporamos o gênero masculino ou feminino através do aprendizado de comportamentos, hábitos, formas de pensar, concordantes com padrões definidos socialmente como masculinos ou femininos.

Assim, entende-se por gênero o conjunto de normas, valores, costumes e práticas, através das quais a diferença entre homens e mulheres é culturalmente significada e hierarquizada. Esse termo surgiu como uma forma de estabelecer as diferenças culturais e sociais entre homens e mulheres. Porém, esta clássica conceituação muitas vezes é confundida com o sexo biológico, como se ao nascer com pênis ou vaginas, fosse classificado todo o comportamento masculino ou feminino que homens ou mulheres devessem adotar.

Identidade de Gênero:

A **identidade de gênero** é um processo em construção nas pessoas desde o nascimento e se refere a sua auto-identificação como sendo um

homem ou uma mulher, a percepção que a mesma tem de si, o que pode, ou não, estar em concordância com o sexo biológico. Neste sentido, a base biológica, ter vagina ou pênis, pode confrontar-se em nossa sociedade com a construção de gênero e, conseqüentemente, como a formação e percepção da identidade de gênero da pessoa.

Ademais, é importante ressaltar que gênero e sexualidade, apesar de relacionados, não se reduzem. Por isso, a identidade de gênero e a orientação sexual (ver abaixo) são duas esferas autônomas da vida.

Orientação Sexual:

Orientação sexual é a capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva, erótica e sexual por indivíduos de sexo diferente, do mesmo sexo ou ambos, assim como ter relações afetivas, íntimas e sexuais com essas pessoas. Modernamente, as orientações sexuais são distinguidas em:

heterossexualidade: quando o interesse afetivo-erótico-sexual da pessoa se dirige a pessoas do sexo oposto;

homossexualidade: quando esse interesse se expressa por pessoas do mesmo sexo

bissexualidade: quando esse interesse se expressa por pessoas de ambos os sexos

Orientação sexual e identidade de gênero são, portanto, fenômenos relacionados, mas não superpostos. Ao se falar em travestis, transexuais e transgêneros estamos falando, sobretudo, em identidade de gênero – e não em orientação sexual. As (os) transgêneros, travestis e transexuais, ao contrário do que se pensa, não são forçosamente “homossexuais”. Elas podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, como qualquer pessoa.

Esse impacto sobre os papéis que os indivíduos assumem dentro do grupo produz também **identidades de gênero**.

Esses padrões ditados pela cultura refletem as relações estabelecidas historicamente entre homens e mulheres, mas também a forma como são vistas e tratadas as pessoas que vivem outros modelos de relação. Por isso temos relações desiguais e discriminatórias no tratamento de homens e mulheres ou de gays e lésbicas que refletem o preconceito e o poder exercido sobre esses indivíduos, bem como sobre travestis e transexuais.

As lutas pela conquista de direitos e o ganho de visibilidade dessas minorias sexuais, ocorridas no final do século XX, alteram as formas de compreensão das relações amorosas e sexuais, bem como, dos possíveis

arranjos familiares e parentais, refletindo no conceito de conjugalidade.

Assim, a forma de ser e compreender as identidades de gênero e sua diversidade promove mudanças nas idealizações e expectativas em relação a parceiros e da pessoa em relação a si mesma.

Desta forma, a conjugalidade deve ser vista como um cruzamento de características complexas, que envolvem:

- situação familiar (se há coabitação; se é primeira, segunda ou que conjugalidade; o tempo dessa conjugalidade; se há ou não filhos produto desta conjugalidade ou formação de famílias recompostas com filhos de outras parcerias, etc.)
- identidade de gênero dos indivíduos envolvidos na parceria (como se definem sexual e afetivamente e qual posição assumem no arranjo conjugal).

Referências Bibliográficas:

1. Heilborn, ML. *Dois é Par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, 1992.
2. Foucault, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971.
3. Foucault, M. *A história da sexualidade, II - O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.13
4. Foucault, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
5. Carter, B, McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia Familiar*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1995
6. Caillé, P. *Um e um são três: O casal se auto revela*. São Paulo: Summus, 1994.
7. Ferés-Carneiro, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 1998. pp. 379-394.
8. Kellerhals, J. Dicorce et modèles matrimoniaux: quelque figures pour una analyse des r'gles de l'échanc. *Revue Française de Sociologie*. 23 (2), 1982. pp. 195-222.
9. Aboin S.S. Evolução das Estruturas Domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 43, 2003. pp. 13-30
10. Jurkewicz R.S. Afinal, o que é gênero?. São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.catolicasonline.org.br/ExibicaoNoticia.aspx?cod=133>

capítulo 3

Prevenção e Conjugalidades

Para se estabelecer a importância do conceito de prevenção com relação às práticas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre casais faz-se necessário situar o momento e a estrutura social na qual vivemos e como novas doenças ameaçam e interferem nas relações sociais e na vida íntima das pessoas.

Arouca⁽¹⁾ refere que a história das ciências está relacionada com a história das idéias e que esta se relaciona com a sociedade que as gerou. Por isso, na atual sociedade pós-anos 60 e pós-advento da pílula anticoncepcional, quando houve a liberação sexual e, em particular, a mudança de costumes por parte das mulheres, o surgimento da aids representou uma ameaça de retrocesso à liberação dos comportamentos sexuais.

3.1. Desafios impostos pela natureza da epidemia de Aids

Tratar da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids, entre parceiros com relacionamentos estáveis é desafiador, dado que as situações de conjugalidade atualmente são concebidas sobre os ideais de fidelidade e confiança monogâmica advindas do modelo de amor romântico estabelecido no século XIX⁽²⁾. Implica em discutir medos e tabus e abordar a vulnerabilidade real dos indivíduos, buscando a promoção de estratégias de saúde.

A relação conjugal idealmente constituída por um homem e uma mulher para a formação de uma família com filhos é associada à idéia de complementaridade que preencherá as necessidades afetivas e sexuais, tal como rege o modelo matrimonial de parceria na “saúde e na doença”,

na dor e no amor. Expressa aspirações de fusão integral e encontro da estabilidade e da paz, que dá base para a vivência das pessoas em outras esferas do mundo social e familiar.

Esse modelo bastante rígido não prevê expectativas e comportamentos distintos do modelo esperado habitualmente como mudanças de desejo sexual ou reformulações de expectativas de vida, muito menos inclui a possibilidade de vivência da sexualidade diferente do hegemônico heterossexual e com a mulher passiva-mãe e homem ativo-empresendedor. Por isso, foram observados vários fenômenos que facilitaram a expansão do HIV e das DST em geral, em nossa sociedade:

- mulheres em parceria fixa se consideram “imunes” ao HIV por serem monogâmicas;
- homens associam a infecção por DST/HIV a condutas de risco como prostituição e homossexualidade;
- há dificuldades na exigência do preservativo pelas mulheres, por terem que manter um padrão de aceitação da vontade de seus parceiros;
- mulheres que se relacionam com mulheres não se percebem vulneráveis, acreditando que o sexo entre mulheres é protegido das DST/HIV;
- a dificuldade das mulheres portarem e proporem ativamente o uso do preservativo;
- as relações de poder estabelecidas pela sociedade, onde as mulheres, geralmente, se submetem à vontade de seus parceiros, ora por hábito e educação, ora por dependência sócio-econômica, ou até mesmo por violência.

