

RUMOS PARA O +20

COMPROMISSOS
DO GOVERNO
BRASILEIRO
COM A PLATAFORMA
DA CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL
SOBRE
POPULAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO

RUMOS PARA CAIRO +20

**COMPROMISSOS
DO GOVERNO
BRASILEIRO
COM A PLATAFORMA
DA CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL
SOBRE
POPULAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO**

Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco

Regina Maria Barbosa¹
Ignez Helena Oliva Perpétuo²

Apresentação

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente com relação ao uso do preservativo feminino. Foi elaborado para ser apresentado na Oficina intitulada II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) à Luz das Propostas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo +15), organizada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, nos dias 10 e 11 de dezembro de 2009, em Brasília.

Este texto está estruturado em quatro 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; a quarta, e última, levanta alguns pontos para a discussão.

Para sua elaboração foram consultadas as seguintes fontes de informação: documentos referenciais do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (antigo Programa Nacional de DST/Aids – PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde (MS), a respeito do preservativo feminino (normas existentes e planilhas de distribuição do insumo);³ documentação fornecida pelos representantes comerciais do insumo no Brasil no que se refere a sua venda e distribuição; literatura científica nacional sobre o tema. Além disso, foi realizada análise do uso do preservativo feminino a partir de dados gerados por dois inquéritos populacionais.

I. Introdução

No Brasil, a mudança no perfil da epidemia do HIV/Aids – traduzida por uma rápida queda da razão homem/mulher e por um crescimento da participação da transmissão sexual na epidemia

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

1 Médica, doutora em saúde coletiva e pesquisadora do NEPO/UNICAMP.

2 Médica, doutora em demografia e pesquisadora do CEDEPLAR, UFMG

3 O Programa Nacional de DST/Aids passou a denominar-se Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais em 2009. Neste texto será mantida a nomenclatura original referente ao momento do lançamento dos dados de pesquisa apresentados.

– fez com que, a partir da década de 1990, as estratégias de prevenção voltadas à diminuição da transmissão heterossexual se tornassem uma questão central para o controle da epidemia.

Nesse 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.

A princípio o preservativo feminino foi comercializado em vários países da Europa e, em 1993, o *Food and Drug Administration (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.

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente introduziu o preservativo feminino em sua rede de saúde e, desde 2000, o Ministério da Saúde passou a fornecer esse insumo para as Secretarias Estaduais de Saúde para ser distribuído a 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 2.382 mulheres, cujo resultado – boa aceitação e alta adesão (Barbosa et al., 2007) – forneceu à equipe do PN-DST/Aids subsídios que apoiaram a decisão de investir no insumo, mesmo considerando as questões relativas a sua disponibilidade, tendo em vista a limitada capacidade de produção, e ao seu alto custo⁴, 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.

II. Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino

A Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF), tal como proposta pelo PN-DST/Aids e implantada a partir de 2000, envolveu fundamentalmente cinco aspectos: 1) visão do condom feminino como tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres; 2) oferta acompanhada de ação educativa; 3) sistema de logística adequado às necessidades locais; 4) mecanismos de acompanhamento que permitissem seu monitoramento; 5) acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade.

⁴ 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.

A primeira e única avaliação do processo de implantação da SDPF foi realizada em 2004 pelo Programa Nacional, por meio do Estudo da Política de Distribuição e Acesso ao Preservativo Feminino (PERPÉTUO; ABREU; PERPÉTUO, 2005). Do ponto de vista de seu desenho, consistiu em uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. Para tanto, foi realizada uma pesquisa com base em metodologia de estudo de casos em locais onde havia sido implantada a SDPF. O estudo foi desenvolvido em oito estados, abrangendo as cinco regiões brasileiras: Pará (Norte), Pernambuco e Bahia (Nordeste), Rio Grande do Sul (Sul), São Paulo e Rio de Janeiro (Sudeste), Goiás e Tocantins (Centro-Oeste). A escolha desses estados se deu de forma a garantir a diversidade em termos de resultados obtidos e de características da efetivação e desenvolvimento da política.

