

Análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino.

Regina Maria Barbosa e Ignez Perpetuo

Colaboradores:

Regina Figueiredo

Elvira Filipe

Jerônimo Muniz

Documento preliminar produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA -
CONTRATO DE CONSULTORIA # 042 / 2009

Novembro 2009

Apresentação

Este documento, de caráter preliminar, tem por objetivo de contribuir na análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino. Está estruturado em cinco partes. A primeira consiste de um breve histórico da introdução do preservativo feminino no Brasil, a segunda trata da implantação da Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino, a terceira fornece um panorama da utilização das tecnologias de prevenção da disseminação do HIV, buscando articula-las ao uso de tecnologias de planejamento reprodutivo. A quarta e última parte, levanta alguns pontos para a discussão.

I – Introdução

No Brasil, a mudança no perfil da epidemia do HIV/AIDS- traduzida numa rápida queda da razão homem/mulher e num crescimento da participação da transmissão sexual na epidemia, fez com que, a partir da década de 90, as estratégias de prevenção voltadas à diminuição da transmissão heterossexual se tornassem uma questão central para o controle da epidemia.

Neste contexto, além do incentivo ao uso do preservativo masculino, estratégias para ampliar as opções de proteção feminina foram implementadas, como é o caso do preservativo feminino. A ênfase no seu uso se deve ao fato de ser um dispositivo de prevenção sob controle da mulher (Stein, 1990), ou como se denomina atualmente, um método iniciado pela mulher.

Inicialmente o preservativo feminino foi comercializado em vários países da Europa e, em 1993, o FDA aprovou a sua liberação para o comércio nos Estados Unidos, sob o nome de Reality. No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido no comércio, em dezembro de 1997, quando seu registro foi obtido, junto à Vigilância Sanitária, pela DKT, empresa que representava a Reality no país.

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente introduziu o preservativo feminino na sua rede de saúde e desde 2000 as Secretarias Estaduais de Saúde passaram a receber do Ministério da Saúde o preservativo feminino para ser distribuído para mulheres de populações consideradas prioritárias para a prevenção das DST/Aids.

A introdução ampliada do preservativo na rede pública foi antecedida por um estudo preparatório em seis cidades do país com uma amostra de 2382 mulheres, cujo resultado – boa aceitação e alta adesão (Barbosa et al., 2007) – deu à equipe do Programa Nacional de DST/Aids a certeza de que valeria a pena investir no insumo, mesmo considerando as questões relativas à sua disponibilidade, tendo em vista a

limitada capacidade de produção, e ao seu alto custo¹, que limitaria a oferta do método para os grupos definidos. Além disso, esse estudo forneceu elementos indicativos dos benefícios do uso do preservativo feminino no aumento de relações sexuais protegidas quando utilizado em associação com o masculino: a proporção de relações sexuais protegidas passou de 33% para 70% ao final do estudo. Desta forma, a Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF), implantada a partir de 2000, foi concebida como uma estratégia alternativa e complementar de prevenção.

II - Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino

Para a implantação do SDPF em 2000, definiu-se que ações educativas deveriam sempre estar presentes na sistemática de distribuição, como uma condição fundamental do sucesso da iniciativa, tendo sido elaborado um roteiro mínimo de temas a serem contempladas nas oficinas de sensibilização, a estratégia utilizada pelo MS para divulgação/implantação da SDPF.

Foram realizadas oficinas em todas as UF, com a participação de profissionais das coordenações estaduais de DST/Aids e de programas afins - saúde da mulher, planejamento familiar – assim como representantes de ONG's e de municípios selecionados com base em sua experiência de trabalho com HIV/AIDS, situação epidemiológica e densidade demográfica. Após o momento inicial de implantação o MS continuou, em 2001, 2002 e 2003, dando reforço técnico e político à distribuição do PF em vários estados quando solicitado. No entanto o treinamento, que deveria acontecer em cascata até o nível local, não aconteceu desta forma necessariamente, tendo inclusive se limitado ao nível estadual em várias localidades (Perpetuo et al., 2004).

A logística proposta em 2000 previa o repasse do insumo pela CN DST/AIDS ao nível central do estado - a CE - que enviava o insumo diretamente aos diversos sítios responsáveis pela sua distribuição às mulheres, numa estrutura em que estavam excluídas as instâncias de regionais das secretarias estaduais de saúde (DIRE) e as secretarias municipais de saúde. Entretanto fluxo efetivamente estabelecido em alguns casos foi diferente, sendo o preservativo feminino enviado diretamente para secretarias municipais de saúde ou para ONG's (Perpetuo et al., 2004).

O instrumento básico de documentação e acompanhamento da SDPF foi então constituído pela “Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – Serviços de Saúde e Projetos de Redução de Danos” e pela “Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – ONG Profissionais do Sexo”, nas quais deveriam ser registradas informações sobre a mulher que decidiu utilizar o PF e, nas datas em que

¹ O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) comparou em 2005 os preços do preservativo feminino em quatro redes de drogarias da Grande São Paulo: os valores variaram de R\$ 7,50 a R\$ 15,10, o que faz com que o preservativo feminino custe até 42 vezes mais do que o preservativo masculino, cujos preços estão entre R\$ 0,36 e R\$ 1,11.

buscou este insumo, informações sobre as características de uso e sobre o número de preservativos feminino e masculino que lhe foram entregues. Este instrumento, inicialmente obrigatório por determinação do PN DST/AIDS, tornou-se opcional em determinado momento, que não foi possível precisar (Perpetuo et al., 2004).