A compreensão do complexo saúde-doença como resultado da interação de um conjunto de fatores motiva que sejam adotadas estratégias terapêuticas e preventivas específicas para a situação de conjugalidade. As medidas de prevenção primária devem ser tomadas: primeiro por serem mais econômicas e eficazes, depois porque devem agir sobre fatores de risco, considerando não apenas aspectos de informação ao público e acesso a insumos preventivos como camisinhas, por exemplo, mas também a percepção dos tipos de parceria e seus diferentes arranjos:

- idade dos envolvidos, sexo;
- identidade de gênero;
- situação de coabitação ou não;
- tempo de relacionamento e situação de conjugalidade;
- momento de vida do relacionamento de conjugalidade;

- presença de filhos do casal, ou constituição de novos arranjos familiares com filhos de outros relacionamentos;
- situação de dependência material e econômica entre os parceiros;
- situação de dependência emocional entre os parceiros.

Todos esses fatores devem ser analisados e considerados para facilitar estratégias preventivas em prol da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e da saúde geral das pessoas, além de situações específicas com relação às próprias DST/HIV que se apresentam: saberem-se infectados, em risco ou não, como veremos a seguir.

3.2. Presença de DST ou HIV/AIDS nas Situações de Conjugalidade

3.2.a) Casais não Infectados ou que Desconhecem a Própria Sorologia:

Diferentes situações tornam complexo lidar com a presença de DST/HIV e sua prevenção entre casais.

Quando a descoberta da DST ou da soropositividade para o HIV acontece após o início do relacionamento ou após o vínculo já estabelecido, e sem conhecimento anterior do casal, pode advir uma série de situações conflituosas que dificultam o tratamento do indivíduo infectado e a prevenção da infecção do parceiro.

Reconhecer que o parceiro apresenta uma DST ou o HIV pode promover afastamento, rejeição, agressividade ou até violência contra o mesmo, pois isto simboliza a possibilidade de relações extraconjugais e o reconhecimento da vulnerabilidade da relação, colocando em risco a estabilidade e a segurança da parceria conjugal, até o momento da ciência da infecção.

Na maioria dos casos a presença de uma DST, incluindo o HIV, modifica todo o padrão de relacionamento conjugal para uma situação de falta de espontaneidade, desconfiança, falta de cumplicidade e perda de planos entre os parceiros, incluindo o medo de adquirir uma (outra) DST, ou HIV e, em vários casos, a sugestão ou efetivação de uma infidelidade apontada por essa presença impossibilita efetivamente a continuidade da parceria.

Essas sensações ou sentimentos desencadeiam uma série de instabilidades para os indivíduos em situação de conjugalidade quanto ao final da relação que pode gerar insegurança quanto à situação emocional, familiar, financeira, etc.

3.2.b) Casais Sorodiscordantes ou Soroconvergentes:

Segundo a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), as relações hetero ou homossexuais, em que um dos parceiros vive com HIV/aids e o outro não, têm sido definidas como sorodiscordância, sorodivergência, sorodiferença ou parcerias com sorologias distintas⁽³⁾.

No Brasil, como em outros países, esses relacionamentos existem desde o início da epidemia, no começo da década de 1980. Porém, está havendo um aumento do número de casais com sorologias distintas para o HIV, possivelmente, devido à descoberta de terapias – principalmente com a chegada dos medicamentos antirretrovirais, o chamado “coquetel” – que têm aumentado a saúde, melhorado a qualidade de vida e reduzido a mortalidade das pessoas portadoras do HIV. Assim, pessoas que vivem com HIV têm podido dar continuidade ou iniciar e reiniciar o planejamento de suas vidas, incluindo parcerias afetivas e sexuais.

Cada vez mais, as pessoas que não sabem se são soropositivas, assim como indivíduos que se sabem soronegativos, possuem mais informações a respeito de como manter uma relação sexual segura e estão iniciando, de forma consciente, relacionamentos com pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Com a confirmação da presença de HIV, as situações de conjugalidade apresentam especificidades com relação ao seu impacto sobre a vida e o relacionamento do casal:

- **Quando a descoberta do HIV, de um dos parceiros, ocorre ANTES** da relação sexual ou início do relacionamento afetivo estável e isto é claramente colocado no início da relação, há maiores chances de se construir acordos e estratégias preventivas que podem ser adotadas pelos parceiros e que passam a integrar a própria relação, incluindo **seus planos**.
- **Quando ocorre APÓS o estabelecimento da situação de conjugalidade** ou após o estreitamento do vínculo e parceiro negativo não conhecia a soropositividade do outro pode ocorrer, além dos problemas já apresentados para os casais que desconheciam sua sorologia (descritos na página anterior), também:

- afastamento afetivo, emocional, físico ou sexual por medo de infectar o parceiro ou de ser rejeitado por ele.
- efetivo afastamento, rejeição e, em casos limite, até agressão vinda de parceiros.

3.2.c) Aconselhamento para Sexo Seguro Envolvendo Portadores de HIV:

A sorologia para o HIV deve ser vista sempre como uma conduta positiva nas diversas situações de conjugalidade, uma vez que quanto mais precocemente ocorre, mais garante a detecção da infecção, seu acompanhamento e a redução da possibilidade de infecção do parceiro. Por outro lado também motiva a visualização da vulnerabilidade em situações de conjugalidade e o diálogo sobre a negociação de estratégias preventivas que devem ser adotadas pelo casal.

O teste anti-HIV deve ser realizado em serviços de saúde com aconselhamento prévio. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) são unidades de saúde que, além de disponibilizarem o exame e seu resultado, ou seja, o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV de forma gratuita, oferecem pré e pós-teste, garantia de sigilo e encaminhamento para a assistência necessária, caso seja constatada a infecção pelo HIV.

A Aids é uma doença complexa não só em seu aspecto orgânico, mas também pelo fato de suas formas de transmissão estarem diretamente ligadas a comportamentos.

Diante desse contexto, a adesão ao serviço, às consultas e ao tratamento, dependerá da qualidade de atendimento oferecido. Dentre as múltiplas variáveis necessárias para atingir esse objetivo, destacamos o aconselhamento, definido pelo manual expedido pelo Ministério da Saúde em 1997 “Aconselhamento em DST e Aids - diretrizes e procedimentos básicos”⁽⁴⁾ como “processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (p.5).

Portanto, o estabelecimento de vínculo e a qualidade da relação que se constrói serão fundamentais para garantir apoio emocional, ampliar as possibilidades de adesão ao tratamento e às práticas de sexo seguro, entre outros aspectos. Entretanto, as formas de ser e de se comportar dos pacientes podem desencadear, nos profissionais de saúde, sentimentos que os levam a tomar atitudes que refletem seus próprios valores morais,

suas crenças e sentimentos pessoais, em detrimento dos desejos, necessidades, valores e crenças dos pacientes, comprometendo a qualidade da relação e, conseqüentemente, do atendimento oferecido. Assim, as implicações da Aids do ponto de vista relacional (intersubjetivo) exigem dos profissionais de saúde, em seus atendimentos, um preparo para lidar com questões que suas formações profissionais não contemplam⁽⁵⁾. A discussão de caso em equipe multidisciplinar se constitui em uma das melhores metodologias de capacitação das equipes ao propiciar a troca e a reflexão conjunta entre os diferentes saberes.

Em relação ao aconselhamento para sexo seguro, vários aspectos que foram apontados em uma dessas discussões podem ser generalizados como recomendações para outros casos^(6,7).

