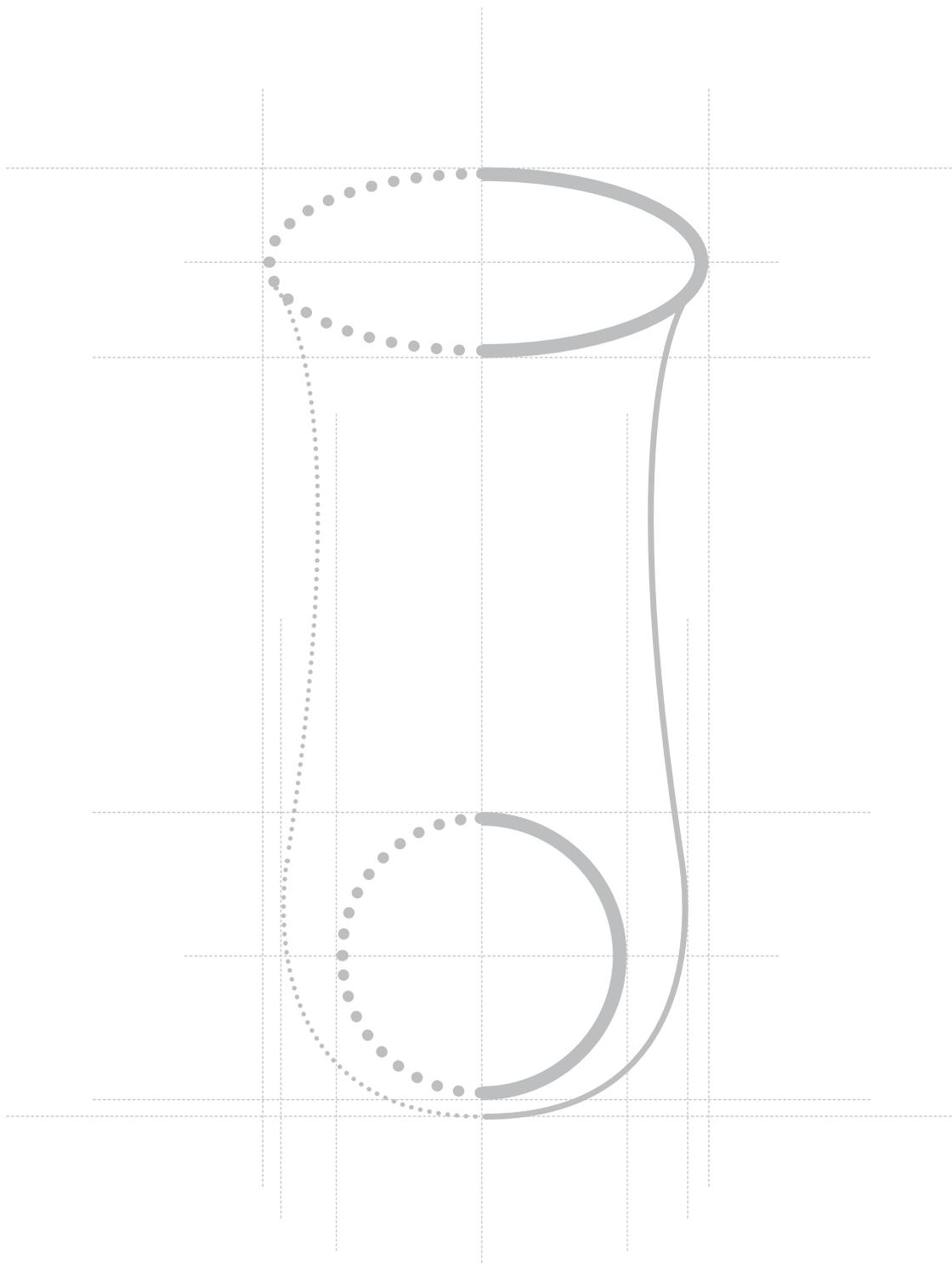


PRESERVATIVO FEMININO

das políticas globais
à realidade brasileira





PRESERVATIVO FEMININO

**das políticas globais
à realidade brasileira**

Realização
NEPO, ABIA, UNFPA

Junho de 2011

COPYRIGHT © UNFPA - FUNDO DE POPULAÇÃO
DAS NAÇÕES UNIDAS 2011

COORDENAÇÃO GERAL

Regina Maria Barbosa (NEPO/Unicamp)
Angela Donini (UNFPA)

COORDENAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

Regina Maria Barbosa (NEPO/Unicamp)

PESQUISADORES

Sonia Corrêa (O cenário global do preservativo feminino)
Ana Paula Portella (Avaliação da oferta do preservativo
feminino no Brasil)
Ignez Helena Oliva Perpétuo e Mitti Koyama (Evidências sobre o
uso do preservativo feminino em três pesquisas nacionais: PCS
2005, PNDS 2006 e PCAP 2008)
Mônica Malta, Iliana Alexandra Ângulo Arreola e Francisco Inácio
Bastos (Revisão sistemática de estudos sobre aceitabilidade e
eficácia do condom feminino)

EDIÇÃO

Silvana Afram

COLABORAÇÃO

Área Técnica de Saúde da Mulher – Ministério da Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo e de Pernambuco
Coordenação Municipal de DST/Aids de São Paulo e de Recife

O presente estudo “Preservativo feminino: das políticas globais
à realidade brasileira” foi concluído em dezembro de 2010

CAPA

Duo Design

SUPERVISÃO EDITORIAL

Ulisses Lacava

APOIO UNFPA

Fernanda Lopes
Gabriela Borelli
Graziela Mello
Jennifer Gonçalves
Luciano Carvalho
Marcelo Britto

REALIZAÇÃO

Núcleo de Estudos de População – NEPO/Unicamp
Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA
Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA

1ª. Edição

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte. Disponível on-line em formato PDF
em: www.unfpa.org.br

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA)

Av. Presidente Vargas, 446 - 13º andar,
Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20071-907 - Fone: (21) 2223 1040 - Fax: (21) 2253 8495
Website: www.abiaids.org.br

NÚCLEO DE ESTUDOS DA POPULAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - NEPO/Unicamp

Cidade Universitária Zeferino Vaz, Av. Albert Einstein, 1300
Campinas - SP - Cx. Postal 6166
CEP: 13081-970 - Fone: (19) 3521 5893 - Fax: (19) 3521 5900
Website: www.nepo.unicamp.br/nepo.html

UNFPA - FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

EQSW 103/104, Bloco C, Lote 1, 2º andar
Setor Sudoeste, Brasília, DF
CEP: 70670-350 - Fone: (61) 3038 9252 - Fax: (61) 3038 9269
Website: www.unfpa.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Preservativo feminino : das políticas globais à
realidade brasileira. -- Brasília : UNFPA-Fundo
de População das Nações Unidas, 2011.

Vários colaboradores.
Realização: NEPO, ABIA, UNFPA
ISBN 978-85-98579-11-5

1. AIDS (Doença) - Prevenção 2. Doenças
sexualmente transmissíveis 3. Mulheres
4. Preservativos.

11-11688

CDD-613.95

Índices para catálogo sistemático:

1. Mulheres : Doenças sexualmente
transmissíveis : Prevenção : Uso de
preservativos : Promoção da saúde
613.95

Apresentação

O preservativo ou condom feminino chegou no Brasil no final dos anos 1990 acompanhado de grande expectativa, tanto pelo seu potencial como insumo de prevenção das DST/aids, quanto pelo seu significado em termos de autonomia para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Passada mais de uma década, o preservativo feminino segue em um complexo processo de consolidação, que tem dificultado sua utilização em larga escala.

Entender esse processo, considerando o preservativo feminino em sua interação com os cenários global e local, é o caminho desafiador que esta publicação nos convida a percorrer.

Os capítulos que seguem tratam do contexto atual do preservativo feminino, desde sua produção até os resultados da revisão sistemática de sua eficácia, efetividade e aceitabilidade. As políticas públicas nacionais para o preservativo feminino ganham destaque por meio de um estudo de caso que aproxima as realidades de um estado do Sudeste e outro do Nordeste brasileiro. O documento traz ainda uma série de recomendações da equipe responsável pela pesquisa.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para a liderança global que o Brasil tem condição de assumir na promoção do acesso universal e equitativo a esse importante insumo que, ofertado em um contexto de atenção integral à saúde da mulher, torna-se fundamental para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da aids.

Harold Robinson
Fundo de População das Nações
Unidas (UNFPA)

Regina Maria Barbosa
Núcleo de Estudos de População
(NEPO/Unicamp)

Richard Parker
Associação Brasileira
Interdisciplinar de Aids (ABIA)



Núcleo de Estudos de População (NEPO)

O NEPO, da Universidade Estadual de Campinas, foi criado em 1982 com o objetivo de produzir e divulgar conhecimento nas áreas de estudos de população e demografia a partir de uma perspectiva multidisciplinar. Desenvolve pesquisas que subsidiam direta ou indiretamente a atuação de órgãos públicos e movimentos sociais, colabora com outras instituições de ensino e pesquisa, estabelece intercâmbio entre a comunidade científica e a sociedade, forma e capacita quadros para a pesquisa no âmbito da investigação interdisciplinar e do ensino da demografia. Para mais informações, acesse: www.nepo.unicamp.br



Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)

A ABIA, fundada em 1987, é uma ONG de utilidade pública que atua na mobilização da sociedade para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil, na luta por acesso a tratamento e assistência e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV e Aids. Atua ainda no acompanhamento de políticas públicas, na formulação de projetos de educação e prevenção ao HIV/Aids e acesso à informação. Produz publicações e promove campanhas de prevenção para rádio e TV. Para mais informações, acesse: www.abiaids.org.br



Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

O UNFPA é uma agência de cooperação internacional para o desenvolvimento que promove o direito de cada mulher, homem, jovem e criança a ter uma vida saudável, com igualdade de oportunidades para todos. Apoia os países na utilização de dados sociodemográficos para a formulação de políticas e programas de redução da pobreza. Contribui para assegurar que todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros, todos os jovens fiquem livres do HIV e da Aids e todas as meninas e mulheres sejam tratadas com dignidade e respeito. Para mais informações, acesse: www.unfpa.org.br

Índice

Siglas e abreviaturas mais utilizadas	5
Introdução	6
Ampliando as opções das mulheres	7
Tipos de preservativo feminino	10
Referências bibliográficas	15
Parte I	16
O cenário global do preservativo feminino: mudanças recentes, iniciativas relevantes e obstáculos	
Objetivo e metodologia do estudo	17
Trajetória do preservativo feminino: 1993-2010	19
Iniciativas globais relevantes	26
Obstáculos que persistem	33
Recomendações	48
Referências bibliográficas	51
Parte II	52
Avaliação da oferta do preservativo feminino no Brasil	
Objetivo e metodologia do estudo	53
Mudanças no plano normativo da SDPF	56
Síntese dos resultados dos estudos de caso	66
Desafios e sugestões para o aprimoramento da SDPF	75
Referências bibliográficas	82

Parte III	85
Evidências sobre o uso do preservativo feminino em três pesquisas nacionais: PCS 2005, PNDS 2006 e PCAP 2008	
Objetivo e metodologia do estudo	86
Resultados	93
Considerações finais	106
Referências bibliográficas	109
Anexos	110
Parte IV	113
Revisão sistemática de estudos sobre aceitabilidade e eficácia do condom feminino	
Objetivo e metodologia do estudo	114
Aceitabilidade do condom feminino	119
Eficácia do condom feminino	139
Elementos para a discussão	151
Referências bibliográficas	154
Anexo 1 – Tabela 1: estudos de aceitabilidade	161
Anexo 2 – Tabela 2: estudos de eficácia	175

Siglas e abreviaturas mais utilizadas

ARV	Antirretroviral
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
CF	Condom Feminino ou Camisinha Feminina
CM	Condom Masculino ou Camisinha Masculina
CN-DST/Aids	Coordenação Nacional de DST/Aids
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FC1, FC2	Female Condom 1 e 2
FDA	Food and Drug Administration
FHC	Female Health Company
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
PE-DST/Aids	Programa Estadual de DST/Aids
PF	Preservativo Feminino
PM	Preservativo Masculino
PM-DST/Aids	Programa Municipal de DST/Aids
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PNIP	Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SDPF	Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para HIV/Aids
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas



Introdução

Ampliando as opções das mulheres

O preservativo feminino integra o contexto de desenvolvimento de novas estratégias para ampliar as opções de proteção das mulheres diante da epidemia de HIV/Aids.

A importância de seu advento se deve ao fato de ser um dispositivo de prevenção sob controle da mulher (Stein, 1990), ou, melhor dizendo, um método iniciado pela mulher (Barbosa & Perpétuo, 2010).

O produto chegou ao mercado brasileiro em dezembro de 1997, ano em que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou seu registro para comercialização. A Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente, em São Paulo, introduziu o preservativo feminino em sua rede de saúde em 1998 e o Ministério da Saúde (MS) passou a fornecê-lo para as Secretarias Estaduais de Saúde a partir de 2000, a fim de ser distribuído a mulheres de populações consideradas prioritárias para a prevenção das DSTs/Aids.

Para tanto, o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids)¹ elaborou um documento com as diretrizes orientadoras da política voltada para a Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF). Desde então, o MS vem adquirindo 4 milhões de preservativos femininos a cada dois anos para distribuição

¹ O Programa Nacional de DST/Aids, inicialmente chamado de Coordenação Nacional de DST/Aids, passou a denominar-se Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em 2009.

aos estados, municípios e ONGs. No total, até 2009 foram adquiridos 16 milhões de preservativos femininos, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde também passaram a fazer aquisições complementares a partir de 2007.

Em 2004 foi solicitado pelo então PN-DST/Aids um estudo de avaliação dessa política a fim de identificar estratégias para aprimorá-la e fortalecer as ações voltadas ao uso do método. Seus resultados constam do relatório final do *Estudo da Política de Distribuição e Acesso ao Preservativo Feminino*, que traça um amplo panorama da política nos níveis federal, estadual e municipal por meio de estudos de caso em oito estados brasileiros (Perpétuo et al, 2005).

No final de 2009, diante da perspectiva de uma nova compra de preservativo feminino pelo MS e de mudanças no contexto político-normativo introduzidas pelo Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, elaborado em 2007, foi realizada uma série de reuniões que envolveram o DN-DST/Aids e a Área Técnica de Saúde da Mulher – ambos do MS –, a Secretaria de Políticas para as Mulheres, o UNFPA, pesquisadores e ativistas em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, a fim de discutir estratégias para fortalecer as ações voltadas para o uso do insumo.

Nessas discussões se evidenciou a necessidade urgente de atualizar as informações referentes aos debates políticos em torno do preservativo feminino no âmbito nacional e internacional, aos diferentes tipos do insumo existentes nos dias atuais, à oferta e ao uso do método no Brasil, bem como de realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema. Dessa forma, estabeleceu-se uma parceria entre o NEPO, a ABIA e o UNFPA, com o apoio e a colaboração do Ministério da Saúde e da Secretaria de Políticas para as Mulheres, para desenvolver um projeto que pudesse, num curto espaço de tempo, produzir esse conjunto de informações.

Para isso, um grupo de pesquisadores, sob a coordenação de Regina Maria Barbosa e Angela Donini, foi convidado a contribuir com o projeto nos seus diferentes componentes, cujos resultados são apresentados neste relatório.

Além desta introdução – que traz ainda os diferentes tipos de preservativo feminino disponíveis no mercado brasileiro e mundial –, o documento é composto de quatro partes e das considerações finais.

A Parte I apresenta a síntese dos resultados da pesquisa realizada por Sonia Corrêa acerca do cenário global sobre as iniciativas relevantes e obstáculos à implementação do preservativo feminino em diferentes países. A Parte II traz os principais dados do estudo conduzido por Ana Paula Portella sobre a avaliação da oferta do método no Brasil. Na Parte III são apresentadas as evidências sobre o uso do preservativo feminino em três pesquisas de âmbito nacional, analisadas por Ignez Helena Oliva Perpétuo e Mitti Koyama. Da Parte IV constam os resultados da revisão sistemática sobre a aceitabilidade e eficácia do método, realizada por Mônica Malta, Iliana Arreola e Francisco Inácio Bastos.

Neste relatório se utilizam os termos preservativo feminino (PF), condom feminino (CF) e camisinha feminina (CF) indistintamente.

Agradecemos a todos os técnicos/as de organizações governamentais e não governamentais e agências de cooperação internacional. Em especial, aos técnicos/as e gestores/as da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, da Secretaria de Políticas para as Mulheres e das coordenações estadual e municipal de DST/Aids de São Paulo, Pernambuco e Recife, que permitiram o acesso às informações necessárias para a elaboração deste relatório.

Tipos de preservativo feminino

O condom feminino (female condom – FC, ou FC1) foi produzido originalmente como um tubo de poliuretano fino, resistente, transparente e pré-lubrificado, com cerca de 17 cm de comprimento e 7,8 cm de largura. Possui dois anéis flexíveis, e um deles fica solto dentro do tubo para ajudar sua inserção e fixação junto ao colo do útero.

O protótipo do FC1 foi desenvolvido no final dos anos 80 por uma equipe de dinamarqueses e, em 1992, a empresa norte-americana Female Health Company (FHC) passou a comercializá-lo com o nome de Femidom. Em 1993, a Food and Drug Administration (FDA) aprovou sua comercialização nos Estados Unidos, onde passou a ser chamado de Reality.

No Brasil, o FC1 também foi comercializado como Reality a partir de dezembro de 1997. Esse modelo esteve disponível no mercado de 142 países e parou de ser fabricado no final de 2009, quando foi substituído pelo FC2.

Com um design muito semelhante ao FC1, o FC2 foi desenvolvido pela FHC com aprimoramentos técnicos que aumentaram sua aceitabilidade (diminuição do barulho durante o coito, por exemplo). Esse novo modelo é produzido com látex sintético (borracha nitrílica) por meio de um sistema altamente automatizado, o que a princípio possibilitaria reduzir seu custo. Foi aprovado pela FDA para

comercialização nos EUA em março de 2009 e passou a ser comercializado no Brasil desde então.

O preservativo feminino VA-WOW (worn of women), mais conhecido como Reddy e L'amour, foi desenvolvido pela empresa Medtech Products, com sede na Índia. Trata-se de um tubo transparente de látex natural lubrificado, com cerca de 9 cm de comprimento e 7,5 cm de largura.

Essa versão de condom feminino traz uma esponja de poliuretano em seu interior para facilitar sua inserção e manutenção durante a relação sexual. Possui a abertura em forma de "V" e por isso também é chamado de VA-Feminine Condom. Essa abertura possui um material mais rígido, não flexível, que ajuda a manter o condom posicionado.

O Reddy obteve certificação da Comunidade Europeia (CE Mark) e foi introduzido de forma limitada na Alemanha e na Espanha em 2002 e, mais tarde, entrou no mercado de alguns países da África. No Brasil recebeu o nome de L'amour e obteve autorização da Vigilância Sanitária para comercialização em 2006. Em outubro de 2010 foi divulgado que sua fabricação havia sido interrompida.

Produtos não disponíveis no Brasil ou em fase de testes

A camisinha feminina Cupid, feita de látex natural, possui desenho similar às anteriores. É produzida pela Cupid Limited na Índia e conta com certificação da Comunidade Europeia e da agência reguladora indiana, estando em processo de avaliação pelo comitê de certificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além da Índia, é comercializada em alguns países europeus.

Na China, a Condombao Medical Polyurethane produz e distribui o preservativo feminino Phoenurse. Feito de poliuretano, seu grande diferencial em relação aos modelos anteriores consiste de uma haste que auxilia sua inserção. É certificado apenas pela agência reguladora chinesa.

Um outro modelo, também feito de poliuretano, é o Women's Condom, desenvolvido pela organização norte-americana PATH (Program for Appropriate Technology in Health) que, em 2008, estabeleceu uma parceria comercial com a empresa chinesa Dahua. Sua comercialização está sendo aguardada com entusiasmo, pois seu novo desenho permite uma inserção mais fácil. O tubo de poliuretano termina no formato de um tampão envolto por uma cápsula que se dissolve após a inserção, liberando o condom dentro da vagina. Esse produto ainda está em fase de testes e a previsão é de que seja submetido em breve à agência reguladora chinesa para certificação.

Fabricado na Colômbia pela Natural Sensation, o preservativo feminino Panty tem certificação da Comunidade Europeia desde 2003. É feito de resina de polietileno e tem o modelo de uma calcinha. Além da Colômbia, em 2006 era comercializado em outros países da América Latina, Inglaterra e Espanha.

Até novembro de 2010, a reutilização dos preservativos femininos não havia sido aprovada por nenhum órgão de certificação.



MODELOS DE PRESERVATIVO FEMININO		
	COMO SÃO CHAMADOS	MATERIAL DE QUE SÃO FEITOS
	FC Female Condom, FC1, Reality, Femidom.	Poliuretano
	Female Condom 2, FC2.	Látex sintético (borracha nitrílica)
	VA-WOW, V'Amour Female Condom, L'amour, Reddy, VA-Feminine Condom.	Látex natural
	Cupid	Látex natural
	Phoenurse FC	Poliuretano
	Women's Condom, PATH WC, WC.	Poliuretano
	Natural Sensation Panty Condom, Panty.	Resina de polietileno

Fabricantes e representantes comerciais no Brasil

A Female Health Company, com sede em Chicago (EUA), era a fabricante e também comercializava o FC1 até 2009, quando o substituiu pelo FC2. A empresa possui direitos mundiais para ambos os modelos, incluindo patentes emitidas nos EUA, Reino Unido, Japão, França, Itália, Alemanha, Espanha, China, Canadá, Coreia do Sul e Austrália, entre outros.

A fábrica da FHC está situada na Malásia. A empresa brasileira Semina importa e vende o FC2 para o setor público e privado, sendo, portanto, a representante comercial da FHC no Brasil. A Support é o braço institucional da FHC e facilita a comunicação entre Semina e FHC, fazendo também a revisão técnica dos materiais informativos. Além disso, responde às demandas técnicas do setor de saúde sobre o preservativo feminino. Até o momento, as grandes aquisições foram feitas através da modalidade de compra direta pelo Ministério da Saúde e Female Health Company.

A DKT é a representante no Brasil da Medtech, empresa sediada na Índia que fabricava o L'amour. Esse preservativo feminino começou a ser distribuído no Brasil em 2008, sendo uma alternativa mais barata ao primeiro modelo. A DKT era a representante da FHC na época em que o FC1 foi introduzido no Brasil, na segunda metade da década de 1990.

Referências bibliográficas

Barbosa, R.M. & Perpétuo, I.H.O. (2010). Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20* (pp. 137-155). Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Beksinska, M. et al. (2010). Female condom technology: new products and regulatory issues. *Contraception*.

Female Health Company. (2009). *Comunicado à imprensa: Female Health Company recebe aprovação da FDA para o FC2 Female Condom®*. Chicago: FHC.

Perpétuo, I.H.O., Abreu, D.M.X. & Perpétuo, G.R.O. (2005). *Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino*. Brasília: MS-PN-DST/Aids.

The female condom: significant potential for STI and pregnancy prevention. (2006). *Outlook*, 22 (2). <http://www.path.org/publications/pub.php?id=1266>.

Stein, Z.A. (1990). HIV prevention: the need of methods women can use. *American Journal of Public Health*, 80 (4).

I

**O cenário global do
preservativo feminino:
mudanças recentes,
iniciativas relevantes
e obstáculos**

Objetivo e metodologia do estudo

Nas próximas páginas são apresentados os resultados de um breve estudo, desenvolvido entre março e outubro de 2010, sobre o preservativo feminino (PF) no plano global, no que diz respeito à evolução de produtos e políticas, atores relevantes, obstáculos e iniciativas mais significativas em curso que visam ampliar o acesso ao método.

Vários aspectos aqui tratados têm sido objeto da literatura internacional sobre o tema, mas é preciso ressaltar que a presente análise está apoiada sobretudo em entrevistas realizadas com informantes privilegiadas/os das seguintes instituições:

- International Women's Health Coalition – IWHC (EUA, entrevista realizada em Nova York, março de 2010).
- Population Services International – PSI (Índia/EUA, em Viena, julho/2010).
- Universal Access to Female Condom Joint Program – UAFC (Holanda, em Viena, julho/2010).
- International Center for Research on Women – ICRW (Índia, em Viena, julho/2010).
- Center for Health and Gender Equity – Change (EUA, em Viena, julho/2010).

- Unidade de Gênero do Programa de HIV/Aids do PNUD (EUA, em Viena, julho/2010).
- Athena Network (EUA, em Viena, julho/2010).
- Women and Aids Network do Maláui (em Viena, em julho/2010).
- Programa do Comprehensive Condom Program (CCP) do UNFPA (por e-mail, outubro/2010).

Também foram revisados alguns documentos referenciais, que constam da bibliografia. Uma última fonte de informação fundamental foi a observação de debates globais relevantes sobre o tema que aconteceram recentemente: uma sessão paralela da Comissão do Status da Mulher (CSW, março de 2010) e, em especial, eventos realizados durante a Conferência Internacional de Aids de Viena (julho de 2010), quando a maior parte das entrevistas foi feita. As informações referentes ao UNFPA foram obtidas através de publicações indicadas por nossa informante da instituição e por um pequeno questionário respondido por ela.

Nas entrevistas, na revisão de literatura e na observação de debates, os aspectos centrais examinados pelo estudo foram: trajetória do debate e *advocacy* em relação ao PF; produtos atualmente existentes; maiores compradores, principais instituições envolvidas na distribuição, volumes de compras e ampliação da oferta; iniciativas globais em curso que estão dedicadas a superar os obstáculos existentes e suas propostas; experiências bem-sucedidas realizadas em outros países em âmbito nacional; obstáculos que impedem a ampliação da oferta e uso do condom feminino (CF).

Trajetória do PF: 1993 -2010

A trajetória do PF pode ser dividida em duas etapas. A primeira se segue à aprovação, em 1993, do primeiro produto, o FC1, criado e produzido pela Female Health Company (FHC), e vai até os anos 2005-2008, quando foram lançadas iniciativas globais de maior fôlego em relação ao método. Embora aprovado em 1993, o FC1 só começaria a ter repercussões efetivas em termos de política pública na segunda metade dos anos 1990. São ilustrações significativas de políticas adotadas nesse período:

- O programa de marketing social da Population Services International (PSI), muito bem-sucedido em alguns países, inclusive no Zimbábue, que é hoje considerado um modelo de programação estratégica para o PF;
- A experiência pioneira do Brasil de introdução do PF no sistema público de saúde, numa escala mais ampla que outras experiências até então em curso.

Contudo, em que pesem as experiências de introdução consideradas positivas e exemplares nos anos 1990 e na primeira metade dos anos 2000, a maioria das pessoas entrevistadas considera que, lamentavelmente, essa primeira etapa de disseminação do PF produziu também um efeito de percepção negativa sobre o produto, sintetizada na frase: “a camisinha feminina é feia, faz barulho,

atrapalha o prazer sexual (quando existe essa possibilidade), as mulheres não gostam (nem seus parceiros)”. Essa percepção, que continua muito ativa nos âmbitos institucionais e sociais, constitui um dos obstáculos importantes a ser superado para que o PF possa se tornar, de fato, um produto amplamente aceito e utilizado.

Outro aspecto negativo a ser pontuado com relação a esse primeiro ciclo é que a disseminação e aceitação do método sofreram efeitos inevitáveis do traço moralista das políticas norte-americanas para o HIV/Aids que marcou a administração Bush, iniciada em 2001. Como se sabe, definições restritivas ao uso dos preservativos em geral, a chamada política ABC, foram adotadas em 2003, quando o PEPFAR (President's Emergency Plan for Aids Relief) foi aprovado. Entre os efeitos deletérios do PEPFAR contabilizam-se a ênfase na abstinência e a associação do uso de preservativos (masculinos e femininos) com as chamadas populações de alto risco para quem eram prioritariamente disponibilizados. Ou seja, reativou-se uma vinculação forte entre preservativo e “mau comportamento sexual”, que continua presente em muitos contextos.

Apesar da política ABC, a USAID continuou comprando e distribuindo volumes importantes de PF entre 2003 e 2009 para a disseminação entre populações em contextos de maior vulnerabilidade e, sobretudo, para o programa do Zimbábue. Essa contradição pode ser explicada por dois fatores: o PEPFAR sob Bush não prestou tanta atenção aos PFs e oficiais de programa da USAID, comprometidos com a disseminação do PF, parecem ter conseguido driblar as restrições estabelecidas pelo PEPFAR, especialmente no caso do Zimbábue, país que absorveu o maior volume de PFs comprados pela USAID ao longo dos anos 2000.

A despeito das políticas norte-americanas, as agências da ONU continuaram

investindo na compra, distribuição e programação de condons em nível mundial ao longo da primeira metade dos anos 2000. Além disso, o investimento dos doadores europeus foi ampliado. Em 2002, o UNFPA assumiu o papel de agência líder para a disseminação de condons masculinos e femininos. Essa atividade é desenvolvida a partir da Divisão de HIV, que lidera o trabalho de Programação Integrada de Condons (Comprehensive Condom Programing – CCP) em parceria com a Divisão de Segurança de Commodities e Compras (*procurement*), sediada em Copenhague.

Mas a segunda fase, iniciada em 2005, de fato corresponde a uma etapa mais rica e intensa de iniciativas especificamente voltadas para o PF. Naquele momento já estava disponível um segundo produto desenvolvido pela FHC: o FC2, desenhado para superar os problemas do FC1, ou seja, seu alto custo. O FC2 tem uma produção mais barata, oferece mais conforto e seu uso é menos barulhento. Além do FC2, outros produtos estavam disponíveis ou sendo projetados. Os fatos mais relevantes do período podem ser assim resumidos:

- Em 2005, quando cerca de 13 milhões de PFs eram distribuídos globalmente, o UNFPA lançou a Iniciativa Global para Condons, que não só incluía o PF como definiu estratégias para ampliar o acesso ao método (*scaling-up*).
- No mesmo ano, o Program for Appropriate Technology in Health (PATH), em parceria com o UNFPA, organizou uma consulta global sobre aceitação do PF em que foram apresentados os novos modelos disponíveis e resultados de pesquisas. Dessa consulta resultou o documento *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*, que pode ser acessado em:
http://www.path.org/files/RH_female_condom.pdf
- Em 2006 foi criado o Grupo de Certificação de Preservativos Femininos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve, entre outras motivações,

acelerar os prazos e reduzir os custos de certificação, considerados longos e elevados no caso da aprovação pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA, que é a referência global de certificação. Esses prazos e custos decorrem do fato de que, diferentemente do preservativo masculino (PM), o PF é considerado pela FDA um método anticoncepcional, o que implica requisitos muito mais rigorosos de pesquisa clínica prévia.

- Em 2007 o FC2 foi certificado pela OMS e, dois anos depois, foi aprovado pela FDA.
- Em 2008 foi criada, por iniciativa da Oxfam-Novib, World Population Foundation e governo da Holanda, o Programa Conjunto pelo Acesso Universal ao Condom Feminino (Universal Access to Female Condom Joint Program – UAFC), que também conta com o apoio de países nórdicos e da Alemanha.
- Desde 2006, a ONG feminista norte-americana Change vem investindo em *advocacy* global pelo PF, inicialmente junto ao UNFPA e, após 2009, focalizando suas intervenções no âmbito do PEPFAR e das operações da USAID.

Esses fatos e eventos têm como pano de fundo a maior visibilidade da problemática do HIV/Aids entre mulheres e meninas, que teve como um de seus momentos icônicos a Conferência Internacional de Aids de Toronto (2006). Finalmente, é preciso contabilizar o fim da administração Bush e a flexibilização da política ABC a partir de 2009.

Os resultados dessas várias iniciativas e processos podem hoje ser mensurados em termos do aumento substantivo de financiamento para as compras e distribuição de PFs e experiências nacionais bem-sucedidas.

O “desaparecimento” do Reddy: explicações parciais

Ao longo do estudo, o PF Reddy (L’amour no Brasil) foi mencionado por várias pessoas como um exemplo positivo de desenvolvimento de novos produtos e abertura de mercados. Entretanto, no final de 2010 tivemos a informação de que a indústria que o fabricava na Índia (Medtech) foi fechada, e esforços para elucidar o motivo não resultaram em esclarecimentos completos.

Evolução de compras e aspectos relacionados

As compras globais evoluíram de 13 milhões de unidades em 2005 para 39 milhões em 2009. Entre janeiro de 2004 e dezembro de 2009 foram feitas compras públicas globais de aproximadamente 74 milhões de PFs, sendo os maiores compradores a USAID (39,7 milhões) e o UNFPA (25,9 milhões). O Quadro 1 apresenta dados sobre os maiores compradores entre 2004 e 2009.

