

COMUNICADO DE IMPRENSA**UNFPA, OMS e UNAIDS: declaração de posição sobre preservativos e a prevenção do HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada**

Genebra, 7 de julho de 2015 — Os preservativos são um componente crítico de uma abordagem abrangente e sustentável para a prevenção do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e são efetivos para a prevenção de gravidezes não desejadas. Em 2013, estima-se que 2,1 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV¹ e um número estimado de 500 milhões de pessoas adquiriram clamídia, gonorreia, sífilis ou tricomoníase². Além disso, a cada ano mais de 200 milhões de mulheres têm necessidades não satisfeitas de anticoncepção³, levando a cerca de 80 milhões de gestações indesejadas⁴. Essas três prioridades de saúde pública exigem uma resposta decisiva usando todas as ferramentas disponíveis, com preservativos desempenhando um papel central.

Preservativos masculinos e femininos são os únicos dispositivos que reduzem tanto a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) quanto previnem a gravidez indesejada.

Estudos em laboratório mostram que os preservativos proporcionam uma barreira impermeável para células do tamanho de um espermatozóide e de patógenos que causam IST, incluindo o HIV.⁵ ⁶Os preservativos, quando usados consistentemente e corretamente, são altamente efetivos na prevenção da transmissão sexual do HIV. Pesquisas entre casais sorodiscordantes (quando um dos parceiros tem o HIV e o outro não) mostra que o uso consistente do preservativo reduz significativamente o risco de transmissão do HIV tanto de homens para mulheres quanto de mulheres para homens.⁷ ⁸ ⁹ O uso consistente e correto do preservativo também reduz o risco de adquirir outras IST e condições associadas, incluindo verrugas genitais e câncer cervical.¹⁰ Com uma taxa de falha de cerca de 2% quando usados de forma consistente e correta, os preservativos são muito efetivos na prevenção da gravidez indesejada.¹¹ ¹²

UNAIDS BRASIL
PROGRAMA CONJUNTO
DAS NAÇÕES UNIDAS
SOBRE O HIV/AIDS

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MULHERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

SEN QUADRA 802
CONJUNTO C LOTE 17
ASA NORTE
70800-400
BRASILIA – DF BRASIL

+55 61 3038 9220
+55 61 3038 9217

Os preservativos têm desempenhado um papel decisivo nos esforços de prevenção do HIV, das IST e da gravidez em muitos países.

Os preservativos têm ajudado a reduzir a transmissão do HIV e a disseminação do vírus em locais onde a epidemia está concentrada em populações específicas.¹³ A distribuição de preservativos tem demonstrado reduzir a prevalência do HIV e outras IST em profissionais do sexo^{14 15 16} e homens que fazem sexo com homens (HSH).¹⁷ Na Índia^{18 19} e na Tailândia²⁰, o aumento da distribuição de preservativos para profissionais do sexo e seus clientes, em combinação com outras intervenções de prevenção, foi associado com reduções da transmissão tanto do HIV quanto de outras IST. Zimbábue²¹ e África do Sul são dois países com alta prevalência de HIV, onde o aumento do uso do preservativo contribuiu para reduzir novas infecções pelo vírus.²²

Uma análise recente de modelos globais estimou que os preservativos têm evitado cerca de 50 milhões de novas infecções pelo HIV desde o início da epidemia.²³ Para 2015, 27 bilhões de preservativos estão previstos para estarem disponíveis globalmente através dos setores privado e público e irão evitar aproximadamente 225 milhões de anos de proteção contra gravidezes indesejadas.^{24 25}

Preservativos ainda são um componente-chave dos programas de prevenção do HIV de alto impacto.

Nos últimos anos temos visto grandes avanços científicos em outras áreas da prevenção do HIV. Intervenções biomédicas, incluindo terapia antirretroviral (ART) para as pessoas vivendo com o HIV podem reduzir substancialmente a transmissão do HIV. Enquanto o sucesso de terapias antirretrovirais podem alterar a percepção de risco associada ao HIV, estudos têm mostrado que pessoas vivendo com HIV que estão em tratamento e têm acesso a preservativos relatam maior uso do preservativo em comparação com aqueles que não estão sendo acompanhados por um serviço de saúde.²⁶