Aspectos a serem considerados na prática de aconselhamento:

- Sem a construção de uma relação de confiança dificilmente o paciente partilhará suas dúvidas e dificuldades;
- Julgamentos e atitudes coercitivas impedem a constituição de vínculo;
- A simples recomendação do uso de camisinha e da necessidade de comunicar a sorologia para parceiros (as) é pouco eficaz, pois desconsidera os aspectos subjetivos envolvidos tais como ansiedade, angústia e medos relativos à reação do(a) parceiro(a) que pode ser de rejeição, abandono, acusação, exposição da sorologia para terceiros, etc;
- É fundamental ser acolhedor na relação com o paciente, ou seja, ser receptivo em relação as suas necessidades e dificuldades, considerando principalmente a sua singularidade⁽⁸⁾. Ouvir com calma, sem interferir antecipando orientações, apenas fazendo perguntas para compreender melhor a história do paciente, permite que o mesmo se sinta acolhido e que, também, identifique melhor suas próprias dificuldades (falar e ser ouvido como função terapêutica).

Aspectos gerais no aconselhamento para sexo seguro:

- Verificar se é a primeira vez que o paciente enfrenta esta situação;
- O melhor momento para contar é o paciente que vai escolher, desde que não o adie infinitamente;
- Alguns pacientes não conseguem ter relacionamento sexual sem antes contar ao parceiro; alguns o fazem, considerando as práticas de sexo seguro, outros sentem mais medo da revelação;

- Indagar se o paciente já fez sexo com o parceiro e se o preservativo foi utilizado;
- Refletir em conjunto com o paciente sobre as possíveis consequências ao contar ou omitir;
- Reconhecer que é difícil e angustiante revelar a sorologia;
- Admitir que existe risco de rejeição;
- Estimular o paciente a se colocar no lugar do parceiro;
- Orientá-lo a perguntar ao parceiro o que ele sabe/ pensa sobre o HIV/Aids;
- Acolher, reconhecendo que é saudável para o paciente manter relacionamento afetivo, pois isto o estimula a falar;
- Orientar que ao não expor o parceiro ao risco de contaminação, evita-se o sentimento de culpa;
- Falar sobre os riscos de infecção nas variadas práticas sexuais sem antes ouvir e explorar a situação trazida pelo paciente é pouco eficaz, visto que a ansiedade maior está relacionada ao medo da reação do parceiro;
- Ponderar que o parceiro pode se sentir traído e até afastar-se se a revelação for adiada por um tempo muito longo;
- Lembrar que a revelação pode minimizar o sentimento de culpa e acusações do parceiro;
- Revelar permite estimular o parceiro a fazer o teste;
- Se sempre houve uma prática de sexo seguro; não há porque se sentir responsável pela infecção do parceiro, caso este tenha sorologia positiva.
- É importante relatar experiências tanto positivas quanto negativas vividas por outros pacientes assim como as estratégias utilizadas por estes para a revelação (desde que resguardada a identidade). Essa estratégia permite que o paciente tome conhecimento de que outras pessoas vivem situações semelhantes e de que é possível ter relacionamento com parceiros soronegativos, o que pode encorajá-lo na tomada de decisão em contar;
- É importante explorar como o paciente “vive” com o HIV, como se vê, se assimilou bem esta nova condição, visto que a maior ou menor dificuldade em contar também está relacionada a este fator. Pacientes que afirmam categoricamente que serão rejeitados, talvez estejam depositando no outro suas próprias dificuldades em lidar com o auto-preconceito e auto-discriminação. Por isso, nestes casos, estas questões deverão ser trabalhadas antes;
- Fornecer todas as informações sobre os riscos de infecção nas diversas práticas sexuais e as formas de prevenção, certificando-se de que o paciente compreendeu e satisfaz todas as suas dúvidas;

- Para os que ainda não fizeram uso de preservativo, dar demonstração prática, se possível com o uso de próteses (peniana e do aparelho genital feminino). Orientar os homens a “treinarem” sozinhos, durante a masturbação;
- Quando a paciente é do sexo feminino é fundamental oferecer a possibilidade dela trazer o parceiro para aconselhamento conjunto, considerando a desigualdade de poder entre os gêneros, etc.

Referências Bibliográficas:

1. Arouca, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Ed Unesp/Fiocruz, 2003.
2. Giddens A. A transformação da intimidade. São Paulo: UNESP, 1993.
3. ABIA. Casais Sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, segura e feliz. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.
4. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST e Aids - diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1997.
5. Avi, G.D.S. Informação técnica não basta: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde. [Dissertação de Mestrado] Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
6. Grupo Corsa. Amor & Sexo: dicas de prevenção para casais do mesmo sexo. São Paulo, Grupo Corsa, 2006.
7. Knauth, D.R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. In: Revista de estudos feministas, n.2, pp.291-303, 1997
8. Grandesso, Marilene A. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

capítulo 4

Estratégias de prevenção sexual às DST/HIV/aids e hepatites virais em situações de conjugalidade

4.1. Ações de Prevenção às DST/HIV/Aids

Como a cura da Aids ainda não foi alcançada, **é fundamental conhecer as formas de transmissão da doença e aprender como realizar e orientar a prevenção.**

No caso das DST/Aids, **as ações de prevenção** estão baseadas nos seguintes parâmetros:

- O uso consistente da camisinha é o meio mais seguro de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo HIV e, por isso, deve ser estimulada e adotada nas práticas sexuais com penetração;
- Deve-se adotar a camisinha nas práticas de sexo oral, sexo vaginal e sexo anal;
- Deve-se utilizar outras alternativas de barreira (camisinha feminina, camisinha aberta ou lenço odontológico) para sexo oral feito na vagina e no ânus;
- Seringas e agulhas não devem ser compartilhadas com outras pessoas;
- Toda gestante **deve ser orientada a fazer os testes de sífilis e HIV e, em caso de resultado positivo, deve-se ressaltar a importância de receber tratamento, prevenindo a transmissão das DST/HIV para o bebê,**

conforme os protocolos de normatização e recomendação de conduta em Pré-Natal, parto e puerpério do Ministério da Saúde;

- No caso de infecção pelo HIV, todo cidadão tem direito ao acesso gratuito aos antirretrovirais. A boa adesão ao tratamento é condição indispensável para a prevenção secundária e controle da doença, com efeitos positivos diretos na vida da pessoa com HIV/Aids.

Sexo Seguro ou Protegido:

As expressões sexo seguro ou sexo protegido significam a adoção do uso adequado do preservativo pelas pessoas. Porém, numa escala de orientações de prevenção, outras práticas sexuais sem penetração são sugeridas, ou seja, práticas que garantem que o sangue, sêmen, ou secreções vaginais de um(a) parceiro(a) não entrem em contato com as mucosas (vagina, ânus, boca ou olho) do outro, evitando, desta forma, a transmissão do HIV: masturbar-se; massagear-se; abraçar-se e fazer carícias.

O uso correto e constante de preservativo (camisinha) na relação sexual previne contra o risco de infecção do HIV e outras DST. **Está comprovado que os preservativos de látex são eficazes na proteção contra DST/HIV/Hepatites Virais e gravidez.** No entanto, o uso incorreto do preservativo reduz a sua eficácia porque pode fazer com que ele se rompa ou vaze.

As seguintes práticas sexuais representam, sem dúvida, alto risco, se realizadas sem preservativo:

- sexo anal (introdução do pênis no ânus);
- sexo vaginal (introdução do pênis na vagina);
- qualquer prática sexual que cause sangramento ou exposição ao sangue durante a relação sexual (inclusive em relações onde há sangue menstrual).