Quando se examina a evolução mais recente das compras feitas por grandes compradores, como é o caso da USAID, verifica-se o incremento depois de 2008. Do total do investimento feito no período (aproximadamente 56 milhões de dólares), 38 milhões (67% do total) foram investidos em 2009, ano em que o UNFPA ofertou 14 milhões de unidades e a USAID, 15 milhões. Em agosto de 2010 a USAID já havia comprado outros 8,4 milhões de unidades. Ou seja, os níveis de *procurement* estão crescendo rapidamente, e não parece excessivo atribuir esse efeito a uma combinação virtuosa, em que são fatores os esforços de *advocacy* implementados desde 2005 e a mudança da política americana, a partir de 2009.

Quadro 1 – Compras de PF realizadas entre 2004 e 2009.

Comprador	Quantidade	Valor (em US\$)
Asia Development Bank	50.000	31.500
African Development Bank	3.000	3.646
Banco Mundial	1.147.800	994.169
CARE	62.000	52,632
CNCS	100.000	74.000
DFID	33.000	36.221
Global Fund	4.007.000	2.776.300
IPPF	861.702	690.939
KFW	10.000	9.750
MOH	1.284.100	989.220
MSI	2.000	1.572
Governo Holandês	65.000	60.570
Outros governos	800	1.577
Outros	456.000	318.484
Operações de Paz da ONU	105.200	85.827
UNAIDS	3.000	2.243
UNDP	183.001	154.218
UNFPA	25.997.343	17.812.572
UNICEF	14.000	12.741
USAID	39.715.000	32.083.647
TOTAL	74.099.946	56.191.828,00

Fonte: <http://www.rhsupplies.org>

Embora essa tendência seja muito positiva, continua a existir uma brutal disparidade entre as compras e distribuição de condons masculinos e femininos. Em 2009, enquanto as compras globais dos primeiros foram da ordem de 2,7 bilhões, apenas 29 milhões de PFs foram comprados (UNFPA, 2009a). As figuras 1 e 2 mostram que há menos doadores envolvidos no financiamento de PF.

A distribuição regional também é muito desequilibrada, pois o volume absorvido pela África subsaariana supera em muitas vezes a distribuição feita nas demais regiões. Isso se aplica tanto a camisinhas masculinas quanto a femininas, o que se explica pelo caráter generalizado da epidemia (figuras 3 e 4). Mas o viés é mais acentuado no caso do PF, pois a região recebeu, em 2009, 89% das unidades compradas globalmente.



Figura 1 - Quantidade de CM fornecida por doadores, 2009.

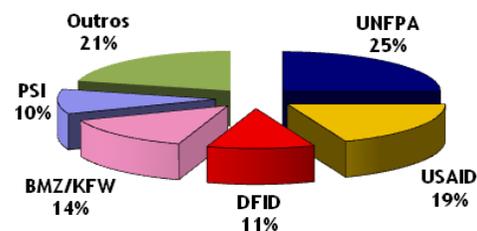


Figura 2 - Quantidade de CF fornecida por doadores, 2009.

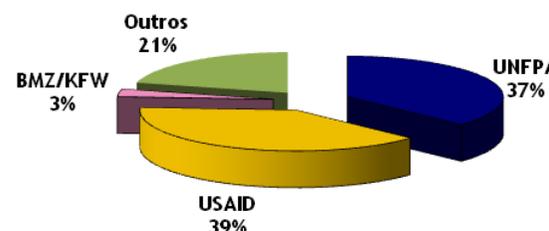


Figura 3 - Distribuição regional de unidades de CM, 2009.

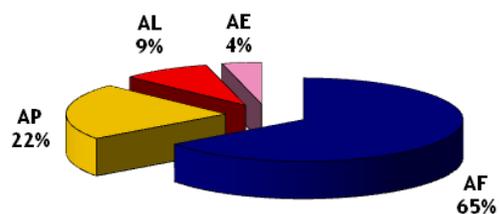
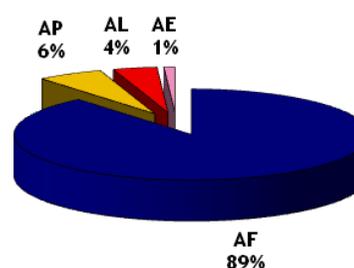


Figura 4 - Distribuição regional de unidades de CF, 2009.



AF = ÁFRICA SUBSAARIANA

AP = ÁSIA PACÍFICO

AL = AMÉRICA LATINA

AE = MUNDO ÁRABE / LESTE EUROPEU

BMZ/KFW = Federal German Ministry for Economic Cooperation and Development

DFID = UK Department for International Development

Fonte: Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention. UNFPA, 2009a.

Iniciativas globais relevantes

São três as iniciativas globais voltadas para a ampliação do acesso e uso do PF em foco neste estudo: a Iniciativa Global para o Condom Feminino, coordenada pelo UNFPA; o Programa Conjunto pelo Acesso Universal ao Condom Feminino (Universal Access to Female Condom Joint Program – UAFC); e os esforços desenvolvidos pela Change.

Iniciativa Global para o Condom Feminino – UNFPA

O UNFPA tem longa tradição de compra e logística em métodos anticoncepcionais, sendo, portanto, natural seu papel como líder, entre as agências da ONU, no que diz respeito ao PF. A Iniciativa Global para o Condom Feminino, lançada em 2005, visou ampliar o acesso ao método em 23 países. Em três anos (2005-2008) a iniciativa conseguiu dobrar a compra e distribuição de 13 milhões para 25,9 milhões de unidades. Os objetivos definidos em 2005 foram os seguintes:

- Expandir o acesso como método de dupla proteção para prevenir tanto a gravidez quanto as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), inclusive o HIV.
- Integrar a programação de PF como parte essencial das políticas nacionais

de HIV/Aids e saúde reprodutiva.

- Criar um clima social e político favorável à tecnologia iniciada pelas mulheres.

Ao longo desses anos, o UNFPA vem trabalhando em colaboração com parceiros selecionados nos países em que atua, sejam eles governamentais, agências de cooperação, ONGs ou instituições que trabalham com mercado social, a fim de definir planos estratégicos para ampliar o acesso a condons masculinos e femininos. Essa estratégia buscou evitar a demanda pública que não pode ser respondida por falta de insumos e a retenção de insumos não utilizados nos almoxarifados devido à inexistência de redes de distribuição efetivas.

Em aproximadamente metade dos 71 países em que atua, a estratégia investe também no acesso a PFs. Os maiores ganhos desse investimento do UNFPA, segundo nossa entrevistada, poderiam ser sintetizados em torno dos seguintes aspectos:

- Os doadores aumentaram seu apoio de forma substancial e o UNFPA ampliou significativamente a distribuição do insumo.
- O UNFPA investiu alguns milhões de dólares adicionais em programação e logística nos níveis nacionais.
- Um dos efeitos desses esforços foi a queda do preço médio unitário do PF para 0,60 dólares.

A estratégia adotada pelo UNFPA integra preservativos masculinos e femininos e nisso difere dos investimentos feitos pela Change junto à USAID e pela Campanha UAFC, que se dedicam exclusivamente a promover o acesso ao PF.

As principais parcerias nas ações da Iniciativa Global para Condons são USAID, Durex, PSI, John Snow Inc (JSI), Family Health International (FHI), UNAIDS, World Bank, Support, The Condom Project; no que diz respeito especificamente ao CF, o International Planned Parenthood Federation (IPPF) e a Associação Cristã de Mulheres (IWCA) são as organizações mais citadas.

Programa Conjunto pelo Acesso Universal ao Condom Feminino – UAFC

Lançado em 2008, o Programa Conjunto UAFC foi desenhado para atuar originalmente num horizonte de quatro anos (2008-2012). É coordenado pela Oxfam-Novib em parceria com +1 Solutions (grupo especializado em acesso a tecnologias médicas) e o governo holandês, mas envolve também a World Population Foundation (WPF) e conta com apoio financeiro dos países nórdicos. Os objetivos do UAFC compreendem:

- **Pesquisa, desenvolvimento e posicionamento do PF no mercado.** Segundo o UAFC, a implementação desse componente terá êxito quando mais empresas começarem a produzir maior variedade de PFs e trazê-los ao mercado por um preço menor e mais acessível.
- **Dois grandes programas nacionais de acesso aos PFs: Nigéria e Camarões.** Os programas nacionais de grande escala são geridos por um comitê de direção nacional e implementados por um conjunto de atores locais: uma combinação de organizações da sociedade civil, governo, agências da ONU e do setor privado. Planos nacionais de longo prazo serão implementados se os dois países conseguirem aumentar a demanda e criar acesso ao PF de forma sustentável.

- **Advocacy internacional: conexões e aprendizagem.** O UAFC considera que a *advocacy* internacional é bem-sucedida quando se amplia concretamente o apoio político ao PF e observa-se aumento estrutural do apoio financeiro para a programação de sua distribuição. Conexões e aprendizagem visam tornar mais eficazes os grandes programas nacionais do PF.

Para atingir esses objetivos, o UAFC está trabalhando em várias frentes complementares. Faz ações de *advocacy* junto a agências da ONU e países doadores. Segundo nossa informante, um dos impactos mais relevantes dos esforços do UAFC nesse plano foi a incorporação definitiva do PF na programação do UNAIDS e, portanto, do Fundo Global. O UAFC também participa de eventos relevantes para ampliar o debate sobre o PF. Sobretudo, tem investido sistematicamente nos dois programas nacionais: na Nigéria e nos Camarões. A proposta é que esses programas produzam evidências sólidas de que é possível e produtivo investir nos PFs como método de prevenção e anticoncepção.

O UAFC investe também em desenvolvimento e certificação de produtos e ampliação de mercados. Tem monitorado de perto o Grupo de Certificação da OMS. Está desenvolvendo ainda uma pesquisa de funcionalidade com quatro modelos de preservativos – Reddy, Cupid, PATH e o FC2, considerado um produto de referência. O estudo está sendo desenvolvido na China e na África do Sul.

Experiências bem-sucedidas

Zimbábue e Camarões são os países mais citados como experiências que podem ser usadas como exemplo e inspiração. Embora as condições sejam muito diferentes das brasileiras – nos aspectos políticos e culturais, e porque a resposta ao HIV é quase completamente dependente da cooperação internacional em ambos os casos –, vale a pena conhecer melhor essas experiências, na medida em que ilustram uma articulação efetiva entre ONGs, órgãos governamentais e agências de cooperação internacional em relação tanto a uma programação estratégica bem feita como a ações de disseminação e distribuição múltiplas.

Para saber mais sobre a experiência do Zimbábue, acesse:

<http://www.unfpa.org/public/News/pid/3913>

Para conhecer a dos Camarões, acesse:

http://www.condoms4all.org/category/s/Where%3A_Cameroon/15

Change

As iniciativas de *advocacy* desenvolvidas pela ONG feminista Change, sediada em Washington, estão em curso desde 2006-2007 e hoje se concentram na pressão sobre o governo americano: a Coordenação Global de Aids (Office of Global Aids Coordination – OGAC, ex-PEPFAR) e a USAID. Essa intervenção foi muito relevante ao longo da administração Bush no sentido de contestar o caráter restrito e moralista das políticas então adotadas (PEPFAR/OGAC/USAID).

Atualmente, a maior iniciativa da Change diz respeito aos investimentos e programação da USAID em termos de compras públicas de PF. Essa atuação é crucial em razão do peso relativo da USAID como compradora e distribuidora global do insumo. Em 2008, a Change publicou o relatório *Saving Lives NOW – Female Condoms and the role of U.S. Foreign AID*, uma referência inequívoca sobre o tema. Monitora sistematicamente os programas da USAID, inclusive compras e programação nos países, e tem promovido debates sobre o PF no Congresso norte-americano. Mais recentemente tem feito campanhas locais para ampliar o conhecimento e uso do método nos EUA, em especial entre grupos mais vulneráveis. A Change também tem apoiado grupos de mulheres, sobretudo HIV positivas, em países africanos em seus esforços de *advocacy* para ampliação de acesso ao PF.

Os objetivos da Change são ampliar o volume de compras do PF e, sobretudo, persuadir a OGAC e a USAID de que as compras são fundamentais mas insuficientes, pois é essencial investir em programação estratégica e logística. Na maioria dos países para os quais a USAID compra PF há enormes obstáculos nesse plano.

Um dos efeitos positivos da atuação da Change foi a criação, em outubro de 2009, de um posto específico na OGAC para a programação estratégica de preservativos, inclusive femininos. Além disso, o documento de diretrizes que vai orientar os investimentos da OGAC/USAID em 2011 nos países que recebem apoio (*Fiscal Year 2011 Country Operational Plan Guidance*) também menciona a ampliação do acesso ao PF.

O PF na Conferência Internacional de Aids de Viena (2010)

Os esforços de advocacy desenvolvidos desde 2005 se refletem tanto numa maior visibilidade do PF nas diretrizes de políticas globais quanto em debates e conferências internacionais, como as Conferências de Aids.

As primeiras discussões sobre o PF aconteceram na Conferência de Barcelona, de 2002, quando houve uma forte demanda pelo insumo por parte de mulheres vivendo em situações de conflito e desastre natural. Além disso, uma das “conversas centrais” de Toronto (2006) foi “colocar a prevenção nas mãos das mulheres”, embora isso não tenha de fato significado priorização do PF por nenhum grande doador.

O PF teve um pouco mais de visibilidade no México, em 2008, mas, de fato, a Conferência de Aids de Viena, em 2010, pode ser considerada um pequeno “salto para a frente”. Houve três sessões sobre o tema – um painel na Aldeia Global, uma conferência de imprensa e uma oficina de trabalho. Além disso, em todas as atividades e produtos da campanha Condomize, coordenada pela Durex em parceria com o UNFPA, o PF teve bastante visibilidade. Além das duas zonas de aprendizagem sobre uso de preservativos, foram exibidos vídeos em vários pontos, inclusive no acesso aos banheiros. Nas zonas de aprendizagem houve grande curiosidade sobre o PF, especialmente por parte de participantes masculinos africanos. Vários boxes (PSI, PATH, Support) também ofereciam informação sobre o PF.

Contudo, o PF não foi o tema principal de Viena no que diz respeito a assegurar que a “prevenção do HIV esteja nas mãos das mulheres”. Inequivocamente, o grande sucesso em termos de curiosidade científica e de mídia foi o anúncio dos primeiros resultados confirmando os efeitos de proteção do microbicida.

Obstáculos que persistem

Embora o incremento das compras e a maior visibilidade do PF nos debates atuais sobre prevenção sejam sinais muito positivos, o que foi feito desde 2008 ainda não é suficiente, tanto do ponto de vista de redução dos preços quanto da ampliação do acesso na proporção e ritmo desejáveis, sobretudo nos contextos onde as taxas de infecção femininas pelo HIV continuam a crescer.

No que diz respeito ao acesso, a Change, por exemplo, informa que no caso da África subsaariana – onde o número de mulheres infectadas supera o de homens – as compras feitas em 2009 correspondem a um PF/ano para cada 300 potenciais usuárias. Também ao refletir sobre a evolução do tema na administração Obama nossa informante aponta o quanto é difícil superar as barreiras em relação a políticas públicas do PF:

Quando se trata do PF as coisas são sempre muito complicadas. Durante a era Bush, ironicamente, a USAID estava comprando e distribuindo o insumo, mas não se pode dizer que hoje a camisinha feminina é uma superprioridade do governo Obama. Não houve grandes mudanças em relação a como a USAID toma decisões sobre compra e distribuição de preservativos em geral e de PFs em particular. A cada dois anos a USAID faz um survey junto aos escritórios sobre quantidades, e é com base nisso que os preservativos são comprados e enviados. Ou seja, se os

escritórios pedem PFs eles serão comprados, se não, não. Esse método nos parece muito precário, pois se no escritório há alguém que não gosta do PF ele nunca vai estar disponível. Existe um compromisso forte da USAID no sentido de comprar e oferecer PFs nos países onde a agência opera, mas a agência não é proativa. Resulta daí que, quando investigamos a percepção e investimento dos escritórios da USAID nos países, a coisa é muito diferente. Em Washington tudo parece ótimo, eles nos dão as folhas com informações sobre as compras e para onde os PFs foram enviados. Mas, quando se chega nos países, o cenário é quase sempre muito problemático.

Nossa informante do PNUD, analisando a situação do PF na nova estratégia definida para gênero e HIV pelo sistema ONU e Fundo Global – que hoje inclui a prioridade para ações de prevenção e tratamento de mulheres e meninas –, também tem uma visão bastante pessimista:

De fato, hoje há muito mais conversações sobre o PF no plano global, mas eu diria que não são tantas quanto seria necessário. Com todas as repercussões que teve a nova estratégia de gênero e HIV, poderíamos ter esperado mais. Por exemplo, nos países em que a Iniciativa Interagência para Acesso Universal a Mulheres e Meninas está atuando, a demanda pelo PF ainda não apareceu de maneira robusta (Etiópia, Ruanda, Suazilândia, Maláui, Índia, Namíbia, Madagascar, Zâmbia). A iniciativa é implementada em parceria e supõe que os países a assumam. As agências mobilizam os atores nacionais, especialmente ONGs, e respondem à demanda deles. Até onde sei, em nenhum desses países o PF apareceu na lista das grandes prioridades. E é preciso investigar por que isso acontece.

Da mesma forma, nossa informante da Athena Network também avalia que muito mais precisa ser feito:

É tremendo constatar que pressionamos pelos PFs desde Barcelona e mesmo com todos os avanços recentes não é excessivo dizer que até hoje eles continuam fora da corrente principal das políticas globais de resposta ao HIV.

A “economia política” do preservativo feminino

O estudo dedicou bastante atenção a explorar a questão do preço como o maior impedimento à ampliação da demanda e uso do PF, bem como em que medida esse fator restritivo seria fundamentalmente resultado de um “monopólio” da Female Health Company.

Embora a questão do preço seja, de fato, um dos obstáculos prioritários a serem superados, uma análise restrita a essa dimensão não dá conta da interseção complexa entre a percepção distorcida e seus efeitos sobre o produto, gênero e sexualidade, ideologias de atores determinantes da política global de HIV/Aids, dificuldades para o desenvolvimento de produtos e mercados, regulação e certificação, desafios de logística e programação. Segundo todas as pessoas entrevistadas, é essa combinação de fatores que determina a “economia política” do PF, a qual não deve ser reduzida à questão do preço, decorrente de um suposto monopólio.

Cada um desses elementos é tratado a seguir, com base nas opiniões e análises das pessoas entrevistadas. Essa opção se justifica pela qualidade da análise desenvolvida por elas, que oferece, por si só, parâmetros de referência sólidos para compreender os obstáculos para a disseminação e uso do PF nos dias atuais.

A percepção negativa sobre o PF

Um dos primeiros obstáculos listados foi a percepção sobre o PF (FC1), que parece estar muito cristalizada no imaginário social e mais especialmente das instituições envolvidas com saúde sexual e reprodutiva e HIV/Aids.

Segundo nossa informante do PNUD, “hoje o que prevalece ainda são as ideias fixadas pela primeira geração do produto. Isso significa que para ampliar a demanda é preciso desconstruir o imaginário do passado, pois hoje as camisinhas são mesmo mais confortáveis e não fazem barulho. Isso não é uma tarefa simples, mas também abre uma janela de oportunidades”.

Quando a imagem de um novo produto por alguma razão se fixa de maneira negativa, são enormes os desafios para desfazer essa percepção. Todas/os que atuam no campo da anticoncepção sabem disso, pois a superação da percepção negativa acerca das primeiras pílulas só se deu, praticamente, depois de uma geração, e o mesmo se aplica ao DIU.

Alterar a percepção negativa sobre um produto exige investimentos importantes de pesquisa e marketing. É muito forte, entre as pessoas ouvidas, a avaliação de que as estratégias específicas e de “nicho” hoje utilizadas pelos programas de marketing social do PF não são suficientes para superar os “mitos” sobre o método na escala necessária.

Gênero, sexualidade, legados do PEPFAR, conservadorismo religioso

Praticamente todas as pessoas ouvidas foram enfáticas em afirmar que as culturas dominantes de gênero e sexualidade devem ser consideradas como fatores

estruturais que obstaculizam tanto a ampliação do acesso e do uso do PF, quanto o desenvolvimento de novos produtos. Nas palavras de nossa informante do PNUD:

A camisinha exige que se fale abertamente de sexualidade feminina, o que ainda causa muita resistência. Para intensificar a produção e a demanda é preciso também reforçar a ideia de que as mulheres são seres sexuados, e é aí que as coisas se complicam. Ou seja, tanto barreiras de percepção negativa sobre a tecnologia, quanto barreiras das normas de gênero no caso da sexualidade feminina ainda são muito fortes. Claro, houve a política ABC e as restrições do Vaticano ao uso de camisinhas, mas, para além disso, as sociedades não consideram que é um problema maior os homens colocarem o pênis onde bem entenderem, e não é assim quando se trata das mulheres.

Nossa entrevistada do ICRW, na Índia, corrobora essa opinião:

Na Índia o PF não foi até agora priorizado, mesmo sendo produzido no país a custo muito baixo. O governo usa sempre o argumento convencional de que ele é muito mais caro que o PM. Mas os custos baixariam se o governo decidisse comprar milhões de unidades. Embora o PM não seja a melhor opção para as mulheres, hoje o PF só tem sido disseminado entre as trabalhadoras sexuais e nesse grupo parece já existir uma demanda. Mas ele não é ainda uma prioridade em termos de política pública para as mulheres em geral, pois ainda prevalece a suposição de que as mulheres casadas e monógamas não vão usá-los. Além disso há os problemas práticos, como usar, como inserir, o famoso mito do “barulho”. Há vários estudos mostrando que essas são barreiras importantes. Mas, ao fim e ao cabo, acho que o problema maior é mesmo que a prevenção do HIV entre as mulheres em geral não é, de fato, uma prioridade para o governo, inclusive porque a resposta é desenhada para dar conta de uma epidemia concentrada, e a lógica central ainda é a dos grupos de risco ou vetores.

A mesma análise é desenvolvida por nossa entrevistada da Athena Network:

Sim, há um problema com a sexualidade feminina. Se você começa a falar de PF tem que reconhecer que as mulheres exercitam a sexualidade, que tem vaginas, tocam suas vaginas e podem ter controle sobre seus corpos e sua sexualidade. Nos debates da “corrente principal” sobre saúde materna, anticoncepção e prevenção do HIV ainda não está instalada, de fato, uma perspectiva que reconhece o direito das mulheres a ter autonomia sobre seus corpos e suas vidas. A autonomia sexual das mulheres é sempre contestada. As vaginas são invisíveis, exceto quando se trata de salvar os bebês. Outro dia li um artigo antigo sobre os primeiros tampões e me lembrei que naquela época os médicos homens diziam: “Esse produto é chocante, as mulheres nunca vão enfiar isso nas suas vaginas. Isso é grotesco, isso é anti-higiênico”. A linguagem é muito parecida com o que se escuta hoje sobre o PF entre médicos. E, como sabemos bem, o tampão foi uma revolução. Eu sinto falta de uma elaboração acadêmica um pouco mais sofisticada que possa examinar as barreiras profundas que fazem com que o PF não esteja disponível e acessível como deveria estar.

Essa informante também destaca o efeito da política ABC, implementada com vigor entre 2003 e 2008, como fator que produz obstáculos:

Um último aspecto que eu queria examinar nesse debate é a herança ampla e profunda do PEPFAR, por exemplo na África. Ontem eu conversava com uma pessoa que está avaliando clínicas para jovens na Suazilândia e ela verificou que esses serviços estão enchendo ônibus de jovens para serem levados para as clínicas de circuncisão. E o discurso educativo é: agora você está circuncidado, mas deve assim mesmo praticar abstinência ou ser fiel, e só usar camisinha, em última instância, se não conseguir se abster de sexo. Ou seja, nesses contextos, a própria camisinha masculina é vista como suja e imoral. Além disso vem se dando uma

química perversa entre o clima anticamisinha da era Bush e a atuação das igrejas evangélicas conservadoras em todos os países mais afetados da África. Ou seja, há a herança de políticas, programas e projetos da era Bush que “mataram” as camisinhas e agora as campanhas pela criminalização da transmissão do HIV, o ataque a pessoas LGBT e, em vários lugares, ataques abertos contra meios anticonceptivos para mulheres. Essas barreiras brutais devem ser reconhecidas, analisadas e superadas, se realmente quisermos fazer do PF um método amplamente conhecido e utilizado.

A lógica subjacente ao desenvolvimento de produtos de prevenção

A economia política do desenvolvimento de novos produtos de prevenção e saúde sexual e reprodutiva é um aspecto estrutural a ser considerado quando se examinam os obstáculos à ampliação do acesso e uso do PF. Recuperando a experiência do desenvolvimento de métodos anticonceptivos, nossa entrevistada da Athena Network lembra que:

Há quanto tempo não se inventa um novo contraceptivo bom feminino? Parece não haver interesse da indústria de produtos médicos em pesquisar e investir em produtos para mulheres. Claro, se há só um ou dois produtos não há competição. Se houvesse mais vontade política, investimento e demanda, quem sabe teríamos outros produtos: camisinhas femininas reutilizáveis, mais baratas.

Especificamente sobre o desenvolvimento de produtos de prevenção do HIV, os problemas observados em relação ao desenvolvimento de novos PFs, em termos de formação de preços e de mercado, devem ser situados no cenário mais amplo dos novos investimentos em “prevenção baseada em evidência”.

Recuperando os debates ocorridos na Conferência Internacional de Aids de Toronto (2006), nossa fonte sublinha a posição e os efeitos possíveis das prioridades então definidas pela Fundação Gates:

Em Toronto, em 2006, Melinda e Bill Gates fizeram uma grande agitação quanto a colocar o poder de negociação nas mãos das mulheres, mas o investimento que fizeram foi em microbicida e circuncisão masculina, e não em PF. Os recursos Gates são hoje determinantes das tendências em saúde global, e mais especialmente em HIV/Aids. Passados quatro anos temos, em Viena, a notícia da eficácia de 38% do microbicida e todo mundo acha isso fenomenal. Ninguém lembra que, para chegar a esse resultado sofrível, os custos foram gigantescos e foi preciso realizar milhares de testes clínicos muito caros e complicados, quando tudo o que os PFs necessitam é de aprimoramento e ampliação do número de produtores. Há aí um enorme viés. De um lado o PF existe, foi aprimorado, as mulheres estão pedindo e parece que há esforços para reduzir preço. Mas, neste momento, todo mundo só fala do microbicida. Por quê? Porque o PF não é tão “sexy” quanto a circuncisão masculina, que só protege os homens. Porque o PF não reforça a estrutura do poder médico, nem mantém as coisas no ambiente do sistema de saúde, que é onde as instituições preferem deixar essas questões – ou seja, nas mãos dos médicos. Trata-se de um viés brutal, o dinheiro não está sendo investido nos lugares apontados pelo discurso de Toronto (...). Hoje, na África, é possível encontrar antirretrovirais [ARVs] mesmo em lugares onde não existem sistemas formais de saúde e há serviços de circuncisão masculina em lugares onde não existem serviços decentes de pré-parto, mas não é possível encontrar PF quase em lugar nenhum. Eu estou envolvida num projeto de monitoramento do “scaling up” da circuncisão masculina em cinco países africanos: África do Sul, Suazilândia, Namíbia, Quênia e Uganda. Nas discussões com as mulheres HIV positivas com quem estamos conversando sobre o significado e impacto da

circuncisão, a demanda por maior acesso a PFs apareceu de forma significativa espontaneamente. Não fomos nós que sugerimos. Quando consideramos que a proteção das mulheres que resulta da circuncisão é duvidosa, seria importante associá-la ao PF nos contextos de epidemia generalizada. Mas não há facilidade para conseguir PFs em nenhum dos países onde estamos trabalhando.

Preço e aspectos relacionados

Todas as pessoas ouvidas concordam que o preço do PF é um enorme obstáculo para a ampliação de seu acesso e uso, sobretudo porque esse é o argumento utilizado por doadores e governos para não investir mais no produto. Não é possível oferecer aqui uma base detalhada de preço, pois ele varia não apenas em relação ao produto, mas sobretudo ao tamanho da compra realizada.

Os números do Quadro 1, por exemplo, indicam que os preços médios pagos pelos dois maiores compradores – UNFPA e USAID – foram de 0,59 dólares e 0,80 dólares, respectivamente, mas o PNUD, que comprou apenas 3 mil unidades, pagou 0,74 dólares cada. Há, portanto, um investimento a ser feito na relação entre preço e compras públicas, pois há oscilações que precisam ser mais bem entendidas. Nos dados fornecidos pelas pessoas ouvidas, os preços variavam de 0,38 euros para o Reddy (UAFC) aos 0,60 dólares, em média, pagos pelo UNFPA, aos 0,85 dólares pagos pela USAID pelo FC2, em 2008.

Nenhuma das pessoas entrevistadas considera razoável ou produtivo caracterizar as dificuldades observadas em termos de preço, desenvolvimento de produtos e mercados como apenas efeito de um potencial monopólio da Female Health Company. Para elas, é apressado e inadequado falar em monopólio porque não houve desenvolvimento de mercado e demanda suficiente. Na visão de uma

das entrevistadas da Change, por exemplo:

Claramente não há competição. Mas devemos nos perguntar por que nenhuma outra companhia quer chegar ao mercado para dizer com orgulho: “Nós criamos o melhor PF do mundo”. Em relação a isso não há como não retomar as análises feministas clássicas: o PF é um produto que deve ser iniciado pelas mulheres, e tudo indica que as sociedades e as indústrias não estão convencidas de que a autonomia e a agência sexual das mulheres são uma boa ideia para ampliar a produção e o consumo. Eu acho que a cultura de gênero e sexualidade informa e impacta o desenvolvimento de produtos e de mercados.

Da mesma forma, nossa informante do PNUD faz a mesma avaliação:

É antes uma questão de escala de mercado. Assim como foi feito com o PM, seria importante investir na produção local, garantindo-se o controle de qualidade. Não acho que seja um problema de monopólio; os mercados, inclusive locais, precisam ser ampliados para que a produção seja estimulada. Mas isso nunca vai acontecer se, ao mesmo tempo, as normas de gênero e sexualidade, das sociedades e das instituições, não forem questionadas.

Para a nossa entrevistada do UAFC é essencial desenvolver novos produtos, pois é preciso haver competição e variedade de opções. Contudo, ela também avalia que não é adequado responsabilizar a FHC pela situação atual, pois a empresa teve o mérito de desenvolver e aprimorar um produto no qual ninguém mais estava interessado. Essa é uma iniciativa de risco e que inclui investimentos pesados no processo de certificação.

Aspectos relacionados a desenvolvimento de produtos e certificação são hoje possivelmente o fator estrutural mais urgente a ser enfrentado para superar os obstáculos de produção, preço, criação de mercado e demanda. Segundo nossa

entrevistada do UNFPA:

Como escolhas ampliadas aumentam a demanda, é necessário mais investimento para o desenvolvimento e certificação de novos PFs. Hoje há três modelos com grande potencial, mas ainda precisam de apoio financeiro para completar os requisitos de pesquisa exigidos pelo Grupo de Certificação da OMS.

O UAFC e a Change reiteram ainda que o desenvolvimento e a certificação de produtos devem ser acompanhados de medidas que tratem das demais dimensões, como percepções, cultura, programação, logística, entre outras. Porém, mesmo quando enfatizam esse conjunto amplo de fatores, ambos avaliam que é possível reduzir o preço, mesmo sem intervir nos demais fatores, pela via da coordenação sistemática entre grandes compradores.

A FHC informa que o preço do FC2 pode baixar significativamente se compras de 50 milhões de unidades ou mais forem licitadas, o que representa o dobro do que USAID e UNFPA compraram em 2009. No material distribuído em Viena, o UAFC também fez um apelo ao “pool de compras públicas”:

A política de várias organizações internacionais é comprar PFs apenas quando os governos parceiros solicitam. Daí resultam licitações pequenas e preços mais altos. Pools de compras públicas e negociações mais firmes podem reduzir esses gastos.

Na visão da Change, o UNFPA, como agência multilateral, seria a instituição mais bem qualificada e posicionada para mobilizar esse esforço de coordenação. O UNFPA, por sua vez, considera que já cumpre esse papel. A coordenação entre doadores ou grandes compradores não é facilmente alcançável, pois muitas vezes esse esforço é contaminado por dinâmicas e tensões externas ao núcleo de negociação. Mas é uma proposta a ser considerada com atenção.

Regulação e certificação: um ponto cego

No momento atual, a FDA e o Grupo de Certificação da OMS são as duas únicas organizações certificadoras. Por outro lado, a USAID, as agências da ONU e outros grandes compradores têm regras segundo as quais só podem licitar produtos certificados por uma ou outra, ou preferencialmente pelas duas. Essas regras são, em geral, seguidas pela maioria dos países, inclusive o Brasil.