Os resultados desse estudo fornecem um panorama abrangente do processo de implantação do preservativo feminino no Brasil e consistem na principal fonte de informação da análise que se segue. Nesse sentido, cada um dos aspectos que compõem a SDPF será analisado de forma sucinta, em função das informações existentes no referido estudo.

1. Visão do preservativo feminino como tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres

Essa estratégia objetivava o fortalecimento da autonomia feminina e da sua capacidade de negociação, visando à prática do sexo mais seguro. Ao mesmo tempo, o preservativo feminino deveria ser distribuído com o masculino, fortalecendo a idéia de corresponsabilidade no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres, aspecto que aparentemente foi respeitado pela maioria dos serviços analisados pelo estudo, ou seja, em geral foram distribuídos em conjunto com os preservativos masculinos. Não se dispõe, no entanto, de informação relativa à ampliação da autonomia feminina ou à efetiva ampliação da cobertura das relações sexuais desprotegidas.

2. Oferta acompanhada da ação educativa

A SDPF definia que ações educativas deveriam sempre estar presentes na sistemática de distribuição como condição fundamental do sucesso da iniciativa, tendo sido elaborado um roteiro mínimo de temas a serem contemplados nas oficinas de sensibilização. Para que isso fosse viável, estava prevista a preparação dos serviços e profissionais de saúde para fornecer suporte à mulher.

Nesse sentido, foram realizadas oficinas em todas as Unidades da Federação, com a participação de profissionais das coordenações estaduais de DST/Aids e de programas afins – saúde da mulher, planejamento familiar –, assim como representantes de ONGs e de municípios

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

selecionados com base em sua experiência de trabalho com HIV/Aids, situação epidemiológica e densidade demográfica. Após o momento inicial de implantação, o Ministério da Saúde continuou, em 2001, 2002 e 2003, dando reforço técnico e político à distribuição do preservativo feminino em vários estados, quando solicitado. No entanto, o treinamento, que deveria acontecer em cascata até o nível local, não ocorreu necessariamente dessa forma, tendo inclusive se limitado ao nível estadual em várias localidades analisadas pelo estudo.

3. Sistema de logística adequado às necessidades locais

O sistema proposto em 2000 previa uma logística que garantisse a disponibilidade do preservativo feminino onde ele se fizesse necessário. Essa garantia se daria por meio do repasse do insumo pelo PN-DST/Aids ao nível central do estado (CE), que o enviaria diretamente aos diversos sítios responsáveis por sua distribuição às mulheres, numa estrutura em que estariam excluídas as instâncias de Regionais das Secretarias Estaduais de Saúde (DIRE) e as Secretarias Municipais de Saúde. A rede de distribuição a ser utilizada seriam ONGs e serviços de saúde bem estruturados, que realizassem ações educativas para prevenção e que pudessem integrar atenção à saúde da mulher e DST/Aids. As informações disponíveis apontam para uma realidade na qual nem sempre esse fluxo foi efetivamente seguido, sendo o preservativo feminino enviado diretamente para Secretarias Municipais de Saúde ou ONGs; também não se conseguiu garantir a existência do insumo nas unidades executoras na quantidade suficiente ou de forma constante. Essa mudança do fluxo se desdobrou ainda na pulverização da distribuição e na colocação do preservativo feminino em serviços com baixa capacidade técnica e operacional, isto é, com pessoal pouco motivado e capacitado para trabalhar com o insumo.

4. Mecanismos de acompanhamento que permitissem o monitoramento nos diversos níveis – local, municipal, estadual e federal

O instrumento básico de documentação e acompanhamento da SDPF foi constituído por duas planilhas: a Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – Serviços de Saúde e Projetos de Redução de Danos e a Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – ONG Profissionais do Sexo, nas quais deveriam ser registradas informações sobre a mulher que decidiu utilizar essa tecnologia e, nas datas em que buscou o insumo, informações sobre as características de uso e sobre o número de preservativos feminino e masculino que lhe foram entregues. Esse instrumento, inicialmente obrigatório por determinação do PN-DST/Aids, tornou-se opcional em determinado momento, o qual não foi possível precisar pelos pesquisadores.