Embora apenas um pequeno número de pessoas tenha contraído HIV por estes meios, as seguintes práticas sexuais também apresentam risco:

- sexo oral (boca no pênis ou na vagina);
- contato da boca com o esperma ou sangue durante o sexo oral;
- sexo oral-anal (boca no ânus);
- sexo entre mulheres (contato vagina na vagina).

O sexo entre mulheres pode se tornar prática de risco, quando há intensa troca de secreções entre as parceiras. As práticas sexuais onde há troca de secreções entre as parceiras, como a masturbação alternada, uso de brinquedos sexuais sem camisinha e o tribadismo (vagina com vagina) são potencialmente de alto risco para vaginose, tricomoníase, herpes genital e lesões por HPV^(1,2,3,4).

Nas práticas de sexo anal e vaginal, os parceiros sexuais que recebem a penetração do pênis, sejam eles homens ou mulheres, têm um risco de infecção maior do que o dos homens que realizam a penetração. Estudos demonstram uma taxa de infecção pelo HIV menor entre os homossexuais masculinos que referiram formas variadas de relações sexuais, sem receber penetração⁽⁵⁾.

Vários estudos têm investigado a probabilidade de transmissão do HIV nas relações heterossexuais⁽⁶⁾. Seus resultados indicam quase sempre que a possibilidade de transmissão homem-mulher é maior do que a transmissão mulher-homem. O que tem variado muito nestes estudos é o quanto esta possibilidade é maior⁽⁷⁾.

Essa maior probabilidade de infecção pela mulher pode ser explicada por vários fatores:

Fatores Biológicos:

- há maior quantidade de CD4 no esperma do que no lubrificação vaginal, fato que determina maior carga viral no esperma;
- há liberação de maior quantidade de secreção sexual masculina (5 a 7 ml) do que feminina (1 a 3 ml) nas relações sexuais;
- casos em que há ectopia cervical (ferida no útero) facilitam a entrada do HIV;
- presença de qualquer DST no homem ou na mulher, bem como a alta prevalência de vulvovaginites, facilitam a entrada do HIV.

Esses fatores biológicos em conjunto com FATORES CULTURAIS determinam relações de gênero desiguais e desvantajosas para as mulheres em nossa sociedade. Elas estão numa posição desprivilegiada, e em maior vulnerabilidade com relação à exposição às DST/HIV:

- mulheres estão em maior situação de pobreza;
- em maior situação de violência;
- têm dificuldade de negociar a camisinha;
- vivem em parceria onde há falta de diálogo sobre relacionamentos extra-conjugais;
- costumam ver o relacionamento amoroso como “protetor” e sinônimo de fidelidade.





4.2. Estratégias de Prevenção - Camisinhas

4.2.a) Camisinha Feminina:

A camisinha feminina é uma “bolsa” feita de um plástico macio, o poliuretano, que é um material mais fino que o látex do preservativo masculino. Essa bolsa recebe o líquido que o homem libera na relação sexual, impedindo o contato direto dos espermatozóides com o canal vaginal e com o colo do útero da mulher, evitando assim a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids, e prevenindo a gravidez não planejada.

Tem 15 centímetros de comprimento e 8 de diâmetro, sendo, portanto, bem mais larga que o preservativo masculino e tem maior lubrificação. Na extremidade fechada existe um anel flexível e móvel que serve de guia para a colocação da camisinha no fundo da vagina. A borda aberta do outro extremo termina em outro anel flexível que serve para cobrir a vulva (parte externa da vagina). A vantagem deste insumo é que ele pode ser colocado horas antes da relação sexual e pode ser retirado horas depois, além de poder ser usado quando se transa mais que uma vez, no mesmo dia, com o mesmo parceiro.





- Colocando a Camisinha Feminina:

	<p>Encontre uma posição confortável para você – pode ser em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada; Segure a camisinha com o anel externo pendurado para baixo;</p>		<p>Aperte o anel interno e introduza na vagina; Com o dedo indicador, empurre a camisinha o mais fundo possível (a camisinha deve cobrir o colo do útero);</p>
	<p>O anel externo deve ficar uns 3 cm para fora da vagina - não estranhe, pois essa parte que fica para fora serve para aumentar a proteção (durante a penetração, pênis e vagina se alargam e então a camisinha se ajusta melhor);</p>		<p>Até que você e o seu parceiro tenham segurança, guie o pênis dele com a sua mão para dentro da sua vagina. Terminada a relação, retire apertando e torcendo o anel externo para garantir a manutenção do esperma no interior da camisinha e puxe para fora delicadamente.</p>

4.2.b) Camisinha Masculina:

O preservativo masculino ou camisinha é uma capa de borracha (látex) que, ao ser colocado sobre o pênis, evita a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o HIV. A camisinha também evita a gravidez, agindo assim como um eficiente método contraceptivo.

- Colocando a Camisinha Masculina:

	<p>Abra a embalagem com cuidado - nunca com os dentes - para não furar a camisinha. Coloque a camisinha somente quando o pênis estiver ereto.</p>		<p>Desenrole a camisinha até a base do pênis, mas antes aperte a ponta para retirar o ar. Só use lubrificante à base de água. Evite vaselina e outros lubrificantes à base de óleo.</p>
	<p>Após a ejaculação, retire a camisinha com o pênis duro. Fechando com a mão a abertura para evitar que o esperma vaze da camisinha;</p>		<p>Dê um nó no meio da camisinha e jogue-a no lixo. Nunca use a camisinha mais de uma vez. Usar a camisinha duas vezes não previne contra doenças e gravidez.</p>

INFORMAÇÕES PARA O BOM USO DA CAMISINHA MASCULINA:

1. Sempre coloque a camisinha antes de qualquer penetração;
2. Coloque a camisinha quando o pênis estiver duro;
3. Encaixe a camisinha na ponta do pênis, sem deixar o ar entrar;
4. Vá desenrolando até que o pênis fique todo coberto;
5. Não deixe a camisinha ficar apertada na ponta do pênis - deixe um espaço vazio na ponta da camisinha que servirá de depósito para o esperma;
6. Aperte o bico da camisinha até sair todo o ar, mas cuidado para não apertar com muita força e estragar a camisinha.

OBS₁ - Se ela não estiver bem encaixada em todo o pênis, ou se ficar com ar dentro da ponta, a camisinha pode rasgar.

OBS₂ - Caso haja dificuldade de manutenção da ereção, o uso da camisinha feminina é uma opção.

CUIDADOS IMPORTANTES COM A CAMISINHA MASCULINA:

1. Não se deve passar nada na camisinha. Se quiser que ela fique mais lisa na penetração, use as já lubrificadas. Em último caso, use apenas lubrificantes à base de água;
2. Use uma camisinha nova a cada penetração;
3. Guarde as camisinhas novas em lugar fresco e seco;
4. As camisinhas que estiverem pegajosas, ressecadas ou estragadas não devem ser usadas;
5. Lave os órgãos genitais com água e sabão após cada relação sexual.

O incentivo ao preservativo deve ser sempre uma constante e a primeira alternativa a ser recomendada, visto que tem uma dupla função, tanto contraceptiva, quanto de prevenção às DST/HIV e às hepatites virais.