Em relação à FDA, o problema refere-se basicamente aos requisitos de aprovação do PF, que são mais exigentes, demorados e custosos do que os aplicados ao PM. Isso porque, como já foi exposto, o PF está classificado como método anticoncepcional, cuja certificação demanda testes de eficácia mais complexos e mais caros. Esses requisitos fazem com que muito poucas companhias tenham condições de enfrentar o processo de certificação. O FC2 foi aprovado de maneira mais ou menos rápida em 2009 porque a FDA aceitou como base de referência os testes realizados para o FC1, já que o desenho era o mesmo. Para superar esse obstáculo, a USAID está apoiando o Programa Conrad num projeto para desenvolver uma metodologia de certificação simplificada, menos custosa e mais rápida.

Nosso informante do grupo +1 Solutions – que faz parte da coordenação do UAFC – avalia que foi importante o Grupo de Certificação da OMS ter sido criado como alternativa à FDA. Mas também considera que o processo de certificação tal como é feito hoje não é objetivo e transparente o suficiente, pois está fundamentalmente apoiado na opinião de um grupo de experts. O UAFC está investindo para que os requisitos de certificação da OMS sejam modificados e a expectativa é de que novas regras e procedimentos estejam em vigor dentro de um ano e meio ou dois, o que, segundo ele, vai facilitar a chegada de novos produtos ao mercado.

O UAFC também enfatiza a necessidade de melhorar a capacidade das autoridades nacionais de certificação. Por exemplo, na República dos Camarões, o grupo de coordenação nacional usou a introdução do PF Reddy como oportunidade para melhorar a capacidade técnica da agência nacional de certificação.

Também é interessante ter como referência os métodos adotados na União Europeia, pois aí os preservativos são considerados dispositivos médicos e por essa razão estão sujeitos a regras mais flexíveis de certificação que os produtos químicos farmacêuticos. Por exemplo, os requisitos são menos rigorosos para condons e mais rigorosos para ARVs do que as regras da FDA. Para um produto como preservativo ser introduzido no mercado, basta que consiga o Selo Europeu, seja aprovado por uma autoridade nacional de certificação e tenha um representante legal que responda por reclamações de qualidade ou eficácia.¹

Os desafios da programação estratégica

Em todos os debates e entrevistas enfatizou-se a importância nodal da programação estratégica e da logística. Ou seja, não é suficiente baixar o custo e resolver a questão das compras. É preciso desenhar estratégias que permitam superar as diversas barreiras aqui identificadas, que podem variar segundo contextos. Também é fundamental assegurar a logística para evitar que os PFs acabem perdendo a validade nos depósitos de produtos médicos das ONGs, farmácias e sistemas de saúde.

Uma recomendação forte que emerge das muitas conversas é não considerar o PF uma solução mágica ou “bala de prata”. Ele deve ser oferecido

¹ O PF Reddy, por exemplo, contava com esses requisitos. Já o Cupid ainda não dispõe dessas condições.

como mais uma opção possível num leque mais amplo de alternativas. Várias pessoas sugerem que a dicotomia clássica camisinha feminina *versus* camisinha masculina também deve ser superada. Estudos realizados pelo Population Council no Quênia (Brady, 2009) e pelo Ministério da Saúde no Brasil (Barbosa et al, 2007) indicam, por exemplo, que a oferta conjunta dos dois insumos tem resultados positivos, levando à diminuição do número de relações sexuais desprotegidas.

No que diz respeito à relevância da programação estratégica como um todo, o UAFC avalia que a compra pública é um aspecto importante, mas não o único. Programação é crucial, no entanto a maioria dos doadores investe sobretudo em compra e não se preocupa com programação, que deve ser múltipla, variada e flexível, segundo a maioria dos entrevistados. Para que seja efetiva, devem-se considerar todas as barreiras e intervir para superá-las de maneira simultânea.

Avaliando as experiências bem e malsucedidas, as pessoas ouvidas enfatizam a necessidade de estratégias múltiplas de disseminação que permitam “normalizar” a presença e uso do PF em todos os contextos, no imaginário e na prática social, assim como aconteceu com o PM. É preciso lembrar que 20 anos atrás havia muita resistência cultural ao PM e que as estratégias desde então adotadas permitiram que ela fosse superada. Algumas vozes, inclusive, sugerem que pode haver mais sucesso quanto menos medicalizada for a estratégia de disseminação do PF. As entrevistadas e alguns documentos recomendam ainda que seja enfatizado o valor erótico do PF, na linha dos trabalhos que vêm sendo desenvolvidos pelo Pleasure Project.

Como bem exposto no relatório da Change (2008), a programação estratégica não é nada trivial. O PF é um bom método, mas, como todos os outros, enfrenta resistências institucionais e culturais. Em alguns contextos, sua

introdução pode exigir estudos de percepção de produto e marketing que são custosos. Assim, ao calcular o custo do PF, não basta contabilizar apenas o preço da compra pública, é preciso considerar os custos de programação estratégica. O UNFPA também enfatiza esse aspecto no esboço de relatório *Prevention Gains Momentum: Successes in Female Condom Programming* (2009b):

O custo do planejamento, implementação e gerenciamento de programas de preservativos, especialmente nos países mais pobres, corresponde aproximadamente a quatro vezes o custo dos insumos. E esses custos são mais altos nas fases iniciais. (...) Conseguir o acesso universal a preservativos masculinos e femininos é essencial e os doadores e governos devem fazer investimentos imediatos (na programação estratégica). Mas compras e suprimento de insumos de qualidade são apenas uma parte de uma rede mais complexa de atividades. Se não houver investimento para reforçar capacidades locais, criar demanda, assegurar distribuição, os preservativos de qualidade vão ficar empoeirados e perder sua validade nas prateleiras dos depósitos.

Outro aspecto sublinhado pelas pessoas ouvidas é que as programações estratégicas bem-sucedidas requerem articulação e divisão de trabalho entre uma gama variada de instituições e atores da sociedade civil, inclusive aqueles que atuam no marketing social e no mercado.

Recomendações

Preço, compras, monopólio, certificação

No debate sobre obstáculos ao acesso ao PF, não é produtivo interpretar a questão do preço na perspectiva do monopólio, pois tudo indica que a situação de produção e mercado do insumo não é comparável ao que se observa no caso dos ARVs. Parece mais produtivo avaliar as sugestões feitas para a ação coordenada de compra pública a fim de aumentar os volumes e reduzir os preços do FC2, enquanto outro produto não estiver disponível para compra através das plataformas UNFPA ou Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Recomenda-se fortemente que a questão das normas existentes de certificação como requisito de compra pública seja revisitada à luz da experiência europeia, que simplificou o processo de certificação, e do observado quanto ao processo da OMS. Nesse sentido, talvez o Brasil possa também tornar-se um ator proativo no sentido de fazer com que o processo de certificação da OMS seja mais transparente e objetivo, de modo a favorecer o desenvolvimento de novos produtos.

Também cabe avaliar quais são os limites e possibilidades de estabelecer novas regras para compras públicas com base em critérios estabelecidos pelas autoridades nacionais de certificação. Ou seja, regras que autorizassem compras

públicas de produtos certificados pelas autoridades brasileiras. Talvez haja aí um caminho possível para reduzir os custos tanto das compras nacionais quanto daquelas realizadas pelos estados e municípios. Essas dificuldades se acentuam com o “desaparecimento” do preservativo L’amour (Reddy), mas medidas nesse sentido devem ser consideradas pensando-se na potencial chegada ao mercado de outros produtos, como o Women’s Condom da PATH, nos próximos dois ou três anos.

Sem dúvida há espaço para o desenvolvimento de novos produtos e mercados. Mas sugere-se que iniciativas nesse sentido sejam precedidas de uma revisão de experiências anteriores e diálogo com as instituições e grupos que trabalham nesse campo, especialmente o UAFC e o UNFPA.

Programação estratégica

- O PF é não só uma ótima opção de proteção contra as ISTs, inclusive HIV/Aids, como também contra a gravidez. Contudo, como qualquer método, não é perfeito e, portanto, deve ser oferecido dentro de um leque mais amplo de opções.
- Os esforços de programação estratégica devem considerar as barreiras culturais de sexualidade e gênero e a percepção negativa sobre o método, tanto no que se refere ao fato de a camisinha ser “ruim e barulhenta”, quanto a se destinar apenas a grupos “de risco” ou “em risco”.
- É produtivo, especialmente no Brasil, enfatizar os aspectos eróticos do PF.
- A reintrodução do insumo deve ser objeto de estratégias e desenhos de marketing mais sofisticados do que os utilizados até agora.

- As estratégias de disseminação e distribuição devem ser múltiplas para assegurar que o PF passe a ser um produto “normal”, comum e amplamente conhecido, assim como acontece com o PM: marketing social, mercado formal, iniciativas da sociedade civil e serviços de saúde.
- Embora seja importante que os PFs estejam disponíveis no sistema público de saúde, as experiências bem-sucedidas em outros países indicam que não é recomendável que fiquem aí “confinados” e sujeitos a uma lógica medicalizada de promoção e disseminação.
- A exemplo da experiência internacional e considerando-se a escala brasileira, pode ser produtivo desenhar experiências-piloto de reintrodução do PF que possam ser sistematicamente avaliadas e ajustadas.

Referências bibliográficas

Barbosa, R.M., Kalckmann, S., Berquó, E.S. & Stein, Z. (2007). Notes on the female condom: experiences in Brazil. *International Journal of STD and Aids*, 18 (4), 261-66.

Beksinska, M.E. & Smit, J. (2006). The global consultation on the female condom. *Cervical Barrier Advancement Society Newsletter*, 3 (1).

Brady, M. (2009). *Female-initiated prevention: Integrating female condoms into HIV risk-reduction activities in Kenya*. Nairobi: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/PGY_FIPMReport.pdf

Change. (2008). *Saving lives NOW - female condoms and the role of U.S. Foreign AID*. Washington.

GLOBAL CAMPAIGN FOR MICROBICIDES. (s/d). *Expanding access to female condoms in Africa*. (Mimeo).

UNFPA. (2009a). *Donor support for contraceptives and condoms for STI/HIV Prevention*. New York.

UNFPA. (2009b). *Prevention gains momentum: Successes in female condom programming*. New York. (Mimeo).

UNFPA. (2007). *The right of women and girls to remain HIV free: female condoms, a powerful tool for protection*. New York.

II

**Avaliação da oferta do
preservativo feminino
no Brasil**

Objetivo e metodologia do estudo

Nesta Parte II são apresentados os principais resultados de um breve estudo que objetivou analisar a oferta do preservativo feminino (PF) pelo Ministério da Saúde (MS), nas suas dimensões de gestão e logística de distribuição, no período de 2005 a 2010.

O projeto contemplou a realização de análise documental e entrevistas com gestores/as, coordenadores/as e técnicos/as para identificar os processos de articulação entre diferentes instâncias de gestão e os fluxos de distribuição do PF. Para estudar a articulação entre a esfera federal de gestão e aquelas referentes aos estados e municípios optou-se pela realização de dois estudos de caso, que visaram identificar especificidades locais do ponto de vista do modelo de organização para implementar as ações previstas na Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF). O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Referência e Tratamento a DST/Aids (CRT-DST/Aids) de São Paulo.

O levantamento de informações foi realizado entre fevereiro e julho de 2010 e constou de entrevistas com gestores/as e técnicos/as públicos federais da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), do Departamento de DTS, Aids e Hepatites Virais e da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), do MS, com

gestores/as e técnicos/as de saúde estaduais e das capitais de São Paulo e Pernambuco e com representantes no Brasil dos fabricantes dos PFs.

A escolha de Pernambuco e São Paulo se deu porque, entre os estados avaliados em 2004, estes foram considerados estruturados em termos da disponibilização do PF, recebiam volumes razoáveis do método e suas capitais realizavam compras do insumo com recursos próprios, o que nos garantiria que o processo de disponibilização pudesse ser avaliado em seus diferentes componentes.

A referência central para a condução das reuniões e entrevistas foi o relatório final do *Estudo da Política de Distribuição e Acesso ao Preservativo Feminino*, realizado em 2004 por Perpétuo e colaboradores (2005). A análise dessa política foi solicitada pelo então PN-DST/Aids a fim de identificar estratégias para aprimorá-la e fortalecer as ações voltadas para o uso do método. O estudo traça um panorama bastante amplo da política nos níveis federal, estadual e municipal por meio da realização de estudos de caso em oito estados do Brasil, incluindo São Paulo e Pernambuco, podendo, portanto, ser tomado como uma linha de base para a presente análise.

Foram tomados como referência também a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs (2007, 2009) e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher (2007). Tais documentos demonstram preocupação com o avanço da epidemia entre as mulheres e incluem diretrizes para a prevenção. Partiu-se da compreensão, portanto, de que essas diferentes iniciativas no nível federal requerem certo grau de articulação entre si de modo a se efetivarem satisfatoriamente nos níveis estadual e municipal.

No total, foram realizadas 28 entrevistas semiestruturadas (Quadro 1). A maior dificuldade encontrada na realização do estudo referiu-se à coleta dos dados quantitativos relativos ao controle da distribuição do PF. Nenhuma secretaria enviou todos os dados quantitativos solicitados, sendo a principal razão para isso a dificuldade dos órgãos de gestão em realizar as estimativas das populações vulneráveis e as respectivas metas de cobertura, que constam do Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção (PNIP). Como as equipes não se apropriaram do PNIP e tem muitas críticas a esse instrumento, é provável que tenha sido essa a razão para não se recorrer a ele em busca dessas informações.

Quadro 1 - Número de pessoas entrevistadas, de acordo com o estado e órgão/instituição.

Estado	Órgão	Nº de pessoas
DF	MS – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais	02
DF	MS – Área Técnica da Saúde da Mulher	02
DF	Secretaria de Políticas para as Mulheres	02
PE	Secretaria Estadual de Saúde	03
PE	Secretaria Municipal de Saúde	02
SP	Secretaria Estadual de Saúde	08
SP	Secretaria Municipal de Saúde	05
SP	Support/Female Health Company	01
SP	DKT	03
Total		28

Esta Parte é composta por outras três seções. A primeira enfoca os aspectos normativos da SPDF, tal como formulada pelo PN-DST/Aids em 2000, e sua articulação com o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, lançado em 2007 e revisto em 2009. Na segunda é apresentada uma síntese dos resultados obtidos a partir dos estudos de caso e das entrevistas. Na terceira são expostos os principais desafios e sugestões para o aprimoramento da SPDF.

Mudanças no plano normativo da SDPF

No MS, as ações relacionadas ao PF encontram-se na confluência entre as áreas de prevenção às DSTs/Aids e de saúde da mulher, no que se refere ao seu uso como método de prevenção das DST/Aids e de planejamento reprodutivo. No Brasil, foi a partir da política nacional de enfrentamento da epidemia de Aids liderada pelo PN-DST/Aids que o MS tomou a iniciativa de incorporar a distribuição do PF em suas políticas de prevenção às DSTs/Aids, em abril de 2000, quando um conjunto de diretrizes foi elaborado visando orientar a distribuição do método, que ficou conhecido como Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (Perpétuo et al, 2005).

A SPM passou a ser um ator importante desse contexto a partir da elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, lançado em 2007 e revisado em 2009. Nesse documento, o PF aparece como um mecanismo importante de garantia da saúde e de ampliação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e da reprodução.

A SDPF integra as diretrizes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em conjunto com outros programas do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte de uma política de acesso aos insumos estratégicos de prevenção à epidemia da Aids.

A SDPF envolve fundamentalmente cinco aspectos:

- Visão do PF como uma tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres.
- Oferta acompanhada de ação educativa.
- Sistema de logística adequado às necessidades locais.
- Mecanismos de acompanhamento que permitam seu monitoramento.
- Acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade.

Para o MS, as principais diferenças entre o processo de disponibilização do preservativo masculino (PM) e do PF deveriam estar nas ações educativas e no acompanhamento mais sistemático das usuárias. Em relação ao primeiro aspecto, “(...) é dada uma grande ênfase a esta etapa de sensibilização, na qual se procura fazer com que a mulher participe ativamente das intervenções educativas”; quanto ao acompanhamento das mulheres, “rotineiramente, a cada nova entrega dos preservativos, são colhidas e anotadas informações numa ficha padronizada sobre a pessoa e características de uso dos preservativos. Essas fichas de acompanhamento permitem avaliar o tempo de permanência das mulheres na estratégia, e assim obter outros dados, tal como o quantitativo acessado e a frequência do uso” (MS-PN-DST/Aids, 2008).

As populações prioritárias para a distribuição do PF foram definidas pela Norma Técnica Nº 01/2002 (Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002), que regula o incentivo federal ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e outras DSTs, com base em critérios de vulnerabilidade. São elas:

1. **Profissionais do sexo:** estão em relações desiguais de poder, nas quais o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual. Além disso, sofrem maior exposição ao risco de infecção pelo exercício do seu trabalho.
2. **Mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual:** nesse caso, a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras, em que pese o fato de que não sejam acontecimentos sobrepostos, mas 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 que essas mulheres precisam se proteger de uma reinfecção tanto quanto proteger seus parceiros e se protegerem.
4. **Mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis:** 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 percebam-se em risco a partir da aquisição de uma DST e/ou tenham dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Observe-se que a inclusão do último grupo – mulheres de baixa renda – amplia o escopo da definição de vulnerabilidade de forma a praticamente universalizar a necessidade de oferta, considerando a população usuária do SUS.

No mesmo documento, chama-se a atenção para a necessidade de controlar a distribuição de PMs em eventos de grande público, observando-se as prioridades dos projetos e serviços, de modo a evitar o desperdício. No caso do PF, em função do seu custo elevado, a distribuição em eventos de massa não é recomendada (MS, 2002).

A SDPF se efetiva por meio de uma rede que deve incluir:

- Serviços de saúde de planejamento familiar, centros de referência para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica, clínicas de DSTs, serviços de atendimento especializado e centros de testagem anônima para DSTs/Aids.
- ONGs que trabalham com profissionais do sexo.
- Projetos de redução de danos.

Os princípios do SUS são evocados para reforçar a necessidade da ação preventiva direta na comunidade. No documento *Política de Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil*, que também trata do PF, afirma-se que “a rede básica é porta de entrada do Sistema de Saúde e para ser resolutiva deve estar capacitada no seu nível de competência para realizar o diagnóstico de saúde local, identificando e priorizando os problemas detectados, atuando e buscando resolvê-los em parceria com a comunidade e com os demais setores institucionais. Este mesmo princípio pode ser aplicado às ações de promoção e prevenção às DST/Aids” (MS, 2002).

Na maior parte dos documentos do MS aqui analisados encontram-se recomendações relacionadas à importância da rede básica de saúde para a ampliação e a resolutividade das ações de prevenção.

Em 2007, com o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/Aids e outras DSTs, o PF assume, no plano normativo, um protagonismo nas estratégias voltadas para a população feminina, ao ser defendido como um mecanismo importante de garantia da saúde e de ampliação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e da reprodução. Para garantir essa oferta, o plano inclui, entre suas metas, a aquisição de 10 milhões de PFs, com vistas à ampliação de seu uso.

Nos dois anos seguintes são elaborados planos estaduais nos quais, contudo, nem sempre o PF assume o protagonismo sugerido pelo âmbito federal. No entanto, o plano, na visão de vários técnicos/as das esferas estadual e municipal, trouxe muitas contribuições para a organização das ações de prevenção em DSTs/Aids e deu mais nitidez às ações voltadas para as mulheres e à importância do PF. Ao mesmo tempo, ressaltam que o plano apenas reúne diretrizes e não gera novas ações – tratando-se, antes, de um grande articulador das estratégias já existentes das áreas executivas.

Em 2009, o plano é revisado e nova versão do documento é divulgada. Neste, mantém-se a ênfase na importância do PF e reforça-se a necessidade de integração entre as áreas de saúde da mulher e de DSTs/Aids, introduzindo-se, assim, a recomendação explícita de articulação entre as ações de planejamento reprodutivo e de prevenção de DSTs/Aids.

A oferta sistemática e extensiva de métodos de dupla proteção para as mulheres passa a ser estratégia assumida no plano normativo e “deve ser feita usando um método anticoncepcional (pílula, injetável, DIU, diafragma, laqueadura tubária, vasectomia, entre outros) associado ao preservativo masculino ou feminino, em todas as relações sexuais. (...) Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das

DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada” (Brasil, MS/SPM, 2009).

Ao mesmo tempo, o documento só assume ações estratégicas mais específicas voltadas para a ampliação do uso do PF nas agendas afirmativas elaboradas para “mulheres vivendo com HIV” e “mulheres prostitutas”. Além disso, nas metas estabelecidas para 2011 em conjunto pelo MS e SPM, e constantes no anexo do documento,¹ só são assumidos compromissos de cobertura com relação às mulheres vivendo com HIV e aquelas vivendo nas unidades prisionais. Nesses dois casos está previsto oferecimento de PFs a 100% das unidades que atendem esses grupos de mulheres.

Para outros grupos de mulheres não há metas de cobertura. Estudo para estabelecer indicadores e estimativas de necessidades para a ampliação do acesso ao PF para a prevenção das DSTs/Aids consta igualmente como compromisso assumido pelo referido documento. Em termos de compra, o plano destaca o compromisso com a aquisição de 20 milhões de PFs entre 2008 e 2011 (Brasil, MS/SPM, 2009).

A logística de distribuição do PF, de acordo com o MS, prevê o envio do método diretamente para as Secretarias Estaduais de Saúde (SEs), que, por sua vez, decidem se irão fazer a distribuição local por meio da área de saúde da mulher, das ações de planejamento familiar, e/ou da coordenação de DSTs/Aids. O percurso geral de disponibilização do PF é: o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais envia para SEs e para as secretarias de saúde das capitais, em geral diretamente para os almoxarifados. As SEs redistribuem para as secretarias de saúde de municípios com mais de 500 mil habitantes, para os serviços

¹ O anexo, na verdade, refere-se a um conjunto de metas acordadas entre MS e SPM inseridas em políticas, ações, programas e projetos relacionados ao enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs e assumidas como essenciais para a efetivação do plano.

especializados, para as regionais de saúde e ONGs. As Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) reproduzem esse percurso, redistribuindo para as unidades de saúde e ONGs.

Em 2009, a Nota Técnica nº 094 estabeleceu as recomendações para a descentralização integrada dos insumos estratégicos de prevenção para os municípios e capitais, prevendo o planejamento compartilhado e o estabelecimento de fluxos e gestão dos insumos (MS, 2009b). Com isso, as capitais passaram a receber os preservativos diretamente do MS.

Para aprimorar o controle e o planejamento da necessidade de aquisição do PF e dos outros insumos de prevenção, enfatizou-se, a partir de 2005, a necessidade de construção dos Planos de Necessidades de Insumos de Prevenção. O PNIP foi concebido, segundo documento do MS, como um instrumento de gestão com o objetivo de operacionalizar as ações de prevenção pactuadas nos Planos de Ações e Metas e constitui um “esforço conjunto entre o Programa Nacional de DST e Aids e das Coordenações Estaduais de DST e Aids para orientar o processo contínuo de aquisição e distribuição de insumos de prevenção” (MS, 2006b). Parte, portanto, das indicações dos gestores locais para o planejamento da compra centralizada e da distribuição dos insumos de prevenção de DSTs e Aids, entre os quais se incluem os PMs e PFs. Os demais insumos de prevenção são gel lubrificante, kit de redução de danos, material educativo e informação qualificada.

Para viabilizar o controle e o planejamento da distribuição desses insumos foi desenvolvido um sistema informatizado (on-line), com planilhas que devem ser alimentadas mensalmente pelas instituições municipais e/ou regionais de saúde que distribuem os insumos de prevenção, com as informações necessárias de estoque por meio da Rede Pública de Insumos de Prevenção.

Como funciona o Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção

O objetivo imediato do PNIP é identificar os quantitativos de insumos que deverão ser adquiridos pelos gestores nas três esferas de governo. Já a Rede Pública de Insumos de Prevenção tem como propósito “orientar os serviços de logística dos estados e municípios promovendo o acesso aos insumos de prevenção nos serviços públicos de saúde. Seu principal objetivo é a manutenção da logística dos Insumos de Prevenção disponíveis à população, democratizando as informações de saúde tornando-as disponíveis, através de um sistema que integre produto, recursos financeiros, recursos humanos capacitados e planos de ações e metas para os procedimentos mais adequados à demanda do estado em relação às ações preventivas. Para alcançá-las são necessárias pactuações nas três esferas governamentais”

O PNIP é construído em três etapas: estimativas populacionais, avaliação da cobertura das ações de prevenção em cada segmento populacional e atualização da formalização de contrapartida nas instâncias de gestão e controle social do SUS (MS, 2006b).

Existem cinco campos de desafios logísticos para o bom funcionamento do PNIP, segundo técnicos/as do MS. Um primeiro e importante desafio está no plano da programação. Em geral, fazer estimativas de populações específicas é um grande desafio para a gestão de programas e ações em saúde pública; conseqüentemente, há a dificuldade no estabelecimento de metas factíveis e adequadas para a distribuição dos insumos. Essas dificuldades resultaram, por

exemplo, na previsão total de 200 milhões de preservativos para o ano de 2010,² quando, na opinião de gestores/as do MS, parte importante dos 10 milhões adquiridos nos últimos anos não teria sido inteiramente distribuída.

O segundo desafio mais importante está na outra ponta do processo: a disponibilização. Nesse campo, reconhece-se a dupla necessidade de sensibilização das equipes e de construção de um processo de acompanhamento das ações que identifique com nitidez o grau de aceitação do PF pelas mulheres, a demanda efetiva e a existência de retornos das usuárias para a continuidade do uso. Entre os dois extremos, foi apontada ainda a existência de desafios relacionados à aquisição e gestão de contratos, à armazenagem e à própria distribuição.

Desde 2002, como salientado, o MS já havia estabelecido as diretrizes gerais para a distribuição dos insumos de prevenção que, atualmente, orientam a elaboração dos planos de necessidades pelos estados e pelos municípios que integram o programa federal de incentivos. As diretrizes incorporam os princípios da priorização de populações mais vulneráveis, da integração e ampliação planejada de programas e serviços e da distribuição associada à ação educativa.

Entre 2000 e 2009 foram distribuídos pelo MS cerca de 16 milhões de PFs às 27 unidades da federação (Tabela 1). Desse total, aproximadamente 6 milhões após a implantação do PNIP. Metade dos preservativos foi distribuída para sete estados e em apenas oito houve compra direta do insumo, em geral pela capital. O DF foi a unidade federativa que comprou a maior proporção de preservativos (20,8%), seguido por Recife (18,6%) e pelo município de São Paulo (16,9%), de tal forma que 95,6% do total de PFs distribuídos foram comprados pelo MS.

² Estimativa baseada nos Planos de Insumos Estaduais e Municipais, de acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (informações coletadas durante entrevista de pesquisa).

Segundo informações fornecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a compra de 10 milhões de PFs prevista no Plano de Enfrentamento de 2007 não havia sido realizada até dezembro de 2010 em função de uma série de problemas administrativos. A última aquisição foi realizada em 2007 e em 2010 o almoxarifado do MS estava praticamente sem quantitativo, razão pela qual não houve remessa do método para os estados e municípios.

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

UF	2000-2006	2007		2008		2009		Total MS	Total direta	Total	%	% Acum	% MS
	Subtotal	MS	Direta	MS	Direta	MS	Direta						
SP	1.379.900	147.000	66.495	395.000	221.232	317.000	166.350	2.238.900	454.077	2.692.977	16,5	16,5	83,1
RJ	756.600	78.000		179.000	5.600	212.500	1.000	1.226.100	6.600	1.232.700	7,5	24,0	99,5
BA	516.800	81.000		185.500		140.000		923.300	-	923.300	5,6	29,6	100
PA	577.800	81.000		182.000		77.000		917.800	-	917.800	5,6	35,2	100
RS	604.700	63.000		143.900		45.000	24.000	856.600	24.000	880.600	5,4	40,6	97,3
PE	462.000	45.000		103.500		44.500	150.000	655.000	150.000	805.000	4,9	45,5	81,4
SC	432.800	60.000		138.000	1.000	103.500	300	734.300	1.300	735.600	4,5	50,0	99,8
MA	412.700	69.000		158.500		93.500		733.700	-	733.700	4,5	54,5	100,0
PR	473.000	60.000	333	138.000	500	60.000	1.000	731.000	1.833	732.833	4,5	59,0	99,7
MG	432.400	69.000		158.500		32.000		691.900	-	691.900	4,2	63,2	100,0
GO	349.800	68.000		183.000		38.000		638.800	-	638.800	3,9	67,1	100,0
MT	288.200	51.000		142.000		62.000		543.200	-	543.200	3,3	70,4	100,0
AL	254.700	48.000		110.000		127.500		540.200	-	540.200	3,3	73,7	100,0
CE	266.800	39.000		95.000		109.000		509.800	-	509.800	3,1	76,8	100,0
PB	292.732	39.000		92.500		78.000		502.232	-	502.232	3,1	79,9	100,0
MS	250.200	45.000		103.500		32.000		430.700	-	430.700	2,6	82,5	100,0
ES	254.000	39.000	2.200	89.000		36.000		418.000	2.200	420.200	2,6	85,1	99,5
SE	239.500	33.000		75.500		58.000		406.000	-	406.000	2,5	87,6	100,0
DF	196.000	18.000		41.500		30.000	75.000	285.500	75.000	360.500	2,2	89,8	79,2
RN	146.200	62.000		32.000		32.000		272.200	-	272.200	1,7	91,5	100,0
AM	80.800	12.000		30.000		99.000		221.800	-	221.800	1,4	92,8	100,0
AC	120.500	21.000		47.500		30.000		219.000	-	219.000	1,3	94,1	100,0
PI	94.700	12.000		33.000		69.500		209.200	-	209.200	1,3	95,4	100,0
RO	114.000	18.000		41.500		34.000		207.500	-	207.500	1,3	96,7	100,0
TO	100.000	15.000		34.000		42.000		191.000	-	191.000	1,2	97,9	100,0
AP	98.000	15.000		34.000		34.000		181.000	-	181.000	1,1	99,0	100,0
RR	100.000	15.000		34.000		20.000		169.000	-	169.000	1,0	100,0	100,0
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	100,0		95,6

Fonte: MS-PN-DST/Aids apud Barbosa e Perpétuo, 2010.

Síntese dos resultados dos estudos de caso

Tomando-se como referência a síntese das conclusões da avaliação de Perpétuo e colaboradores (2005), apresentada abaixo, o que se verifica hoje é que não houve mudanças significativas na SDPF no período de 2005 a 2010. Ao contrário, algumas questões se agravaram nesse período:

1. Os preservativos femininos, em geral, são distribuídos junto com os masculinos, mas não se dispõe de informação relativa à ampliação da autonomia feminina ou à efetiva ampliação da cobertura das relações sexuais desprotegidas. **Em 2010, não foram verificadas mudanças.** As poucas informações existentes são produzidas por pesquisadoras que acompanham os processos relacionados com a ampliação da oferta do PF e se atêm ao monitoramento do número de PFs distribuídos (Figueiredo, 2009; Figueiredo et al, 2008; Kalckmann, s.d.; Kalckmann et al, 2007).
2. Após o momento inicial de implantação, entre 2001 e 2003, o Ministério da Saúde ofertou suporte técnico e político para a organização e implementação da distribuição do preservativo feminino em vários estados. No entanto, o treinamento, que deveria acontecer em cascata até o nível local, não ocorreu necessariamente dessa forma, tendo se limitado ao nível estadual em várias localidades analisadas pelo estudo de 2004. **Em 2010, a situação havia se**

agravado. Nos últimos anos, os treinamentos não haviam sido retomados, com exceção da rede básica do município de São Paulo, que iniciou um processo próprio de formação das equipes de profissionais.

3. Os instrumentos básicos de documentação e acompanhamento da SDPF eram 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. Inicialmente de uso obrigatório por determinação do PN-DST/Aids, tornou-se opcional. Por isso, o monitoramento da SDPF foi considerado falho em 2004: informações precárias, dificuldades de consolidação dos dados e baixo acompanhamento sobre os estoques. Dados eram utilizados apenas como prestação de contas ao MS para repasse dos preservativos. **Em 2010, não foram verificadas mudanças**, apesar da implantação do sistema on-line de controle de insumos de prevenção e do PNIP. O controle de distribuição dos PFs, quando existe, não é em geral realizado pelos instrumentos previstos pelo PNIP. Tais dificuldades no controle dos insumos podem ser, por exemplo, responsáveis pelas visões distintas encontradas com relação à demanda por PFs. Existe uma compreensão compartilhada em geral pelas equipes do MS e das SESs de que não há demanda por PF, uma vez que os estoques estariam parados. Contudo, como se constatou nos relatos dos estados, pelo menos em Pernambuco e São Paulo não há estoque parado.
4. A previsão, em termos de logística, era que o PN-DST/Aids distribísse os insumos para as secretarias estaduais e estas diretamente para os locais que fariam a distribuição às mulheres, que deveriam ser ONGs e serviços de saúde bem estruturados, que realizassem ações educativas para prevenção e integrassem a atenção à saúde da mulher e DST/Aids. As regionais de saúde e as Secretarias Municipais de Saúde estariam excluídas do fluxo. Na prática, porém, o que

acontecida era o envio direto para as secretarias municipais e as ONGs, em quantidade insuficiente e de forma inconstante, e a colocação dos preservativos em serviços com baixa capacidade técnica e operacional, isto é, com pessoal pouco motivado e capacitado para trabalhar com o insumo. **Em 2010, encontramos distintas situações.** Em São Paulo, a maior parte dos insumos vai para as regionais de saúde e para a capital, mas uma pequena parte vai para a coordenação do PE-DST/Aids. Em Pernambuco, segue direto para o almoxarifado da SES. As quantidades distribuídas sofreram um pequeno aumento no período, mas voltaram a cair em 2009 e, em 2010, não houve remessa por parte do MS. As Secretarias Municipais de Recife e São Paulo realizaram compras suplementares, o que minimizou nesses locais o impacto desta ausência.