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

O instrumento foi considerado muito complicado e detalhado, o que dificultou ou mesmo inviabilizou sua utilização. Esse fato resultou em várias adaptações das fichas, limitando, assim, a possibilidade de um acompanhamento sistemático ao longo do tempo. Dessa forma, o monitoramento do programa foi considerado falho na maioria dos lugares analisados. A informação existente era muito precária, havia dificuldades na consolidação dos dados e os números sobre o movimento de estoque de preservativo feminino, que poderiam servir como indicador de implementação, dificilmente eram utilizados para esse propósito. Os dados consolidados eram, em muitos casos, entendidos apenas como um mecanismo de prestação de contas do repasse de preservativos.

5. Acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade

Em face do limitado número de preservativos femininos, foram definidos critérios de vulnerabilidade que deveriam orientar sua distribuição. Em 2002, por meio da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002 (Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002), foram estabelecidos os seguintes grupos que teriam prioridade no acesso ao insumo:

1. **profissionais do sexo:** que estão em relações desiguais de poder, 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.

Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002.

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

A escolha dos critérios, tal como proposta na portaria e transcrita acima, abriu espaço para diversos entendimentos, visto que, por exemplo, o último critério é suficientemente inespecífico para permitir diferentes interpretações e abarca grande parte da população feminina. Esse aspecto, mais do que qualquer outro, reflete a ausência de clareza com relação aos objetivos e ao alcance da SDPF. Tal fato consiste no ponto nevrálgico da proposta que necessita ser melhor equacionado, uma vez que fundamenta as decisões relativas aos modelos de intervenção nos diferentes níveis de atuação como veremos adiante.

Alguns estados ampliaram seu trabalho para outras populações femininas que apresentam também critérios de vulnerabilidade e risco acrescido, como presidiárias, trabalhadoras rurais e indígenas, levando-se em conta a realidade local.

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

No total foram adquiridos 16 milhões de preservativos femininos. 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.

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

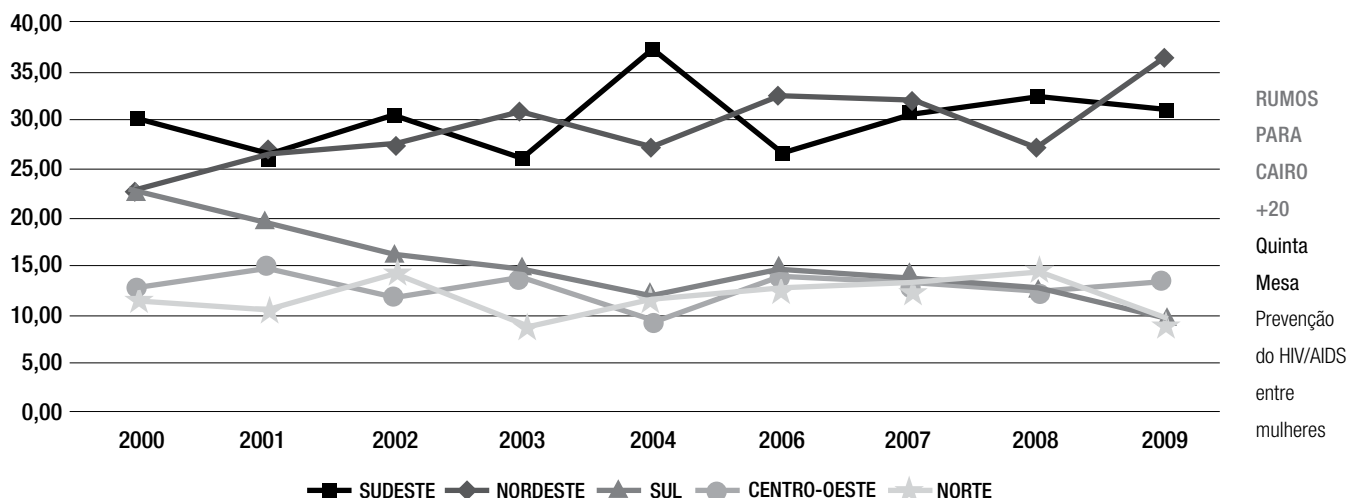
Tabela 1 – Distribuição de preservativo feminino (adquirido pelo MS) às UF e aquisição complementar por estados e municípios. Brasil, 2000-2009.