Deve ser ressaltado que o preservativo:

- é um dispositivo seguro tanto para a prevenção das DST/HIV e hepatite B e C e da gravidez não planejada;
- é de fácil utilização e adaptação;
- tem baixo custo, estando disponíveis em serviços públicos de todo o país;
- não tem contra-indicações médicas, portanto não necessita de consulta ou prescrição de profissionais de saúde para sua utilização.

IMPORTANTE: Cabe lembrar que a camisinha deve ser colocada antes de qualquer penetração e que seu uso “apenas na hora de gozar”, se constitui como um “coito interrompido por barreira”, que apresenta risco tanto de gravidez, quanto de infecção por DST/HIV, devido à eliminação de pequena quantidade de espermatozoides antes da ejaculação.

Essas recomendações são essenciais em todas as relações em que se pretenda fazer prevenção às DST/HIV/Aids e hepatite B e C e **são mais importantes ainda nas relações em que a possibilidade de acordos e diálogos não está presente e nas relações onde há maior liberdade de comportamento sexual dos parceiros e, também, entre adolescentes e jovens, que têm parcerias freqüentemente recentes, rotativas e com maior possibilidade de sexo com mais de um parceiro ou parceira.**

4.2.c) Estratégias de Incentivo ao Preservativo

Alguns aspectos devem ser observados em situações em que ocorre recusa ou não-adesão ao uso de preservativos:

1º) Dificuldade de Diálogo e Relações de Gênero:

A falta de diálogo entre parceiros sobre temas íntimos ou ligados à sexualidade pode provocar a não-adesão ao preservativo.

Nas relações que reproduzem os papéis tradicionais de masculinos e femininos, sejam elas heterossexuais ou homossexuais, a não-utilização da camisinha pode ocorrer.

Tanto pela parte masculina, que se recusa a utilizá-lo, quanto pela dificuldade de exigência e negociação pela mulher.

RECOMENDAÇÕES: é importante sempre promover relações de equidade entre parceiros(as) e incentivar a proposição de diálogos entre ambos(as), visando gerar mais segurança e autonomia na construção e demonstração de suas opiniões e comportamentos. **Em casos, em que por diversos motivos, não seja possível este equilíbrio, devem ser orientadas estratégias de diminuição do risco abordadas na parte B deste capítulo.**

2º) Erotização da Camisinha:

A camisinha é um insumo preventivo que não é natural à sexualidade humana. É um artifício que usamos em benefício do cuidado com a nossa saúde e a saúde do parceiro(a). Nesse sentido, erotizar o uso do preservativo é fundamental, para que ele seja inserido e faça parte dos jogos da sexualidade, sem interferir negativamente no desenrolar da relação.

Recomendações: É importante que o uso da camisinha seja prático e não apresente dificuldades. Por isso nada melhor do que incentivar que os usuários treinem o seu uso, para não ter contratempos durante a relação sexuais.

- homens, mulheres e adolescentes hetero, bi ou homossexuais podem treinar o uso da camisinha masculina ou feminina em seus próprios corpos ou em objetos lúdicos (como em próteses similares ao pênis).

Além disso, é possível fazer **variações eróticas com o uso da camisinha, pedindo que a parceira ou parceiro faça a sua colocação, com as mãos ou com a boca.** Utilize camisinhas de cores ou aromas já disponíveis em farmácias e drogarias.

IMPORTANTE: Cabe lembrar que existem preservativos masculinos que só servem para o sexo oral, vendidos em sex shops, que apresentam risco para relações vaginais ou anais. Ressaltamos ainda que vaselina, óleos vegetais ou manteigas nunca devem ser utilizados, pois podem facilitar aquecimento e rompimento do preservativo.

3º) Dificuldades Mecânicas de Manuseio e Uso de Preservativos:

É importante constantemente reorientar a forma de colocação da camisinha, avaliando dificuldades ou problemas que os usuários possam ter.

4º) Incômodos Próprios ou da Parceira(o) no Uso do Preservativo:

É importante perceber qualquer incômodo relatado pelos usuários ou usuárias de preservativos como reais, independente destes serem de ordem física ou psicológica, uma vez que interferem igualmente na não-adesão a este método.

São comuns relatos, principalmente de homens, que reclamam de aperto, pressão do elo superior do preservativo sobre o pênis, ou diminuição ou perda de sensibilidade durante o ato sexual. Também, mulheres podem relatar sensações de incômodo, secura, coceira ou diminuição de contato físico com parceiros.

RECOMENDAÇÕES: Nesses casos, deve ser orientada a experimentação e uso de preservativos de outros tamanhos e/ou tipos e marcas comerciais, que costumam variar quanto ao formato, tamanho, anatomia, ou pressão e grossura do elo superior deste produto. Isso motiva o usuário a buscar o preservativo que lhe dê maior conforto e que melhor se adeque ao seu gosto.

Tamanhos de Preservativos:

49 mm (*teens*) - recomendado para adolescentes.

52 mm (comuns) - recomendado para adultos.

Tipos de Preservativo:

lubrificados

não lubrificados

lisos

ondulados

anatômicos de várias formas

Sempre deve ser dada preferência a preservativos que já vêm com lubrificação que aumentam a sensação de contato e, portanto, a sensibilidade, que também pode ser estimulada com o **uso de lubrificantes íntimos a base de água**, na forma de sachês ou em tubos, facilmente encontrados em farmácias e drogarias.

- **Homens podem aumentar muito sua sensibilidade passando um pouco deste produto no pênis, antes da colocação do preservativo.**

- **Mulheres podem utilizá-lo passando diretamente na vagina, lábios ou ânus, ou colocando sobre o pênis ereto já com a camisinha colocada.**

REITERANDO: O preservativo deve ser colocado no pênis antes de qualquer penetração. Realizar penetrações sem o seu uso e colocá-lo só na hora de ejacular constitui-se como coito-interrompido por barreira, e apresenta risco para DST/HIV/aids e Hepatite B e C nas relações vaginais, orais e anais e, de gravidez, nas apenas vaginais.

5ª) Reações Alérgicas a Preservativos de Látex:

Alguns homens e, até mesmo mulheres, podem apresentar reações alérgicas no uso do preservativo, com a presença de ardores constantes, vermelhidão, secura excessiva ou até pequenas fissuras ou bolinhas na pele. Essa alergia pode estar ligada à presença do espermicida/lubrificante contido na maioria dos preservativos ou ao próprio látex da camisinha.

RECOMENDAÇÕES: Nestes casos, é possível tentar adquirir preservativos sem espermicida/lubrificante, disponíveis em algumas farmácias ou drogarias e utilizá-los com lubrificantes. Caso a alergia persista, sua origem pode ser do látex. Por isso deve-se orientar a consulta a um profissional de saúde e, em caso de confirmação, deve ser suspenso o uso da camisinha masculina, sendo esta substituída pela camisinha feminina, que é feita à base de poliuretano.

Camisinhas masculinas feitas de outros materiais, já estão disponíveis em outros países.

6º) Insegurança Contraceptiva na Camisinha:

Muitos homens e, principalmente, mulheres ficam receosos quanto à possibilidade de falha do preservativo e de uma possível gravidez.

RECOMENDAÇÕES: Deve ser ressaltado que a camisinha é um método eficaz, tanto para a prevenção de DST/HIV/aids e hepatite B e C, quanto para gestações não planejadas, desde que utilizada corretamente, sendo a melhor opção contraceptiva e de proteção. É importante que o preservativo cubra o pênis completamente e não contenha ar na ponta que possa levá-lo a estourar. Além disso, em caso de ruptura ou problemas no uso, pode-se utilizar como opção complementar à camisinha, a contracepção de emergência (chamada popularmente de pílula do dia seguinte). Ela apresenta muita eficácia na prevenção de gravidez se ingerida nas primeiras 24 hs após o acidente que resultou a relação de risco de gravidez, mas pode ser utilizada, com menor eficácia, até 120 horas⁽⁸⁾.