O uso do preservativo por pessoas em tratamento para o HIV e entre casais sorodiscordantes é fortemente recomendado.²⁷ Somente quando a supressão viral é atingida e mantida desta forma e o risco de adquirir outras IST e de uma gravidez indesejada for baixo, e que pode ser seguro deixar de usar o preservativo.^{28 29 30} A profilaxia pré-exposição (PrEP) — em que medicamentos antirretrovirais são utilizados por pessoas HIV-negativas para reduzir o seu risco de contrair o vírus — também é efetiva na prevenção de infecções pelo HIV, mas ainda não está amplamente disponível e é atualmente apenas recomendado como uma ferramenta adicional de prevenção para as pessoas em maior risco de adquirir o vírus, como as pessoas em relacionamentos sorodiscordantes, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo, particularmente em circunstâncias em que não ocorre o uso consistente do preservativo.³¹ A circuncisão masculina médica voluntária pode reduzir o risco de aquisição do HIV em 60% entre os homens, mas pela proteção ser apenas parcial, a prevenção deve ser complementada com o uso do preservativo.³²

Assim, o uso do preservativo continua a ser complementar a todos os outros métodos de prevenção do HIV, incluindo a terapia antirretroviral e a PrEP, em particular quando outras IST e a gravidez indesejada são motivo de preocupação. A ampliação da cobertura, em larga escala, da testagem para o HIV e do tratamento antirretroviral, a circuncisão masculina voluntária, o controle das IST e os esforços para aumentar o acesso à métodos contraceptivos oferecem oportunidades para integrar a oferta e a distribuição de preservativos.

Preservativos com garantia de qualidade devem estar facilmente disponíveis a todos gratuitamente ou a um custo baixo.

Para garantir a segurança, a eficácia e o uso efetivo, os preservativos devem ser fabricados de acordo com as normas, as especificações e os procedimentos que garantam a qualidade internacional estabelecida pela OMS, o UNFPA e a Organização Internacional para Padronização^{33 34} e devem ser disponibilizados gratuitamente ou a um custo acessível. O uso de preservativos em contextos de recursos limitados é mais

provável quando as pessoas podem acessá-los sem nenhum custo ou a preços subsidiados.^{35 36}

A maioria dos países com alta prevalência do HIV continua a depender fortemente do apoio de países doadores para obter preservativos. Em 2013, apenas cerca de 10 preservativos foram disponibilizados a todos os homens com idade entre 15-64 anos, e, em média, apenas um preservativo feminino para cada oito mulheres na África Subsaariana durante o ano. Programas de prevenção ao HIV precisam garantir que um número suficiente e uma variedade de preservativos de qualidade assegurada estejam acessíveis a pessoas que deles necessitam, no momento em que necessitam usá-lo. O fornecimento adequado de lubrificantes à base de água também precisam ser disponibilizados para reduzir o rompimento do preservativo durante o uso, especialmente para a prática do sexo anal, e no contexto de secura vaginal e do trabalho sexual.³⁷

Apesar do aumento geral das tendências no uso de preservativo durante as últimas duas décadas, estas não são homogêneas e lacunas substanciais permanecem. O relato do uso do preservativo na última relação sexual com parceiros ocasionais varia de 80% por homens na Namíbia e no Camboja a menos de 40% por homens e mulheres de outros países, incluindo alguns altamente afetados pelo HIV. Da mesma forma, entre os jovens com idades entre 15 a 24 anos, o uso do preservativo na última relação sexual varia de 80% relatado em alguns países latino-americanos e europeus para menos de 30% em alguns países do Oeste Africano.³⁸ Esta heterogeneidade no padrão de uso evidencia a necessidade para que os países estabeleçam metas nacionais e subnacionais ambiciosas e que em muitas situações aproveitem oportunidades importantes para a ampliação da demanda e para o fornecimento de preservativos.

Os programas que promovem preservativos devem abordar estigmas relacionados às questões de gênero e a fatores socioculturais que dificultam o acesso efetivo e o uso do preservativo.

A promoção efetiva do preservativo deve ser adaptada para as pessoas em maior risco de contrair o HIV e outras IST e/ou a gravidez indesejada, incluindo jovens, profissionais do sexo e seus clientes, pessoas que usam drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens. Muitas mulheres e meninas jovens, especialmente aquelas em relacionamentos de longo prazo e trabalhadoras do sexo, não têm o poder para negociar o uso do preservativo, uma vez que os homens são muitas vezes resistentes ao seu uso. Em relacionamentos estabelecidos, o uso do preservativo pode sinalizar falta de confiança ou de intimidade.