	2000- 2006	2007		2008		2009		Total MS	Total direta	Total
	Sub-total	MS	Direta	MS	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: PN-DST/Aids (dados preliminares)

A distribuição realizada pelo PN-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).

Gráfico 1: Distribuição de condom feminino por grandes regiões – Brasil, 200–2009



Fonte: PN-DST/Aids.

Por último, vale ressaltar que a aquisição para venda nas grandes redes de farmácias e drogarias é insignificante. Dados preliminares, fornecidos pela Semina,⁵ apontam que entre 2007 e 2009 foram adquiridos pela rede privada apenas 10.000 preservativos femininos.⁶ Dessa forma, é possível dizer que o acesso da população brasileira ao condom feminino acontece, desde a sua implantação, majoritariamente por meio da rede pública de saúde e ONGs.

5 Empresa que comercializa no Brasil, desde 2006, o preservativo feminino Reality, de poliuretano, fabricado pela Female Health Company (Chicago, Illinois). Recentemente foi lançado pela DKT do Brasil um segundo modelo de preservativo feminino, de látex, o L'amour, fabricado pela Medtech Products Ltd. (Chennai, Índia). Em 2009, a Female Health Company anunciou que deixaria de produzir o preservativo feminino de poliuretano, substituindo-o pelo FC2, fabricado de borracha nitrílica.

6 Entre 2000 e 2007 consta a venda de 2 milhões de preservativos para clientes (estados, municípios e rede privada) não identificados pelo distribuidor, razão pela qual não foram incluídos na Tabela 1.

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

A partir de dados produzidos por sucessivos inquéritos populacionais, com amostras probabilísticas e de abrangência nacional,⁷ é possível afirmar que o uso de tecnologias de prevenção da disseminação do HIV no Brasil vem se ampliando de maneira significativa na última década. Aumentou de 19,1%, em 1998, para 33,1%, em 2005, entre homens e mulheres com parcerias estáveis, e de 63,5% para 78,6%, entre aqueles com parcerias eventuais (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

Em 2006 é possível observar que 27,3% das mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas referiram uso de preservativo na última relação sexual, associado ou não a outro método contraceptivo, 55,4% usaram métodos que evitam apenas a gravidez e 17,4% não usou nenhuma proteção. O uso de preservativos decresceu com a idade e aumentou com a escolaridade, sendo maior entre as mulheres solteiras e residentes no Sudeste (Tabela 2).

Tabela 2: Uso de preservativo (feminino ou masculino) na última relação sexual por mulheres de 15-49 anos, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006.

Preservativo		
	%	N
Idade		
15-24	40,7	1.298
25-34	27,4	1.080
35-49	18,2	867
Anos de estudo		
Nenhum	9,5	47
1 a 3	12,0	173
4	13,2	229
5 a 8	26,1	945
9 a 11	34,6	1.378
12 ou mais	35,2	443
Coabitação		
Sim	18,3	1.650

⁷ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1986, 1996 e 2006, e Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 1998 e 2005.

Não	58,2	1.595
Raça/cor		
Branca	27,2	1.234
Preta	25,9	324
Parda	26,8	1.485
Amarela	37,4	103
Indígena	31,0	77
Região		
Norte	27,9	605
Nordeste	24,6	632
Sudeste	30,3	664
Sul	23,8	693
Centro-Oeste	24,9	651
Total	27,3	3.245

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

Fonte: Banco de dados da PNDS, 2006.

Não obstante o aumento do uso de tecnologias de prevenção, vale ressaltar que a proteção contra as DST é conferida basicamente pelo uso do preservativo masculino, já que o uso cotidiano do feminino é muito pequeno (próxima de zero).

Uso e conhecimento do preservativo feminino

Em 2005, aproximadamente 5% dos homens e 3,5% das mulheres referiram uso do preservativo feminino alguma vez na vida (Tabela 3). Seu uso diminui com a idade, aumenta com nível de escolaridade e entre homens e mulheres solteiros.