Em 2002, por meio da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – N° 01/2002 (Portaria N° 2314, de 20 de dezembro de 2002), foram estabelecidos os critérios e formas de acesso ao insumo:

Face ao limitado número de preservativos femininos foi necessário estabelecer critérios de vulnerabilidade e situação de risco que as mulheres se encontram e a partir daí definir sua distribuição. Deste modo, priorizou-se as seguintes populações femininas:

1. **profissionais do sexo:** que estão em relações desiguais de poder e onde o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual e sofrem uma maior exposição ao risco pelo exercício do seu trabalho;
2. **mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual** – onde a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras, em que pese que não sejam acontecimentos sobrepostos, pode se inferir uma interface, pelo menos de uma mútua nutrição entre um fenômeno e outro;
3. **mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos-** pela clara necessidade de essas mulheres precisam se proteger de uma reinfecção tanto quanto proteger seus parceiros e se protegerem quando casais discordantes ou concordantes;
4. **mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis** – sabemos que as drogas tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de risco, inclusive ao cuidado com a própria saúde e de seus parceiros;
5. **mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher** – que perceberam-se em risco a partir de adquirirem uma DST e têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Esses critérios não são isolados, também levou-se em conta o fato de que a distribuição do preservativo feminino deverá ocorrer com intervenções educativas e acompanhamento que possibilite um monitoramento capaz de instrumentalizar próximas aquisições e fortalecer a criação de uma rede de distribuição. Contribuem para esses critérios a representação geográfica e epidemiológica da aids no Brasil, a rede de distribuição a ser utilizada, ONG e serviços de saúde bem estruturados, que realizam ações educativas para prevenção e que possam integrar atenção à saúde da mulher e às DST/Aids.

Vale destacar que o preservativo feminino é distribuído também com o masculino, fortalecendo a idéia de co-responsabilidade no cuidado a saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres.

Alguns estados ampliaram seu trabalho para outras populações femininas que apresentam também critérios de vulnerabilidade e risco acrescido como presidiárias, trabalhadoras rurais e índias, levando-se em conta a realidade local. Todas as instituições envolvidas e os profissionais responsáveis em desenvolver este trabalho passam por uma capacitação/treinamento. A ampliação, consolidação e monitoramento dessa sistemática de distribuição do preservativo feminino é de responsabilidade da Coordenação Nacional e Coordenações Estaduais de DST/Aids. **Portaria N° 2314, de 20 de dezembro de 2002**

Em resumo a SDPF, tal como proposta pelo PN DST/AIDS envolveu fundamentalmente quatro aspectos: 1) a visão do PF como tecnologia complementar de prevenção voltado para as mulheres, de forma a fortalecer a sua autonomia e aumentar sua capacidade de negociação visando a prática do sexo mais seguro; 2)

sua oferta acompanhada com ação educativa – preparação dos serviços e profissionais de saúde para fornecer suporte à mulher; 3) um sistema de logística que garantisse a disponibilidade do insumo onde ele se fizesse necessário; 4) mecanismos de acompanhamento que permitissem o monitoramento nos diversos níveis – local, municipal, estadual e federal (Perpetuo, 2004).

Com base critérios elencados acima, o Ministério da Saúde vem adquirindo, desde 2000, 4 milhões de preservativos femininos a cada dois anos para distribuição aos estados, municípios e ONGs.

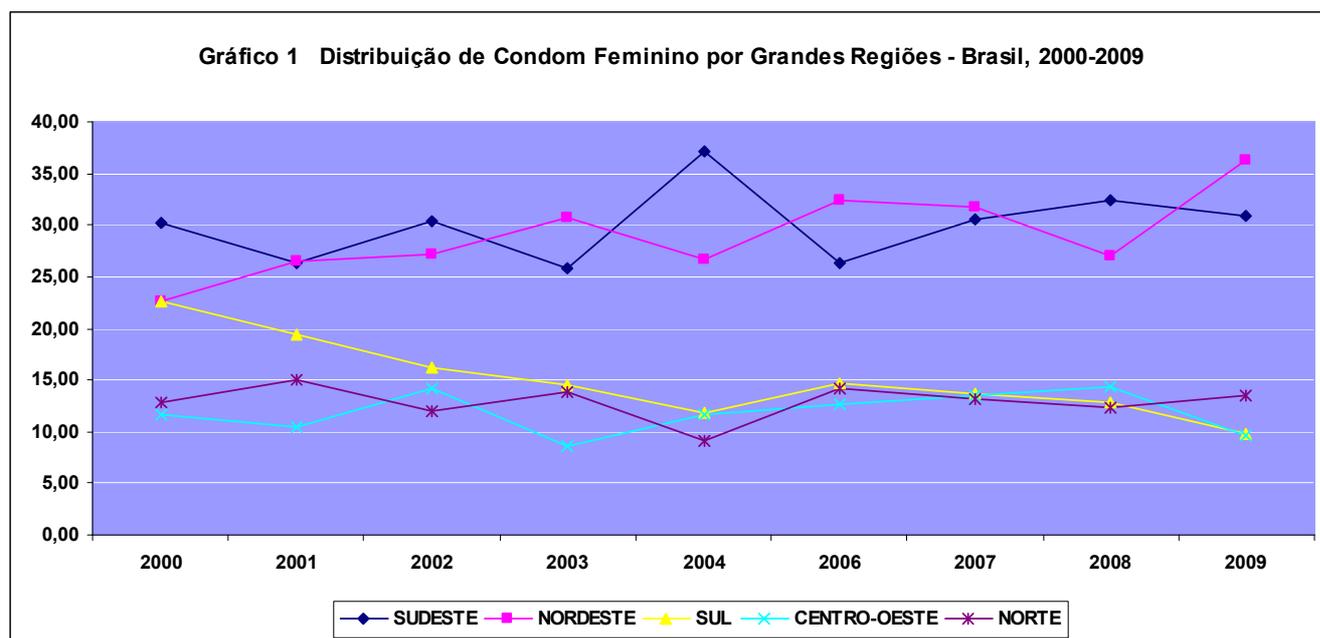
Tabela 1 Distribuição de preservativo feminino (adquirido pelo MS) às UF e aquisição complementar por estados e municípios. Brasil, 2000-2009