Eficácia da Contracepção de Emergência

para casos de relação sexual de risco gravídico:

- 95% de eficácia até 24 horas após a relação sexual
- 85% de eficácia de 24 a 48 horas após a relação sexual
- 58% de eficácia de 48 a 72 horas após a relação sexual
- 30% de eficácia de 72 até 120 horas depois da relação sexual
- Nenhuma eficácia após 120 horas da relação sexual

A contracepção de emergência pode ser uma alternativa ao uso conjunto de dupla-proteção (camisinha mais pílulas anticoncepcionais ou injeções hormonais)⁽⁹⁾. Essa recomendação se aplica também a portadoras de HIV/aids ou de parceiras de portadores⁽⁸⁾.

IMPORTANTE: Se houver rompimento frequente do preservativo, deve ser revista a sua forma de colocação e qualidade do produto. Caso persistam acidentes, o uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns ou injeções hormonais deve ser adotado, possibilitando a dupla-proteção constante.

Para mulheres já usuárias de DIU, diafragma ou que realizaram a laqueadura tubária, a camisinha deve ser sempre estimulada como proteção para a prevenção de DST/HIV/aids e hepatite B e C.

7º) “Preguiça” ou “Cansaço” no uso de camisinhas:

Normalmente a “preguiça ou cansaço” no uso de preservativos se deve à falta de erotização e integração do preservativo como parte gostosa da relação. Por isso aconselha-se o item 2º, procurando estratégias para torná-la lúdica.

A camisinha feminina deve ser oferecida como uma alternativa complementar de alternância ao uso da camisinha masculina⁽¹⁰⁾, proporcionando outra forma de prevenção que varie as “rotinas” para pessoas ou casais que as utilizam.

4.3. Práticas Sexuais Sem Uso de Preservativos

4.3.a) Por que Propor Estas Estratégias?

Sabemos, que independente de estratégias que adotamos para

o incentivo ao uso de preservativos, existem pessoas ou relações de parceria que não irão adotá-los imediatamente, consistentemente e, às vezes, nunca⁽⁶⁾. Vários motivos levam a não-adesão ao preservativo numa relação:

- **Existem pessoas que não percebem a possibilidade de risco:** nem sempre uma pessoa tem percepção e conhecimento de seu risco e percebe a necessidade de cuidado de si e do outro. Isso é comum, principalmente, em situações de paixão e/ou de muita intimidade.
- **Pode haver um intervalo entre o perceber e o agir:** pessoas que verificam seu próprio risco, nem sempre conseguem transformá-lo imediatamente numa mudança de comportamento para adotar práticas preventivas de cuidado, isso pode levar tempo para ocorrer⁽⁹⁾. É necessário estabelecer algumas estratégias para reduzir riscos durante este intervalo vulnerável. Perceber o próprio risco e a necessidade de prevenção é um processo de aprendizado.
- **Existem várias situações em que a pessoa quer adotar a prevenção, mas não consegue realizar uma mudança de comportamento:**
 - 1º. por ter parceiro(a) que discorde da necessidade de se adotar práticas de prevenção;
 - 2º. por sentir-se constrangida ou com vergonha para conversar com o(a) parceiro(a) e mencionar o uso de preservativo;
 - 3º. por ter receio de atitudes de rejeição ou de violência do(a) parceiro(a) frente ao uso de preservativos.
- **Existem pessoas ou parcerias, que optam (escolhem) por não usarem o preservativo, devido a “pactos” e “contratos”⁽¹¹⁾ que fazem.** Normalmente esses acordos pressupõem a exclusividade de parceria sexual, ou então o acordo de uso da camisinha em caso de relações sexuais com outras pessoas, que não o casal.
- **Existem, também, pessoas ou parceiros(as) que querem “viver o risco”⁽¹²⁾, mesmo tendo consciência de seus possíveis prejuízos.** Acreditam que o risco excita, que faz parte do relacionamento ou da vida, etc.

4.3.b) Estratégias de Prevenção para Pessoas ou Casais Que Não Aderem ao Uso do Preservativo

1º) Estratégias de Diminuição do Risco para Relacionamentos de Conjugalidade

Na nossa sociedade, sentir-se casal ou parceiro fixo, na maioria das vezes, faz com que as pessoas entendam que há uma situação de fidelidade ou monogamia, que implica em parceria sexual única. Assim, os profissionais de saúde, podem reduzir riscos, contribuindo para que as pessoas se questionem com relação a essa situação considerando a sua segurança, eficácia ou realidade:

Questões Reflexivas:

- Será que a situação de casal implica necessariamente em parceria sexual única?
- Há quanto tempo existe a parceria e quando foi combinada esta parceria sexual única?
- Essa parceria sexual única foi assumida verbalmente pelos parceiros(as)? Continua sendo?
- Essa parceria sexual única é entendida pelos parceiros(as) da mesma maneira? Isso é claro e seguido por ambos os cônjuges?
- Essa parceria sexual única considera situações de afastamento temporário, curto ou longo e crises do relacionamento?

2º) Estratégias de Diminuição do Risco nos Padrões de Gênero em Relacionamentos

Os profissionais de saúde podem incentivar ou notar tipos de parceria que reduzem riscos com relação à infecção de DST/HIV/aids⁽¹³⁾, verificando:

1º. Qual Padrão de Relação de Gênero (masculino/feminino) adotam: há equilíbrio entre os parceiros(as)? Ambos têm o mesmo espaço de fala e decisão? Ou, ainda, há desigualdade e uma divisão, onde o homem (ou quem tem papel masculino) exerce mais poder e a mulher (ou quem tem papel feminino) geralmente obedece?

2º. Como são os Diálogos sobre Sexualidade: falar de sexo é tabu ou os(as) parceiros(as) podem conversar e discutir sexualidade, prevenção de gravidez, prazer e DST/Aids?

3º. Diálogos sobre Parcerias e Relacionamento Sexual com Outras Pessoas: a prática da fidelidade é subentendida entre ambos ou está explícita, combinada e clara.

Assim, temos que a combinação desses três fatores presentes nas relações de parceria servem para indicar, não apenas o grau de risco, mas também as estratégias que podem ser utilizadas visando à prevenção das DST/HIV e hepatites B e C⁽¹²⁾:



subentendido.

IMPORTANTE: Cabe lembrar que a promoção de relações de gênero igualitárias e com diálogo aberto busca a diminuição do risco, que precisa estar associada com algumas iniciativas de proteção, a seguir.

1ª – Diminuição do Risco com “Acordos” e “Pactos” entre Parceiros

As parcerias afetivas podem auxiliar as estratégias de diminuição do risco com a proposta de “**acordos**” ou “**pactos**”. Isso pode ser proposto quando os parceiros tiverem liberdade, um com o outro, de realizar tais combinados:

Adoção de Preservativo com Terceiros: parceiros(as) envolvidos(as) na relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de não-uso de preservativo entre si, combinando o uso de preservativo em caso de relações sexuais com outras pessoas, visando o controle da situação de exposição do casal a riscos de DST/HIV.

Sexo Exclusivamente com o Parceiro: parceiros(as) envolvidos em uma relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de prática sexual exclusiva entre eles, excluindo a possibilidade sexo com outras pessoas.