Tabela 3: 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				
Brancos	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

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

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 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS): 3.4% das mulheres referiram uso do preservativo alguma vez na vida (Tabela 4). 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 autodeclararam amarelas ou indígenas (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 nesse estudo.

O pequeno número observado de usuárias atuais do preservativo feminino (0.1%) permite dizer que essa tecnologia 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 em 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 comparativamente aos dados obtidos em 2008 pela Pesquisa Comportamento, Atitudes e Práticas (PCAP). Análise inicial desses dados mostrou proporções um pouco mais elevadas: 6.7% entre as mulheres e 7.6% entre os homens, o que fortalece a hipótese de crescimento de seu uso.⁸

Tabela 4: 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	3.311
25-34	4,2	192	95,8	4.338
35-49	2,1	143	97,9	5.574
Anos de escola				
Nenhum	1,7	5	98,3	517
1 a 3	2,1	33	97,9	1.465
4	1,5	34	98,5	1.547
5 a 8	3,0	133	97,0	3.941
9-11	4,0	187	96,0	4.298
12 ou mais	5,4	79	94,6	1.346
Coabitação				
Sim	3,2	310	96,8	9.604
Não	3,9	164	96,1	3.618
Raça/cor				
Branca	2,8	162	97,2	5.139
Preta	3,7	53	96,3	1.322
Parda	3,6	225	96,4	5.988
Amarela	5,6	19	94,4	363
Indígena	5,1	11	94,9	284

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

8 Dados cedidos gentilmente pelo programa nacional para fins de publicação neste texto

Região				
Norte	4,1	95	95,9	2.246
Nordeste	2,7	83	97,3	2.552
Sudeste	3,8	94	96,2	2.846
Sul	2,5	78	97,5	2.900
Centro-Oeste	4,4	124	95,6	2.679
Total	3,4	474	96,6	13.223

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 para as mulheres. Além da pequena cobertura populacional, é possível sugerir também que, entre as usuárias do condom feminino, apenas um pequeno número de relações sexuais é protegido por seu uso.

Na ausência de dados relativos à consistência e adesão de uso, realizamos a seguinte simulação: primeiro, assumimos a distribuição por faixa etária de uso da camisinha feminina, conforme a tabela 4; a seguir, a partir de estimativas da população para 2005, fornecidas pelo IBGE, calculamos o tamanho da população sexualmente ativa nos últimos 12 meses para cada faixa etária (BARBOSA; KOYAMA, 2008) e aplicamos as proporções de uso do preservativo feminino. Assim, temos que aproximadamente 2.377.000 homens e 1.670.000 mulheres sexualmente ativos experimentaram a camisinha feminina pelo menos uma vez na vida. A seguir, assumimos que os 16.368.742 preservativos femininos (Gráfico 1), disponibilizados pelo Ministério da Saúde e adquiridos pelos estados e municípios, foram integralmente distribuídos e usados, assim como que tais homens e mulheres utilizaram igualmente o insumo. Ao final do exercício, é possível observar que cada pessoa poderia ter usado no máximo quatro preservativos nos últimos 10 anos.

Por outro lado, se considerarmos apenas as pessoas que referiram ter gostado muito do preservativo feminino na Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 2005 – 6.7% dos homens (N = 185.195) e 24.8% das mulheres (N = 515.011) que o utilizaram –, o total de insumo adquirido teria sido suficiente para proteger apenas 16 relações sexuais de cada uma dessas pessoas, caso tivessem decidido continuar 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; mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção à saúde da mulher – é possível afirmar, a partir de resultados de pesquisas com populações

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

específicas, que existem evidências um pouco mais consistentes apenas com relação às MVHA. Nesse sentido, as pesquisas indicam que as MVHA tendem a incorporar e assim se beneficiar mais do uso do preservativo feminino no seu cotidiano (FIGUEIREDO; BONFIM, no prelo; MAGALHÃES; ROSSI; AMARAL, 2003; TELLES DIAS; SOUTO; PAGE-SHAFFER, 2006; BARBOSA et al., 2007).