	2000-2006	2007		2008		2009		Total MS	Total direta	Total
	Sub-total	MS	Direta		Direta	MS	Direta			
AC	120.500	21.000		47.500		30.000		219.000	-	219.000
AL	254.700	48.000		110.000		127.500		540.200	-	540.200
AP	98.000	15.000		34.000		34.000		181.000	-	181.000
AM	80.800	12.000		30.000		99.000		221.800	-	221.800
BA	516.800	81.000		185.500		140.000		923.300	-	923.300
CE	266.800	39.000		95.000		109.000		509.800	-	509.800
DF	196.000	18.000		41.500		30.000	75.000	285.500	75.000	360.500
ES	254.000	39.000	2.200	89.000		36.000		418.000	2.200	420.200
GO	349.800	68.000		183.000		38.000		638.800	-	638.800
MA	412.700	69.000		158.500		93.500		733.700	-	733.700
MT	288.200	51.000		142.000		62.000		543.200	-	543.200
MS	250.200	45.000		103.500		32.000		430.700	-	430.700
MG	432.400	69.000		158.500		32.000		691.900	-	691.900
PA	577.800	81.000		182.000		77.000		917.800	-	917.800
PB	292.732	39.000		92.500		78.000		502.232	-	502.232
PR	473.000	60.000	333	138.000	500	60.000	1.000	731.000	1.833	732.833
PE	462.000	45.000		103.500		44.500	150.000	655.000	150.000	805.000
PI	94.700	12.000		33.000		69.500		209.200	-	209.200
RJ	756.600	78.000		179.000	5.600	212.500	1.000	1.226.100	6.600	1.232.700
RN	146.200	62.000		32.000		32.000		272.200	-	272.200
RS	604.700	63.000		143.900		45.000	24.000	856.600	24.000	880.600
RO	114.000	18.000		41.500		34.000		207.500	-	207.500
RR	100.000	15.000		34.000		20.000		169.000	-	169.000
SC	432.800	60.000		138.000	1.000	103.500	300	734.300	1.300	735.600
SP	1.379.900	147.000	66.495	395.000	221.232	317.000	166.350	2.238.900	454.077	2.692.977
SE	239.500	33.000		75.500		58.000		406.000	-	406.000
TO	100.000	15.000		34.000		42.000		191.000	-	191.000
TOTAL	9.502.832	1.268.000	69.028	3.029.900	228.332	2.056.000	417.650	15.653.732	715.010	16.368.742

Fonte: CN DSTs/Aids (dados preliminares)

No total foram adquiridos 16 milhões de preservativos femininos². Secretarias estaduais e municipais de saúde também fizeram aquisições complementares a partir de 2007. No entanto, como é possível verificar na Tabela 1 que detalha a distribuição do insumo de 2000 a 2009, a principal fonte de suprimento do preservativo feminino é o Ministério da Saúde. Apenas Pernambuco, São Paulo e o Distrito Federal realizaram compras significativas do insumo, totalizando 95% das compras diretas realizadas pelas secretarias estaduais e municipais.

A distribuição realizada pelo CN-DST/Aids é proporcional à população de cada região, cabendo às regiões Nordeste e Sudeste maiores cotas do preservativo: cerca de 30% para cada uma (Gráfico 1).



Fonte: CN DSTs/Aids

Por último, vale ressaltar que a aquisição para venda nas grandes redes de farmácias e drogarias é insignificante. Dados preliminares, fornecidos pela Semina, apontam que entre 2007 e 2009 foram adquiridas cerca de 10.000 preservativos.

De tal forma que é possível dizer que o acesso da população brasileiro ao preservativo feminino acontece desde a sua implantação majoritariamente por meio da rede pública de saúde e ONGs.

² Até o 2006 o preservativo feminino Reality - fabricado pela *Female Health Company* (Chicago, Illinois) e comercializado inicialmente no Brasil pela DKT e depois pela Semina - consistia no único modelo disponível. Neste ano, a DKT do Brasil, lançou um segundo modelo de preservativo feminino, o L'amour, fabricado pela *Medtech Products Ltd.* (Chennai, Índia) de látex. O anterior era fabricado de poliuretano. Em 2009, a *Female Health Company* anunciou que deixará de produzir o PF de poliuretano, tendo sido substituído pelo FC2, fabricado de borracha nitrílica (ver anexos para detalhes sobre os diferentes modelos).

III – Tecnologias de prevenção da disseminação do HIV no Brasil: panorama de uso

Com o objetivo de fornecer algumas informações que permitam aproximações com relação a um possível impacto dessa política, foram analisados os bancos de dados produzidos por dois inquéritos populacionais com amostras probabilísticas e de abrangência nacional, em 2005 e 2006³. O primeiro bloco de informações diz respeito ao uso das tecnologias de prevenção de DSTs/Aids, buscando ressaltar na análise a sua associação com os métodos de prevenção de gravidez, e o segundo focaliza especificamente o preservativo feminino.

Uso de tecnologias de dupla proteção

As tabelas 2 e 3 dizem respeito à prevalência do uso de métodos de dupla proteção. Para tanto foi analisado o uso tecnologias de prevenção da disseminação do HIV no Brasil (preservativo masculino e feminino) segundo método contraceptivo. Na presente análise, foi considerada dupla proteção o uso de preservativo isolado ou em associação com outra tecnologia de contracepção (desagregada em reversível e irreversível).

Na tabela 2, na qual é considerado o uso de preservativo nos últimos 12 meses, é possível observar que 20,5% das mulheres referem uso consistente de dupla proteção, ou seja, uso de métodos que conferem proteção contra DST e gravidez não desejada. Ao mesmo tempo, é evidente que o uso consistente de preservativo é muito menor entre as mulheres laqueadas ou cujo parceiro é vasectomizado, e entre aquelas que utilizam métodos reversíveis.

Tabela 2 Uso de preservativo (feminino ou masculino) nos últimos 12 meses por mulheres de 15 a 49 anos segundo método atual de contracepção. Brasil, 2006

Contracepção atual	Uso de preservativo nos últimos 12 meses					
	Sempre		De vez em quando		Nunca	
	%	N	%	N	%	N
irreversível	4,5	218	12,6	529	82,9	3420
reversível	12,3	490	34,1	1466	53,6	2455
condom	74,1	1290	24,5	389	1,4	14
Total	20,5	1998	24,6	2384	54,9	5889

Fonte: Banco de dados da PNDS 2006

Na tabela 3, o uso de dupla proteção foi analisado com relação à última relação sexual segundo algumas características sociodemográficas. Nesta análise foram consideradas o tipo e a presença ou não de proteção contra gravidez e DSTs.

³ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 2006, e Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids, realizada em 2005

Ao considerar a última relação sexual, verifica-se que 27,3% das mulheres sexualmente ativas no último ano referiram uso de preservativo, associado ou não a outro método, 55,4% usaram apenas métodos que evitam apenas a gravidez e 17,4% não usou qualquer proteção. O uso de dupla proteção decresce com a idade e aumenta com a escolaridade, é maior entre as mulheres solteiras e residentes no Sudeste. Seu uso é muito menor entre as laqueadas e um pouco maior entre as que usam métodos reversíveis de contracepção. Perfil que se mantém quando outras variáveis são consideradas, apesar de sofrer pequenas variações.

Vale ressaltar, no entanto, que a proteção contra as DSTs é conferida basicamente pelo uso do preservativo masculino, já que o uso cotidiano do feminino é muito pequena (próxima de zero), o que inviabiliza sua análise em separado.

Tabela 3 Uso de dupla proteção na última relação sexual por mulheres de 15-49 anos segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006

	Preservativo (total)		Preservativo/irreversível	Preservativo/reversível	Preservativo apenas	Nenhum	
	%	N				%	%
Idade							
15-24	40,7	1298	0,3	14,4	26,0	19,1	619
25-34	27,4	1080	2,1	9,7	15,6	16,4	657
35-49	18,2	867	3,0	3,4	11,8	17,0	761
Anos de estudo							
nenhum	9,5	47	0,6	1,4	7,4	25,1	106
1 a 3	12,0	173	2,6	3,2	6,2	25,4	265
4	13,2	229	2,0	2,2	9,0	20,2	247
5 a 8	26,1	945	2,2	6,7	17,2	17,6	670
9 a 11	34,6	1378	1,9	12,0	20,7	15,1	579
12 ou mais	35,2	443	1,6	12,9	20,8	13,4	150
Coabitação							
sim	18,3	1650	1,4	4,8	12,0	19,0	1676
não	58,2	1595	4,0	20,8	33,4	11,8	361
Raça/cor							
Branca	27,2	1234	1,6	8,8	16,8	15,3	711
Preta	25,9	324	2,5	8,5	14,8	23,5	232
Parda	26,8	1485	2,3	7,5	17,0	18,5	964
Amarela	37,4	103	1,1	15,6	20,7	9,3	51
Indígena	31,0	77	3,8	6,3	20,9	18,4	61
Região							
Norte	27,9	605	3,4	3,8	20,6	20,6	446
Nordeste	24,6	632	2,4	6,3	15,9	18,2	392
Sudeste	30,3	664	1,5	10,4	18,4	17,3	441
Sul	23,8	693	1,6	8,7	13,5	15,7	397
Centro-Oeste	24,9	651	3,5	7,8	13,6	15,2	361
Total	27,3	3245	2,0	8,4	16,8	17,4	2037

Fonte: Banco de dados da PNDS 2006

Uso e conhecimento do preservativo feminino

Em 2005, aproximadamente 5% dos homens e 3,5% das mulheres referiram uso do PF alguma vez na vida (Tabela 4). Seu uso diminui com a idade e com nível de escolaridade. E aumenta entre homens e mulheres solteiros e que tiveram mais parcerias na vida (dado não apresentado).

Tabela 4 Uso de preservativo feminino pelo menos uma vez na vida por homens e mulheres sexualmente ativos de 16 a 65 anos segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2005

	Uso do preservativo feminino			
	Homens		Mulheres	
	%	N	%	N
Idade				
16-24	5,8	25	4,2	15
25-34	4,7	28	4,6	31
35-65	3,9	46	2,4	28
Escolaridade				
Ensino fundamental	3,3	29	2,8	25
Ensino médio	5,5	42	3,4	30
Superior / Pós-grad	6,8	26	5,2	16
Raça/cor				
Branços	4,4	49	2,9	35
Negros	4,6	46	4,1	36
Coabitação				
Sim	4,0	43	3,2	40
Não	7,8	45	5,4	29
Total	4,7	99	3,5	74

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids 2005

Em 2006, proporções similares foram evidenciadas pela análise dos dados produzidos pela PNDS: 3,4% das mulheres referiram uso do preservativo alguma vez na vida (Tabela 5). O uso foi maior entre mulheres com menos de 35 anos, maior escolaridade e residentes nas regiões do Norte, Centro-Oeste e Sudeste, que se auto-declararam amarela ou indígena (em termos de raça/cor) e entre as usuárias de preservativo masculino (dado não apresentado). Morar ou não com o parceiro não se mostrou associado ao uso de preservativo feminino neste estudo.

O pequeno número observado de usuárias atuais do preservativo feminino (0,1%) permite dizer que na verdade o preservativo feminino não faz parte do cotidiano das mulheres em geral. Ao mesmo tempo impede aprofundar as análises no sentido de tentar identificar um determinado perfil eventualmente associado ao seu uso regular.

Por outro lado, a comparação desses dados com resultados obtidos em outras pesquisas parece indicar uma tendência de crescimento no seu uso. As proporções de uso obtidas em 2005 e 2006 são maiores do que as encontradas por Paiva e colaboradores em 2003: 4,8% entre os homens e 1,9% entre as mulheres, e menores

com aqueles obtidos em 2008. Análise inicial dos dados produzidos pela PCAP realizada em 2008, mostrou proporções um pouco mais elevadas: 6,7% entre as mulheres e 7,6% entre os homens, o que fortalece a hipótese de crescimento do seu uso (CE-DST/Aids, 2009).