Além das questões operacionais elencadas, e mais uma vez em concordância com o diagnóstico de Perpétuo (2005), pode-se destacar que existem questões conceituais a respeito da SDPF que precisam ser reanalisadas, uma vez que impactam as decisões relativas aos modelos de intervenção nos diferentes níveis de atuação.

As contradições presentes na SDPF com relação à definição estratégica de seus objetivos e de seu alcance ficaram ainda mais evidentes quando consideramos o Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs. Este, ao incluir ao mesmo tempo estratégias e metas específicas nas suas agendas afirmativas – focalizando as ações em torno de segmentos populacionais específicos –, e, no outro extremo, ao defender a opção pelo atendimento à população feminina em geral, acaba por reproduzir e reforçar as mesmas contradições constantes da SDPF.

O atual contexto da SDPF pode ser descrito da seguinte forma, para os dois casos estudados:

- Não existe logística própria de distribuição do PF, que segue o mesmo fluxo dos outros insumos de prevenção.
- Não há protocolos estabelecidos para a oferta e o acompanhamento do uso do PF pelas usuárias. Aparentemente, seguem-se as mesmas orientações utilizadas para o PM.
- As remessas do MS e a compra direta dos PFs pelos estados e municípios são irregulares e em volume muito baixo; mesmo assim, não houve referência a situações de desabastecimento nos últimos cinco anos. Essa percepção pode ser decorrente do baixo grau de monitoramento da SDPF e pelo fato de não existir estímulo à demanda do insumo na ponta do sistema de saúde.
- A centralização da compra e da distribuição dos PFs pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais foi vista, nos casos estudados, como um problema porque fragmentou a política ao excluir da SDPF a atenção básica e a área de saúde da mulher e, mais especificamente, as ações de planejamento reprodutivo.
- O PNIP só é conhecido pelas equipes de DST/Aids e, para os/as técnicos/as entrevistados/as, foi visto como um instrumento pouco útil.
- O processo de monitoramento limita-se ao estabelecimento das cotas para repasse às unidades. Não há retorno das informações quanto ao modo como a disponibilização está sendo feita.
- Com exceção da rede básica do município de São Paulo, o PF é tratado nas ações educativas como um tema entre outros nas atividades de formação

para a prevenção em DSTs/Aids. A formação de profissionais de saúde, preconizada no início da política, não mais acontece.

- Não foram identificadas ONGs – de mulheres, feministas ou do campo da Aids – que distribuam PFs ou realizem ações voltadas para o estímulo a seu uso a partir de projetos em parceria com estados e municípios. Em Pernambuco, algumas ONGs incluíram essas ações em seus projetos apoiados pela SES, mas não chegaram a receber o insumo porque a secretaria só tinha estoque suficiente para a rede de saúde. Do mesmo modo, nos estados de São Paulo e Pernambuco não há ações de marketing social relacionadas ao PF. A DKT (empresa que comercializa o L’amour no Brasil) promove ações de marketing social relacionadas ao PF para algumas ONGs no Nordeste e no Sul do país, mas não em São Paulo ou Pernambuco.
- Pode-se considerar que existem duas perspectivas opostas com relação à estratégia de disponibilização. Para uma está correto o formato atual, focado na rede especializada de DSTs/Aids e em populações vulneráveis, havendo apenas um problema de insuficiência de insumos. Aqui, advoga-se prudência na disponibilização, estabelecendo-se condições de controle e avaliação permanente da política, para não desperdiçar recursos públicos. Para outra, a estratégia focalizada é insuficiente para proteger as mulheres e alcançar as metas de prevenção do HIV. Segundo esta última, o acesso deve ser universalizado por meio da atenção básica, nas ações de planejamento familiar, devendo-se adotar a mesma estratégia de distribuição ampla, sem condicionalidades, utilizada para o PM. Do mesmo modo, o PM é tomado como modelo para quebrar as possíveis resistências

da população em relação ao uso do PF, por meio da realização de campanhas massivas e sistemáticas de comunicação.

- Finalmente, diante desse contexto, todos os profissionais entrevistados concordam que é urgente promover uma mudança nos rumos da SDPF e ampliar o compromisso das gestões na expansão da oferta de PFs.

A análise da articulação entre as diferentes instâncias e níveis de governo, que consistiu num dos principais eixos dos estudos, dada a sua importância e as suas várias dimensões, merece um comentário a parte.

Para os/as técnicos/as entrevistados/as do MS, o fato de os sistemas estaduais e municipais de saúde não estarem trabalhando de forma programada dificulta imensamente a distribuição. A rede de programação – a organização coordenada entre os níveis federal, estadual e municipal das ações de prevenção e assistência – deveria se constituir na articulação entre a rede de dispensação e o PNIP, feito por coordenadores de DSTs/Aids em discussão com outras áreas das secretarias.

A intersetorialidade necessária para a implementação de ações preventivas é a meta mais difícil de se alcançar na visão dos/as entrevistados/as, por envolver a produção de consensos e compreensões comuns sobre o problema, a agenda e o foco do trabalho.

Na área de saúde da mulher do MS, verificou-se que, apesar da afirmação por parte da equipe técnica de que a disponibilização do PF está incluída entre suas ações, a análise do documento da Política Nacional de Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais não comprova essa informação. Atualmente não há debate interno sobre a questão e não foi identificada uma preocupação nesse sentido. A demanda por capacitação por parte dos estados também tem diminuído, embora os

materiais educativos da área de saúde da mulher voltados para as ações de prevenção incluem o PF. Em geral, a demanda vinda dos estados direciona-se para a contracepção hormonal, laqueadura e reprodução assistida.

Anteriormente, quando os insumos de planejamento familiar eram distribuídos por meio de kits sob a coordenação da ATSM, o PN-DST/Aids enviava parte dos PMs para a ATSM, que os repassava para as áreas de saúde da mulher nos estados. Hoje, as ações de planejamento familiar dependem das coordenações de DSTs/Aids para a inclusão de preservativos masculinos e femininos, uma vez que não os recebem mais diretamente da ATSM. Não há problema quanto ao primeiro, para o qual há uma política consolidada de distribuição universal, mas inegavelmente essa dissociação representa uma restrição importante para a ampliação do acesso ao PF que, de maneira geral, não é visto como contraceptivo.

Uma vez que a compra do insumo é centralizada, a ATSM não participa desse processo nem de sua distribuição, feita pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Também não participa do PNIP. A ATSM participou da elaboração e acompanha a implementação do Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids, mas compreende que se trata de uma ação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, e não da área de saúde da mulher.

Na SPM, a preocupação com o avanço da epidemia de HIV/Aids entre as mulheres tomou corpo em 2006, com a produção de um diagnóstico sobre a feminização da epidemia, com foco sobre as desigualdades de gênero como fator de vulnerabilização das mulheres. Esse diagnóstico foi apresentado à ATSM do MS como subsídio para a elaboração de uma ação articulada entre as duas instâncias do governo. Na época, as ações de prevenção do HIV/Aids estavam limitadas a profissionais do sexo, mulheres soropositivas e, ainda de forma muito tímida, a transexuais. Às gestantes soropositivas era oferecida assistência, sob a forma do

teste rápido e medicação durante e após o parto, mas não ações preventivas. De acordo com nossas informantes, as ações eram fragmentadas e não havia diálogo interno.

Nesse sentido, o Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids tem origem numa ação articulada entre a SPM e o MS, e conta com a participação de todos os estados. A SPM também incluiu ações de enfrentamento ao HIV/Aids no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, como parte das atividades voltadas para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com recursos próprios para as ações. Do ponto de vista da operacionalização, o plano deveria ser implementado pela área da saúde e o pacto pelas coordenadorias ou secretarias da mulher.

Para as técnicas da SPM, porém, há uma contradição interna ao plano: apesar de apresentar uma análise bastante ampla do problema, suas ações são focadas em grupos vulneráveis, o que o “tecnificou” e dificultou sua implementação.

O reduzido alcance da oferta de PF, principalmente por seu alto custo, sempre esteve no horizonte da SPM como um problema a ser superado. Uma das estratégias para isso tem sido a participação do governo brasileiro em articulações internacionais que debatem alternativas para a ampliação de sua aceitabilidade e oferta.

No plano estadual e municipal, a situação não é muito diferente: estado e município se articulam no campo das DSTs/Aids, mas a saúde da mulher, a área de políticas para as mulheres e a atenção básica ainda não se apropriaram devidamente da questão. As ações, embora envolvam o mesmo insumo com propósitos semelhantes, ou, no mínimo, complementares, parecem se desenvolver

de forma apartada. Nesse sentido, há fragmentação da política de disponibilização no interior das SMSs.

A articulação permanente dos programas estaduais e municipais de DSTs/Aids com os Fóruns de ONGs Aids é uma dimensão enfatizada no que se refere à política de distribuição dos insumos. Para nossos/as informantes, a questão do PF vem ganhando força nos últimos anos; as ONGs demandam os preservativos, especialmente as organizações que reúnem as cidadãs positivas, as que atuam na área de redução de danos e o Fórum LGBT. Apesar da demanda, no entanto, as SESs não têm repassado PFs para as ONGs, em função do pequeno quantitativo que recebem.

Desafios e sugestões para o aprimoramento da SDPF

Alguns impasses importantes têm reduzido a capacidade de implementação das ações voltadas para a ampliação do acesso ao PF. Assim como nos demais aspectos relacionados aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, as questões religiosas e culturais podem operar como elementos restritivos. Além disso, as disputas industriais em torno dos modelos e dos processos de patenteamento constituem limites efetivos para a ampliação da produção e distribuição em larga escala. Ao fim e ao cabo, o que se assiste atualmente é ao “esvaziamento” das tecnologias que podem contribuir para tomadas de decisões reprodutivas que impliquem o uso de produtos não medicamentosos e que contribuam para a prevenção das DSTs/Aids.

A maior parte das pessoas ouvidas advoga a universalização do acesso ao PF, entendido como método que proporciona autonomia às mulheres. Assim, a **desarticulação com o planejamento reprodutivo é um limite central** que afeta toda a concepção e implementação da política de disponibilização do PF.

Essa situação cria dificuldades para se garantir a intersetorialidade desejada para as ações e para a construção de um consenso em torno da compreensão do HIV e do PF como questões relacionadas à autonomia das mulheres. Ao mesmo tempo, verificou-se que a articulação entre diferentes

setores e programas de governo é em geral frágil e nem sempre reconhecida como tal. A percepção dos/as técnicos/as em relação a ela é extremamente variada, e algumas vezes antagonica, o que dificulta ainda mais ações conjuntas e efetivas.

O PNIP ainda é pouco conhecido e ao mesmo tempo em geral não é reconhecido como instrumento útil de gestão. As opiniões dos/as técnicos/as são geralmente desfavoráveis: segundo estes, apesar de o plano se basear nas necessidades identificadas pelo município, elas não são contempladas, pois o MS reduz o quantitativo e o plano se torna inútil. A definição por população parece voltar-se muito mais para o monitoramento do trabalho com os grupos vulneráveis do que para a garantia da distribuição. Outra crítica se refere aos critérios para a quantificação das populações, porque se trata de subpopulações que nem sempre se declaram como tal. Na opinião dos/as técnicos/as, a construção do PNIP, baseada em informações sobre grupos populacionais de difícil mensuração, é nesse sentido trabalhosa e subjetiva e, por isso, frágil.

Por outro lado, na disponibilização, não há mecanismos para fazer os PFs chegarem aos grupos definidos – eles simplesmente “caem na rede”. A única melhoria observada refere-se à desobrigação da necessidade de se retornar com as informações sobre a dispensação.

Assim como o PNIP, **a existência de uma política de disponibilização de PF também é pouco conhecida** por técnicos/as da área de saúde da mulher e da atenção básica – sabiam apenas que as secretarias e o MS tinham o insumo para populações vulneráveis de mulheres, especialmente profissionais do sexo. Nessa área é forte a opinião de que a estratégia de disponibilização do PF deveria ser operacionalizada também por meio do planejamento reprodutivo, junto com os métodos contraceptivos.

No entanto, essa não é a única percepção. Para algumas pessoas entrevistadas, do ponto de vista da saúde pública, o alto preço do PF não justifica o investimento em um insumo tão caro. Há pouca demanda e, por isso, não há pressão para o aumento da oferta. A percepção geral é de que o PF, dada sua reduzida oferta, é desconhecido das mulheres e dos profissionais de saúde, mas não necessariamente rejeitado. Para ser rejeitado, precisaria ser conhecido.

Assim, em uma espécie de círculo vicioso, a população não tem contato com o PF e, portanto, não pode solicitá-lo à rede que, por sua vez, não é estimulada a comprá-lo; com isso, não há pressão para a redução dos custos.

Uma das principais barreiras para a ampliação da oferta do PF está, portanto, na atitude dos profissionais de saúde e só pode ser superada por meio de um trabalho contínuo por parte da gestão. O receio de criar demanda para um insumo caro inibe os profissionais a oferecer o PF. Ao mesmo tempo há falta de entusiasmo por parte das equipes e desaprovação em relação à sua oferta para as usuárias.

O alto custo dos PFs foi referido por todas as pessoas entrevistadas como um limite concreto à expansão da oferta. Porém, vários argumentos foram elencados com vistas a enfrentar esse problema:

- O custo é alto quando comparado ao PM, mas perde importância diante do custo do tratamento da infecção pelo HIV, muito superior.
- A alocação das despesas é uma decisão política e não exclusivamente financeira, daí a necessidade de se repensar em que medida as gestões estão de fato comprometidas com a ampliação da autonomia das mulheres no enfrentamento da epidemia.

- Grandes compras pressionam para a redução dos custos.
- Há uma série de medidas fiscais que podem ser acionadas para a redução do preço do preservativo.
- A ação conjunta com outros países em busca de alternativas produtivas mais baratas também pode pressionar para a redução do preço final do PF.

A partir dos desafios identificados, foram apontadas várias sugestões para superá-los e aperfeiçoar a SDPF:

- A maior parte das pessoas entrevistadas defende a adoção da perspectiva universalista, ou seja, acredita que o PF deve ser distribuído na atenção básica, como mecanismo de dupla proteção para as mulheres. As estratégias de disponibilização do PF deveriam articular as populações vulneráveis junto com o acesso universal por meio da atenção básica.
- Ao mesmo tempo, entre os/as que acreditam que a estratégia de disponibilização não deve passar pela rede básica – porque não há formação suficiente para lidar com um insumo novo –, a melhor estratégia seria a disponibilização por meio das unidades especializadas, como modo de difundi-lo para novos grupos populacionais.
- Para ampliar a divulgação do método para além do campo da saúde foi sugerido o uso extensivo da comunicação, com spots na TV de ônibus e das Unidades Básicas de Saúde, seguindo o modelo de divulgação do PM.
- Estratégias mais abrangentes de marketing social e distribuição ampla por meio da colocação de displays em lugares públicos também foram mencionadas como forma de ampliar a aceitabilidade do PF.

- Deve ser parte da estratégia de disponibilização uma maior aproximação com as percepções e experiências das mulheres com o uso do PF. O monitoramento da SDPF pode ser um momento importante para isso, se este for reforçado, com a realização de grupos focais de avaliação que capturem as percepções de mulheres e profissionais de saúde sobre o uso do PF, e não se limitando ao acompanhamento da quantidade dispensada.
- Os protocolos de dispensação para a mulher devem ser revistos, de forma a se encontrar uma alternativa entre o monitoramento estrito do uso como condicionalidade para a oferta e a dispensação livre.
- De forma mais imediata, deve-se repensar a questão das condicionalidades – formação dos profissionais, orientação para as mulheres etc. – para que não dificultem o processo. Folders explicativos e campanhas informativas amplas podem ser mais eficazes.
- Parte de gestores/as e técnicos/as é avessa à ideia de condicionar a entrega do PF à orientação dada pelos serviços de saúde. Para eles, não são os profissionais de saúde que devem ensinar as pessoas a lidar com o próprio corpo e a saúde. Essa é uma perspectiva que revela um recorte de classe no qual o usuário do serviço de saúde está no lugar da ignorância, do qual deve ser retirado pelos “grupos letrados” – os profissionais de saúde. A informação deve ser massificada e não pode obstruir o acesso. Mas reconhecem que esse tipo de orientação esbarra na resistência dos profissionais, que se sentem esvaziados de seu papel se não “ensinarem”. A prevenção dialogada foi sugerida como a perspectiva mais adequada: deve-se oferecer a possibilidade de diálogo, mas não a obrigação, que respeite a escolha do indivíduo em relação a todos os insumos.

- Há consenso sobre a necessidade de desburocratizar o processo de acesso, sensibilizar toda a equipe da rede e romper as barreiras nos serviços de saúde. É importante lançar o foco na cultura e menos na estrutura.
- Existe a necessidade de se pensar em uma política pública específica que responda ao problema do alto custo e da irregularidade na distribuição, envolvendo o MS. A SDPF precisa ser discutida e repensada integralmente, mas para lidar com o problema do alto custo deve-se sensibilizar e envolver outras áreas de governo.
- Ainda em relação ao custo do PF, várias pessoas insistiram na importância de se realizar compras volumosas para gerar demanda. Chama-se a atenção para o fato de que o PF é caro quando comparado ao masculino, mas não quando comparado aos medicamentos para o tratamento da Aids. O aumento substancial das compras daria coerência ao discurso da vulnerabilidade e do empoderamento das mulheres.
- Em geral, todos concordam que deve haver maior comprometimento na política de distribuição do PF – a percepção é que de fato nunca houve empenho, nunca houve realmente divulgação do insumo, nunca houve uma grande campanha nem distribuição em grandes eventos. É isso que cria a demanda.
- É importante incorporar as mudanças de comportamento sexual de homens e mulheres na definição das estratégias, fazendo um investimento semelhante ao que foi feito com o PM. É preciso militância, tal como houve com o PM, o que só se dá com a presença dos movimentos sociais – daí a necessidade de um chamado ao movimento de mulheres para que se aproxime da gestão.

- A associação entre saúde e prazer deve estar sempre presente nos discursos sobre prevenção. O PF deve ser trabalhado junto com o gel lubrificante para as mulheres – especialmente a partir da menopausa – e a contracepção de emergência.
- A separação entre as políticas de Aids e de saúde da mulher é um obstáculo a ser superado, na direção da construção de instâncias ou áreas de saúde sexual e reprodutiva que envolvam os dois campos.
- Por fim, foi também enfatizada a necessidade de realização de nova pesquisa de avaliação da política atual, para se identificar para quem chegou o PF e como vem sendo usado.

Referências bibliográficas

Barbosa, R.M. & Perpétuo, I.H.O. (2010). Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20* (pp. 137-155). Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). *Nota técnica nº 013/2009/GAB/PN-DST-Aids/SVS/MS*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). *Nota técnica nº 094/2009/PREV/PN-DST-Aids/SVS/MS*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2009c). *Cadernos de atenção básica. Saúde sexual e reprodutiva*. Brasília: MS/SAS/DAB-DAPE.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Programa Nacional de DST/Aids. *Briefing Condom Feminino*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). *Orientações sobre o sistema de monitoramento da política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/HIV/Aids*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. (2006b). *Documento de orientação para elaboração do Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Política de distribuição do preservativo masculino na prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil*. Norma Técnica Nº 01/2002, Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002. Brasília: MS.

Brasília. Governo do Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. (2009). *Diretrizes para distribuição dos insumos de prevenção*.

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. (2009). *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs*. (Revisão do plano, abril 2009). Brasília.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. (2007a). *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher*. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. (2007b). *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs*. Brasília.

Figueiredo, R. (2009). *Fatores relacionados à baixa dispensa de preservativos femininos em UBSs da SMS/SP*. São Paulo: Instituto de Saúde/SMS.

Figueiredo, R., Castro Filho, J.M. & Bastos, S. (2008). Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Bis*, 46.

Kalckmann, S. (s.d.). *Preservativo feminino: Percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo, Brasil*. São Paulo. (Mimeo).

Kalckmann, S., Santos, C.G. & Cruz, V.M. (2007). Preservativo feminino de látex (L'Amour): Você conhece? *Bis*, 42.

Perpétuo, I.H.O., Abreu, D.M.X. & Perpétuo, G.R.O. (2005). *Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino*. Brasília: MS-PN-DST/Aids.

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. (s.d.). *Protocolo de regulamentação de oferta de métodos contraceptivos de barreira nos Serviços de Atenção Básica dos Municípios de São Paulo*. SP.

UNAIDS. (2010). *Plano operacional para a matriz de resultados do UNAIDS/Onusida: Focalizando mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH*. Brasil: UNAIDS.

III

Evidências sobre o uso do preservativo feminino em três pesquisas nacionais: PCS 2005, PNDS 2006 e PCAP 2008

Objetivo e metodologia do estudo

Nesta Parte III são apresentados os resultados do estudo que investigou o padrão do uso do preservativo feminino (PF) a partir dos dados produzidos por três pesquisas nacionais de base populacional: a Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 2005 (PCS 2005), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006 (PNDS 2006), e a Pesquisa sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 2008 (PCAP 2008). Das páginas seguintes constam as informações referentes à metodologia das três pesquisas e da presente análise, os resultados e as considerações finais.

Dado que o acesso da população brasileira ao PF acontece, desde sua introdução, majoritariamente por meio da rede de saúde e de ONGs através de compras públicas (Barbosa & Perpétuo, 2010), assumimos que as informações geradas por esta análise permitem estimativas aproximadas do impacto da Sistemática de Distribuição do Preservativo Feminino (SDPF).

Além disso, no presente estudo trabalhamos com a hipótese de que mulheres mais abertas ao uso de modernas tecnologias, mais atentas à questão da prevenção (gravidez e infecções sexualmente transmissíveis/HIV) e/ou com mais acesso aos serviços de saúde estariam mais propensas a experimentar a CF, uma

vez que ela é um artefato relativamente novo, disponibilizado quase que exclusivamente pelo Ministério da Saúde (MS). Com base nessa ideia, exploramos em maior profundidade os dados das pesquisas citadas, buscando compreender os fatores subjacentes ao uso do PF. Investigamos a associação entre o uso do PF com variáveis demográficas e socioeconômicas, indicadores relativos à experiência na prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao acesso à tecnologia e serviços de saúde.

Dados sobre o PF nas três pesquisas

A PCS 2005 foi feita por meio de amostra domiciliar da população urbana nacional, contrastando as grandes regiões do Brasil, com 5.040 respondentes, com idades entre 16 e 65 anos. Teve como objetivos investigar comportamentos sexuais, riscos e proteção frente ao HIV/Aids e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como algumas das interfaces das ISTs com o consumo de substâncias psicoativas e a utilização de métodos contraceptivos.

A PNDS 2006 é uma pesquisa amostral de caráter nacional representativa das cinco macrorregiões e dos contextos urbano e rural. Foi realizada por meio de um inquérito domiciliar, com aproximadamente 15 mil mulheres de 15 a 49 anos. Entre outros objetivos, a PNDS 2006 procura caracterizar a população feminina segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais e identificar padrões de conjugalidade e parentalidade, bem como padrões reprodutivos, o que inclui a experiência sexual, reprodutiva e contraceptiva.

A PCAP 2008 foi realizada em todas as regiões do Brasil e ouviu 8 mil mulheres e homens de 15 a 64 anos. Teve o objetivo principal de monitorar os indicadores de desempenho do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais,

sobretudo no que se refere à prevenção das situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras DSTs.

No presente estudo são utilizados os dados referentes a mulheres de 15 a 49 anos (16 a 49 anos na PCS 2005) que são sexualmente ativas, ou seja, tiveram relação sexual em algum momento de suas vidas. Este grupo é composto por 1.664 mulheres na PCS 2005, 13.692 na PNDS 2006 e 2.225 na PCAP 2008.

Nas três pesquisas, diversos quesitos fornecem informações sobre o PF.

Na PCS 2005 perguntou-se, em primeiro lugar, se a/o respondente conhecia a camisinha feminina (CF). Depois, há perguntas sobre seu uso nas seguintes ocasiões: na primeira relação sexual, alguma outra vez depois da primeira relação sexual, na última relação sexual vaginal com o parceiro estável dos últimos 12 meses e com o último parceiro eventual que teve nos últimos 12 meses. Além disso, é investigada a percepção que os respondentes têm da CF.

Na PNDS 2006, os dados sobre o PF provêm de quesitos existentes em diversas seções do questionário. Na seção sobre anticoncepção, há informações sobre os métodos que as entrevistadas conhecem/já ouviram falar, sobre os métodos que usaram alguma vez na vida e na primeira experiência anticoncepcional, e o(s) método(s) usado(s) atualmente. Na seção sobre conjugalidade e atividade sexual pode-se verificar a utilização de camisinha na primeira relação sexual, nas relações sexuais dos últimos 12 meses, na última relação sexual ocorrida nos 12 meses anteriores à pesquisa e os motivos de sua não utilização. Na seção sobre planejamento da fecundidade, o PF aparece como alternativa de resposta nas perguntas sobre a intenção de uso futuro de métodos anticoncepcionais. Além disso, foi perguntado a todas as mulheres se sabiam onde poderiam obter a CF e se achavam que a conseguiriam, caso quisessem usá-la.

Na PCAP 2008 perguntou-se, como na PCS 2005, se a/o respondente conhecia a CF e, às pessoas que responderam positivamente a essa questão, se já haviam utilizado o método.

Procedimentos da análise comparativa

Foi realizada a análise descritiva preliminar das variáveis correspondentes às informações anteriormente mencionadas a fim de investigar quais seriam as mais adequadas para retratar os padrões de informação e uso do PF e os fatores a eles associados.

Disso resultou que, sendo o PF um recurso pouco disseminado, muitas das variáveis, especialmente as que se referem ao uso em momentos específicos, contêm um número muito reduzido de casos, o que inviabiliza a sua utilização.¹ Assim, a análise aqui apresentada é feita com base na experiência acumulada com a CF, ou seja, seu uso em algum momento da vida.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, com o auxílio do software SPSS for Windows v. 17.0, levando-se em conta o delineamento complexo de amostragem. A primeira etapa é constituída por uma análise descritiva, através da qual é traçado o perfil de uso da CF segundo características sociodemográficas, variáveis que retratam o comportamento em relação à prevenção da gravidez e de DSTs, o acesso a novas tecnologias e aos serviços de saúde e o risco de infecção por DSTs.

¹ Na PNDS 2006, que tem amostra mais de cinco vezes maior que a das outras duas pesquisas, é extremamente baixo o número de respondentes que informaram o uso da CF em circunstâncias específicas: 10 mulheres usavam na época da pesquisa, 11 a utilizaram como primeiro anticoncepcional, 10 na primeira relação sexual, 14 na última relação sexual do ano anterior e três pretendiam usá-la no futuro.

Na escolha de variáveis para representar essas dimensões buscou-se assegurar a comparabilidade entre as três pesquisas e a inclusão de informações específicas que são importantes para melhor conhecimento de fatores associados ao uso da camisinha (Quadro 1).²

As variáveis sociodemográficas consideradas são: idade, coabitação, situação de residência, região, raça/cor e nível de escolaridade. Elas são comparáveis entre as três pesquisas, com a ressalva de que a PCS 2005 foi aplicada a partir dos 16 anos e apenas em áreas urbanas.

Quanto a indicadores relativos à prevenção de gravidez e DSTs foram selecionados: uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual; uso de camisinha na primeira relação, uso de camisinha na última relação ocorrida nos últimos 12 meses e na última relação sexual, prática de sexo seguro (uso atual de anticoncepcional associado à camisinha) e conhecimento anticoncepcional adequado.

Como indicadores de acesso à tecnologia e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva são utilizadas as seguintes variáveis: conhecimento e uso da pílula do dia seguinte, se sabe local de obtenção da CF, se tem como conseguir a CF e realização de exame ginecológico.

As comparações das distribuições entre as variáveis categóricas foram realizadas por meio do teste qui-quadrado levando-se em consideração a estrutura complexa do plano amostral. Para todos os testes estatísticos, adotou-se um nível de significância de 5%.

² A distribuição das entrevistadas segundo todas essas características é apresentada no Anexo.

Quadro 1 – Variáveis selecionadas para traçar o perfil do uso de preservativo feminino alguma vez na vida na PCS 2005, PNDS 2006 e PCAP 2008.

CATEGORIA	VARIÁVEL	PCS 2005	PNDS 2006	PCAP 2008
Características sociodemográficas	Idade	x	x	x
	Coabitação	x	x	x
	Raça/cor	x	x	x
	Nível de escolaridade	x	x	x
	Situação de residência	apenas urbana	x	x
	Região	x	x	x
Prevenção	Usou método anticoncepcional na 1ª relação sexual	x	x	não tem
	Usou camisinha na 1a. relação sexual	x	x	x
	Usou camisinha na última relação sexual dos últimos 12 meses	x	x	x
	Uso atual de camisinha associada a anticoncepcional	x	x	não tem
	Conhecimento anticoncepcional adequado	não tem	x	não tem
Acesso a novas tecnologias e aos serviços de saúde	Conhecimento da pílula do dia seguinte	x	x	não tem
	Uso da pílula do dia seguinte	x	x	não tem
	Sabe onde obter a camisinha feminina	não tem	x	não tem
	Tem como conseguir a camisinha feminina	não tem	x	não tem
	Última vez que fez um exame ginecológico	não tem	não tem	x
Risco DST-HIV/Aids	Doenças sexualmente transmissíveis	x	não tem	x
	Nº de parceiros nos últimos 12 meses	x	não tem	x
	Nº de parceiros na vida	x	não tem	x
	Tipo de relação (estável / eventual)	x	não tem	x

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Na segunda etapa do estudo é realizada uma análise multivariada da probabilidade de ter experimentado a CF através do ajuste de um modelo de regressão logística. Para cada variável relacionada ao uso de CF foram ajustados modelos de regressão logística, que também considera a estrutura complexa do plano amostral. Para cada pesquisa foram ajustados três modelos. No primeiro foram incluídas as variáveis explicativas comuns às três pesquisas; no segundo foram acrescentadas as variáveis específicas de cada uma delas. A partir deste último modelo, foram excluídas as variáveis específicas de cada pesquisa que não se apresentaram significantes via método *backward*, resultando no modelo três (modelo reduzido). Nesse terceiro modelo, considerado o modelo final, todas as variáveis sociodemográficas foram mantidas, independentemente de sua significância como variáveis de controle.

Os parâmetros desse modelo de regressão logística final são apresentados na forma de razões de chance (*odds ratio*), que medem a intensidade da associação entre cada uma das variáveis preditoras e a variável em estudo, adotando-se um nível de significância de 5%.

Resultados

Os dados indicam que a grande maioria das mulheres sexualmente ativas conhece ou pelo menos já ouviu falar da CF, nível de informação que se situa perto de 90% nas três pesquisas. O percentual de entrevistadas que reportaram tê-la experimentado alguma vez na vida passou de cerca de 4% em 2005-2006 para 9% em 2008, um aumento substancial que sugere que a CF é recurso que tem se disseminado. Também interessante é a informação disponível na PCS 2005 de que aproximadamente metade das mulheres que usaram a CF gostou dela (Tabela 1).

Examinando o padrão de uso (tabelas 2 a 5), o que primeiro chama a atenção é que as pesquisas nem sempre são coincidentes quanto à direção da influência das variáveis selecionadas sobre o uso da CF e, em muitos casos, os diferenciais não têm significância estatística, o que ocorre mais frequentemente na PCS 2005 do que nas outras pesquisas, provavelmente por causa do pequeno tamanho de sua amostra.

Tabela 1 – Conhecimento, uso alguma vez na vida e avaliação do preservativo feminino por mulheres sexualmente ativas* de 15 a 49 anos, segundo as diversas pesquisas. Brasil, 2005-2006-2008.