Com relação ao uso por mulheres de baixa renda, Kalckmann; Farias e Carvalheiro (2009) observaram, em estudo realizado em São Paulo entre 2000 e 2002, que 14,4% de um universo constituído por 2.469 mulheres cadastradas na 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 à 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 DIAS; SOUTO; PAGE-SHAFFER, 2006).

Se, por um lado, é possível dizer que a implantação da SDPF aparentemente não conseguiu introduzir de maneira significativa o preservativo feminino no 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 5) – proporções igualmente mais elevadas do que as encontradas em 2003 por Paiva et al (2003): 73.2% e 79%, respectivamente, e um pouco mais baixa que as encontradas entre as mulheres pela PNDS em 2006 (Tabela 6).

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

Tabela 5: Conhecimento do preservativo feminino por homens e mulheres de 16 a 65 anos. Brasil, 2005.

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

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, 2005.

Como é possível observar na tabela 6, 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 6: 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	3.232	6,4	234
25-34	92,5	4.141	7,5	420
35-49	87,2	4.942	12,8	808
Anos de escola				
Nenhum	71,0	381	29,0	146
1 a 3	77,2	1.157	22,8	345
4	82,7	1.296	17,3	292
5 a 8	91,1	3.677	8,9	425
9-11	94,9	4.303	5,1	205
12 ou mais	97,3	1.404	2,2	34
Coabitação				
Sim	89,1	8.764	10,9	1205
Não	94,1	3.550	5,6	257
Raça/cor				
Branca	92,0	4.803	8,0	536
Preta	91,2	1.232	8,8	148
Parda	89,1	5.562	10,9	680
Amarela	91,3	360	8,7	26
Indígena	90,9	251	9,1	47
Região				
Norte	91,1	2.144	8,9	202
Nordeste	88,0	2.352	12,0	289
Sudeste	92,2	2.622	7,8	326
Sul	90,4	2.700	9,6	331
Centro-Oeste	89,4	2.497	10,6	314
Total	90,5	12.315	9,5	1462

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

Fonte: Banco de dados da PNDS, 2006.

IV. Alguns pontos para a discussão

A discussão e o enfrentamento do panorama exposto anteriormente, caracterizado por baixa cobertura e adesão ao uso do preservativo feminino, envolvem a consideração de questões conceituais e operacionais a respeito do que a SDPF representa, de como está estruturada, de quais são as suas potencialidades e dificuldades enquanto política de saúde voltada para a prevenção das DST/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 seu elevado custo – fazem com que essa estratégia de enfrentamento da epidemia se depare com desafios não apenas operacionais, mas também 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 *condom* feminino deva ser disponibilizado somente para segmentos populacionais específicos, não faria sentido pulverizar a distribuição para toda a rede de serviços de saúde, mas sim direcioná-la, adotando estratégias de operacionalização para melhor atender a esse público. O outro extremo – a opção pelo atendimento à população feminina em geral – demandaria nova configuração, cujas conseqüências precisariam ser analisadas.

Em exercício realizado por Perpétuo (Abreu e Perpétuo, 2005), são ilustradas as possibilidades de cobertura do preservativo feminino em dois cenários extremos. No primeiro – o cenário de focalização, em que fossem disponibilizados anualmente o equivalente a 10 milhões de unidades do insumo e distribuídos 8 preservativos femininos por mulher –, seria possível atender a 44,7% das mulheres de 15 - 49 anos vivendo com HIV/Aids. Esse mesmo montante, e considerando o total de mulheres nessa 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 a 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 preservativo feminino 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 milhões em 10 anos) não teria sido suficiente para contemplar nenhum 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, o estudo de Perpétuo (2005) aponta outros aspectos 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.

Resumindo, é possível supor que o principal determinante para o panorama apresentado está muito mais relacionado a dificuldades no acesso do que à aceitabilidade do insumo, já que na verdade o preservativo feminino não chegou a ser de fato implantado. Os poucos estudos sobre aceitabilidade disponíveis para o Brasil evidenciam que o preservativo, apesar de não ser um método de pronta e fácil aceitação, ocupa um espaço importante no restrito leque de opções tecnológicas de prevenção das DST/Aids.