IMPORTANTE: É importante salientar que “acordos” e pactos são estratégias de prevenção que podem estar sujeitas à “quebra” e ao descumprimento.

ACORDO COM DIÁLOGO EXPLÍCITO PARA DIMINUIÇÃO DO RISCO	
Combinação de Realização de Sexo APENAS entre o par	Sexo COM USO DE PRESERVATIVO em relações sexuais extra-conjugais
OBS: em ambos os casos é fundamental que os parceiros realizem a testagem do HIV após 3 meses de parceria sexual exclusiva (devido à janela imunológica) para ter certeza que já não possuem o vírus (ver abaixo).	

2º - Realização da Testagem Anti-HIV:

Parceiros(as) envolvidos numa relação podem realizar o teste anti-HIV, considerando o período de janela imunológica, após, no mínimo, 3 meses de relação de parceria sexual exclusiva. Desta forma, podem tentar garantir uma situação de não exposição ao HIV caso ambos sejam soronegativos e decidam abandonar o uso do preservativo⁽¹¹⁾.

IMPORTANTE: Periodicidade das Testagens

Essa testagem deve ser precoce e depois periódica e tem como finalidade a diminuição da exposição à infecção, caso algum parceiro tenha se infectado.

A periodicidade do exame deve ser combinada pelo casal, conforme a dinâmica de relação. De forma geral pode-se pensar em uma periodicidade anual ou bianual para que a mesma seja repetida.

3º - Diminuição de Risco na Adoção de Condutas Sexuais Diferenciadas

Existem estratégias que podem ser estimuladas visando proporcionar a diminuição do risco no sexo:

- práticas sexuais não-penetrativas;
- praticas que priorizem o sexo oral⁽¹⁴⁾;
- práticas que busquem reduzir o contato com o esperma ou com a menstruação.

Essas mudanças na prática sexual buscam diminuir a exposição ao risco de infecção por DST/HIV. Lembrar, entretanto, que nas situações que evitam contato com sangue ou secreções sexuais, o risco é menor, mas não nulo.

Diminuição do riscos no Sexo Oral ⁽¹⁴⁾	Diminuição do riscos no Sexo Anal ⁽¹⁴⁾ ;
<ol style="list-style-type: none"> 1. Procurar usar barreira para sexo oral, mesmo que feitas de improviso, como as feitas com camisinhas masculinas abertas, luvas médicas, toalhas odontológicas ou plástico de embalar alimentos ou luvas descartáveis cortadas, evitando contato com secreções vaginais, pequenos sangramentos ou menstruação; 2. Não escovar os dentes antes da prática do sexo oral, porque ela provoca pequenos ferimentos nas gengivas; 3. Evitar ejaculações na boca, que facilitam a exposição a uma maior quantidade de agentes de DST e HIV; 4. Evitar a prática oral quando houver infecções na boca. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usar lubrificante na prática de penetração anal é fundamental sempre para reduzir a possibilidade de micro lesões e sangramentos.

IMPORTANTE: Cuidando de Objetivos Utilizados no Sexo:

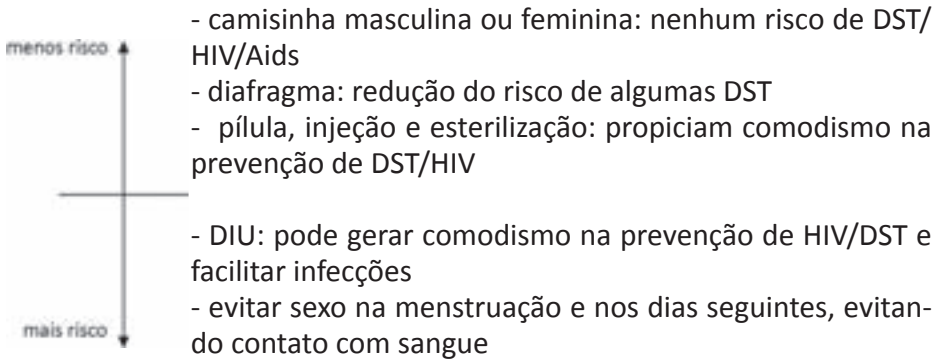
Dar sempre preferência a brinquedos sexuais e utensílios de superfície lisa, como os feito de silicone, para as brincadeiras sexuais. Lavá-los sempre com água e sabão e procurar evitar os que sejam feitos com materiais porosos, que dificultam a total limpeza.

4º - Adoção de Modelo Hierárquico na Escolha Contraceptiva⁽¹⁵⁾

A adoção de métodos contraceptivos a partir de uma escala de diminuição do risco para infecção por DST/HIV/Aids e hepatites B e C também pode ser adotada na busca de minimizar riscos de infecções por DST/HIV. É necessário dar preferência aos métodos de barreira, principalmente a camisinha masculina e feminina.

Em segundo lugar, fica o diafragma, que tem potencial de reduzir algumas DST⁽¹⁶⁾. Contraceptivos de alta eficácia, como os métodos hormonais (pílula, injeção, etc), o DIU e as esterilizações cirúrgicas, podem provocar comodismo no comportamento preventivo de uso de camisinha⁽¹⁸⁾ para a prevenção de DST/HIV.

Hierarquia de Risco de Métodos Contraceptivos com Relação a DST/HIV/Aids



5º - Cuidados constantes com a saúde sexual e reprodutiva

IMPORTANTE: Todas essas práticas devem considerar o cuidado constante com a Saúde Sexual e Reprodutiva: visitas periódicas ao ginecologista e a realização anual do papanicolaou (no caso das mulheres) e do clínico (para os homens) devem ser feitas em caso de quaisquer sinais ou sintomas que possam indicar uma DST:

O cuidado com a saúde dos órgãos genitais é fundamental como estratégia de diminuição do riscos para a infecção pelo HIV. Sabe-se que a presença de qualquer lesão genital ou DST, particularmente as ulcerativas, aumenta inúmeras vezes a chance de infecção pelo HIV. Por isto a proposta de tratamento das DST por Abordagem Sindrômica permanece como importante estratégia de prevenção da infecção pelo HIV^(19,20).

6º - Quimioprofilaxia para exposição ao HIV

Consiste no uso de medicamentos antirretrovirais quando há exposição sexual acidental ao HIV:

Para fonte sabidamente HIV+ (casais soro-discordantes), recomenda-se a quimioprofilaxia com esquema de 3 drogas. Nas situações de exposição sexual em que a sorologia do parceiro é desconhecida, a quimioprofilaxia deve ser muito bem avaliada, medindo-se riscos e benefícios de sua indicação, conforme o tipo de exposição e risco potencial da contaminação. Devem ser considerados os fatores clínico-epidemiológicos envolvidos.

Muitas pessoas que procuram os serviços após possível exposição ao HIV, o fazem por não realizar ou não manter práticas efetivas de redução de risco. Desta maneira, é importante que o profissional reforce a manutenção ou adoção das práticas seguras (uso do preservativo) durante a quimioprofilaxia e também posteriormente, evitando assim futuras exposições ao HIV.

O manual com as orientações para realização de quimioprofilaxia para exposição ao HIV pode ser consultado através da página do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br) e as orientações constam do anexo C - Quimioprofilaxia para exposição ao HIV.