Tabela 5 Uso de preservativo feminino por mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos pelo menos uma vez na vida segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006

	Uso do preservativo feminino			
	sim		não	
	%	N	%	N
Idade				
15-24	4,5	139	95,5	3311
25-34	4,2	192	95,8	4338
35-49	2,1	143	97,9	5574
Anos de escola				
nenhum	1,7	5	98,3	517
1 a 3	2,1	33	97,9	1465
4	1,5	34	98,5	1547
5 a 8	3,0	133	97,0	3941
9-11	4,0	187	96,0	4298
12 ou mais	5,4	79	94,6	1346
Coabitação				
sim	3,2	310	96,8	9604
não	3,9	164	96,1	3618
Raça/cor				
Branca	2,8	162	97,2	5139
Preta	3,7	53	96,3	1322
Parda	3,6	225	96,4	5988
Amarela	5,6	19	94,4	363
Indígena	5,1	11	94,9	284
Região				
Norte	4,1	95	95,9	2246
Nordeste	2,7	83	97,3	2552
Sudeste	3,8	94	96,2	2846
Sul	2,5	78	97,5	2900
Centro-Oeste	4,4	124	95,6	2679
Total	3,4	474	96,6	13223

Fonte: Banco de dados da PNDS 2006

De qualquer forma, é fato que o preservativo feminino não conseguiu ocupar o lugar de destaque, inicialmente imaginado, como alternativa de proteção das mulheres. Além da pequena cobertura populacional, é possível sugerir também que, entre @s usuári@s do preservativo feminino, apenas um pequeno número de relações sexuais são protegidas pelo seu uso.

Na ausência de dados relativos à consistência e adesão de seu uso, fizemos a seguinte simulação. Primeiro assumimos a proporção de uso da camisinha feminina de 3,5% entre as mulheres e de 4,7% entre os homens (ver Tabela 5). Assim temos que aproximadamente 2.764.089 homens e 2.060.046 mulheres sexualmente ativos, de 15 a 64 anos, experimentaram pelo menos uma vez o preservativo feminino (cálculos realizadas a partir de estimativas da população para 2008). A seguir, assumimos que

os 16.368.742 preservativos femininos (ver Gráfico 1), disponibilizados pelo MS e adquiridos pelos estados e municípios, foram distribuídos e utilizados, como também que estes homens e estas mulheres utilizaram igualmente o insumo. Ao final do exercício, é possível observar que cada pessoa poderia ter usado no máximo três preservativos nos últimos 10 anos.

Por outro lado, se considerarmos apenas aquelas pessoas que referiram ter gostado **muito** do preservativo feminino na pesquisa de comportamento sexual de 2005, anteriormente referida, 6,7% dos homens (N=185.195) e 24,8% das mulheres (N=515.011) que usaram o insumo, o total adquirido de PF teria sido suficiente para proteger apenas 16 relações sexuais de cada uma dessas pessoas, caso tivessem decidido continuar o seu uso.

Com relação às populações consideradas prioritárias pelo SPDP para distribuição do preservativo feminino - profissionais do sexo, mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual, mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos (MVHA), mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis, e mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher - é possível afirmar, a partir de resultados de pesquisas com populações específicas, que existem evidências um pouco mais consistentes apenas com relação às MVHA. Nesse sentido, as pesquisas indicam que MVHA tendem a incorporar e assim se beneficiar mais do uso do preservativo feminino no seu cotidiano (Figueiredo, no prelo; Magalhães, 2003; Telles, 2006; Barbosa et al, 2009).

Com relação ao uso por mulheres de baixa renda, Kalckmann e colaboradores (2007) observaram, em estudo realizado em São Paulo entre 2000 e 2002, que 14,4% de um universo constituído por 2.469 mulheres cadastradas no SDPF mantinham o uso do preservativo feminino ao final de 12 meses de observação. Adicionalmente, foi observada maior adesão entre as mulheres, cuja unidade de dispensação do insumo consistia em um projeto comunitário, e menor quando esta se referia a unidade pública de saúde, básica ou especializada. Com relação aos outros grupos, as evidências se restringem a uma única pesquisa, realizada com amostras muito pequenas e de conveniência (Telles, 2006).

Se, por um lado, é possível dizer que a implantação do SDPF aparentemente não conseguiu introduzir de maneira significativa o preservativo feminino ao leque de alternativas, o mesmo não se verifica com relação ao conhecimento do método, que é amplamente disseminado: 80% dos homens e 85% das mulheres referem conhecer o método (Tabela 6). Proporções igualmente mais elevadas do que as encontradas em 2003 por Paiva e colaboradores (2003): 73,2% e 79%, respectivamente e um pouco mais baixa que às encontradas entre as mulheres pela PNDS em 2006 (Tabela 7).

Tabela 6 Conhecimento do preservativo feminino por homens e mulheres de 16 a 65 anos. Brasil, 2005

Conhecimento do PF	Sexo	
	Homens	Mulheres
Sim	80,4% 1797	84,9% 2318
Não	19,6% 501	15,1% 424

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids 2005

Como é possível observar na tabela 7, apesar de amplamente conhecido, o preservativo feminino é um pouco mais conhecido pelas mulheres mais jovens, mais escolarizadas, solteiras e residentes das regiões Norte e Sudeste.

Tabela 7 Conhecimento do preservativo feminino por mulheres de 15 a 49 anos segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006

	Conhecimento do preservativo feminino			
	sim		não	
	%	N	%	N
Idade				
15-24	93,6	3232	6,4	234
25-34	92,5	4141	7,5	420
35-49	87,2	4942	12,8	808
Anos de escola				
nenhum	71,0	381	29,0	146
1 a 3	77,2	1157	22,8	345
4	82,7	1296	17,3	292
5 a 8	91,1	3677	8,9	425
9-11	94,9	4303	5,1	205
12 ou mais	97,3	1404	2,2	34
Coabitação				
sim	89,1	8764	10,9	1205
não	94,1	3550	5,6	257
Raça/cor				
Branca	92,0	4803	8,0	536
Preta	91,2	1232	8,8	148
Parda	89,1	5562	10,9	680
Amarela	91,3	360	8,7	26
Indígena	90,9	251	9,1	47
Região				
Norte	91,1	2144	8,9	202
Nordeste	88,0	2352	12,0	289
Sudeste	92,2	2622	7,8	326
Sul	90,4	2700	9,6	331
Centro-Oeste	89,4	2497	10,6	314
Total	90,5	12315	9,5	1462

Fonte: Banco de dados da PNDS 2006

IV – Alguns pontos para discussão

A discussão e o enfrentamento do panorama acima, caracterizado por baixa cobertura e adesão ao uso do preservativo feminino, envolve considerar questões conceituais e operacionais a respeito do que a SDPF representa, de como está estruturada, de quais são as suas potencialidades e dificuldades, enquanto uma política de saúde voltada para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS.