Existem evidências de que profissionais do sexo e mulheres vivendo com HIV/Aids são grupos que têm se beneficiado do uso desse insumo. Além disso, a distribuição do preservativo, quando feita por ONGs e serviços de saúde comprometidos com a ação educativa, tem demonstrado uma aceitação e adesão do método pela população feminina em geral. Não se dispõe, no entanto, de informações que permitam estimativas confiáveis da real aceitabilidade do insumo por esses grupos e menos ainda de sua efetividade. Antes disso, fica difícil responsabilizar a baixa aceitabilidade do preservativo feminino pelas mulheres, pelo panorama descrito aqui.

Ao mesmo tempo, é interessante lembrar que, em 1986, o condom masculino era considerado o método atual por apenas 4% das mulheres em idade reprodutiva (BENFAM, 1996), tendo passado para 13% em 2006 (Brasil, 2008). Tal mudança não aconteceu por acaso ou no vácuo, mas foi fruto de decisão política e de pesados investimentos na prevenção. Por último, e para além da SDPF, uma questão central e de fundo que precisa ser enfrentada refere-se à necessária articulação entre as políticas, programas e serviços de prevenção das DST/Aids e de planejamento reprodutivo. No mínimo porque as evidências demonstram que a prevenção das DST/Aids tende a ser muito menos praticada pelas mulheres que utilizam contracepção irreversível, ou porque as dimensões de vulnerabilidade que predispoem as mulheres às DST/Aids são as mesmas relacionadas a vários desfechos reprodutivos.

Agradecimentos: Este trabalho contou com a colaboração de Regina Figueiredo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS da Universidade de São Paulo, no levantamento da documentação; de Elvira V. Filipe, gerente da unidade de prevenção do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, na revisão dos estudos e pesquisas sobre o preservativo feminino realizadas no Brasil; e de

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

Adriana Cristina Fernandes, bibliotecária do NEPO/UNICAMP, no apoio à revisão bibliográfica e normalização das referências. Esse documento foi produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA - CONTRATO DE CONSULTORIA # 042 / 2009.

Referências bibliográficas

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 21-33, jun. 2008.

_____ et al. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *International Journal of STD & AIDS*. London. v. 18, p. 261-266, 2007.

BENFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 - DHS. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.

BERQUÓ, E. S.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 34-44, jun. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. PNDS 2006 - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2008**. Relatório final.

FIGUEIREDO, R; BONFIM, J. R. A. **Experiência de promoção da prevenção de DST/Aids Associada à contracepção**. C&SC. (Prelo).

KALCKMANN, S.; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 132-143, jun. 2009.

MAGALHÃES, J.; ROSSI, A. S.; AMARAL, E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 389-395, jul. 2003.

PAIVA, V. et al. **Uso de preservativos**: Pesquisa Nacional MS/IBOPE. Conhecimento do preservativo feminino. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2003.

PERPÉTUO, I.; ABREU, D.; PERPÉTUO, G. **Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino**. 2005. (Relatório Final, 2 v.).

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

STEIN, Z. A. HIV prevention: the need for methods women can use. **American Journal of Public Health**. Washington, v. 80, n. 4, p. 460-462, apr. 1990.

TELLES DIAS, P. R.; SOUTO, K.; PAGE-SHAFFER, K. Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. **AIDS and Behavior**. US, v. 10, supl. 4, p. S67-75, 2006.

VIEIRA, E. M. et al. The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 15, n. 6, p. 373-379, jun. 2004.

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Quinta
Mesa
Prevenção
do HIV/AIDS
entre
mulheres

ANEXO 2

Glossário

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPD – Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento
CNPd – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
DAB/MS – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCAP – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PF – Planejamento Familiar
PFL – Partido da Frente Liberal
PIB – Produto Interno Bruto
PIEFA – Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNSMIPF – Pesquisa Nacional de Saúde, Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF – Programa de Saúde da Família
SECAD – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade.
SPE – Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS – Sistema Único de Saúde
UnaidS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

RUMOS
PARA
CAIRO
+20
Anexo 2

Realização

Secretaria de Políticas
para as Mulheres



Apoio