VARIÁVEL	PCS 2005		PNDS 2006		PCAP 2008	
	%	N	%	N	%	N
Conhece o preservativo feminino						
Não conhece	11,9%	238	9,4%	1.469	13,3%	354
Conhece	88,1%	1.725	90,6%	12.304	86,7%	2.540
p-value < 0,001						
Já usou camisinha feminina						
Não usou	96,0%	1.592	96,6%	13.217	91,2%	2.041
Já usou	4,0%	72	3,4%	475	8,8%	184
p-value < 0,001						
Avaliação da camisinha feminina			...	...	...	..
Gostou	49,8%	34				
Não gostou	28,5%	22				
Detestou	21,7%	16				

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Nota: *Mulheres que tiveram relação sexual alguma vez na vida.

No que diz respeito às características sociodemográficas (Tabela 2), em 2005 apenas região é significativa, indicando que a proporção de mulheres que experimentaram a CF é maior no Norte, Nordeste e Centro-Oeste do que nas regiões Sul e Sudeste. A PNDS 2006 indica que o uso da CF é maior nas idades mais jovens, na zona urbana e entre as mulheres mais escolarizadas. A PCAP 2008 mostra a existência de diferencial a favor de mulheres urbanas e das respondentes que não vivem com o companheiro.

Tabela 2 – Uso de preservativo feminino alguma vez na vida, por mulheres sexualmente ativas** de 15 a 49 anos,*** segundo características sociodemográficas selecionadas. Brasil, 2005-2006-2008.

CARACTERÍSTICA	PCS 2005				PNDS 2006				PCAP 2008			
	% usou alguma vez	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N
Idade			0,285				< 0,001				0,128	
15 a 34 anos***	4,5%	1,41		1.020	4,3%	2,12		7.981	9,6%	1,33		1.491
35 a 49 anos	3,2%	*		644	2,1%	*		5.711	7,4%	*		734
Coabitação			0,265				0,267				0,018	
Não	5,1%	1,42		552	3,9%	1,26		3.756	10,9%	1,56		872
Sim	3,7%	*		953	3,2%	*		9.936	7,3%	*		1.336
Situação de residência			-				0,048				0,039	
Urbana	4,0%			1.664	3,6%	1,56		9.712	9,3%	1,72		1.608
Rural	-				2,3%	*		3.980	5,6%	*		617
Região			0,007				0,709				0,995	
Sul, Sudeste	2,9%	0,45		1.135	3,4%	1,06		5.921	8,8%	1,00		1.101
Norte, Nordeste e Centro-Oeste	6,2%	*		529	3,3%	*		7.771	8,8%	*		1.124
Raça/cor			0,298				0,182				0,919	
Branca	3,3%	0,73		818	2,8%	0,77		5.305	9,0%	1,02		888
Negra	4,5%	*		789	3,6%	*		7.581	8,8%	*		1.239
Escolaridade			0,268				< 0,001				0,337	
Até 7ª série do ensino fundamental	3,9%	0,94		548	2,1%	0,51		6.007	9,8%	1,20		701
Ensino fundamental completo e mais	4,1%	*		1089	4,1%	*		7.573	8,2%	*		1.487
TOTAL	4,0%			1.664	3,4%			13.692	8,8%			2.225

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Notas: * Grupo de referência. ** Mulheres que tiveram relação sexual alguma vez na vida. *** Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

Tabela 3 – Uso de preservativo feminino alguma vez na vida, por mulheres sexualmente ativas** de 15 a 49 anos,*** segundo indicadores da experiência anticoncepcional e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Brasil, 2005-2006-2008.

CARACTERÍSTICA	PCS 2005				PNDS 2006				PCAP 2008			
	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N
Uso método anticoncepcional na 1ª relação sexual			0,268				<u>0,022</u>					
Não usou método	4,7%	1,40		748	2,6%	<u>0,65</u>		6.432	...	...	...	...
Usou	3,4%	*		899	4,0%	*		7.089	...	...	...	...
Uso camisinha na 1ª relação sexual			0,336				<u>0,001</u>				<u>0,003</u>	
Não	4,4%	1,38		1.133	2,7%	<u>0,56</u>		9.389	7,0%	<u>0,56</u>		1.377
Sim	3,2%	*		514	4,7%	*		4.182	11,8%	*		826
Uso camisinha na última relação sexual (últ 12 m)			<u>0,074</u>				<u><0,001</u>				<u><0,001</u>	
Não	3,6%	<u>0,60</u>		988	2,3%	<u>0,42</u>		6.599	6,7%	<u>0,49</u>		1.471
Sim	5,8%	*		481	5,4%	*		3.221	12,8%	*		732
Uso atual de camisinha associada a anticoncepcional			<u>0,076</u>				<u>0,001</u>					
Não usa camisinha	3,6%	<u>0,46</u>		987	2,9%	<u>0,36</u>		11.481	...	...	...	...
Usa somente camisinha	4,6%	0,60		282	5,2%	<u>0,67</u>		1.713	...	...	...	...
Usa camisinha e outro método	7,5%	*		200	7,6%	*		472	...	...	...	...
Conhecimento anticoncepcional adequado ****							<u>0,101</u>					
Conhecimento inadequado	...	...	...	...	2,7%	<u>0,72</u>		4.718	...	...	...	...
Conhecimento adequado	...	...	...	...	3,7%	*		8.974	...	...	...	...
Total	4,0%			1.664	3,4%			13.692	8,8%			2.225

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Notas: *Grupo de referência. **Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual. *** Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

**** Considerou-se que tem conhecimento adequado a entrevistada que cita espontaneamente 3 ou mais métodos anticoncepcionais reversíveis, sem considerar a CF.

Os dados disponíveis sobre o uso alguma vez na vida do PF, segundo variáveis relativas à experiência anticoncepcional e de prevenção de doenças (Tabela 3), sugerem que um maior conhecimento e uso da anticoncepção e uma maior preocupação com a prevenção conjunta da gravidez e ISTs/Aids favorecem o uso dessa tecnologia.

Para testar a hipótese de que mulheres mais abertas ao uso de modernas tecnologias e com mais acesso aos serviços de saúde estariam mais propensas a usar a CF, foram exploradas informações sobre conhecimento e uso da pílula do dia seguinte, existentes na PCS 2005 e PNDS 2006, e sobre a fonte de sua obtenção, disponível apenas nesta segunda pesquisa.

Como pode ser visto na Tabela 4, na PCS 2005, a relação dessas variáveis com o uso da CF segue a direção esperada, mas não tem significância estatística. Na PNDS 2006, o uso da pílula do dia seguinte, que pode ser tomado como indicador da aceitação de métodos não convencionais e também de acesso, é a variável que discrimina o maior uso (6,9%, risco relativo de 0,37 para as que nunca usaram). Também a variável indicativa de maior controle dos mecanismos de obtenção da CF é fator associado ao seu uso (5,8%, risco relativo de 5,05).

Tabela 4 – Uso de preservativo feminino alguma vez na vida, por mulheres sexualmente ativas** de 15 a 49 anos,*** segundo indicadores da experiência anticoncepcional e de acesso a novas tecnologias e aos serviços de saúde. Brasil, 2005-2006-2008.

CARACTERÍSTICA	PCS 2005				PNDS 2006				PCAP 2008			
	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N
Conhecimento sobre pílula do dia seguinte			0,840				<u><0,001</u>					
Não	3,7%	0,92		368	1,1%	0,26		3.746	...	...	...	...
Sim	4,0%	*		1.296	4,0%	*		9.946	...	...	...	...
Uso da pílula do dia seguinte			0,373				<u><0,001</u>					
Não	3,7%	0,71		1.057	2,7%	0,37		11.946	...	...	...	...
Sim	5,2%	*		239	6,9%	*		1.709	...	...	...	...
Sabe onde obter a camisinha feminina							<u><0,001</u>					
Não	...	...	...	...	1,0%	0,17		6.913	...	...	...	...
Sim	...	...	...	...	5,7%	*		6.771	...	...	...	...
Tem como conseguir a camisinha feminina							<u><0,001</u>					
Sim	...	...	...	...	5,8%	5,05		6.227	...	...	...	...
Não	...	...	...	...	1,2%	*		7.372	...	...	...	...
Realizou exame ginecológico											<u>0,040</u>	
Sim	...	...	...	...	...	...	...	...	9,1%	3,69		2.100
Nunca fez	...	...	...	...	...	...	...	...	2,6%	*		121
Total	4,0%			1.664	3,4%			13.692	8,8%			2.225

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Notas: *Grupo de referência. **Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual . *** Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

A utilização da CF segundo variáveis indicativas de comportamento sexual potencialmente relacionado a maior risco de DSTs é apresentada na Tabela 5. Nota-se que, em 2005, mulheres que já tiveram doenças de transmissão sexual ou que tiveram um maior número de parceiros no último ano utilizaram mais a CF. Entretanto, a existência de relacionamentos sexuais eventuais ou de um número maior de parceiros na vida não se mostrou associada ao uso da CF, o mesmo ocorrendo com todas as variáveis na pesquisa mais recente.

Tabela 5 – Uso de preservativo feminino alguma vez na vida, por mulheres sexualmente ativas** de 15 a 49 anos,*** segundo indicadores de risco de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids. Brasil, 2005-2006-2008.

CARACTERÍSTICA	PCS 2005				PCAP 2008			
	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N	Alguma vez usou	RR (usou)	p	N
Doenças sexualmente transmissíveis			0,004				0,664	
Nunca teve nenhuma	3,2%	0,41		1.312	9,2%	1,09		854
Já teve ou tem	7,3%	*		330	8,5%	*		1.371
Nº de parceiros nos últimos 12 meses			0,02					
Não teve	1,6%	0,03		119	...	...		...
Menos de 5	4,1%	0,07		1.543	...	...		...
5 e mais	38,1%	*		2	...	...		...
Nº de parceiros na vida			0,632				0,226	
Menos de 10	4,0%	0,79		1.548	10,0%	0,73		1.043
11 e mais	5,0%	*		82	13,3%	*		282
Tipo de relação (estável / eventual)			0,322				0,134	
Apenas estável	4,3%	1,65		1.426	7,7%	0,69		1.656
Estável e/ou eventuais	2,6%	*		106	10,8%	*		421
Total	4,0%			1.664	8,8%			2.225

Fonte: PCS 2005, PCAP 2008.

Notas: *Grupo de referência. **Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual. *** Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

Admitindo-se que várias das características associadas a um maior uso da CF podem estar correlacionadas, realiza-se a seguir uma análise multivariada da probabilidade de sua utilização, de modo a verificar o efeito independente de cada uma das variáveis consideradas.

Os resultados do modelo de regressão logística para o uso do PF alguma vez na vida, tendo como preditoras as variáveis comuns às três pesquisas, são apresentados na Tabela 6.

Observa-se que na PCS 2005 nenhuma variável foi significativa para o uso da CF a um nível de 5%. No modelo da PNDS 2006 foram significantes a idade, escolaridade e uso de camisinha na última relação. As mulheres de 15 a 34 anos têm uma chance de uso da CF 78% maior que as mulheres de 35 a 49 anos. Além disso, as mulheres que têm até a 7^a série do ensino fundamental apresentam uma chance de uso 39% menor que as mulheres de maior escolaridade. Destaca-se também o fato de as mulheres que não usaram camisinha na última relação terem uma chance de uso de CF 60% menor do que as mulheres que usaram camisinha.

Na PCAP 2008, apenas o uso de camisinha na última relação foi significativa, tendo as mulheres que não fizeram sexo seguro uma chance 43% menor de ter experimentado a CF.

Os modelos multivariados específicos para cada pesquisa permitem explorar o efeito de todas as variáveis explicativas nelas disponíveis, tendo as variáveis sociodemográficas como variáveis de controle.

Tabela 6 – Estimativas do modelo de regressão logística para o uso do preservativo feminino alguma vez na vida por mulheres sexualmente ativas* de 15 a 49 anos** (variáveis comuns às três pesquisas). Brasil, 2005-2006-2008.

CARACTERÍSTICAS	PCS 2005				PNDS 2006				PCAP 2008			
	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p
Idade												
15 a 34 anos**	0,09	1,09	[0,57 ; 2,08]	0,7864	0,58	1,78	[1,19 ; 2,67]	0,0049	0,14	1,16	[0,76 ; 1,75]	0,4918
35 a 49 anos (ref.)	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Coabita												
Não	0,26	1,3	[0,62 ; 2,72]	0,4883	-0,35	0,7	[0,42 ; 1,17]	0,1705	0,28	1,32	[0,87 ; 2,01]	0,196
Sim (ref.)	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Cor												
Branca	-0,07	0,93	[0,45 ; 1,91]	0,8432	-0,35	0,71	[0,43 ; 1,15]	0,1645	0,13	1,14	[0,76 ; 1,71]	0,5219
Negra	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Escolaridade												
Até 7ª série do ensino fundamental	-0,06	0,94	[0,47 ; 1,87]	0,8644	-0,59	0,55	[0,36 ; 0,85]	0,0068	0,3	1,35	[0,87 ; 2,09]	0,1871
Ensino fundamental completo e mais	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Região												
Sul e Sudeste	-0,64	0,53	[0,26 ; 1,08]	0,0798	0,11	1,12	[0,73 ; 1,71]	0,6093	-0,06	0,94	[0,62 ; 1,43]	0,7862
Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ref.)	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Uso de camisinha na última relação												
Não	-0,47	0,63	[0,30 ; 1,29]	0,205	-0,92	0,4	[0,27 ; 0,59]	0,0000	-0,56	0,57	[0,37 ; 0,88]	0,0109
Sim (ref.)	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Intercepto	-2,54	0,08	[0,03 ; 0,20]	<0,0001	-2,92	0,05	[0,03 ; 0,08]	0,0000	-2,36	0,09	[0,05 ; 0,19]	<0,0001

Fonte: PCS 2005, PNDS 2006, PCAP 2008.

Notas: IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances. *Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual. **Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

Os resultados do modelo final estimado para a PCS 2005 são apresentados na Tabela 7. Observa-se que apenas o relato de doenças transmitidas através de relação sexual foi significativo, ou seja, as mulheres que nunca tiveram DST apresentaram uma chance de uso de CF 57% menor que as mulheres que já tiveram ou têm.

Tabela 7 – Estimativas dos modelos de regressão logística para o uso do preservativo feminino alguma vez na vida por mulheres sexualmente ativas* de 16 a 49 anos (modelo completo). Brasil, 2005.

CARACTERÍSTICAS	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p
Idade				
16 a 34 anos	0,1	1,1	[0,58 ; 2,11]	0,7703
35 a 49 anos (ref.)	0	1	-	-
Coabita				
Não	0,38	1,47	[0,79 ; 2,71]	0,2199
Sim (ref.)	0	1	-	-
Cor				
Branca	-0,16	0,85	[0,41 ; 1,77]	0,6708
Negra	0	1	-	-
Anos de estudo				
até 7ª série do ensino fundamental	0,09	1,09	[0,54 ; 2,19]	0,8111
Ensino fundamental completo e mais	0	1	-	-
Região				
Sul e Sudeste	-0,5	0,61	[0,29 ; 1,27]	0,184
Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ref.)	0	1	-	-
Doenças transmitidas através de relação sexual				
Nunca teve nenhuma doença deste tipo	-0,84	0,43	[0,21 ; 0,89]	0,0237
Já teve ou tem (ref.)	0	1	-	-
Intercepto	-2,39	0,09	[0,04 ; 0,19]	<0,0001

Fonte: PCS 2005.

Notas: IC95% – Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances. *Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual.

Os resultados do modelo final estimado para a PNDS 2006³ (Tabela 8) sugerem que o acesso à CF é o fator mais importante para a sua utilização. Mulheres que não sabem onde obtê-la apresentam uma chance 81% menor de tê-la experimentado alguma vez na vida do que as mulheres que sabem. Mostra ainda que existe uma relação fortemente positiva da CF com o uso da contracepção de emergência e do PM (chance, respectivamente, 46% e 56% menor de ter experimentado a CF para as que nunca usaram esses recursos).

Tabela 8 – Estimativas do modelo de regressão logística para o uso do preservativo feminino alguma vez na vida por mulheres sexualmente ativas* de 15 a 49 anos (modelo reduzido). Brasil, 2006.

CARACTERÍSTICAS	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p
Idade				
15 a 34 anos	0,5	1,65	[1,09 ; 2,51]	0,0191
35 a 49 anos (ref.)	0	1	-	-
Coabita				
Não	-0,51	0,6	[0,36 ; 1,01]	0,0535
Sim (ref.)	0	1	-	-
Cor				
Branca	-0,41	0,66	[0,41 ; 1,07]	0,0952
Negra (ref.)	0	1	-	-
Escolaridade				
Até 7ª série do ensino fundamental	-0,27	0,76	[0,50 ; 1,16]	0,2036
Ensino fundamental completo e mais	0	1	-	-
Região				
Sul e Sudeste	-0,06	0,94	[0,61 ; 1,46]	0,792
Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ref.)	0	1	-	-
Uso de camisinha na última relação				
Não	-0,82	0,44	[0,29 ; 0,67]	0,0001
Sim (ref.)	0	1	-	-
Uso de pílula do dia seguinte				
Não usou	-0,61	0,54	[0,34 ; 0,87]	0,0109
Já usou (ref.)	0	1	-	-
Sabe onde obter CF				
Não	-1,66	0,19	[0,10 ; 0,35]	<0,0001
Sim (ref.)	0	1	-	-
Intercepto	-1,86	0,16	[0,09 ; 0,26]	<0,0001

Fonte: PNDS 2006. Notas: IC95% – Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances. *Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual.

³ Modelo reduzido no qual foram eliminadas as variáveis específicas não significativas ao nível de 5%.

As variáveis de controle do modelo de 2006 nem sempre apresentaram comportamento esperado a partir do resultado da análise descritiva. Controlados outros fatores, a coabitação, ao contrário do que indicava a análise univariada, é significativa e apresenta um impacto negativo (chance de uso da CF 40% menor para as mulheres não unidas), enquanto a escolaridade e a situação de residência deixam de ter influência significativa sobre a probabilidade de uso da CF. Entretanto, a idade manteve sua influência negativa sobre a probabilidade de uso da CF (mulheres mais jovens têm chance de uso 65% maior que as de 35 a 49 anos), enquanto a região e raça/cor continuam não significantes.

No modelo estimado para 2008 (não apresentado), a realização de exame ginecológico, que parecia exercer importante influência segundo a análise descritiva, não foi significativa, bem como ter tido alguma DST, número de parceiros na vida e o tipo de relacionamento no último ano (que já não mostravam influência). Eliminando-se essas variáveis e incluindo-se as sociodemográficas como variáveis de controle, chegou-se ao modelo final reduzido apresentado na Tabela 9.

Nesse modelo, o uso de camisinha na última relação e a situação de residência são significantes para o uso da CF. Mulheres que não usaram camisinha na última relação têm uma chance de uso de CF 48% menor do que as mulheres que usaram camisinha e as que residem em domicílios rurais têm chance de uso menor (53%) do que aquelas que residem em áreas urbanas.

Tabela 9 – Estimativas do modelo de regressão logística para o uso do preservativo feminino alguma vez na vida por mulheres sexualmente ativas* de 15 a 49 anos (modelo reduzido). Brasil, 2008.

CARACTERÍSTICAS	Coefficiente	Razão de Chances	IC 95%	p
Idade				
15 a 34 anos	0,22	1,25	[0,74 ; 2,11]	0,406
35 a 49 anos (ref.)	0	1	-	-
Coabita				
Não	-0,05	0,95	[0,56 ; 1,6]	0,847
Sim (ref.)	0	1	-	-
Cor				
Branca	0,14	1,16	[0,69 ; 1,92]	0,5767
Negra (ref.)	0	1	-	-
Escolaridade				
Até 7ª série do ensino fundamental	0,55	1,74	[0,99 ; 3,06]	0,0561
Ensino fundamental completo e mais	0	1	-	-
Região				
Sul e Sudeste	0,25	1,29	[0,76 ; 2,19]	0,3528
Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ref.)	0	1	-	-
Uso de camisinha na última relação				
Não	-0,66	0,52	[0,3 ; 0,9]	0,0196
Sim (ref.)	0	1	-	-
Situação de residência				
Rural	-0,76	0,47	[0,23 ; 0,96]	0,0387
Urbana (ref.)	0	1	-	-
Intercepto	-2,24	0,11	[0,04 ; 0,25]	0

Fonte: PCAP 2008.

Notas: IC95% – Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances. *Mulheres que alguma vez tiveram relação sexual.

Considerações finais

A reunião dos dados das três pesquisas apresentadas mostra que a grande maioria das mulheres brasileiras sexualmente ativas sabe da existência do PF e sugere que o nível de informação tem se mantido relativamente estável no tempo. Na época das primeiras pesquisas, 3-4% das mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos haviam experimentado o PF, percentual que aumentou para quase 9%, segundo a pesquisa mais recente.

Interessante ressaltar que metade das mulheres que, na PCS 2005, relataram já ter usado a CF tem dela uma avaliação positiva, sendo a porcentagem das que detestaram de apenas 22%. Essa informação, embora pontual – já que quesito semelhante não foi incluído nas duas outras pesquisas –, sugere que a ideia corrente de que a CF é um produto que dificilmente seria aceito não é verdadeira, especialmente se nos lembrarmos de que as respondentes da PCS 2005 tiveram contato com a primeira geração do método. Infelizmente não é possível analisar o que diferencia as mulheres que gostaram das que não gostaram da CF porque a amostra é muito pequena.

Na análise descritiva dos dados de 2005, a região de residência, o uso de CM, o número de parceiros no último ano e o relato de DSTs estão associados ao

uso da CF. As três primeiras relações desaparecem na análise multivariada, mas mantém-se a associação entre o uso da CF e a ocorrência de DSTs.

Na análise descritiva dos dados de 2006 e 2008, situação de residência e prática de sexo protegido se mostraram significantes e consistentes entre as duas pesquisas, indicando uma maior utilização da CF no grupo de mulheres de área urbana que praticam sexo protegido. As características que discriminam os maiores diferenciais de uso são, na PNDS 2006, ter como conseguir a CF (RR de 5,05) e idade (RR de 2,12) e, na PCAP 2008, ter realizado exame ginecológico alguma vez na vida (RR de 3,69).

Os resultados da análise multivariada reforçam a evidência de que a prática do sexo seguro, através da CM, é um fator importante de uso da CF. No caso da PNDS 2006, confirmam que o conhecimento do local de obtenção da CF é o mais relevante preditor do uso, seguido da prática do sexo seguro e da utilização da pílula do dia seguinte. E, no caso da PCAP 2008, mostram que, controladas as outras variáveis, a residência em área rural diminui a chance de uso e que o acesso ao exame ginecológico não exerce influência.

As diferenças metodológicas entre as três pesquisas, como o tamanho da amostra, diferenças de conteúdo e escopo e diferenças na forma de captar um mesmo tipo de informação, são limitações importantes deste estudo. Elas não permitem, por exemplo, valorizar mudanças da magnitude ou direção da influência de determinada variável como mudança de padrão do uso, como é o caso da perda da influência da idade ocorrida entre 2006 e 2008.

Além disso, o “uso alguma vez na vida” é uma variável pouco específica, porque não permite saber quando, por quantas vezes, com que frequência e em que circunstâncias a CF foi usada. Entretanto, a pequena disseminação do método

na população inviabiliza a análise do uso por meio de indicadores mais específicos. Exemplo disso é o fato de a PNDS 2006, que entrevistou mais de 13 mil mulheres, ter encontrado somente 14 que usaram a CF na última relação sexual dos últimos 12 meses. Nesse sentido, vale ressaltar que este tipo de estudo, baseado em amostras da população em geral, mesmo quando grandes contingentes de pessoas são entrevistados, como é o caso da PNDS, não é capaz de identificar padrões de uso da CF em populações específicas em função de sua pequena representação na amostra, como é o caso das trabalhadoras do sexo ou vivendo com HIV/Aids.

Vale observar ainda que alguns fatores examinados apresentaram comportamento diferente do esperado em relação ao uso da CF. Este é o caso da não associação entre seu uso e o acesso ao exame ginecológico (que poderia aumentar a chance de ter acesso à CF) ou da falta de influência de características associadas a situações de risco à saúde sexual e reprodutiva que seriam fonte de motivação ao uso da CF (desde, é claro, que a mulher tenha consciência desse risco), como ter parceiros eventuais e ter um número maior de parceiros.

Esse resultado talvez não seja tão surpreendente se colocado no contexto das características da CF: uso não contínuo ou esporádico, complementar à CM, que é em grande medida determinado pelo fato de o insumo não estar disponível no mercado e sua disponibilização pelos serviços públicos de saúde ser restrita (poucos serviços), muito reduzida (poucas unidades) e descontínua. Assim, a utilização da CF talvez seja quase fortuita, mais vinculada às variáveis de oferta que às características anteriormente referidas. Nesse cenário, os resultados obtidos, especialmente os da PNDS 2006, reforçam a ideia de que as usuárias da CF constituem um grupo especial de mulheres, seja porque tiveram a chance de ter acesso a ela, seja porque têm um comportamento inovador e maior preocupação com a prevenção de DSTs.

Referências bibliográficas

Barbosa, R.M. & Perpétuo, I.H.O. (2010). Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20* (pp. 137-155). Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.

Anexos

Tabela A.1 – Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos*, que já tiveram relação sexual na vida, segundo características sociodemográficas selecionadas, nas diferentes pesquisas. Brasil, 2005, 2006, 2008.

VARIÁVEL	PCS 2005		PNDS 2006		PCAP 2008	
	%	N	%	N	%	N
Idade						
15 a 34 anos*	56,70%	1.118	57,70%	8.030	60,90%	1.855
35 a 49 anos	43,30%	845	42,30%	5.743	39,10%	1.040
p-value=0,026						
Estado conjugal						
Unida	63,30%	1.209	72,50%	9.991	62,80%	1.759
Não unida	36,70%	754	27,50%	3.782	37,20%	1.136
p-value < 0,001						
Raça/cor						
Branca	46,70%	947	43,00%	5344	40,80%	1129
Negra	53,30%	947	57,00%	7615	59,20%	1635
p-value=0,067						
Nível de escolaridade						
até 7ª série do ensino fundamental	38,60%	740	38,30%	6.036	52,20%	1.105
Ensino fundamental completo e mais	61,40%	1.188	61,70%	7.625	47,80%	1.790
p-value < 0,001						
Situação de residência						
Urbana			16,00%	4.003	15,20%	839
Rural	100,00%	1.963	84,00%	9.770	84,80%	2.056
p-value < 0,001						
Região						
Sul, Sudeste	66,60%	1.340	59,90%	5.982	59,50%	1.427
Norte, Nordeste e Centro-Oeste	33,40%	623	40,10%	7.791	40,50%	1.468
p-value=0,006						

* Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

Tabela A.2 – Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos*, que já tiveram relação sexual na vida, segundo segundo indicadores da experiência anticoncepcional e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, nas diferentes pesquisas. Brasil, 2005, 2006, 2008.

VARIÁVEL	PCS 2005		PNDS 2006		PCAP 2008	
	%	N	%	N	%	N
Usou método anticoncepcional na 1ª relação sexual						
Não usou	49,10%	951	43,30%	6.465	...	
Usou	50,90%	991	56,70%	7.134		
p-value < 0,001						
Usou camisinha na 1ª relação sexual						
Não	71,70%	1.417	65,60%	9.439	65,20%	1.827
Sim	28,30%	525	34,40%	4.211	34,80%	1.024
p-value=0,002			-	-		
Usou camisinha na última relação sexual (últ 12 m)						
Não	72,20%	1.195	65,70%	6.636	68,30%	1.680
Sim	27,80%	492	34,30%	3.237	31,70%	807
p-value=0,001			-	-		
Uso de condom associado última relação sexual						
Não	72,20%	1.194	82,90%	11.549	...	
Usou apenas condom	16,60%	291	13,40%	1.722		
Sim, usou camisinha e outro método	11,20%	202	3,70%	476		
p-value < 0,001						
Conhecimento sobre pílula do dia seguinte ou CE						
Não	24,30%	502	22,70%	3.763	...	
Sim	75,70%	1.461	77,30%	10.010		
p-value=0,285						
Já usou pílula do dia seguinte						
Não usou	81,10%	1.205	86,40%	11.989	...	
Já usou	18,90%	256	13,60%	1.712		
p-value < 0,001						

* Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

Tabela A. 3 – Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos*, que já tiveram relação sexual na vida, segundo indicadores da experiência anticoncepcional e de acesso a novas tecnologias e aos serviços de saúde, nas diferentes pesquisas. Brasil, 2005, 2006, 2008.

VARIÁVEL	PCS 2005		PNDS 2006		PCAP 2008	
	%	N	%	N	%	N
Doenças transmitidas através de relação sexual			...			
Nunca teve nenhuma doença deste tipo	80,40%	1.569			42,30%	1.190
Já teve ou tem	19,60%	365			57,70%	1.705
p-value < 0,001						
Risco de pegar Aids			...		...
Nenhum	60,40%	1.180				
Baixo	26,30%	508				
Médio/Alto	13,20%	238				
p-value						
Nº de parceiros na vida			...			
até 10	95,70%	1.832			78,60%	1.284
11 e mais	4,30%	89			21,40%	337
p-value < 0,001						
Tipo de relação - com rel. sexual			...			
Estáveis	93,60%	1.659			79,00%	1.863
Estáveis e/ou eventuais	6,40%	117			21,00%	469
p-value < 0,001						
Sabe onde obter CF	...				...
Não			49,40%	6.941		
Sim			50,60%	6.824		
p-value -						
Tem como conseguir CF	...				...
Tem como conseguir			46,60%	6.275		
Não sabe aonde			53,40%	7.402		
p-value -						
Realizou exame ginecológico						
Sim	...		...		92,90%	2.675
Nunca fez					7,10%	213
p-value -						

* Na PCS 2005, o primeiro grupo etário é 16 a 34 anos.

IV

**Revisão sistemática
de estudos sobre
aceitabilidade e eficácia
do condom feminino**

Objetivo e metodologia do estudo

Nesta Parte IV são apresentados os resultados da revisão sistemática da literatura científica de estudos que avaliaram a aceitabilidade e a eficácia do condom feminino (CF) no Brasil e em outros países. O processo de busca bibliográfica foi implementado em duas etapas: uma etapa inicial de busca automatizada e uma posterior de busca manual (Lyles et al, 2006). O descritor que identifica o insumo (*female condom*) foi combinado com indexadores de literatura biomédica utilizados em sites de busca bibliográfica da área (em inglês, Medical Subject Headings – MeSH).

As buscas foram realizadas nos principais indexadores internacionais de literatura biomédica: MEDLINE via PubMed, Cochrane CENTRAL, AIDSLINE, AMED, CINAHL, TOXNET e ISI Web of Science, para o período entre janeiro de 1999 e novembro de 2010, com exceção do site AIDSLINE, no qual foram feitas para o período entre 1996 e 2000, ano em que a inclusão de novas citações foi descontinuada.

A estratégia inicial para a busca de estudos sobre aceitabilidade foi (female condom [Title/Abstract]) AND (acceptability [Title/Abstract]) e, para estudos sobre eficácia, (female condom [Title/Abstract]) AND (efficacy [Title/Abstract]).

O modelo de busca descrito refere-se ao padrão do indexador MEDLINE via PubMed, tendo sido utilizadas variações dessa estratégia, de acordo com as especificidades de cada indexador consultado.

A partir da consulta a colegas da área de saúde sexual e reprodutiva, constatou-se a baixa sensibilidade e a alta especificidade dessa estratégia de busca, o que a princípio determinou a exclusão de estudos elegíveis, mas que eram do conhecimento de especialistas do campo. Para reverter esse viés, nova busca foi realizada a partir de um único indexador: (female condom [Title/Abstract]). Tal estratégia abrangeu todos os estudos que tivessem mencionado de alguma forma o condom feminino (CF), permitindo a recuperação de artigos anteriormente excluídos pelo fato de os termos indexadores “eficácia” e/ou “aceitabilidade” não constarem de seu título e/ou resumo.

No entanto, por se tratar de uma estratégia muito abrangente e com especificidade muito baixa, a grande maioria dos estudos selecionados não era elegível. Assim, a fim de facilitar os procedimentos e viabilizar a padronização de futuras revisões, sugere-se aos pesquisadores da área uma maior aderência aos padrões de indexação de artigos científicos, buscando, sempre que possível, incluir no título e/ou resumo do artigo palavras-chave que permitam a identificação dos principais parâmetros e desfechos estudados (ex: eficácia, aceitabilidade).

Para reduzir possíveis vícios associados à busca eletrônica, procedeu-se posteriormente à busca bibliográfica manual, que contemplou as seguintes etapas:

- Busca de resumos apresentados em conferências nacionais e internacionais sobre HIV/Aids e/ou saúde reprodutiva/planejamento familiar, utilizando os mesmos termos indexadores usados na busca automatizada.

- Busca de pesquisadores que trabalham em pesquisas relacionadas com HIV/saúde reprodutiva/planejamento familiar. Pesquisadores internacionais foram buscados através da base de dados do National Institutes of Health, intitulada RePORT Expenditures and Results (RePORTER) (<http://projectreporter.nih.gov/reporter.cfm>). Pesquisadores nacionais foram identificados através da consulta à Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (<http://lattes.cnpq.br/>).
- Contato com todos os pesquisadores identificados e autores de artigos/resumos de congressos selecionados, objetivando obter cópias de trabalhos no prelo.
- Revisão da bibliografia citada em todos os artigos selecionados, buscando identificar estudos elegíveis adicionais.