As características peculiares do preservativo feminino – um insumo que remete a questões delicadas relacionadas à vivência da sexualidade e das relações de gênero e cuja possibilidade de disponibilização é restrita dada sua produção limitada e ao seu elevado custo – faz com que essa estratégia de enfrentamento da epidemia depare-se com desafios não apenas operacionais, mas de definição estratégica sobre quais são os objetivos e qual deve ser o alcance da SDPF. Ponto que necessita ser rediscutido, uma vez que fundamenta as decisões relativas aos modelos de intervenção nos diferentes níveis de atuação.

Caso se considere que o PF deva ser somente disponibilizado para segmentos populacionais específicos, não faria sentido pulverizar a distribuição para toda a rede de serviços de saúde e sim direcioná-la, adotando estratégias de operacionalização para melhor atender a esse público. No outro extremo, a opção pelo atendimento à população feminina em geral, demandaria outra configuração, cujas consequências precisariam ser analisadas. Um pequeno exercício, realizado por Perpetuo e colaboradores (2004), ilustra as possibilidades de cobertura do preservativo feminino em dois cenários extremos.

Num primeiro cenário, o de focalização (nas MVHA, por exemplo), em que fossem disponibilizados anualmente o equivalente a 10 milhões de unidades do insumo, e distribuídos 8 preservativos femininos por mulher, seria possível atender 44,7% das mulheres de 15-49 vivendo com o HIVAids. Este mesmo montante e considerando o total de mulheres nesta faixa etária no Brasil em 2004 seria suficiente para fornecer uma cobertura de 0,21%. No segundo cenário - orientado pela ideia de democratização do acesso, criando condições para que o maior número possível de mulheres conhecesse e experimentasse o insumo - a distribuição de duas unidades para efeito de experimentação, mantendo a mesma quantidade de preservativos possibilitaria atender 5 milhões de mulheres, o que equivaleria a 10,1% das mulheres brasileiras em idade fértil em 2004.

Do que foi possível perceber até o momento, em que pese o caráter inicial e preliminar desse trabalho, a política relativa à distribuição do PF desenvolvida nos últimos 10 anos parece ter ficado no meio do caminho, não assumindo nenhuma das posturas de forma clara. Nas simulações feitas anteriormente, o total de preservativos

femininos efetivamente colocados à disposição para uso da população brasileira (16 mi. em 10 anos) não teria sido suficiente para contemplar quaisquer dos cenários ou ainda para criar um hábito de uso, mesmo entre aqueles homens e mulheres que referiram ter gostado muito do preservativo e para quem talvez o insumo fizesse sentido.

Com relação às questões de caráter operacional, estudo, realizado em 2004, sobre a política de distribuição e acesso ao preservativo feminino, cujos resultados fornecem um panorama abrangente das diferentes dimensões envolvidas no SDPF nos primeiros anos de sua implantação (Perpetuo et al., 2004), apontam outros pontos que necessitam igualmente de discussão: rede de disponibilização; capacitação das equipes gestores e executores; logística do preservativo feminino; sistema de informações e instrumentos para monitoramento; percepção dos gestores e executores sobre aprimoramento da SDPF.

Por último e para além do SDPF, uma questão central e de fundo que necessita ser enfrentada refere-se à necessária articulação entre as políticas, programas e serviços de prevenção das DSTs/HIV e de planejamento reprodutivo. No mínimo porque as evidências demonstram que a prevenção das DSTs/Aids tende a ser muito menos praticada pelas mulheres que utilizam contracepção irreversível.

Referências bibliográficas

BARBOSA, RM; KALCKMANN, S; BERQUO, E; STEIN, Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. Intern J STD & AIDS 2007; 18:261-266

KALCKMANN S, FARIAS N, CARVALHEIRO JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol 2009; 12(2): 132-43

MAGALHÃES, J; ROSSI, AS; AMARAL E. Uso de Condom Feminino por Mulheres Infectadas pelo HIV. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2003; (6): 389-395

PAIVA, V; VENTURI, G; FRANÇA-JUNIOR, I; LOPES, F. Uso de preservativos: Pesquisa Nacional MS/IBOPE. Conhecimento do Preservativo Feminino. [on line] 2003. [Acessado em 12/11/2003 em www.aids.gov.br]

PERPÉTUO, I; ABREU, D; PERPETUO, G. Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino. Relatório final, volume I. Mimeo, 2005

STEIN, ZA., 1990. "HIV Prevention: The Need For Methods Women Can Use". American Journal of Public Health, v.80, n.4.

TELLES DIAS PR, SOUTO K, PAGE-SHAFER K. Long-term Female Condom Use Among Vulnerable Populations in Brazil. AIDS Behav 2006; 10(4 Suppl):S67-75.

VIEIRA EM, MACHADO AA, DUARTE G, BRITO de SOUZA RH, RODRIGUES JUNIOR AL. The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2004; 15(6): 373–379.

Anexos

I – Preservativo feminino- modelos disponíveis no mercado

FC1

Reality ® preservativo feminino é fabricado pela Female Health Company (Chicago, Illinois) e foi aprovada para uso único, os Estados Unidos pela FDA e por vários outros organismos internacionais de regulamentação. É vendido nos Estados Unidos, Brasil, Europa e Ásia, e é distribuído pelas agências governamentais em partes da África. A Reality ® preservativo feminino é um saco de plástico fino de poliuretano com dois anéis flexíveis. O anel fechado é removível e usado para inserir o dispositivo e mantê-lo no lugar. O anel externo permanece fora da vagina e cobre a genitália externa durante o coito. O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex às condições pouco favoráveis de armazenamento, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes. Deixou de ser fabricado em 2009, sendo substituído pela FC2.