No entanto, poucos programas abordam adequadamente as barreiras que dificultam o acesso e o uso de preservativos pelos jovens,³⁹ por populações-chave⁴⁰ e por homens e mulheres em relacionamentos estáveis. Em alguns contextos, os trabalhadores do sexo são forçados por seus clientes a ter relações sexuais desprotegidas,^{41 42}; e transportar preservativos é crime e pode ser utilizados como prova pela polícia para provar o envolvimento em trabalho sexual^{43 44}. Essas práticas minam os esforços de prevenção do HIV e os governos devem tomar medidas para acabar com estas violações dos direitos humanos.⁴⁵ Programas de prevenção devem assegurar que preservativos e lubrificantes sejam amplamente disponibilizados e que os jovens e as populações-chave tenham conhecimentos, habilidades e capacitação para usá-los corretamente e de forma consistente.⁴⁶ Os preservativos devem também ser disponibilizados para pessoas privadas de liberdade,^{47 48} e em situações de crise humanitária.⁴⁹

Investimentos adequados em larga escala e maior promoção do preservativo são necessários para sustentar a resposta ao HIV, às outras ISTs e à gravidez indesejada.

Apesar do baixo custo dos preservativos, o financiamento internacional para sua aquisição na África subsaariana estagnou nos últimos anos.⁵⁰ São necessárias ações coletivas em todos os níveis para apoiar os esforços dos países que dependem de ajuda externa para aquisição de preservativos, sua promoção e distribuição e para aumentar o

financiamento doméstico, além do investimento do setor privado na distribuição e promoção de preservativos.⁵¹ Embora os preservativos façam parte da maioria dos programas nacionais de HIV, IST e saúde reprodutiva, eles não são consistentemente distribuídos e nem promovidos o suficiente, de forma proativa.⁵² A distribuição nacional de preservativos e sua venda pode ser reforçada através da aplicação da abordagem total de mercado que combina distribuição do setor público, marketing social e vendas no setor privado.^{53 54} As barreiras administrativas que impedem programas e organizações de fornecer quantidades suficientes de preservativos para distribuição precisam ser removidas. Em locais de alta prevalência do HIV, a promoção e a distribuição de preservativos deve tornar-se sistematicamente integradas aos serviços comunitários de saúde e na rede básica de saúde como um todo.

¹ UNAIDS. 2014. World AIDS Day Report 2014.

² WHO, Dept. of Reproductive Health and Research. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections.

³ UNFPA/Guttmacher Institute. 2012. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services.

⁴ Sedgh G et al. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*, 2014, Vol 45. 3, 301–314, 2014.

⁵ Carey RF et al. Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sex Transm Dis* 1992;19:230-4.

⁶ WHO/UNAIDS. 2001. Information note on Effectiveness of Condoms in Preventing Sexually Transmitted Infections including HIV.

⁷ Holmes K et al. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82 (6).

⁸ [Weller S et al.](#) Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003255.

⁹ Smith DK et al. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Mar 1;68(3):337-44.

¹⁰ Veja também: <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>

¹¹ Trussell J. Contraceptive efficacy, in: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*, New York: Ardent Media, 2011, pp. 779–863.

¹² Kost K et al. [Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth](#). *Contraception*, 2008; 77:10-21.

¹³ Hanenberg RS et al. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 23;344(8917): 243-5.

¹⁴ Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16(2):251–258.

¹⁵ Levine WC et al. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS*, 1998, 12(14):1899–1906.

¹⁶ Fontanet AL et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14):1851–1859.

¹⁷ Smith D et al. Condom efficacy by consistency of use among MSM: US. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, abstract 32, 2013.

¹⁸ Boily M-C et al. Positive impact of a large-scale HIV prevention programme among female sex workers and clients in South India. *AIDS*, 2013, 27:1449–1460.

¹⁹ Rachakulla HK et al. Condom use and prevalence of syphilis and HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India - following a large-scale HIV prevention intervention. *BMC Public Health*, 2011; 11 (Suppl 6): S1.

²⁰ UNAIDS. 2000. Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand, UNAIDS Case Study.

²¹ Halperin DT et al. A surprising prevention success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Med*. 2011. 8;8(2).