Critérios de inclusão e exclusão

Apenas estudos que avaliaram a eficácia ou aceitabilidade do CF como desfecho principal foram incluídos. Não houve restrição quanto ao local de realização do estudo nem quanto à linguagem ou ano de publicação. Estudos que apresentassem exclusivamente dados qualitativos ou fossem revisões foram excluídos.

Seleção dos estudos

Utilizando um protocolo pré-definido, duas pesquisadoras extraíram o texto completo dos artigos científicos identificados como elegíveis. A avaliação da

elegibilidade de cada estudo e a extração das informações se deram de forma independente, objetivando minimizar possíveis vícios de observação. Após a identificação dos artigos considerados relevantes para o estudo, buscou-se um consenso com relação àqueles que deveriam ser incluídos no estudo.

Extração dos dados

A extração dos dados foi feita utilizando um formulário padronizado (apresentado a seguir), que facilitou a coleta sistemática de informações sobre o país no qual o estudo foi realizado, tamanho da amostra, período e desenho do estudo, características da amostra (sexo, raça/etnia, idade), aceitabilidade e/ou eficácia do CF na amostra, assim como covariáveis associadas aos desfechos de interesse.

Quando o estudo apresentava dados referentes à aceitabilidade e/ou eficácia do CF na amostra geral e também o mesmo desfecho(s) estratificado(s) de acordo com características sociodemográficas ou comportamentais diversas, todos os dados disponíveis foram coletados.

Modelo básico utilizado para a extração de dados

Fonte	N	País/estado	Características da População			Aceitabilidade e eficácia do CF		
			Desenho do estudo (Período)	Idade (intervalo)	Raça/Etnia (N, %)	Aceitabilidade do CF (%)	Eficácia do CF	Variáveis associadas à aceitabilidade e/ou eficácia

Avaliação da qualidade dos estudos

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, cada artigo selecionado recebeu um escore, de acordo com os critérios propostos por Downs & Black (1998). A lista de critérios original foi adaptada, excluindo aqueles relacionados exclusivamente a estudos de intervenção. Dezenove itens foram avaliados, alcançando um escore máximo de 20 pontos. O Quadro 1 mostra os itens avaliados.

Quadro 1 – Critérios de Downs & Black (1998) utilizados na avaliação metodológica dos artigos, adaptados pelos autores.

1	Clareza na descrição das hipóteses ou objetivo(s) do estudo
2	Definição dos resultados desejados na seção de introdução ou métodos
3	Descrição das características dos indivíduos incluídos no estudo
4	Descrição dos principais fatores de confusão
5	Clareza na descrição dos principais achados do estudo
6	Informação sobre a variabilidade dos dados randômicos para os resultados principais
7	Descrição das características dos indivíduos perdidos para o seguimento do estudo
8	Informação sobre a probabilidade real dos valores para os resultados principais
9	Representatividade da amostra planejada
10	Representatividade da amostra de indivíduos incluídos no estudo
11	Clareza na descrição dos resultados não baseados nas hipóteses anteriores
12	Ajuste da análise para diferentes tamanhos de seguimento do estudo
13	Adequação de testes estatísticos usados para avaliar os principais resultados
14	Acurácia dos instrumentos usados para medir os principais resultados
15	Comparabilidade entre indivíduos de diferentes grupos
16	Períodos de recrutamento iguais para indivíduos de diferentes grupos
17	Inclusão de ajuste para os principais fatores de confusão na análise
18	Consideração das perdas para o seguimento do estudo
19	Estudo com poder suficiente para detectar um efeito importante, com um nível de significância de 5%

Escore para todos os itens 0 ou 1, exceto para descrição do principal fator de confusão, avaliado como 0,1 ou 2. Total máximo: 20 pontos.

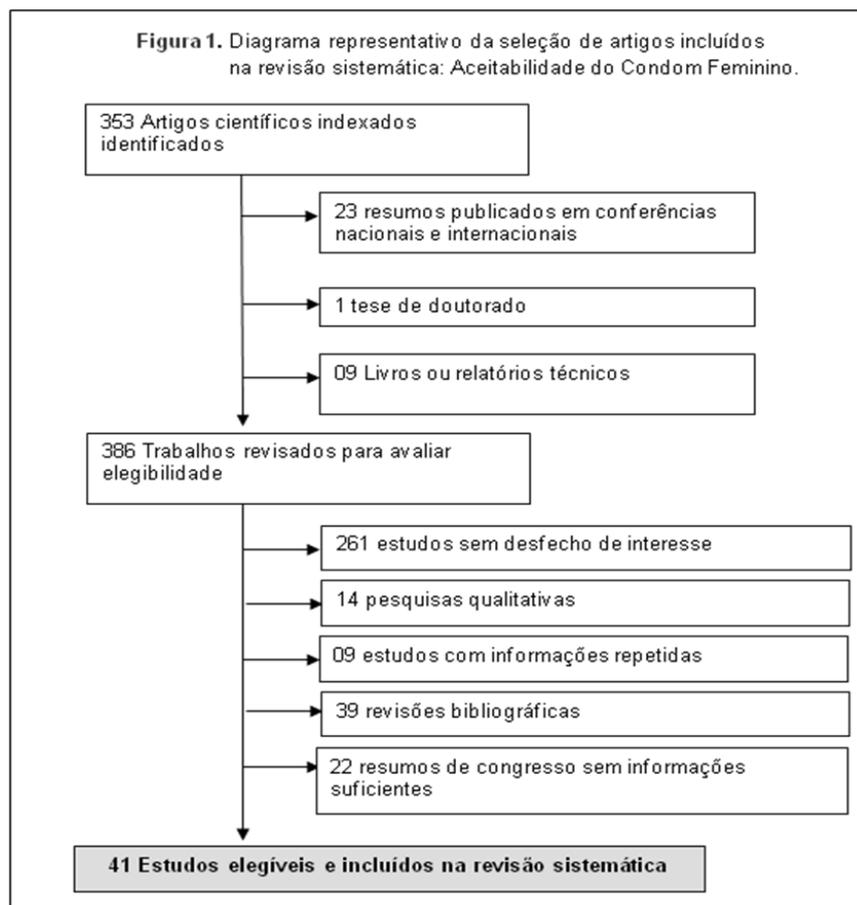
Aceitabilidade do condom feminino

Foram identificados 386 trabalhos, dos quais 353 eram artigos científicos indexados, 23 resumos apresentados em conferências nacionais e internacionais, uma tese de doutorado e nove livros ou relatórios de pesquisas não publicados. Desse total, 261 foram excluídos por não apresentarem o desfecho de interesse, 14 eram pesquisas qualitativas e nove estudos apresentavam informação já incluída em artigos anteriores. Dos 23 resumos de congresso, apenas um possuía informação suficiente para ser incluído (Solomon et al, 2005). Além disso, 39 estudos foram excluídos por serem revisões bibliográficas, não apresentando, portanto, nenhum dado primário. Assim, para os propósitos da presente revisão sistemática, foram incluídos 41 trabalhos elegíveis no que diz respeito à aceitabilidade (Figura 1).

A Tabela 1 (Anexo 1) apresenta os resultados dos 41 estudos incluídos neste trabalho, que analisou informações de um total de 25.892 participantes (intervalo: 61-2.469; mediana: 276 participantes), sendo 16 estudos de coorte, 16 estudos seccionais e nove ensaios clínicos randomizados. Em termos das características demográficas da população estudada, nota-se que os estudos foram realizados principalmente com mulheres jovens, com 30 anos ou menos. Quatro estudos foram realizados exclusivamente com mulheres trabalhadoras do sexo (Lara et al, 2009, Ray et al, 2001; Jivasak-Apimas et al, 2001; Thomsen et al, 2006), os quais

apresentaram frequências mais elevadas de aceitabilidade do CF, quando comparados com os demais estudos incluídos na revisão. Dois estudos foram realizados com homens que fazem sexo com homens (HSHs) (Gibson et al, 1999; Gross et al, 1999). Foram também identificados três grandes inquéritos populacionais sobre saúde sexual e reprodutiva, que permitiram estimar a prevalência de uso do CF no Brasil (Paiva et al, 2003; Barbosa e Perpétuo, 2010) e dois estudos de aceitabilidade com amostras acima de 2 mil participantes (Barbosa et al, 2007; Kalckmann et al, 2009).

Utilizando os critérios propostos por Downs & Black (1998, Quadro 1) para avaliar a qualidade dos estudos selecionados, em uma escala que varia de 0 a 20, a média (e a mediana) de pontuação da qualidade metodológica obtida foi de 9 pontos, com 4 e 14 pontos como mínimo e máximo obtidos, respectivamente.



Resultados de estudos internacionais

Um estudo realizado com 243 mulheres profissionais do sexo da República Dominicana identificou que a proporção de mulheres que mencionaram não se sentir confiantes em usar o CF diminuiu de 5% para 0%, ao longo de cinco meses de acompanhamento, enquanto a maioria das participantes mencionou que o CF estava sempre acessível durante seus encontros sexuais (79% vs. 86%, igualmente após cinco meses de acompanhamento). Os problemas mais frequentemente relatados pelas participantes acerca do CF foram: lubrificação excessiva (15%), tamanho muito grande (15%) e sensação de desconforto (14%). O uso ocasional do CF foi relatado por mais da metade das participantes com parceiros estáveis e a maioria referiu reação positiva do parceiro com o insumo (Lara et al, 2009).

O estudo realizado por Lameiras Fernandez e colaboradores (2008), com 45 casais heterossexuais da Espanha, identificou que crenças (positivas ou negativas) associadas ao uso do CF influenciam fortemente o desejo de experimentar, utilizar e manter o uso do insumo. Segundo os pesquisadores, os participantes percebem o CF como um método útil, mas ainda bastante desconhecido e que necessita de atividades de promoção e aconselhamento mais adequadas para ser efetivamente adotado, em particular por casais jovens.

Outro estudo realizado com 148 mulheres jovens francesas identificou boa aceitabilidade do CF (39%) e os seguintes aspectos positivos do insumo: resistência, o fato de poder ser colocado pela mulher antes da relação sexual e evitar alergias. Segundo o mesmo estudo, os principais aspectos negativos do CF relatados foram: dificuldade de colocação e barulho durante a relação sexual (Prudhomme et al, 2005).

Um estudo realizado com 280 mulheres afrodescendentes dos EUA, residentes em bairros pobres de Houston (Texas), identificou que mulheres com múltiplos parceiros, mais jovens, com pelo menos o ensino fundamental completo e que possuíam informações prévias sobre o CF tinham uma maior tendência de usar o insumo frente às demais mulheres (Holmes et al, 2008).

De acordo com um estudo realizado com 379 mulheres em Harare, capital do Zimbábue, aquelas que preferiam o CF e achavam mais fácil usá-lo de forma consistente, quando comparado ao CM, tinham uma tendência maior de adotar o método (Napierala et al, 2008).

Achados semelhantes foram identificados pelo estudo de Cabral e colaboradores (2003), realizado com 616 mulheres recrutadas em uma clínica para tratamento de ISTs do Alabama, EUA, entre 1995 e 1998. Segundo os autores, mulheres que referiram ter controle acerca da utilização do CM com seus parceiros também apresentaram uma tendência maior de usar o CF durante o estudo ($p=0,01$), enquanto mulheres que relataram não usar, ou usar de forma inconsistente o CM antes do estudo, apresentaram tendência menor de usar o CF durante o estudo ($p\leq 0,05$).

Um estudo de coorte realizado com 895 mulheres atendidas em uma clínica de DSTs do Alabama, EUA, identificou que 79% das participantes utilizaram pelo menos uma vez o CF durante o período de acompanhamento de seis meses. Os autores identificaram que mulheres empregadas (AOR=1,9; IC 95%: 1,3-2,9) e aquelas com parceiros estáveis (AOR=2,5; IC 95%: 1,6-3,8) tinham uma tendência maior de experimentar o CF. A grande maioria das participantes utilizou tanto o CF quanto o CM durante o período de acompanhamento (73%), enquanto apenas 8% utilizaram exclusivamente o CF e 15% relataram ter utilizado apenas o CM (Macaluso et al, 2000).

O estudo de Weeks et al (2010) acompanhou 461 mulheres de Hartford, EUA, entre 2004 e 2006. Os autores realizaram uma análise multinível, buscando identificar aspectos relativos ao indivíduo, parceiro e influência dos pares na utilização (ou não) do CF. No nível do indivíduo, o estudo identificou que usuárias do CF tinham maior tendência de ter terminado o ensino médio ($p < 0,01$), tendência menor de ser solteira ou casada, quando comparadas com mulheres viúvas ou separadas ($p < 0,05$); não foram identificadas tendências relativas à idade das participantes. Com relação às variáveis comportamentais, participantes que não utilizavam o CF apresentaram maior tendência de ter usado álcool ou drogas nos últimos 30 dias ($p < 0,05$); não foi identificada tendência relativa ao histórico de ISTs ou status para HIV. Usuárias do CF relataram com mais frequência ter tido experiências de abuso físico ou sexual durante a infância ($p < 0,001$). No nível do(s) parceiro(s), a única variável significativa para a diferenciação entre usuárias e não usuárias do CF foi o escore de poder na relação ($p < 0,05$), mensurado a partir de uma escala desenvolvida por Pulerwitz et al (2000). O achado mais significativo do estudo refere-se à análise de variáveis no nível de influência dos pares. Usuárias do CF relataram ter mais pessoas em sua rede social que falaram com ela sobre o CF ($p < 0,001$), relataram com mais frequência ter pelo menos uma pessoa influente em sua rede social que falou positivamente sobre o CF com ela ($p < 0,01$) e maior aceitabilidade do CF pelas normas de sua rede social ($p < 0,001$), escore mensurado através de uma escala. Usuárias de CF apresentaram menor tendência de ter tido relações sexuais desprotegidas nos últimos 30 dias ($p < 0,001$), sobretudo com parceiros principais ($p < 0,001$). Usuárias do CF também relataram com mais frequência o uso de CM nos últimos 30 dias ($p < 0,001$), indicando que usuárias do CF tendem a utilizar com mais frequência preservativos em geral.

O inquérito realizado por Okunlola e colaboradores (2006), com 850 mulheres estudantes de graduação da Nigéria, identificou amplo conhecimento

acerca do CF (80% das participantes) e ressaltou que 39,9% dessas mulheres haviam recebido informações sobre o CF através da mídia e 34,4% através de profissionais de saúde. No entanto, apenas 11,3% já haviam utilizado esse método pelo menos uma vez para prevenção de gravidez indesejada e/ou ISTs. Entre aquelas que já haviam utilizado o CF, 42,7% referiram que sua decisão foi fortemente influenciada pela aprovação do parceiro em utilizar o insumo. Os principais problemas mencionados incluem a dificuldade de inserir o CF e a falta de prazer durante a relação sexual.

O estudo de Agha (2001) avaliou a intenção de uso do CF entre homens e mulheres de Lusaka, Zâmbia, após uma ampla campanha de mídia promovendo o insumo. O inquérito, que entrevistou 1.589 participantes (53,6% deles homens), identificou que 40% dos participantes usariam CF no futuro, comparados com 72% dos que usariam CM. O nível de educação se mostrou significativamente associado à intenção de usar CF no futuro – participantes que tinham maior escolaridade apresentaram menor intenção de usar o insumo: 35% daqueles com 13 anos ou mais de escolaridade, 43% daqueles com 8-12 anos de escolaridade e 42% dos que tinham menos de 8 anos de estudos formais disseram que tinham intenção de fazê-lo. Aproximadamente 50% daqueles que haviam discutido o uso do CF com parceiro(a) referiram ter interesse em usar o insumo no futuro. O uso de preservativo no último ano também se mostrou um preditor de interesse em usar CF no futuro: 33% daqueles que não usaram nenhum preservativo no último ano declararam que o fariam *versus* 43% dos que usaram CM, 63% dos que usaram CF anteriormente e 51% daqueles que haviam utilizado ambos os preservativos no último ano.

Um estudo realizado na Itália, com 162 participantes que haviam procurado testagem para HIV (66,7% deles mulheres), identificou percepções

positivas acerca do CF, em particular o fato de que a maioria dos entrevistados concordava com a afirmativa de que “CF protege mais contra gravidez indesejada do que CM” (56,2% concordaram totalmente e 32,1% concordaram parcialmente com esta afirmação). Um percentual elevado dos participantes também concorda com a afirmativa de que “CF protege mais contra HIV/Aids e demais ISTs do que CM” (59,3% concordaram totalmente e 29,6% concordaram parcialmente com esta afirmação). A principal razão para não querer usar o CF entre os homens foi o relato de “barreiras psicológicas”, com proporções decrescentes referentes à dificuldade de inserção e preferência pelo CM. Entre as mulheres, as principais razões para não querer utilizar o insumo foram: dificuldade de inserção, desconforto durante a relação sexual e preferência pelo CM. Embora 67,6% das participantes tenham concordado em utilizar o CF e retornar ao centro de estudo para relatar sua experiência, apenas 6, das 73 mulheres, retornaram, impossibilitando análises mais aprofundadas sobre a aceitabilidade do CF (Spizzichino et al, 2007).

Rasch e colegas (2007) realizaram um estudo com 548 mulheres que buscaram atendimento para complicações pós-aborto incompleto em área rural da Tanzânia. Todas as participantes receberam aconselhamento sobre HIV/Aids, CF e CM após o atendimento médico de emergência. Das participantes aconselhadas, 95% (n=521) aceitaram utilizar os métodos de contracepção oferecidos: CF e/ou CM. Na entrevista de avaliação, três meses após o aconselhamento, 91% das mulheres que aceitaram utilizar os métodos de contracepção oferecidos retornaram ao serviço de saúde para avaliar suas práticas; dessas, 30% (n=158) utilizaram o CF. Os autores concluíram que mulheres com histórico de aborto incompleto e inseguro apresentam uma boa aceitabilidade do CF, em particular aquelas que tinham pelo menos o ensino médio completo e/ou algum tipo de

renda. A maioria das mulheres que usaram o CF referiu ter gostado do insumo e pretender utilizá-lo novamente.

Meekers & Richter (2005) realizaram um inquérito em 1998 no Zimbábue, incluindo uma ampla amostra (n=1.740) de homens e mulheres heterossexuais. Segundo o estudo, as seguintes variáveis se mostraram associadas ao uso do CF: facilidade de uso e baixo custo do insumo, assim como o fato de haver utilizado o CM nos últimos 12 meses. O uso consistente do CF com marido/esposa se mostrou associado à prevenção da gravidez (AOR=5,40, $p<0,01$), utilização prévia do CM com marido/esposa (AOR=7,95, $p<0,01$) e inversamente associado com o relato de ter tido mais de dois parceiros sexuais nos últimos 12 meses (AOR=0,25, $p<0,01$). O uso consistente do CF com parceiros estáveis, que não sejam marido/esposa, se mostrou associado com as seguintes variáveis: percepção acerca da eficácia do CF em prevenir HIV/ISTs (AOR=3,81, $p<0,01$) e prevenir gravidez (AOR=2,85, $p<0,01$), facilidade de uso (AOR=1,89, $p<0,05$) e baixa autopercepção de risco frente ao HIV (AOR=2,35, $p<0,01$).

Estudo realizado no Alabama, EUA, entre 2000 e 2001 por Kulczycki e colaboradores (2004), identificou um dos mais elevados graus de rejeição ao CF encontrados na presente revisão sistemática. Entre as 109 mulheres que integraram o estudo, 87% disseram não ter gostado do insumo e 91% dos seus parceiros também referiram não ter gostado dele.

Outro estudo, realizado com 149 trabalhadoras do sexo de Harare, Zimbábue, com uma população com alta prevalência de infecção pelo HIV na linha de base (86%), também identificou uma baixa aderência ao uso de CF (3% na linha de base e 9% após duas semanas de acompanhamento), enquanto a aderência ao uso do CM aumentou consideravelmente (0%-52%) no mesmo grupo, após um ano de acompanhamento. Os principais preditores de uso do CF foram ter um número

maior de parceiros sexuais e já ter tido CM rasgado na linha de base do estudo. Embora os dados do questionário indicassem uma grande aceitabilidade do CF, nos grupos focais foi relatado que o principal obstáculo ao uso do insumo se devia ao fato de os clientes não confiarem em métodos “pouco habituais” (Ray et al, 2001).

Estudo realizado com trabalhadoras do sexo do Quênia (n=210) identificou, após a introdução do CF, um decréscimo no uso de CM (83,6% vs. 56,6%, $p<0,001$). A redução no uso do CM foi seguida por um aumento da utilização do CF, embora a utilização desse insumo tenha apresentado declínio em período subsequente: 34,9% vs. 25,7%, $p<0,001$. Portanto, o uso de CF se mostrou oscilante ao longo do tempo, com um declínio seguido de incremento e novo declínio. O estudo identificou, entretanto, uma redução consistente do número de atos sexuais desprotegidos após a introdução do CF: AOR=1,7 vs. 1,4; $p=0,015$, ou seja, a proteção consistentemente maior ao longo do tempo, obviamente secundária à utilização de outros métodos de proteção, que não o CF, uma vez que o uso deste se mostrou pouco consistente e variável ao longo do tempo (Thomsen et al, 2006).

Feldblum et al (2001) realizaram um estudo caso-controle, também no Quênia, incluindo 1.929 mulheres heterossexuais, que foram acompanhadas em quatro serviços localizados em diferentes cidades, ao longo de um ano. No mês 6, 39% das mulheres nos grupos de intervenção relataram nunca ter usado o CF, enquanto 11% relataram uso consistente do insumo no período. No mês 12, essas proporções foram de 58% e 7%, respectivamente. O principal motivo para não utilizar o CF foi a objeção do parceiro (com proporções de 29% no mês 6 e 30% no mês 12). As outras razões mais frequentemente mencionadas para não utilizar o CF foram a percepção de que “eu não preciso de proteção” e “monogamia mútua com parceiro” (8 e 9%, respectivamente).

Em contraposição, estudo realizado com 276 trabalhadoras do sexo da Tailândia (Jivasak-Apimas et al, 2001) identificou satisfação de um modo geral elevada com o CF (68%), ainda que aproximadamente um terço da população mencionasse dificuldade em inserir o insumo (31%) e dor causada pelo anel interno (37%), mesmo após a intervenção (aconselhamento) e treinamento.

Um estudo realizado com 155 homens heterossexuais vivendo com HIV/Aids de Lusaka, Zâmbia, identificou uma baixa aceitabilidade do CF entre os participantes (transcorrido um ano da intervenção, apenas 3% dos participantes relataram uso do insumo nos últimos 7 dias). A baixa aceitabilidade do CF se mostrou associada à facilidade do uso e conforto do CM, enquanto a alta aceitabilidade do CM se mostrou associada à percepção dos participantes de “estar no controle da situação”, fato que não ocorreria quando a parceira estava utilizando o CF (Jones et al, 2008).

Um estudo caso-controle foi realizado com 217 casais heterossexuais de Nova York, EUA (Witte et al, 2006). O estudo alocou os participantes para uma intervenção sobre prevenção de ISTs oferecida ao casal (n=162). Em outro braço do estudo, a mesma intervenção era oferecida apenas para as mulheres (n=146); num terceiro braço do estudo, uma única sessão de aconselhamento era oferecida apenas para as mulheres (n=126). Procedeu-se, então, a avaliações sobre uso do CF na linha de base e três meses após a intervenção, específicas para cada braço do estudo. Quando comparados ao grupo-controle (uma única sessão de aconselhamento para as mulheres), tanto o grupo composto por casais quanto o grupo composto só por mulheres apresentaram maior tendência a ter utilizado o CF com seu parceiro principal e com qualquer parceiro, três meses após a intervenção (AOR=4,06 [IC 95%: 1,24-13,35] e AOR=3,57 [IC 95%: 1,11-11,54], respectivamente). Ambos os grupos que receberam a intervenção mais abrangente

também apresentaram maior tendência de pretender usar o CF no futuro, quando comparados ao grupo-controle (AOR=2,20 [IC 95%: 1,12-4,32]). Os autores concluíram que a intervenção que incorporou os casais apresentou tendência pouco pronunciada de uma eficácia superior às demais; no entanto, a intervenção voltada apenas para as mulheres, com mais de uma sessão, também apresentou bons resultados, sendo ambas superiores à intervenção com mulheres que compreendeu uma única sessão de aconselhamento.

Collins et al (2010) realizaram um estudo caso-controle com 79 mulheres de Nova York, EUA, entre 2001 e 2003, oferecendo às participantes 10 sessões de intervenção-padrão ou compreendendo um componente adicional de reforço na prevenção do HIV. O principal desfecho mensurado foi a ocorrência de atos sexuais desprotegidos (sexo oral, anal ou vaginal). Segundo os autores, mulheres que estiveram em três sessões ou menos tiveram uma mediana de 52,04 atos sexuais desprotegidos, comparados a 37,22 entre aquelas que participaram de 4-10 sessões. Os autores concluem que a exposição a qualquer uma das intervenções oferecidas influenciou o decréscimo no “comportamento sexual de risco”. Com relação ao uso do CF, antes do início do estudo, 5,6% das participantes da intervenção já haviam utilizado o insumo, ante 12,5% das participantes do grupo-controle. Três meses após a intervenção, 28,6% vs. 6,2% haviam utilizado o CF (casos vs. controles) e, 6 meses após a intervenção, 26,5% vs. 8,8% haviam utilizado o insumo (casos vs. controles).

Choi et al (2008) realizaram um estudo caso-controle com 409 mulheres de São Francisco, EUA. Os autores identificaram maior propensão do grupo alocado para a intervenção experimental a ter usado pelo menos uma vez o CF nos últimos três meses, assim como um percentual maior de relações sexuais protegidas por

CF nesse grupo aos três e seis meses de acompanhamento, se comparado ao grupo-controle.

O mesmo grupo publicou estudo posterior (Choi & Gregorich, 2009), em que analisou uma subamostra do estudo anterior (n=157), avaliando a influência das redes sociais das participantes na utilização do CF. Segundo o estudo, existe uma importante associação entre o fato de conversar sobre o CF e o CM em redes sociais e uma maior utilização de ambos os insumos. Os autores identificaram que o uso de CM e CF foi maior entre aquelas participantes que mencionaram que pelo menos um membro de sua rede social havia encorajado o uso do CM (OR: 3,39; IC 95%: 1,52, 7,56) e CF (OR: 6,03; IC 95%: 1,95, 18,61). O uso do CF se mostrou também associado a ter redes sociais mais densas quanto às conversas sobre o insumo, ou seja, ter pelo menos duas pessoas da rede social que conheciam um ao outro e abordavam essa temática nas suas interações (OR: 8,42; IC 95%: 3,05, 23,29).

Outro ensaio caso-controle foi realizado em Nova York, EUA, com 359 mulheres (Hoffman et al, 2003). As participantes foram alocadas aleatoriamente para as seguintes intervenções: grupo com 8 sessões, grupo com quatro sessões e grupo-controle. Um mês após a intervenção, 24% das mulheres pertencentes ao grupo que frequentou 8 sessões, 12% daquelas do grupo que frequentou quatro sessões e 3% das que estavam no grupo-controle relataram ter usado, pelo menos uma vez, o CF. Entre aquelas alocadas no grupo de 8 sessões, a razão de chances para ter usado pelo menos uma vez o CF foi de 9,49 (IC 95%: 4,01-22,20) e, entre as participantes do grupo de 4 sessões, 4,39 (IC 95%: 1,84-10,49), quando comparadas com o grupo-controle. O uso repetido do CF ocorreu apenas com 21 participantes (5,84%) e se mostrou associado à percepção sobre capacidade de

usar o insumo, conforto pessoal e do parceiro quanto ao uso, e ao fato de não se adaptar ao uso do CM e do diafragma.

Alguns estudos compararam a aceitabilidade de mais de um tipo de CF.

Um ensaio clínico randomizado com 73 casais nos Estados Unidos comparou a aceitabilidade e eficácia de dois tipos de CF – um dos quais aprovado pela FDA (Reality) e outro ainda em fase de testes (PATH Woman's Condom) – e identificou uma maior aceitabilidade e eficácia do CF em fase de testes frente ao CF até então aprovado (Schwartz et al, 2008).

Outro estudo comparou dois tipos de CF (Reality e Reddy, este último em fase de testes na época da pesquisa) entre 60 casais, na Índia, identificando que mulheres acharam o Reddy melhor, devido à maior facilidade de inserção e por afetar menos a sensibilidade durante a relação sexual. Tanto homens como mulheres identificaram que o maior conforto proporcionado pelo Reddy foi o principal aspecto positivo para sua utilização, enquanto a perda de sensibilidade foi mencionada como o aspecto mais negativo do Reality (Smita et al, 2005).

O estudo realizado por Smit e colaboradores (2006) com 276 mulheres na África do Sul comparou a aceitabilidade de FC1 vs. FC2, identificando uma preferência ligeiramente mais acentuada para o FC2 (29,5% vs. 36,6%).

Uma pesquisa realizada nos EUA com 135 casais não encontrou diferença de aceitabilidade entre dois CFs diferentes (Latka et al, 2001).

Solomon (2005) realizou uma pesquisa para avaliar a eficácia e aceitabilidade de dois CFs, Reality e Reddy, em duas cidades da Índia (Chennai e Pune), com 60 casais heterossexuais. O estudo identificou maior aceitabilidade do Reddy, segundo a percepção das mulheres participantes. De acordo com estas, as principais vantagens do Reddy foram: maior facilidade em seguir as

recomendações do fabricante, maior conforto e melhor lubrificação, menos barulho no momento do coito, maior facilidade de retirada e maior sensibilidade/estimulação quando de seu uso.

Joanis e colaboradores (no prelo) realizaram um ensaio clínico randomizado com 170 mulheres da África do Sul, comparando a eficácia e a aceitabilidade de três CFs: WC, FC2 e V-Amour. Segundo os autores, das 160 participantes que utilizaram pelo menos um CF de cada tipo, 47,5% preferiram o WC, 35,6% preferiram o FC2 e 16,3% preferiram o V-Amour ($p < 0,001$). Quando questionadas sobre qual CF gostaram menos, 58,8% mencionaram o V-Amour, 24,4% citaram o FC2 e 16,9% o WC. As participantes preferiram o WC ao FC2 e ao V-Amour com relação à aparência, à facilidade de uso e ao ajuste em geral, e preferiram o WC, quando comparado ao V-Amour, com relação à sensibilidade. O WC recebeu pior avaliação que o FC2 e o V-Amour com relação à lubrificação, em particular no que se refere à dúvida acerca da quantidade de lubrificante que deveria ser utilizada.

Gibson et al (1999) realizaram um estudo para avaliar a aceitabilidade do Reality entre 100 homens que fazem sexo com homens (HSHs) em São Francisco, EUA. Segundo os autores, 86% dos participantes mencionaram a intenção de utilizar novamente o insumo e 54% prefeririam utilizar o Reality ao CM. Uma maior aceitabilidade foi identificada em HSHs HIV-positivos, em relacionamentos não monogâmicos ou que tinham parceiros sorodiscordantes. As principais experiências negativas relatadas foram: dificuldade de inserir o CF (33%), irritação dermatológica (17%), textura desagradável (10%) e barulho (9%). Em 334 episódios de uso, foram relatadas apenas três ocorrências de CF que rasgaram durante a relação sexual (0,009). Os autores concluíram que o Reality é uma alternativa com

boa aceitação entre HSHs que tenham dificuldade em adotar o CM de forma consistente.

O estudo de Gross et al (1999), realizado com 2.277 HSHs nos EUA, avaliou a aceitabilidade do Reality para sexo anal entre participantes HIV-negativos. Dos 1.084 participantes (48%) que haviam ouvido falar na utilização do CF para sexo anal, 145 (13%) haviam utilizado o CF nos últimos seis meses. A análise multivariada, controlando por aspectos comportamentais e demográficos, identificou que homens com parceiro HIV-positivo tinham duas vezes mais chance de ter utilizado o CF (AOR=1,98; IC 95%: 1,32-2,96), quando comparados aos participantes que tinham parceiro(s) HIV-negativo(s) ou com sorologia para o HIV desconhecida.

Resultados de estudos nacionais

Pesquisas realizadas no Brasil em âmbito nacional têm identificado um uso restrito (pelo menos uma vez na vida) do CF por parte das mulheres brasileiras.