FC2

O FC2, também fabricado pela Female Health Company, é similar ao FC1, no entanto é feito de borracha sintética (nitrílica) em vez de poliuretano, sendo menos barulhento durante o uso e segundo o fabricante mais barato de produzir.

L' Amour

O preservativo feminino (® L'amour) é fabricado pela Medtech Products Ltd. (Chennai, Índia). Foi aprovado pelo Controle de Medicamentos da Índia. Foi aprovado pelas autoridades sanitárias brasileiras, a ser fornecido pelos serviços de saúde e vendidos comercialmente no Brasil, Indonésia e no sul da África. O látex natural preservativo feminino é um saco não superior a 90 mm que tem um reforço de poliuretano, anexo ao terminal aberto. O reforço permanece fora do corpo durante o coito e cobre a genitália externa. A bolsa de látex é leve, resistente e elástica. Uma esponja de poliuretano com 60 mm de diâmetro e 10 mm de espessura do disco é colocada no final (internamente) do saco para ancorar o dispositivo durante a relação sexual. O dispositivo já vem pré-lubrificado.

II Dados sobre comercialização do PF no Brasil

Aquisições de Preservativo Feminino pelo Ministério da Saúde - BRASIL:

Período	Quantidade
2007/2008	4 milhões FC1
2005/2006	4 milhões FC1
2003/2004	4 milhões FC1
2001/2002	2 milhões FC1
2000	2 milhões FC1

Vendas para setor comercial quanto FHC era representada pela DKT:

Período	Quantidade
1997 a 2005	2,5 milhões de FC1

Aquisições de Preservativo Feminino por meio da Semina:

Locais	2007	2008	2009	TOTAL	%
Município de São Paulo	59000	210000	160000	429.162	71,87
Municípios do estado de São Paulo	7495,00	11232	6350	25.091	4,20
Municípios de outros estados	2677,00	7100	101300	111.083	18,60
ONGs de São Paulo	200,00	487		687	0,12
ONGs de outros estados	8000,00	13500		21.516	3,60
Revenda em grandes redes de São Paulo			500	500	0,08
Revenda em grandes redes de outros estados	380	400	8300	9.081	1,52
	77.752	242.719	276.450	597.121	100

Preservativos L'Amour- dados não foram disponibilizados pelo representante. O único dado obtido foi relativo a compra de 150.000 unidades em 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde de Recife.

III - Breve revisão da literatura científica

Desde o surgimento do preservativo feminino em 1993, vários estudos para examinar a sua eficácia, a aceitação pelas mulheres e os fatores que dificultam a adesão ao seu uso têm sido realizados..

Aceitabilidade do preservativo feminino

A maioria dos estudos abordando a aceitabilidade do preservativo feminino pelas mulheres, não é experimental e foi realizada com amostras de conveniência e de tamanho pequeno. Apesar dessas limitações os resultados indicam que o preservativo feminino é bem aceito. As mulheres mostram opiniões favoráveis (Ford e Mathie, 1993), consideram-no aceitável (Sapire, 1995) e afirmam que o recomendaria a amigas (Beksinska et al., 2001).

Aparentemente a aceitação do preservativo feminino ocorreu de maneira mais rápida entre as profissionais do sexo do que entre outras mulheres, porque ele lhes traria mais autonomia e mais segurança durante o ato sexual. No entanto, há relatos de recusa por parte dos clientes em usar o preservativo feminino e de violência sexual (Deniaud, 1997; Jivasak-Apimas et al., 2001).

A aceitação do preservativo feminino parece depender de alguns obstáculos, tais como: a reação do parceiro, aparência do preservativo, desconforto durante o uso e as dificuldades para colocá-lo (Deniaud, 1997; Jivasak-Apimas et al., 2001). Vale ressaltar que a aceitação do preservativo geralmente é analisada em períodos curtos de uso, de dois a três meses, o que não permite avaliar se a aceitação se sustentaria por períodos mais longos de uso.

Revisão sistemática feita por Vijayakumar e colaboradores (2006) identificou 137 estudos e abstracts sobre o preservativo feminino. Dez estudos forneceram informações detalhadas sobre padrões de uso a longo prazo, muitos sugerindo que o preservativo feminino atinge mulheres com menos probabilidade de usar outros métodos de dupla proteção.

A despeito dessas evidências, tem sido difícil ampliar o uso do preservativo mesmo em países que têm feito esforços para promoção ao uso do preservativo feminino como, por exemplo, Madagascar (Reproductive Health Matters, 2008) ..

Eficácia do preservativo feminino

Em geral existem poucos estudos sobre a eficácia e efetividade. Os estudos sobre a eficácia do preservativo feminino como método contraceptivo mostraram que ele é tão eficaz quanto os demais métodos de barreira (Farr et al, 1994; Trussell et al., 1994) e que também é eficaz para prevenção contra DST e HIV (Deniaud, 1997; Feldblum et al., 2001; Fontanet et al., 1998). Mais recentemente, revisão sistemática feita por Vijayakumar e colaboradores (2006) identificou, e analisou de forma

aprofundada, cinco ensaios clínicos randomizados sobre eficácia. Estes cinco estudos indicaram fortemente os benefícios do uso do preservativo feminino no aumento de relações sexuais protegidas, e dois estudos encontraram indícios promissores de diminuição na incidência em infecções sexualmente transmissíveis (IST) com a introdução do preservativo feminino. Sua conclusão é de que existe evidência limitada, mas convincente de que o preservativo feminino é eficaz em aumentar a proteção do sexo e incidência decrescente DST entre as mulheres.

Estudos brasileiros sobre o preservativo feminino

No Brasil o primeiro estudo sobre a aceitabilidade do preservativo feminino com uma grande amostra de mulheres foi realizado pelo Cebrap, em parceria com o NEPO/UNICAMP, e financiamento do Ministério da Saúde.