-
- ²² Johnson LF et al. 2012. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis, *Journal of the Royal Society Interface*. 2012, 7;9(72):1544-54.
- ²³ Stover J. 2014. Presentation. UNAIDS Global Condom Meeting, Geneva, November 2014.
- ²⁴ Em consonância com os pressupostos normais, 120 preservativos são necessários para um ano de proteção para um casal. Venda de preservativos projetados para 2015 com base no citado: Global Industry Analysts. 2014. Mercado Global de preservativos. Maio 2014.
- ²⁵ Stover J et al. Empirically based conversion factors for calculating couple-years of protection. *Eval Rev*. 2000 Feb; 24(1):3-46.
- ²⁶ Kennedy C et al. Is use of antiretroviral treatment (ART) associated with decreased condom use? A meta-analysis of studies from low- and middle-income countries (LMICs). *July 2014 h International AIDS Conference. Melbourne, WEAC0104 - Oral Abstract Session*.
- ²⁷ Liu H et al. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in sero-discordant couples: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 4;9(11):e111175.
- ²⁸ Swiss AIDS Federation Advice Manual: Doing without condoms during potent ART. Swiss AIDS Federation, 2008.
- ²⁹ Fakoya A et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection. *HIV Medicine*, 2008, 9: 681-720, 2008.
- ³⁰ Marks G et al. Time above 1500 copies: a viral load measure for assessing transmission risk of HIV-positive patients in care. *AIDS* 2015, 29:947–954.
- ³¹ WHO. 2015. Technical update on Pre-exposure Prophylaxis (PrEP), February 2015. WHO/HIV/2015.4.
- ³² WHO. 2007. New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. WHO/UNAIDS Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming Montreux, 6 – 8 March 2007 Conclusions and Recommendations.
- ³³ WHO, UNFPA and Family Health International. 2013. Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010 revised April 2013.
- ³⁴ International Organisation for Standardisation. 2014. ISO 4074:2014 Natural rubber latex male condoms -- Requirements and test methods. http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=59718.
- ³⁵ Charania MR et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav*, 2011, 15:1283–1297.
- ³⁶ Sweat MD et al. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990–2010. *Bulletin of the World Health Organization* 2012, 90:613- 622A. doi: 10.2471/BLT.11.094268.
- ³⁷ Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: WHO/UNFPA/FHI360 Advisory note. 2012.
- ³⁸ Fonte: Data from a database of Demographic and Health Surveys (DHS) available at statcompiler.com (verified January 2015).
- ³⁹ Dusabe J, et al. “There are bugs in condoms”: Tanzanian close-to-community providers’ ability to offer effective adolescent reproductive health services. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015;41:e2.
- ⁴⁰ Populações-chave são grupos que, devido aos comportamentos de maiores riscos específicos, estão em maior risco de HIV independentemente do tipo ou epidemia contexto local definido. Além disso, eles muitas vezes têm problemas jurídicos e sociais relacionados com os seus comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade ao HIV. Essas diretrizes se concentram em cinco populações-chave: 1) homens que fazem sexo com homens, 2) pessoas que injetam drogas, 3) as pessoas em prisões e outras definições fechadas, 4) trabalhadores do sexo e 5) as pessoas transexuais. Em diretrizes consolidadas sobre a prevenção do HIV, diagnóstico, tratamento e cuidados para as populações-chave. Organização Mundial da Saúde de 2014.
- ⁴¹ Global Commission on HIV and the Law. Risks, Rights & Health. 2012.

⁴² UNAIDS. 2014. The Gap report.

⁴³ Open Society Foundations. 2012. Criminalizing condoms. How policing practices put sex workers and HIV services at risk in Kenya, Namibia, Russia, South Africa, the United States and Zimbabwe. <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/criminalizing-condoms>.

⁴⁴ Bhattacharjya, M et al. The Right(s) Evidence – Sex Work, Violence and HIV in Asia: A Multi-Country Qualitative Study. Bangkok: UNFPA, UNDP and APNSW (CASAM). 2015.

⁴⁵ WHO; UNFPA; UNAIDS; NSWP; World Bank. 2013. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative intervention. 2013.

⁴⁶ Vijayakumar G et al. A review of female-condom effectiveness: Patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. International Journal of STD and AIDS, 2006, 17(10):652-659.

⁴⁷ UNODC/WHO/UNAIDS. 2006. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings A Framework for an Effective National Response.

⁴⁸ UNODC/ILO/UNDP/WHO/UNAIDS. 2012. Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions.

⁴⁹ Inter-Agency Standing Committee (IASC). 2003. Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings.

⁵⁰ UNFPA. 2015. Contraceptives and condoms for family planning and STI/HIV prevention. External procurement support report 2013.

⁵¹ Foss AM et al. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. Sex Transm Infect 2007, 83:510–516.

⁵² Fossgard IS et al. Condom availability in high risk places and condom use: a study at district level in Kenya, Tanzania and Zambia. BMC Public Health 2012, 12:1030.

⁵³ UNFPA-PSI. 2013. Total Market Approach Case Studies Botswana, Lesotho, Mali, South Africa, Swaziland, Uganda. <http://www.unfpa.org/publications/unfpa-psi-total-market-approach-case-studies>

⁵⁴ Barnes, J et al. 2015. Using Total Market Approaches in Condom Programs. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.