Segundo Barbosa e Perpétuo (2010), em 2005, a Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids (PCS) identificou que 3,5% das mulheres haviam utilizado o CF alguma vez na vida. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, estimou um percentual bastante semelhante: 3,4%. Ainda segundo a PNDS de 2006, 27,3% das mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas referiram uso de preservativo (masculino ou feminino) na última relação sexual. Os estudos sugerem que o uso do CF na população brasileira diminui com a idade (isto é, é menos frequente entre mulheres mais velhas) e aumenta com o nível de escolaridade e entre homens e mulheres solteiros, heterossexuais. Ou seja, a despeito de relatos

assistemáticos sobre o uso do CF entre HSHs nos EUA (http://blogs.sfweekly.com/thesnitch/2010/08female_condom_san_francisco_ga.php; acessado em 22 de setembro de 2010), tal prática não vem sendo captada pelas pesquisas brasileiras, aparentemente por se tratar de evento raro e/ou não avaliado pelas pesquisas já realizadas no Brasil.

Ainda segundo o estudo realizado por Barbosa e Perpétuo (2010), existe um contingente limitado de usuárias atuais do CF (0,1%), sugerindo uma subutilização desse insumo para a prevenção das ISTs e gravidez indesejada no Brasil. No entanto, segundo os inquéritos populacionais mais recentes, parece estar ocorrendo um aumento gradual da utilização do CF entre mulheres brasileiras em anos recentes: 1,9%, em 2003; 3,4%, em 2006; e 6,7%, em 2008 (Paiva et al, 2003; Barbosa e Perpétuo, 2010).

A aceitação do CF entre aqueles que já utilizaram o insumo pelo menos uma vez na vida é quatro vezes maior entre as mulheres: 6,7% de homens e 24,8% de mulheres referiram ter gostado muito do CF, segundo a PCS 2005 (Barbosa e Perpétuo, 2010).

Um estudo contratado pela DKT do Brasil Produtos de Uso Pessoal Ltda e realizado pela Universidade de Brasília (UNB, 2008) com 250 casais comparou a eficácia e aceitabilidade de dois CFs – Reality e L’amour –, ambos aprovados para utilização no Brasil pela Vigilância Sanitária. Segundo esse estudo, o L’amour apresentou aceitabilidade levemente maior, quando comparado ao Reality, com relação à facilidade de inserção; no entanto, quase a totalidade dos demais indicadores de aceitabilidade foi favorável ao Reality. A avaliação de aceitabilidade foi realizada utilizando os seguintes indicadores: tamanho do CF, lubrificação do CF, experiências de falhas, dificuldades de manejo, funcionalidade e percepção geral sobre o CF.

Figueiredo & Bonfim (submetido) realizaram um estudo em posto avançado localizado em comunidade carente de São Paulo, englobando 583 participantes. O estudo identificou baixa aceitabilidade do CF e pouca adesão ao uso continuado do insumo.

Segundo outro estudo, realizado com 183 mulheres vivendo com HIV/Aids em acompanhamento no CRT de São Paulo, em 2001, existe uma baixa utilização do CF (12,7% experimentaram o CF após o diagnóstico); no entanto, apesar da disponibilidade restrita do insumo, entre aquelas que experimentaram o CF existe grande aceitabilidade: 65% das participantes que tiveram acesso ao CF relataram utilizar atualmente o CF (Figueiredo, 2010).

Em um estudo realizado com 2.469 mulheres de São Paulo, Kalckmann e colaboradores (2009) identificaram que, após dois anos e meio de acompanhamento, 14,4% das participantes referiram utilizar consistentemente o CF. O tempo médio de uso foi de 3,55 meses (IC 95%: 3,37-3,73). Os resultados evidenciaram que a natureza do serviço de dispensação do insumo influencia a continuidade ou não do uso de CF: participantes de projetos comunitários apresentaram um uso mais consistente ao longo do tempo, com taxas decrescentes entre aquelas mulheres acompanhadas em Unidades Básicas da Saúde. Pacientes dos Serviços de Atendimento Especializados apresentaram menor taxa de continuidade do CF, quando comparada com a taxa de uso do CM. Da mesma forma, participantes que relataram ter um maior número de relações sexuais por mês referiram taxas maiores de continuidade de uso.

Outro inquérito de base populacional foi realizado com uma amostra representativa da população brasileira entre 26 e 29 de janeiro de 2003. A pesquisa, com 1.298 participantes, identificou um amplo conhecimento acerca do CF: 76,1% já haviam ouvido falar do insumo (73,7% dos homens e 78,7% das

mulheres). No entanto, apenas 3,5% da amostra relatou ter usado o CF alguma vez na vida: 4,8% de homens e 1,9% de mulheres, ambos os relatos referentes apenas a parcerias heterossexuais (Paiva et al, 2003).

Um amplo estudo longitudinal foi conduzido por Barbosa e colaboradores (2007) para avaliar a aceitabilidade do CF, com intervenção inicial e recrutamento de voluntárias entre usuárias do SUS em seis cidades brasileiras: São Vicente (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Goiânia (GO), Cabo de Santo Agostinho (PE) e Porto Alegre (RS). Segundo o estudo, a aceitabilidade geral do CF foi de 80,2% no primeiro período de observação (15 dias), 82,7% no segundo período, (entre os dias 15-90) e 70,1%, no período total de 90 dias. A variável mais estreitamente associada à aceitabilidade do CF foi o uso anterior do CM. Entre as usuárias de CM, a aceitabilidade foi de 74,7% e entre as não usuárias, de 66,8%. Ao final do estudo, 60,4% das participantes referiram preferir o CF ao CM.

Ainda segundo o referido estudo, a grande maioria das mulheres que usaram o CF (93,3%) relatou alguma vantagem e/ou aspecto positivo no seu uso, principalmente: proteger de DSTs (47%), ser confortável (39,3%), propiciar maior autonomia à mulher (29,5%), ser resistente (23,9%), interferir pouco na sensibilidade (20,2%) e o parceiro ter gostado (20,4%). Os principais motivos alegados para não continuar o uso do CF foram: não aceitação por parte do parceiro (32,3%); avaliação negativa da mulher (30,6%); não sentir necessidade (20,7%).

Figueiredo (2002) realizou, entre 2000 e 2002, uma intervenção com 138 moradores da favela Monte Azul, localizada na zona sul da cidade de São Paulo. A intervenção consistia na disponibilização de aconselhamento individual e distribuição gratuita do CF para experimentação. Após 30 dias, os participantes poderiam optar por receber ou não o CF mensalmente de forma gratuita. Dos

participantes, apenas 26,1% voltaram para fazer uma carteirinha que permitiria ter continuidade de acesso mensal e gratuito ao CF. Destes, 73% deram continuidade ao uso do CF durante um período de três meses, 24,3% continuaram a usar o CF seis meses após a intervenção, 8,1%, nove meses após a intervenção e apenas 2,7% continuaram a utilizar o CF um ano após a intervenção inicial, evidenciando a não adesão a este método a médio e longo prazo.

Em estudo realizado com 61 mulheres vivendo com HIV/Aids em Campinas (SP), entre 2000 e 2001, identificou-se que 52% das participantes mantiveram a continuidade do uso após 90 dias da intervenção, que consistia em treinamento e sensibilização sobre o uso do CF, seguida de distribuição do insumo para utilização nos 30 dias subsequentes ao treinamento e registro em diário sobre o comportamento sexual e uso (ou não) de condom nas relações mantidas no período. Foram realizadas consultas 30, 60 e 90 dias após o treinamento, e nessas consultas foi aplicado questionário para registro das impressões das mulheres sobre sua adaptação e aceitabilidade ao CF. As desvantagens referentes ao CF mais relatadas pelas mulheres foram dificuldade para colocar, achar feio e fazer barulho. Tais desvantagens foram significativamente superadas aos 90 dias de estudo. As vantagens mais comumente mencionadas pelas mulheres infectadas pelo HIV foram: a decisão de usar o CF pertencer à mulher e a dupla proteção contra gestação e DSTs/HIV (Magalhães et al, 2003).

O estudo realizado por Vieira e colaboradores (2004) foi realizado entre 2000 e 2001 com mulheres atendidas em um ambulatório público de Ribeirão Preto (SP). Os pesquisadores convidavam todas as mulheres que estivessem na sala de espera, duas vezes por semana, para participar de uma intervenção em grupo. As mulheres que demonstrassem interesse participavam de uma oficina na qual o CF era apresentado, demonstrava-se seu uso e disseminavam-se informações sobre

HIV/Aids e demais ISTs. Ao final do grupo, CFs e CMs eram distribuídos gratuitamente, assim como em cada acompanhamento subsequente das participantes. O estudo incluiu 165 mulheres em acompanhamento ambulatorial (80% HIV-positivas), identificando que 60% das participantes conheciam o CF. Do grupo que participou da primeira oficina, quase 80% haviam utilizado o CF recentemente, das quais 44,8% gostaram muito do insumo. A aceitação do parceiro foi a mais elevada entre aquelas identificadas na presente revisão: 44,8% das mulheres referiram que seus parceiros gostaram muito do CF.

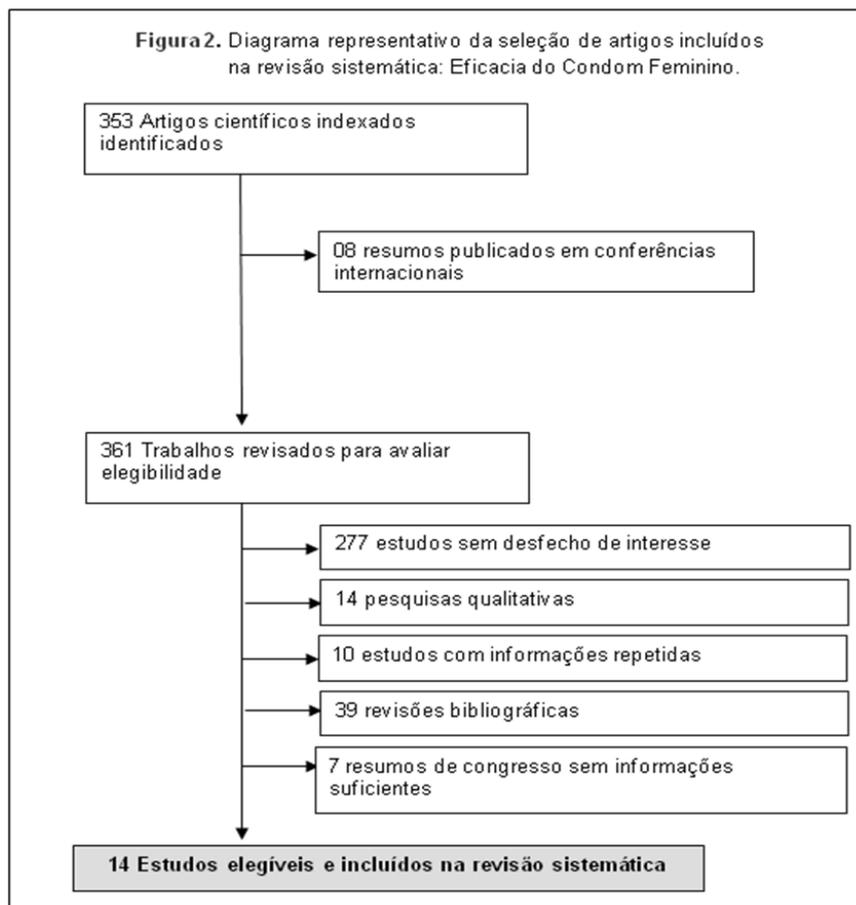
A mensuração do indicador “aceitabilidade do condom feminino” apresentou grande variabilidade entre os estudos, que não utilizaram questionários padronizados nem perguntas semelhantes entre si. Tal heterogeneidade impossibilitou a realização de uma meta-análise.

Eficácia do condom feminino

Foram identificados 361 trabalhos, dos quais 353 eram artigos científicos indexados e oito resumos apresentados em conferências internacionais. Desse total, 277 foram excluídos por não apresentarem o desfecho de interesse, 14 eram pesquisas qualitativas, 10 estudos apresentavam informações já incluídas em artigos anteriores, 39 eram revisões bibliográficas e sete resumos de congresso não possuíam dados suficientes. Assim, essa revisão sistemática contemplou 14 trabalhos considerados elegíveis no que diz respeito à eficácia do CF (Figura 2).

A Tabela 2 (Anexo 2) apresenta os resultados dos 14 estudos incluídos neste trabalho, que analisou informações de um total de 5.823 participantes (intervalo: 108-1.442; mediana: 287 participantes), sendo três estudos de coorte, três estudos seccionais e oito ensaios clínicos randomizados. Tais estudos estão agrupados em quatro blocos: no primeiro são descritos sete estudos sobre a performance do CF, no qual os desfechos são definidos em torno de tipo de falha do insumo (rompimento, deslizamento, colocação incorreta, entre outros); no segundo bloco estão contidos três estudos que incluíram a presença de antígeno prostático (*Prostate-specific antigen* – PSA) na vagina como marcador de falha; o terceiro bloco é composto por um único estudo que analisa a eficácia do ponto de vista de número de relações protegidas e, por último, estão agrupados três

estudos de efetividade propriamente dita, no qual o desfecho é a ocorrência de gravidez ou de ISTs incidentes. Em termos das características demográficas da população estudada, três estudos foram realizados com casais heterossexuais (UNB, 2008; Schwartz et al, 2008; Solomon, 2005), principalmente com participantes com 30 anos ou menos, em particular mulheres jovens. Utilizando os critérios propostos por Downs & Black (1998, Quadro 1) para avaliar a qualidade dos estudos selecionados, em uma escala que varia de 0 a 20, a média (e mediana) de pontuação da qualidade metodológica obtida foi de 9 pontos, com 4 e 13 pontos como mínimo e máximo obtidos, respectivamente.



O estudo realizado pela UNB (2008), que não detalhou o contexto e o período de sua realização, comparou a eficácia¹ de dois tipos de CF (Reality vs. L'amour), não evidenciando episódio de ruptura com nenhum dos dois insumos, os quais foram utilizados por 250 casais brasileiros. Os seguintes indicadores de eficácia foram piores para o Reality: penetração incorreta, definida como pênis penetrando ao lado do CF (1,42% vs. 0,95%), deslizamento total, definido como CF que fica completamente fora da vagina durante a relação sexual (0,48% vs. 0,24%), deslizamento parcial, definido como CF que fica parcialmente fora da vagina durante a relação sexual (52,73% vs. 30,95%) e deslocamento do anel externo, definido como inserção do anel externo no interior da vagina durante a relação sexual (44,18% vs. 32,38%).

Schwartz e colaboradores (2008) realizaram um ensaio clínico randomizado com 73 casais heterossexuais entre 2004 e 2005, tendo recrutado os participantes em três clínicas de saúde localizadas em Pittsburgh, Pensilvânia e Houston (EUA). O estudo objetivou comparar a eficácia de dois tipos de CF, um dos quais aprovado pela FDA (Reality) e outro ainda em fase de testes (PATH Woman's Condom). O estudo identificou um elevado percentual de falhas em ambos os CFs, definidas através de 12 indicadores, que incluíram: rompimento (parcial ou total) do CF durante o ato sexual, colocação incorreta do CF, penetração incorreta e CFs que escorregaram durante a relação sexual, entre

¹ Nesse estudo, a performance dos insumos avaliou os seguintes aspectos: ruptura clínica (CF rompeu durante relação sexual ou ao remover o CF), ruptura não clínica (percepção do CF rompido antes da relação sexual ou depois de remover o CF), ruptura total (CF rompeu em algum momento, antes, durante ou após a relação sexual), penetração incorreta (pênis penetrando entre a parede vaginal e o CF), escorregamento total (após inserido, o CF escorrega completamente para fora da vagina durante a relação sexual ou antes da remoção), escorregamento parcial (após inserido, o CF escorrega parcialmente para fora da vagina durante a relação sexual ou antes da remoção), deslocamento do anel externo (inserção do anel externo no interior da vagina durante a relação sexual), falha clínica total (número de CFs com algum dos problemas acima, dividido pelo número de CFs utilizados).

outros. O CF em fase de testes apresentou uma proporção menor de falhas totais² quando comparado ao Reality: 31% vs. 42%. A proporção de mulheres que relataram algum tipo de irritação urogenital após o uso do insumo também foi menor com o CF em fase de testes quando comparado ao Reality: 12% vs. 32%.

Beksinska e colaboradores (2006) realizaram um estudo acerca da eficácia de dois CFs em Durban, África do Sul, entre janeiro e setembro de 2004, que incluiu 201 mulheres heterossexuais, recrutadas em diversos serviços de saúde. As participantes foram entrevistadas, treinadas para a utilização do CF, receberam gratuitamente os insumos e foram alocadas aleatoriamente para testar primeiro o FC1 e depois o FC2, ou vice-versa. Após terem experimentado 10 CFs de cada tipo, as participantes deveriam retornar ao local do estudo para completar a entrevista de acompanhamento. A mensuração de eficácia baseou-se em oito indicadores, os quais incluíam preservativos completa ou parcialmente rasgados, colocação do anel externo de forma errônea, penetração incorreta e preservativos que escorregaram durante a relação sexual, entre outros. Segundo os autores, ambos os CFs apresentaram performances semelhantes em termos de eficácia: baixas proporções de CFs rasgados (FC1=0,007; FC2=0,008), com anel externo colocado erroneamente (FC1=0,031; FC2=0,029), penetração incorreta (FC1=0,01; FC2=0,006) e preservativos que escorregaram durante a relação sexual (FC1=0,002; FC2=0,001). Duas vezes mais mulheres relataram penetração incorreta utilizando o FC1, comparativamente àquelas que utilizaram o FC2 (1,26% vs. 0,64%). A proporção de “falhas clínicas”³ (soma total dos eventos que

² Nesse estudo, o número total de falhas do CF foi definido como ruptura total, penetração incorreta, escorregamento total ou parcial, deslocamento do anel externo. Esse indicador foi calculado através da divisão da soma desses eventos pelo número de CFs abertos.

³ O total de falhas clínicas nesse estudo foi definido como o número de CFs que rasgaram ou escorregaram durante a relação sexual ou que estivessem associados à penetração ou colocação incorreta do CF, ou seja, qualquer evento que pudesse ter resultado em exposição ao sêmen e/ou contato com agentes infecciosos. O indicador foi calculado através da divisão da soma de eventos marcadores (número de CFs que escorregaram, rasgaram, foram colocados erroneamente) dividida pelo número de CFs utilizados durante as relações sexuais.

poderiam resultar em gravidez ou transmissão de ISTs) foi baixa e semelhante para ambos os insumos: 5,24% para FC1 e 4,3% para FC2. Com relação ao desconforto, foi identificada uma proporção menor de mulheres utilizando o FC2 (2,3%), quando comparadas às que estavam utilizando FC1 (5%).

O estudo realizado por Li-Yan Hou (2010), que comparou o desempenho de dois CFs disponíveis na China (Femidom & Phoenurse FC), não identificou diferenças significativas entre os diferentes insumos. No entanto, comparativamente aos outros estudos de eficácia identificados na presente revisão sistemática, ambos os CFs analisados pelos autores apresentaram pior desempenho: 25,12% e 24,61% de falhas clínicas, percentuais cinco vezes maiores do que os identificados por Beksinska et al (2006). O percentual total de CFs danificados durante a relação (3,6% vs. 2,9%) também foi cinco vezes maior do que os identificados pelo estudo supracitado.

O estudo realizado por Joanis e colaboradores (no prelo) com 170 mulheres da África do Sul comparou a eficácia e aceitabilidade de três CFs: WC, FC2 e V-Amour. O total de falhas clínicas identificado (problemas que poderiam levar à transmissão de ISTs ou gravidez) ocorreu em 3,6% das vezes em que um CF foi utilizado pelas participantes e foi comparável entre os três tipos de CF avaliados: 3,6%, 3,9% e 3,3% para WC, FC2 e V-Amour, respectivamente. O percentual de falhas clínicas foi maior no primeiro período de utilização do CF (em média, 6,2%) do que no segundo (2,3%) e terceiro (2,3%) períodos, independente do tipo de CF utilizado. Poucos eventos adversos foram relatados ao longo do estudo: entre 2.376 CFs utilizados em relações sexuais, 56 eventos foram registrados (2,3%). Os eventos adversos foram mais frequentes com a utilização do V-Amour (50%), seguido do WC (34%) e do FC2 (16%). O evento adverso mais

comumente relatado foi coceira na região genital, seguida de dor. Na segunda parte do estudo, após a intervenção, nenhum evento adverso foi relatado.

Macaluso e colaboradores (2007), seguindo o mesmo padrão do estudo anterior, identificaram um elevado percentual de CF com falhas “mecânicas”, conforme denominação dos autores.⁴ A proporção desses problemas identificados pelo estudo foi de 34%, enquanto problemas semelhantes relacionados ao uso do CM foram identificados pelos mesmos participantes do estudo em apenas 9%. Embora tenham ocorrido maior número de falhas durante a utilização do CF, quando comparado com o CM, a mensuração de PSA no fluido vaginal após coito, realizada pela participante utilizando um swab, confirmou uma exposição ao sêmen semelhante entre os dois grupos de usuárias: 4,5% das usuárias de CF, comparado a 3,5% para usuárias de CM, no âmbito do mesmo estudo. A exposição ao sêmen ocorreu mais frequentemente entre as participantes que relataram ter experienciado algum tipo de falha mecânica, sendo semelhantes tanto para CM (9,6%) como para CF (9,4%). Os autores concluem que, embora o CF tenha apresentado maior percentual de falhas, ambos os insumos envolvem um risco semelhante e pequeno de exposição ao sêmen.

Solomon (2005) realizou uma pesquisa para avaliar a eficácia e aceitabilidade de dois CFs (Reality e Reddy), em duas cidades da Índia (Chennai e Pune), com 60 casais heterossexuais. O estudo identificou elevada proporção de “falhas” durante a utilização de ambos os CFs (acima de 60%). No referido estudo, falhas do CF foram definidas a partir da ocorrência de pelo menos um dos itens a seguir: CF rasgado, giro completo/parcial durante ato sexual, escorregamento total durante ato sexual, colocação errônea do anel externo, penetração entre CF

⁴ Nesse estudo, falhas mecânicas de CF foram definidas como: CFs que rasgaram, penetração incorreta, deslocamento do anel externo, escorregamento ou outros problemas mecânicos (ex: vazamento de sêmen).

e vagina. O autor conclui que o alto percentual de “falhas” deveu-se principalmente aos seguintes aspectos: as participantes nunca haviam visto um CF antes do estudo e não puderam adquirir habilidade suficiente para inserir o insumo durante o período do estudo.

Um estudo realizado por Lawson et al (2003) no Alabama (EUA), entre 1996 e 1998, com 210 mulheres heterossexuais – que receberam treinamento prévio para utilizar o CF – identificou variáveis associadas à maior chance de ser exposta ao sêmen durante a utilização do CF, exposição avaliada através da mensuração de PSA no fluido vaginal após o coito. Segundo os autores, em 7,5% das vezes nas quais o CF foi utilizado houve exposição ao sêmen (86 exposições em 1.149). A razão de chance de exposição ao sêmen durante utilização de CF foi quatro vezes maior entre casais nos quais o tamanho do diafragma era de 75-85 mm⁵ e o tamanho⁶ do pênis do parceiro era menor do que a média do grupo ([AOR]= 3,7). Mulheres que relataram ter sido uma relação sexual de maior intensidade (variável cuja definição não consta da publicação original) do que o habitual também apresentaram uma razão de chance maior de serem expostas ao sêmen (AOR=3,2). No modelo de regressão final, os seguintes preditores se mantiveram positiva e independentemente associados à exposição ao sêmen durante a utilização de CF: período de relacionamento menor do que dois anos (AOR=2,4, IC 95%: 1,3-4,1), diâmetro do pênis abaixo da média, para aqueles utilizando diafragma entre 75-80 mm (AOR=2,7, IC 95%: 1,2-6,0) e relação sexual de maior intensidade (AOR=1,7, IC 95%: 1,1-2,6). A renda maior do que 900 dólares/mês foi identificada como fator protetor para o desfecho (AOR=0,32, IC 95%: 0,15-0,68). Surpreendentemente, o fato de a mulher ter ou não experiência

⁵ Nessa pesquisa, o diafragma foi utilizado para mensurar o tamanho aproximado da vagina.

⁶ A pesquisa mensurou o tamanho (eixo longitudinal) e o diâmetro (eixo transversal) dos pênis dos voluntários masculinos, mas não esclarece quanto a uma utilização aparentemente alternada dessas duas medidas, não necessariamente correlacionadas.

prévia em utilizar o CF não foi identificado como uma variável associada à menor exposição ao sêmen.

Estudo brasileiro realizado em Campinas (SP) com 400 mulheres (Galvão et al, 2005) identificou que o CF, quando comparado ao CM, escorregou mais vezes durante a relação sexual (5,5% vs. 2,2%) e que as usuárias do CF foram mais expostas ao sêmen durante a relação sexual do que por ocasião do uso do CM (1,9% vs. 0,4%). Os autores também identificaram que a exposição ao sêmen, avaliada através da mensuração de PSA no fluido vaginal após o coito, indicou proporções mais elevadas com relação ao CF, quando comparado ao CM: 22% vs. 15%. O grupo que recebeu a intervenção educativa apresentou menos problemas com a utilização tanto do CM quanto do CF ($p=0,0004$, estratificado por tipo de preservativo). Em ambos os grupos, o autorrelato de problemas foi mais frequente com relação ao CF do que com o CM ($p<0,0001$, estratificado por intervenção). A intervenção educativa não se mostrou associada a uma redução significativa da exposição ao sêmen. A exposição ao sêmen ocorreu mais frequentemente com o uso do CF (PSA pós-coito $>1\text{ng/mL}$; 22%) do que com o uso de CM (15%), embora a diferença não tenha sido significativa para níveis altos de PSA ($>$ ou $= 150\text{ng/mL}$; 5,1% para CF vs. 3,6% para CM).

Um estudo subsequente (Chen et al, 2007) comparou os achados da pesquisa realizada por Galvão e colaboradores (2005) em Campinas com um estudo que utilizou metodologia semelhante, conduzido nos EUA. Chen e colaboradores identificaram níveis de exposição ao sêmen durante a utilização de CF maiores no estudo brasileiro do que no estudo norte-americano: 22% vs. 17%, respectivamente. A proporção de PSA positivo em usuárias do CF de Campinas foi de 28% quando um problema mecânico relativo ao CF foi relatado, mas essa proporção foi de 18% quando nenhum problema mecânico foi referido. Nos EUA, as

proporções foram de 25% vs. 13%. Com relação às usuárias de CM, no estudo de Campinas a proporção de PSA positivo naquelas que relataram problemas mecânicos foi de 38%, ante 12% nas participantes que não relataram problemas mecânicos. No estudo norte-americano, a proporção de PSA positivo para usuárias de CM foi de 19% vs. 13%, respectivamente. Os autores concluem que, em ambos os estudos, a exposição ao sêmen foi maior entre usuárias do CF do que entre usuárias do CM e que o uso de biomarcadores como o PSA auxiliam na avaliação mais eficaz da utilização correta de insumos para prevenção de HIV/Aids, demais ISTs e gravidez não desejada.

Fontanet e colaboradores (1998) realizaram um estudo do tipo caso-controle em 71 bordéis de quatro cidades tailandesas, recrutando ao todo 504 trabalhadoras do sexo, entre 1994 e 1995. Um grupo recebeu intervenção para utilizar o CM. Caso o cliente não aceitasse, as profissionais do sexo eram orientadas a não manter relações sexuais (n=255). No outro grupo, as participantes tinham como segunda opção a utilização do CF, caso o cliente se recusasse/não conseguisse usar o CM (n=249). As participantes eram entrevistadas e testadas para gonorreia, clamídia e gravidez a cada duas semanas, ao longo de seis meses de acompanhamento. Segundo o estudo, o CM rasgou com mais frequência do que o CF (2,8% vs. 0,5%, $p < 0,0001$), mas escorregou com menos frequência do que o CF durante o ato sexual (1,3% vs. 5,7%, $p < 0,0001$). No entanto, entre as mulheres que completaram o acompanhamento, a proporção de CFs que escorregaram decresceu de 10 entre 95 CFs (10,5%), no primeiro acompanhamento, a zero dos 129 CFs, por ocasião do último acompanhamento ($p < 0,001$). A proporção de relações sexuais desprotegidas foi menor entre o grupo que recebeu CM e CF, comparado ao grupo que só recebeu CM (5,9% vs. 7,1%).

Farr e colaboradores (1994) realizaram um estudo multicêntrico com 377 mulheres em seis clínicas de planejamento familiar dos EUA (n=262) e três clínicas localizadas na América Latina (n=115) – duas no México e uma na República Dominicana. As participantes eram mulheres heterossexuais com parceiro fixo, que aceitassem utilizar o CF como seu único meio de contracepção por um período de seis meses.

As mulheres foram acompanhadas nos meses 1, 3 e 6, quando realizavam entrevista e recebiam CFs adicionais. No mês 6, todas realizaram exame preventivo e teste para gravidez. Entre as participantes da América Latina, 55,1% interromperam a participação no estudo, ante 33,5% das participantes norte-americanas (não há comentário dos autores sobre os motivos de desistência do estudo). Trinta e nove mulheres engravidaram ao longo do período de acompanhamento, e as taxas cumulativas de gravidez entre participantes dos EUA vs. América Latina foram de 12,4 vs. 22,2, respectivamente. Entre as 39 gravidezes detectadas, 12 foram classificadas pelos pesquisadores como falhas do CF (relativas a falhas mecânico-estruturais – ex: CF rasgou durante penetração), 24 foram classificadas como falhas da usuária (ex: colocação incorreta) e três não puderam ser adequadamente classificadas como falhas do usuário vs. falha intrínseca ao CF.

Um estudo multicêntrico acerca da eficácia do CF foi realizado pela OMS em quatro clínicas de planejamento familiar localizadas na China, Panamá, Nigéria e África do Sul (Deperthes & Hoke, 2005). Na pesquisa, mulheres heterossexuais escolhiam utilizar como principal método de contracepção o CM ou CF, utilizavam o insumo escolhido durante uma semana (fase de teste) e retornavam à clínica para prosseguir (ou não) com a pesquisa e acompanhamentos

a cada dois meses, ao longo de seis meses. Os desfechos do estudo eram: gravidez confirmada ou solicitação de contraceptivo de emergência.

O recrutamento para o estudo chinês ocorreu em Chengdu e compreendeu 316 mulheres (das quais 112 utilizaram o CM, 158 o CF e 46 utilizaram ambos os preservativos). O estudo identificou uma taxa acumulada de gravidez de 8,5 para usuárias do CM, comparada com 4,4 para usuárias do CF; 0,8% interromperam o uso de CM durante o estudo, ante 15,4% das usuárias de CF. O estudo realizado no Panamá incluiu 235 mulheres (das quais 108 utilizaram o CM, 100 o CF e 27 utilizaram ambos os preservativos). Nesse país, a taxa acumulada de gravidez foi de 6,7 para usuárias do CM, comparada com 3,0 para usuárias do CF; 12% interromperam o uso de CM durante o estudo, ante 25% das usuárias de CF.

O estudo realizado na Nigéria (Sagamu) incluiu 260 mulheres (das quais 62 utilizaram o CM, 157 o CF e 41 utilizaram ambos os preservativos). Nesse país, a taxa cumulativa de gravidez foi de 3,9 para usuárias do CM, comparada com 5,9 para usuárias do CF; 25% interromperam o uso de CM durante o estudo, ante 22% das usuárias de CF. Finalmente, o estudo realizado na África do Sul (Durban) incluiu 260 mulheres (das quais 62 utilizaram o CM, 157 o CF e 41 utilizaram ambos os preservativos). Nesse país, a taxa acumulada de gravidez foi de 0,7 para usuárias do CM, comparada com 0,1 para usuárias do CF; 71% interromperam o uso de CM durante o estudo, ante 36% das usuárias de CF.

Segundo os autores, o resultado do estudo multicêntrico identificou alta adesão ao uso dos dois preservativos (>95%), não encontrando diferenças estatisticamente significativas quanto às taxas de gravidez de acordo com o tipo de preservativo utilizado (masculino ou feminino); concluíram, assim, que ambos os preservativos são bastante eficazes para evitar a gravidez indesejada.

French et al (2003) realizaram um estudo com 1.442 mulheres que buscavam atendimento na principal clínica de DSTs da Filadélfia (EUA), entre maio de 1995 e abril de 1996. As participantes foram acompanhadas por no mínimo seis meses e no máximo um ano. O desfecho de interesse do estudo era a confirmação laboratorial de alguma das seguintes ISTs: gonorreia, clamídia, sífilis recente e/ou tricomoníase. As participantes foram alocadas para receber intervenção e distribuição de CM (n=587) ou CF (n=855), e 199 mulheres foram diagnosticadas pelo menos uma vez com os desfechos de interesse. O percentual de mulheres com alguma IST incidente (ou seja, infecção contraída após terem se inserido na pesquisa) no grupo do CF foi de 12,4%, ante 15,8% no grupo do CM (*unadjusted OR*= 0,75 [IC 95%: 0,56-1,01]; p=0,06). A incidência de ISTs por 100 mulheres/ano de observação foi de 6,8 no grupo do CF e de 8,5 no grupo do CM (0,79 [0,59-1,06]; p=0,11). Os resultados sugerem uma eficácia maior do CF, sem, no entanto, obter significância estatística.