Anteriormente, os dois estudos sobre aceitabilidade, realizados com pequenas amostras, mostravam resultados contraditórios. No primeiro (Klackmann et al., 1997), realizado em São Paulo, no período de fevereiro de 1996 a janeiro de 1997, que acompanhou o uso do condom feminino em 96 mulheres ao longo de 3 meses, o método teve avaliação positiva. Nesse estudo exploratório, no qual as mulheres foram recrutadas através da mídia e de grupos organizados do movimento social e participaram de quatro sessões de discussão em grupo, o tempo médio de uso foi 112,2 dias e 72 mulheres (75%) estavam em uso do preservativo feminino ao final do tempo de observação.

O segundo estudo (Diaz et al., 1997), realizado em serviços de planejamento familiar em 5 cidades (Belém, Brasília, Campinas, Curitiba e Recife), encontrou muita dificuldade de introduzir o condom feminino nestes locais. Ao longo de 12 meses de recrutamento apenas 70 mulheres entraram no estudo e aos 3 meses de seguimento apenas 31% estavam em uso do método.

O estudo preparatório para a introdução ampliada do preservativo feminino, referido anteriormente, foi realizado em 20 serviços de saúde em seis cidades com uma amostra de 2382 mulheres e avaliou a aceitação do preservativo após 15 e 90 dias de uso (Barbosa et al., 2007). Os resultados indicaram taxas elevadas de uso e aceitabilidade. Após 15 dias a proporção de uso foi de 90% e de aceitabilidade foi de 80%. Essas taxas, que se mantiveram altas após 90 dias de observação, se mostraram altamente dependentes da organização dos serviços e da qualidade do trabalho educativo existente. Além disso, ficaram evidenciados os benefícios do uso do preservativo feminino no aumento de relações sexuais protegidas quando utilizado em associação com o masculino: a proporção de relações sexuais protegidas passou de 33% para 70% ao final do estudo.

Em estudo mais recente, Kalckmann e colaboradores (2009) avaliaram se a aceitabilidade do preservativo feminino é mantida na rotina de atendimento de 16

serviços de saúde em São Paulo por 12 meses em uma amostra de 2.469 mulheres. Ao final dos 12 meses 14,4% (355) das mulheres mantinham o uso do preservativo feminino. Um mês após o recebimento 46,3% das participantes (1.142) descontinuaram o método, no terceiro mês de seguimento, esta proporção foi de 36,5% (901), e no sexto mês, passou a 27,3% (673). O tempo de continuidade de uso do preservativo feminino foi associado a menor escolaridade, a não exercer trabalho remunerado e a condição de morar com o parceiro. A maior frequência de relações sexuais também foi associada com maior tempo de uso. Outros estudos brasileiros confirmam a aceitabilidade do preservativo feminino no nosso país (Telles Dias et al., 2006; Pechansky e Bicca, 2002). Estudos com mulheres vivendo com HIV/aids também mostram que entre elas o preservativo feminino também é bem aceito com uma tendência de maior uso quando comparada as outras mulheres (Magalhães et al., 2003; Vieira et al., 2004).

Referências Bibliográficas

- Beksinska ME, Rees VH, McIntyre JA, Wilkinson D. Acceptability Of The Female Condom In Different Groups Of Women In South Africa A Multicentred Study To Inform The National Female condom Introductory Strategy. *Afr Med J* 2001; 91(8):S 672-678.
- Barbosa RM, Kalckmann S, Berquo E, Stein Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *Intern J STD & AIDS* 2007; 18:261-266
- Deniaud F. Current status of the female condom in Africa. *Sante* 1997; 7(6):405-15
- Diaz, J. et al. Estudo de aceitabilidade do condom feminino no Brasil. Apresentado no workshop “O condom feminino: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil”, promovido pelo Ministério da Saúde e Population Concil, comunicação oral, 1997.
- Farr G, Gabelnick H, Sturgen K, Dorflinger L. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *Am J Public Health* 1994; 84(12):1960-4.
- Feldblum PJ, Kuyoh MA, Bwayo JJ, Omari M, Wong EL, Tweedy KG, Welsh MJ. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. *AIDS* 2001; 15(8):1037-1044
- Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraless P, Ruggao S, Chongsomchai C, Kiriwat O, Tovanabutra S, Dally L, Lange JM, Rojanapithayakorn W. 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.

Jivasak-Apimas S, Saba J, Chandeying V, Sakondhavat C, Kiriwat O, Rudpao S, Rojanapithayakorn W, Fontanet A L. *Acceptability of the Female Condom Among Sex Workers in Thailand* - Results From a Prospective Study. *Sexually Transmitted Diseases* 2001; 28(11):648-654

Kalckmann S, Farias N, Carneiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 132-43

Kalckmann, S. et al. The Female condom as a woman controlled method. Final report. Instituto de Saúde/SES-SP e MCCA, 1997.

Magalhães J, Rossi AS, Amaral E. Uso de Condom Feminino por Mulheres Infectadas pelo HIV. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003; (6): 389-395

Pechansky F, Bicca CHM. Estudo piloto sobre o uso de preservativo feminino em mulheres que buscam atendimento em um centro de triagem para HIV/Aids em Porto Alegre. [J. bras. psiquiatr](#) 2002; 51(4):217-222

Round Up Condoms, Female condoms improve public health in Madagascar, *Reproductive Health Matters*, Volume 16, Issue 31, May 2008, Pages 234

Sapire KE. The female condom (Femidom) - a study of user acceptability *S Afr Med J* 1995 85 (10): 1081-1084

Telles Dias PR, Souto K, Page-Shafer K. Long-term Female Condom Use Among Vulnerable Populations in Brazil. *AIDS Behav* 2006; 10(4 Suppl):S67-75.

Trussell J, Sturgen K, Strickler J, Dominik R. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Fam Plann Perspect* 1994; 26(2):66-72.

Vieira EM, Machado AA, Duarte G, Brito de Souza RH, Rodrigues Junior AL. The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 15(6): 373-379.

Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, Beksinska M, Lurie M. A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *Int J STD AIDS* 2006

Xu JX, Leeper MA, Wu Y, Zhou XB, Xu SY, Chen T, et al. User acceptability of a female condom (Reality) in Shanghai. *Adv Contracept* 1998;14(4):193-9.