CONCLUSÕES

As estratégias de diminuição do risco buscam utilizar o vínculo afetivo e a cumplicidade estabelecidos nas situações de conjugalidade, não como um fator de segurança em si, mas como fator que pode ser aproveitado para a promoção de condutas mais preventivas, quando já houve opção pelos parceiros(as) envolvidos(as) pelo abandono ou não-uso de preservativos.

É fundamental salientar que tais situações de conjugalidade não estão “petrificadas” eternamente. Estão sempre em modificação e sendo reordenadas durante a vida conjunta dos parceiros(as). Por isso, todos os acertos de diminuição do risco e “pactos” realizados precisam constantemente ser revistos e recombinaados, considerando a realidade do momento em que estão vivendo.

Parece menos difícil propor o uso de preservativo nas relações eventuais, onde os vínculos são menos estreitos. Pessoas com parceiros fixos, entretanto, muitas vezes sentem que é difícil usar preservativos em todas as relações sexuais.

Neste sentido, precisamos promover discussões de outras formas de prevenção, além do preservativo masculino, em todos os espaços possíveis.

No caso das mulheres, é fundamental para diminuir concretamente a vulnerabilidade, estimular a pesquisa e a produção a baixo custo de métodos anticoncepcionais e de proteção para o HIV que possam ser controlados por elas, como os cremes espermicidas⁽²¹⁾. Faz-se necessária para a prevenção entre mulheres a continuidade das pesquisas de substâncias para uso vaginal na relação sexual que, além de apresentar uma efetiva atividade bactericida e virucida in vivo, não provoque irritabilidade da parede vaginal, fato que eleva o risco de microlesões, deixando a parede da vagina suscetível à entrada de micro-organismos.

Flexibilizar a discussão, incluindo a possibilidade de serem feitos acordos entre casais estáveis é uma realidade, já que muitos já mantêm relações sexuais sem preservativos e podem se comprometer a utilizá-los em relações extracasal e, também, realizar o teste anti-HIV com alguma periodicidade.

Abrir a discussão pode ser importante também para os casais que praticam a fidelidade sexual, como uma forma de rever ou reafirmar sua proposta.

Obviamente, não se desconsidera o risco implícito de que um dos parceiros possa não cumprir o acordo. Porém, é impossível negar que, se aplicada para um grande número de casais, tal conduta de diminuição do risco poderia levar a uma maior conscientização das pessoas envolvidas nesses acordos e à identificação de alguns pares discordantes na soropositividade, que, por falta de diálogo, não se identificam com os discursos preventivos e continuam a manter relações sexuais sem preservativos.

É importante, também, sugerir o uso do preservativo feminino, como alternativa ao masculino e recomendar relações sem penetração como uma medida de prevenção da infecção por DST/HIV e hepatites virais. Não basta dizer, simplesmente, que se deve usar preservativos nas relações sexuais anais, vaginais e orais, sem explicitar que, embora exista possibilidade de infecção pelo HIV em todas elas, a sua probabilidade de ocorrência é muito diferente nos diversos tipos de relações sexuais.

Cabe, paralelamente, lembrar que no período menstrual e na presença de lesões genitais há maior risco de aquisição de qualquer DST, incluindo HIV e hepatites virais.

Enfim, é fundamental explicitar sempre as possibilidades de proteção e diminuição do risco em cada situação, facilitando que o máximo de condutas preventivas seja vislumbrado e possa ser adotado pelas pessoas.

Não se deve restringir o discurso preventivo ao imobilismo, com recomendações que, muitas vezes, as pessoas não querem ou não conseguem praticar. Embora não possamos deixar de envidar esforços, no sentido de expandir o método de prevenção sabidamente mais seguro: o uso de preservativos em todas as relações sexuais, devemos considerar a questão da hierarquia de risco e o ponto de vista da Saúde Pública, que considera que alguma proteção é sempre melhor do que nenhuma.

Cabe a continuidade na busca de novas formas de prevenção do HIV condizentes com as necessidades físicas e psicológicas de todos os segmentos da população. Se as relações de gêneros e as expectativas de identidades sexuais no que diz respeito à sexualidade e reprodução não forem consideradas, será muito difícil a implementação e ampliação prática de quaisquer formas de prevenção às DST/HIV e hepatites virais.

Referências Bibliográficas

1. Fethers, K., Marks, C., Mindel, A., Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women.. *Sex Transm Infect*; 76(5):345-9, Oct.2000.
2. Skinner, GR., Fink, C., Melling J *et al.* Report of 12 years experience in open study of Skinner herpes simplex vaccine towards prevention of herpes genitalis. *Med Microbiol Immunol* 1992;180(6):305-20. Sk
3. Marrazzo, J. M., Handsfield, H. H. & Whittington, W. L. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: implications for management of cervicitis. *Obstetrics and Gynecology* 100,2002. pp. 579 - 584.
4. Bauer, GR., Welles, SL. Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *Am J Public Health*. Aug;91(8), 2001.pp.1282-6.
5. Falta- citação sobre maior infecção por homossexuais que hetero
6. Santos, N.J.S. (2002) *As Mulheres e suas Decisões Reprodutivas, diante da Epidemia de HIV/AIDS*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
7. falta citação que mulheres se contaminam mais fácil
8. Figueredo, R., PEÑA. M. *Contracepção de Emergência: opção contraceptiva em Tempos de DST e aids?* São Paulo, NEPAIDS/Instituto de Psicologia - USP, 2002.
9. Figueiredo, R., ANDALRAFT, J. Uso de Contracepção de Emergência e Camisinha entre Adolescentes e Jovens. *Revista da SOGIA-BR*, ano 6, nº 2, abril/maio/junho 2005.
10. Kalckman, S. Preservativo Feminino: dois anos depois. *Ação Anti-Aids*, nº 37. Rio de Janeiro, ABIA e AHRTAG, julho-setembro, 1997.
11. Grupo Corsa. *Amor e Sexo: dicas de prevenção para casais do mesmo sexo*. São Paulo, Grupo Corsa, 2005.
12. Figueiredo, R. Medo, Vergonha, Machismo ou Inibição: e quem não consegue usar a camisinha? (Proposta de Redução de Danos em Sexualidade. FIGUEIREDO, R. (org.). *Prevenção às DST/HIV em Ações de Saúde e Educação*. São Paulo, NEPAIDS/ Instituto de Psicologia - USP, 1998.
13. Villela, W., Diniz, S. *A Epidemia da Aids entre as Mulheres*. São Paulo, NEPAIDS/USP e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1998.
14. ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de aids. *Casais Sorodiscordantes para uma vida saudável, segura e feliz*. Rio de Janeiro, ABIA, 2006.
15. PATH – Program for appropriate technology in health. *Out Look*, v. 15, março de 1997.
16. Vieira, EM., Barbosa, RM., Villela, WV. *Diafragma: uma escolha possível – revisão bibliográfica*. São Paulo, Instituto de Saúde - Divisão de Saúde Materna e da Criança, 1998.
17. Mueller, RD., Wasserheit, J. – International Women’s Health Coalition. *A Cultura do Silêncio – as Infecções do Trato Reprodutivo nas Mulheres do Terceiro Mundo*, São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1993.

18. Folha de São Paulo – Caderno Cotidiano. Esterilização inibe a prevenção da AIDS. São Paulo, *Folha de São Paulo*, 5 de maio de 1994.
19. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; 351 (Suppl 3):5-7
20. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). The role of STD detection and treatment in HIV prevention. December 2007.
21. Balzarini, J., Van Damme, L. Microbicide drug candidates to prevent HIV infection. *The Lancet*, 369, 2007. pp.787-797.