As definições mais utilizadas para falha do CM estão claramente explicitadas na literatura científica (Trussell et al, 1992; Rosenberg & Waugh, 1997), incluindo preservativos que se rompem ou escorregam durante o ato sexual. A utilização de definições semelhantes entre diferentes estudos permite a comparação mais acurada de resultados e o desenvolvimento e utilização de questionários padronizados para mensurar a eficácia do insumo. No entanto, desde a introdução do CF Reality, em 1993, foram realizados poucos estudos detalhados acerca da performance do CF. Nos estudos identificados na presente revisão sistemática, as definições utilizadas para mensurar falhas do CF são bastante variadas, havendo, inclusive, o uso de termos diferentes para mensurar o mesmo desfecho. O indicador “eficácia do condom feminino” apresentou grande variabilidade entre os estudos, impossibilitando a realização de uma meta-análise.

Elementos para a discussão

Alguns estudos apontam para o fato de que a distribuição do CF, aliada à distribuição do CM, parece contribuir para o decréscimo de ISTs incidentes, sugerindo que mulheres com acesso a intervenções adequadas podem ter maior habilidade e poder de negociação para utilizar um dos dois tipos de preservativo (French et al, 2003). Mulheres que contam com o CF como uma opção podem modificar a natureza da negociação – de utilizar ou não o preservativo para *qual* preservativo utilizar.

As “falhas” identificadas pelos estudos de eficácia referem-se, principalmente, àquelas relacionadas à utilização do insumo (ex: dificuldades em inserir o CF, CFs que escorregam ou penetração ao lado do preservativo). Tais resultados sugerem a importância da oferta de treinamentos culturalmente adequados à população assistida. Alguns estudos identificam que a habilidade e a segurança em utilizar o CF crescem em função do período de acompanhamento (Fontanet et al, 1998), indicando a importância de oferecer estratégias continuadas de aconselhamento e treinamento.

Em relação à aceitabilidade do CF, os estudos classificados com maior qualidade metodológica, segundo o critério de Downs & Black (1998), identificam uma proporção elevada de participantes que relatam interesse em continuar utilizando o método (Ray et al, 2001; Napierala et al, 2008; Vieira et al, 2004;

Jivasak-Apimas et al, 2001; Barbosa et al, 2007). No entanto, alguns estudos também classificados com uma maior qualidade metodológica indicam um decréscimo na utilização do CF ao longo do tempo (Kalckmann et al, 2009) e mesmo uma baixa aceitabilidade do insumo (Kulczycki et al, 2004). Tais resultados corroboram a importância de oferecer estratégias de aconselhamento e treinamento continuadas, as quais parecem ser mais eficazes se oferecidas de forma culturalmente adequada e, sempre que possível, incluindo ONGs e projetos comunitários, entre outros (Kalckmann et al, 2009).

Quanto aos diferentes tipos de CFs disponíveis, grande parte dos estudos identifica o FC1 como tendo menor aceitabilidade quando comparado aos outros modelos. Apenas um estudo identificou que os preservativos L'amour e Reality (FC1) apresentam boa eficácia e aceitabilidade semelhante (UNB, 2008), e o FC2 tende a apresentar aceitabilidade maior, quando comparado ao FC1 (Smit et al, 2006). O critério adotado para avaliar a qualidade metodológica dos estudos na presente revisão sistemática classificou tais estudos com uma baixa qualidade (pontuação 6 para o estudo de Smit e colaboradores e de 8 para o realizado pela UNB, em 20 pontos possíveis, ou seja, menos de 50%); portanto, os resultados dessas publicações devem ser considerados com cautela.

Existe um estudo em andamento (em fase de recrutamento), realizado através de uma parceria entre CONRAD (<http://www.conrad.org>), PATH (<http://www.path.org>) e California Family Health Council (<http://www.cfhc.org>). Tal estudo irá comparar a eficácia do PATH Woman's Condom e do FC2, utilizando como marcador de eficácia o autorrelato e a mensuração de PSA no fluido vaginal após o coito. Tão logo os resultados preliminares desse estudo sejam disponibilizados, poderão subsidiar políticas voltadas para a escolha do CF mais eficaz.

Quando comparado ao CM, o CF parece ser mais aceitável principalmente entre profissionais do sexo (Ray et al, 2001) e homens que fazem sexo com homens (Gibson et al, 1999), ainda que com relação a esta última população não haja dados brasileiros. Um estudo identificou uma menor resistência do CM, que rasgou mais vezes do que o CF: 2,8% vs. 0,5% (Fontanet et al, 1998); no entanto, esse estudo foi classificado com pontuação 9 em 20 pontos possíveis, sugerindo que não tenha sido conduzido com o rigor científico necessário.

Essa hipótese da baixa qualidade metodológica do estudo realizado por Fontanet e colaboradores, aliada ao fato de que outros estudos que compararam CM e CF não identificaram superioridade na qualidade de um dos dois insumos (Kulczycki et al, 2004; Lara et al, 2009), sugere que não se deve considerar um preservativo como tendo qualidade superior ao outro.

Um amplo estudo multicêntrico realizado pela OMS (Deperthes & Hoke, 2005) identificou baixas taxas de gravidez e alta proporção de uso consistente de preservativo (>95%), sugerindo que ambos os preservativos são altamente eficazes para prevenir a gravidez indesejada. No entanto, o estudo foi descrito em uma apresentação de congresso, na qual não são especificadas informações metodológicas importantes, fato que possivelmente contribuiu para sua classificação com uma pontuação bastante baixa: 4 em 20, ou seja, 20% dos pontos possíveis.

Em suma, os estudos considerados de maior qualidade, segundo o critério proposto por Downs & Black (1998), identificam que o CF é um anticoncepcional e um método de prevenção às ISTs bastante eficaz e aceito por diferentes grupos populacionais.

Referências bibliográficas

Agha, S. (2001). Intention to use the female condom following a mass-marketing campaign in Lusaka, Zambia. *Am J Public Health*, 91 (2), 307-10.

Barbosa, R.M. & Perpétuo, I.H.O. (2010). Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20*. Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Barbosa, R.M. et al. (2007). Notes on the female condom: experiences in Brazil. *Int J STD Aids*, 18 (4), 261-6.

Beksinska, M. et al. (2008). Male partner involvement and assistance in female condom use. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13 (4), 400-3.

Beksinska, M. et a. (2007). Standardized definitions of failure modes for female condoms. *Contraception*, 75 (4), 251-5.

Beksinska, M. et al. (2006). Performance of the reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: A randomized cross-over trial among South African Women. *Contraception*, 73, 386-93.

Berquó, E., Barbosa, R.M. & Kalckmann, S. (1999). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos: Relatório final de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Cabral, R.J. et al. (2003). Do main partner conflict, power dynamics, and control over use of male condoms predict subsequent use of the female condom? *Women Health*, 38 (1), 37-52.

Chen, M.P. et al. (2007). Self-reported mechanical problems during condom use and semen exposure. Comparison of two randomized trials in the United States of America and Brazil. *Sex Transm Dis*, 34 (8), 557-62.

Choi, K.H. & Gregorich, S.E. (2009). Social network influences on male and female condom use among women attending family planning clinics in the United States. *Sex Transm Dis.*, 36 (12), 757-62.

Choi, K.H. et al. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*, 98 (10), 1841-48.

Collins, P.Y. et al. (2010). Adding the Female Condom to HIV prevention interventions for women with severe mental illness: A pilot test. *Community Ment Health J.*, (1-13).

Deperthes, B. & Hoke, T.H. (2005). Effectiveness of female condoms in the prevention of pregnancy and sexually transmitted infections. Baltimore: OMS. <http://www.path.org/projects/womans_condom_gcfc2005.php>

Downs, S.H. & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*, 52 (6), 377-84.

Farr, G. et al. (1994). Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *Am J Public Health*, 84 (12), 1960-4.

Feldblum, P.J. et al. (2001). Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: Results of a community intervention trial in Kenya. *Aids*, 15 (8), 1037-44.

Figueiredo, R. & Bonfim, J.R.A. (Submetido). *Experiência de promoção da prevenção de DST/Aids associada à contracepção.*

Figueiredo, R. (2010). Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/Aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (Supl.1), 1175-83.

Figueiredo, R. (2002). *Intervenção em contracepção de emergência e prevenção às DST/Aids na Favela Monte Azul: Relatório Final da Pesquisa*.

Fontanet, A.L. (1998). 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*, 12 (14), 1851-9.

French, P.P. (2003). Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis.*, 30 (5), 433-9.

Galvão, L.W. (2005). Effectiveness of female and male condoms in preventing exposure to semen during vaginal intercourse: A randomized trial. *Contraception*, 71 (2), 130-6.

Gibson, S. et al. (1999). Experiences of 100 men who have sex with men using the reality condom for anal sex. *Aids Educ Prev.*, 11 (1), 65-71.

Gross, M. et al. (1999). Use of Reality "female condoms" for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET vaccine preparedness study protocol team. *Am J Public Health*, 89 (11), p.1739-41.

Hoffman, S. et al. (2003). Female-condom use in a gender-specific family planning clinic trial. *Am J Public Health*, 93 (11), 1897-903.

Holmes Jr., L. et al. (2008). Potential markers of female condom use among inner city African-American Women. *Aids Care*, 20 (4), 470-7.

Hou, L.Y. et al. (2010). A crossover comparison of two types of female condom. *Int J Gynaecol Obstet.*, 108 (3), 214-8.

Jivasak-Apimas, S. et al. (2001). Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand: results from a prospective study. *Sex Transm Dis.*, 28 (11), 648-54.

Joanis, C. et al. (Prelo). Three new female condoms: which do South-African women prefer? *Contraception*.

Jones, D.L. et al. (2008). Acceptability and use of sexual barrier products and lubricants among HIV-seropositive Zambian men. *Aids Patient Care STDS*, 22 (12), 1015-20.

Kalckmann, S., Farias, N. & Carvalheiro Jr., I. (2009). 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.*, 12 (2), 132-43.

Kulczycki, A. et al. (2004). The acceptability of the female and male condom: a randomized crossover trial. *Perspect Sex Reprod Health*, 36 (3), 114-9.

Lameiras Fernandez, M. et al. (2008). Assessing female condom acceptability among heterosexual Spanish couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13 (3), 255-63.

Lara, D.K. et al. (2009). Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: Results from a prospective study. *Aids Educ Prev.*, 21 (6), 538-51.

Latka, M., Joanis C. & Glover, L. (2001). Acceptability of the Reality female condom and a latex prototype. *J Urban Health*, 78 (4), 614-26.

Lawson, M.L. et al. (2003). Partner characteristics, intensity of the intercourse, and semen exposure during use of the female condom. *Am J Epidemiol.*, 157 (4), 282-8.

Lyles, C.M. et al. (2006). Evidence-based HIV behavioral prevention from the perspective of CDC's HIV/Aids prevention research synthesis team. *Aids Education and Prevention*, 18, 20-31.

Macaluso, M. et al. (2007). Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: A randomized clinical trial. *Am J Epidemiol.*, 166 (1), 88-96.

Macaluso, M. et al. (2000). 3rd. Female condom use among women at high risk of sexually transmitted disease. *Fam Plann Perspect.*, 32 (3), 138-44.

Magalhães, J., Rossi, A.S. & Amaral, E. (2003). Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (6), 389-95.

Meekers, D. & Richter, K. (2005). Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *Int Fam Plan Perspect.*, 31 (1), 30-7.

Napierala, S. et al. (2008). Female condom uptake and acceptability in Zimbabwe. *Aids Educ Prev.*, 20 (2), 121-34.

Okunlola, M.A. et al. (2006). Female condom awareness, use and concerns among Nigerian female undergraduates. *J Obstet Gynaecol.*, 26 (4), 353-6.

Paiva, V. et al. (2003). Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE. Brasília: Ministério da Saúde.

Prudhomme, M. et al. (2005). Préservatif féminin ou masculin: proposez les deux! *Gynecol Obstet Fertil.*, 33 (11), 891-7.

Pulerwitz, J., Gortmaker, S.L. & DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationship power in HIV=STD research. *Sex Roles*, 42, 637-60.

Rasch, V., Yambesi, F. & Kipingili, R. (2007). Acceptance and use of the female condom among women with incomplete abortion in rural Tanzania. *Contraception*, 75 (1), 66-70.

Ray, S. et al. (2001). Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban Zimbabwe. *J Urban Health*, 78 (4), 581-92.

Rosenberg, M.J. & Waugh, M.S. (1997). Latex condom breakage and slippage in a controlled clinical trial. *Contraception*, 56, 17-21.

Schwartz, J.L. et al. (2008). Comparative crossover study of the PATH Woman's Condom and the FC Female Condom. *Contraception*, 78 (6), 465-73.

Smit, J. et al. (2006). Acceptability of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: A randomized cross-over trial among South African Women. *Contraception*, 73, 394-98.

Smita, J. et al. (2005). Comparative acceptability study of the Reality female condom and the version 4 of modified Reddy female condom in India. *Contraception*, 72 (5), 366-71.

Solomon, S. (2005). Rationale, needs, challenges, uptake and impact of female condom. Global consultation on the female condom. Baltimore: OMS. <http://www.path.org/projects/womans_condom_gcfc2005.php>.

Spizzichino, L. et al. (2007). The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study. *Ann Ist Super Sanita*, 43 (4), 419-24.

Trussell, J., Warner, D.L. & Hatcher, R.A. (1992). Condom slippage and breakage rates. *Fam Plann Perspect*, 24, 20-3.

Thomsen, S.C. et al. (2006). A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Infect.*, 82 (5), 397-402.

UNB – Universidade de Brasília/DKT. (2008). *Comparative study on clinical failures and acceptability between L'amour® and Reality® condoms: Final report*. Brasília: UNB/DKT.

Vieira, E.M. et al. (2004). The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. *Rev Panam Salud Publica*, 15 (6), 373-79.

Weeks, M.R. et al. (2010). Multilevel social influences on female condom use and adoption among women in the urban United States. *Aids Patient Care STDS*, 24 (5), 297-309.

Witte, S.S. et al. (2006). Promoting female condom use to heterosexual couples: findings from a randomized clinical trial. *Perspect Sex Reprod Health*, 38 (3), 148-54.

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999-2010.

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Joanis et al (no prelo)	170	África do Sul	RCT (2007/8)	100% mulheres Média: 28.0 (SD: 7.2) Mediana: 26 (18-48)	Negra: 98.8% Mulata: 0.6% Branca: 0.6%	Preferência entre os três CFs avaliados: WC: 47.5% FC2: 35.6% V-Amour: 16.3%	Prazer associado ao uso do CF (p=0.014) Lubrificação do CF (p<0.01) Aparência do CF (p=0.014) Facilidade de usar (p<0.01) Ajuste e conforto (p=0.008)	14
Figueiredo & Bonfim (submetido)	583	Brasil (São Paulo)	Coorte (out 2000 / jan 2002)	Homens: 40.7% Idade média: 23 Idade mediana: 24.8 <i>Intervalo de idade</i> Homens: 11-52 Mulheres: 13-53	NA	<i>Continuidade do uso após experimentação:</i> Percentual de pessoas que retornaram ao serviço para retirar mais CF: Mês 1: 26% Mês 3: 19.6% Mês 6: 6.5% Mês 9: 2.1% Mês 12: >1%	NA	6
Figueiredo, 2010	183	Brasil (Santo André/SP)	Seccional (jun-set / 2001)	100% mulheres HIV+ ≤40 anos: 77.6% (19-65 anos)	Branca: 49.2% Parda: 41.5% Preta: 8.7% Amarela: 0.5%	Experimentação do CF antes do diagnóstico de HIV: 0% Experimentação do CF depois do diagnóstico de HIV: 12.7% Uso atual de CF: 8.2%	NA	6
Barbosa e Perpétuo, 2010	2453	Brasil	Seccional (set 1998 / jan 1999)	100% mulheres	NA	Participantes que gostaram muito de usar o CF: Homens: 6,7% Mulheres: 24,8%	NA	7
Collins et al, 2010	79	EUA	RCT (2001/3)	100% mulheres 42.3 anos (SD 8.3)	Preta: 61% Latina: 20% Branca: 11% Outra: 8%	3 meses após a intervenção, casos vs. controles: 54.3% vs. 6.2% tentou inserir o CF 28.6% vs. 6.2% usou o CF com parceiro 6 meses após a intervenção: 40.0% vs. 11.8% tentou inserir o CF 26.5% vs. 8.8% usou o CF com parceiro	NA	10
Weeks et al, 2010	461	EUA	Coorte (2004/6)	100% mulheres 39.2 (SD 9.5)	Negra: 55.4% Latina: 30.4% Branca e outras: 14.1%	Viu alguma vez o CF: 75.3% Usou pelo menos uma vez o CF: 28.6% Usou nos últimos 30 dias CF: 8.0%	Ensino médio: p<0.01 Separada ou viúva: p<0.05 Abuso sexual/ físico: p<0.05 Violência na infância: p<0.001 Pares incentivam uso de CF (p<0.01)	10

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Lara et al, 2009	243	República Dominicana	Coorte (jan-out / 2006)	Mulheres prof. sexo 18-20: 18.9% 21-29: 58.8% ≥30: 22.2%	NA	<p><i>O quão confiante se sente em usar o CF (antes vs. após intervenção):</i></p> <p>Muito confiante: 72.4% vs. 79% Um pouco confiante: 22.6% vs. 21% Nem um pouco confiante: 5.0 vs. 0.0%</p> <p><i>Opiniões sobre CF (antes vs. após intervenção):</i></p> <p>Confortável de inserir: 87.9% vs. 96.2% Confortável de remover: 91.5% vs. 96.3% Confortável ter relações sexuais: 95.5% vs. 96.9%</p> <p><i>Percepção de parceiros sexuais sobre CF:</i></p> <p>Clientes: 82% preferem CF quando comparado com CM Não clientes: 59% preferem CF quando comparado com CM</p>	Idade ≥ 25 anos OR: 1.87 (1.01-3.45)	10
Kalckmann et al, 2009	2469	Brasil (São Paulo/SP)	Coorte (jan 2000 / jul 2002)	100% mulheres Média: 30.6 (±8.9) Mediana: 29.5 Intervalo: 14 – 69 18-30 anos: 53.7%	Branca: 47.4% Parda: 39.6% Preta: 11.8% Amarela: 1.1% Indígena: 0.1	<p>Uso anterior do CF: 8.2%</p> <p>Continuidade do uso de CF: Mês 3: 36.5% Mês 6: 27.3% Mês 12: 14.4%</p>	<p>Frequência mensal de relações sexuais: 11 ou mais vs. 0-3: chance de abandono do CF 17% menor</p> <p>4-10 vs. 0-3: chance de abandono do CF 18% menor</p> <p>Tipo de serviço de dispensação do CF: Projeto comunitário vs. SAE: 87% menos chance de abandono do CF</p> <p>Unidade básica vs. SAE: 6% menos chance de abandono do CF</p>	13

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999-2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Score*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Choi et al, 2008	409	EUA	RCT (2003/4)	100% mulheres Média: 23 anos	Grupo intervenção: Preta: 13% Asiática: 7% Latina: 15% Branca: 65% Grupo controle: Preta: 9% Asiática: 10% Latina: 18% Branca: 63%	Utilização do CF: Grupo intervenção <i>Baseline</i> : 1.41% 3 meses: 45.31% 6 meses: 30.80% Grupo controle: <i>Baseline</i> : 0.51% 3 meses: 19.11% 6 meses: 7.65% Percentual de sexo anal/vaginal protegido por CF: Grupo intervenção <i>Baseline</i> : 3.82% 3 meses: 11.57% 6 meses: 18.87% Grupo controle: <i>Baseline</i> : 7.62% 3 meses: 11.30% 6 meses: 14.40%	NA	10
Holmes et al, 2008	280	EUA	Seccional (2006)	100% mulheres 18-30: 38.8% 31-40: 25.0% 41-50: 19.2% >50: 17.0%	100% afrodescendente	Prevalência de uso do CF: 15.9%	Múltiplos parceiros sexuais: AOR=8.45 (IC 95%: 2.35-30.36) Ensino fundamental completo: AOR=3.01 (IC 95%: 1.01-8.93) Desconhecimento acerca do CF: AOR=0.19 (IC 95%: 0.08-0.45) Idade entre 31-40 vs. 18-30: AOR=0.22 (IC 95%: 0.07-0.67)	9
Jones et al, 2008	155	Zâmbia	Coorte (jan 2003 / jun 2006)	Homens HIV+ Média de idade: 37 (21-62 anos)	Bemba: 27% Nsenga, Ngoni, Tumbuka: 26% Tonga: 14% Lozi: 15% Mambwe, Namwanga: 8% Outras: 10%	<i>Uso de CF nos últimos 7 dias</i> : 6 meses após intervenção: 2% 12 meses após intervenção: 3% <i>Preferência entre CF e CM</i> : CM: 1.2 CF: 3.3 (escala likert, na qual 1 significa mais aceitável e 5, menos aceitável)	Associação positiva: "gostar" do CF: p<0.001 Associação negativa: Maior conforto do CM: p<0.001 Facilidade de uso do CM: p=0.04 Uso concomitante de CM: p<0.001	9

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Lameiras Fernandez et al, 2008	90 (45 casais)	Espanha	Coorte (sem data)	Mulheres Média: 23.18 (SD 4.37) Homens Média: 24.69 (SD 5.03)	NA	<p><i>Uso de CF após intervenção:</i> 100% usaram pelo menos uma vez 80% usaram entre 3-5 vezes</p> <p><i>Satisfação com CF*:</i> Homens: 3.33 (SD: 1.11) Mulheres: 3.02 (SD: 1.20) * escala 1-5 (1=insatisfeito)</p> <p>Intenção de usar o CF no futuro: Homens e Mulheres: 77.8%</p>	<p>Variáveis associadas com desvantagens do CF: <i>Homens</i> Crenças negativas (p<0.001) Satisfação com outro método (p<0.01) Alta frequência de atividade sexual (p<0.01) Uso de outro contraceptivo pela parceira (p<0.05) <i>Mulheres</i> Crenças negativas (p<0.01) Satisfação com outro método (p<0.05)</p> <p>Variáveis associadas com vantagens do CF: <i>Homens</i> Crenças positivas (p<0.001) <i>Mulheres</i> Crenças positivas (p<0.001) Escore alto para insatisfação sexual (p<0.01) Iniciação sexual mais jovem (p<0.01) Uso de outro contraceptivo (p<0.01)</p>	8
Napierala et al, 2008	379	Zimbábue	Coorte (dez 2000 /dez 2001)	100% mulheres 16-24: 41.3% 25-34: 40.1% 34-48: 18.5%	NA	<p><i>Baseline pré-intervenção:</i> Uso do CF na vida: 5.5% Uso atual de CF: 1.1%</p> <p><i>Pós-intervenção (2 meses):</i> Uso atual de CF: 70.6%</p>	<p>Interesse no CF para prevenir gravidez ou IST: AOR= 2.03 (IC 95%:1.24-3.32) Prefere CF ao CM: AOR= 2.26 (IC 95%: 1.39-3.68) É mais fácil uso consistente de CF do que CM: AOR=2.20 (IC 95%: 1.34-3.62)</p>	11

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Schwartz et al, 2008	146 (73 casais)	EUA	RCT (dez 2004 / ago 2005)	Mulheres Média: 29.2 (± 8.3) Homens Média: 30.7 (± 8.5)	Mulheres e Homens Hispanica: 17% Não hispanica: 83%	Aceitabilidade: FC1 vs. WC Dificuldade em manejar o CF: 44% vs. 9% Desconforto com inserção do CF: 21% vs. 8% Instabilidade do CF após inserido: 16% vs. 9% Aceitabilidade do parceiro foi maior para WC do que FC1 em 21 itens entre 27	NA	6
UNB, 2008	500 (250 casais)	Brasil	Seccional NA	Homens Média: 27.60 Mulheres Média: 25.95	Branca: 78.6% Parda: 13.6% Negra: 6.8%	<i>Aceitabilidade dos CF (Reality vs. L'Amour)</i> <i>Facilidade de inserir o CF:</i> 2.18-1.84 (1=muito fácil, 3 não foi fácil) <i>Conforto do CF:</i> 1.70 vs. 1.97 (1=confortável, 3=desconfortável) <i>Lubrificação do CF adequada:</i> 82.90% vs. 70.48%	NA	8
Barbosa et al, 2007	2453	Brasil	Seccional (set 1998 / jan 1999)	100% mulheres	NA	<i>Porcentuais de participantes que relatam usar e continuar usando o CF</i> <i>15 dias após início do estudo: 80.2%</i> <i>90 dias após início do estudo: 70.1%</i>	NA	11
Rasch et al, 2007	548	Tanzânia	Seccional (NA)	100% mulheres NA	NA	Após o aconselhamento: 39% aceitaram utilizar o CF 30% utilizaram o CF	NA	6
Spizzichino et al, 2007	162	Italia	Seccional (jun-jul / 2005)	66.7% mulheres Mulheres Média: 29.3 anos 18-20: 4.6% 20-29: 56.5% 30-39: 26.9% 40-69: 12.0% Homens Média: 31.5 anos 18-20: 3.7% 20-29: 51.9% 30-39: 27.8% 40-69: 16.6%	NA	Concordam totalmente com a afirmativa de que: CF protege mais do que CM contra gravidez indesejada: 56.2% Mulheres: 53.7% Homens: 61.1% CF é mais difícil de usar do que CM: 40.1% Mulheres: 43.5% Homens: 33.3% CF protege mais contra HIV e demais ISTs do que CM: 59.3% Mulheres: 56.5% Homens: 64.8%	NA	7

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Okunlola et al, 2006	850	Nigéria	Seccional (set / 2004)	100% mulheres NA	NA	80% conheciam o CF 11.3% já haviam usado o CF 42.7% só utilizaram o CF após aprovação do parceiro	NA	6
Smit et al, 2006	276	África do Sul	RCT (jan-set / 2004)	100% mulheres Média de idade: 28.5	NA	Satisfação com insumo (FC1 vs. FC2): Boa: 50.9% vs. 55.1% Satisfatória: 45.0% vs. 38.8% Neutro: 2.3% vs. 5.1% Insatisfeito: 1.8% vs. 0.9% O que menos gostou do insumo: Aparência: 29.8% vs. 34.0% Facilidade de inserção: Fácil: 58.7% vs. 57.5% Insumo confortável: 88.5% vs. 89.7% Dificuldade para remover CF: 8.3% para ambos FC1 e FC2 Lubrificação adequada: 60.6% vs. 62.5% Sensação: Gostou: 63.3% vs. 60.6% OK: 33.5% vs. 36.1% Não gostou: 2.8% em ambos FC1 e FC2 Tamanho: Adequado: 72.9% vs. 71.3% Muito grande: 26.1% vs. 28.2% Muito pequeno: 0.5 % vs. 0.0% NA: 0.5% (FC1 e FC2) Aceitabilidade do parceiro: Parceiro gostou do insumo: 80.7% vs. 80.5% Preferência entre FC1 e FC2: 29.5% vs. 36.6% Não perceberam diferença nenhuma entre FC1 e FC2: 33.8%	NA	6

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Thomsen et al, 2006	210	Quênia	Coorte (jan-dez / 2004)	100% mulheres trabalhadoras do sexo Média: 29 anos	NA	Percentual de uso do CF, <i>baseline</i> e a cada 2 meses: <i>Baseline</i> : 0.6% Mês 2: 0.8% Mês 4: 0.0% Mês 6*: 34.9% Mês 8: 29.1% Mês 12: 27.4% Percentual de uso do CM, <i>baseline</i> e a cada 2 meses: <i>Baseline</i> : 84.8% Mês 2: 84.5% Mês 4: 83.6% Mês 6*: 55.6% Mês 8: 57.2% Mês 10: 56.7% Mês 12: 56.6% * Introdução do CF	NA	10
Witte et al, 2006	434	EUA (Nova York)	RCT (1997/2001)	217 casais heterossexuais Idade <25 anos Mulheres Grupo casais: 9.9% Grupo mulheres: 8.2% Grupo-controle: 9.5% Homens Grupo casais: 7.4% Grupo mulheres: 9.6% Grupo-controle: 7.9%	Mulheres Grupo casais: Negras: 54.3% Hisp.: 38.3% Grupo mulheres: Negras: 54.8% Hisp.: 54.0% Grupo-controle: Negras: 54.0% Hisp.: 36.5% Homens Grupo casais: Negros: 48.1% Hisp.: 42.0% Grupo mulheres: Negros: 61.6% Hisp.: 31.5% Grupo-controle: Negros: 55.6% Hisp.: 39.7%	Participantes que usaram CF com parceiro principal (<i>baseline</i> vs. follow-up): Grupo de casais: 2.47% vs. 22.59% Grupo de mulheres: 5.62% vs. 25.48% Grupo-controle: 3.97% vs. 11.59% Participantes que usaram CF com qualquer parceiro (<i>baseline</i> vs. follow-up): Grupo de casais: 3.09% vs. 23.21% Grupo de mulheres: 7.67% vs. 27.12% Grupo-controle: 3.97% vs. 13.49% Participantes que pretendem usar o CF nos próximos 90 dias (<i>baseline</i> vs. follow-up): Grupo de casais: 30.86 %vs. 45.58% Grupo de mulheres: 35.62% vs. 42.88% Grupo-controle: 26.19% vs. 27.46%	Participantes que usaram CF com parceiro princip. (intervenção vs. controle): AOR: 4.06 (IC 95% 1.24–13.35) Participantes que usaram CF com qualquer parceiro (intervenção vs. controle): AOR: 3.57 (IC 95% 1.11–11.54) Participantes que pretendem usar o CF nos próximos 90 dias (intervenção vs. controle): AOR: 2.20 (IC 95% 1.12–4.32)	10

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População			Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia		Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Meekers & Richter, 2005	1740	Zimbábue	Seccional (1998)	Mulheres: 45.1% 15-19 anos: 6.4% 20-24 anos: 29.7% 25-29 anos: 28.0% 30-34 anos: 16.7% 35-39 anos: 10.8% 40-49 anos: 8.5%	NA	NA	Variáveis associadas ao uso de CF nos últimos 12 meses: Eficaz para prevenir gravidez: Homens: AOR= 2.85 (p<0.01) Mulheres: AOR= 1.89 (p<0.05) Fácil de utilizar: Homens: AOR= 6.07 (p<0.01) Mulheres: AOR=3.15 (p<0.01) Insumo é barato: Homens: AOR=4.17 (p<0.01) Mulheres: AOR=3.64 (p<0.01) Utilizou CM nos últimos 12 meses: Homens: AOR=30.29 (p<0.01) Mulheres: AOR=8.35 (p<0.01)	9	
Prudhomme et al, 2005	148	França	Seccional (jan-dez / 2001)	100% mulheres 65% com menos de 35 anos	Francesa: 43% Africana: 23% Marroquina: 16.6%	<i>Razões para experimentar o CF:</i> Curiosidade: 77% Prevenção de gravidez: 35% Prevenção de IST: 19% Por prazer: 5% Insatisfeita com outros métodos: 2% <i>Aspectos negativos relatados após o uso do CF:</i> Dificuldade de colocação: 27% das mulheres e 23% dos parceiros Barulho durante relação sexual: 22% <i>Aspectos positivos:</i> Pode ser colocado antes do início do ato sexual: 27.9% Resistência do material: 26.7% Colocado pela mulher: 25.8% Evita alergias: 25.3% Satisfação geral com CF: 39%	NA	9	

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Smita et al, 2005	120 (60 casais)	Índia	Seccional (jul-dez / 2002)	Mulheres Média: 30.3 (SD=6.03) Homens Média: 36.1 (SD=6.98)	100% indianos	Confiança de que o CF iria prevenir IST e gravidez (Reddy vs. Reality) Mulheres: 50% vs. 55% Homens: 45 vs. 55% Desejo de comprar o CF no futuro (Reddy vs. Reality): Mulheres: 85% vs. 88% Homens: 92% vs. 85% Recomendaria o CF para outros (Reddy vs. Reality): Mulheres: 85% vs. 92 Homens: 92% vs. 85	NA	7
Solomon, 2005	120 (60 casais)	Índia	Seccional (NA)	Homens 18-30: 25% 31-40: 58.3% >41: 16.7% Média: 36.1 (±6.9) Mulheres 18-30: 58.3% 31-40: 36.7% >41: 5.0% Média: 30.3 (±6.0)	NA	Tem intenção de comprar o CF após o estudo, mulheres vs. homens: Reddy: 85% vs. 88% Reality: 88% vs. 83% Recomendaria o CF a outras pessoas, mulheres vs. homens Reddy: 85% vs. 92% Reality: 92% vs.85%	NA	4

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Kulczycki et al, 2004	109	EUA	Seccional (jan 2000 /jul 2001)	100% mulheres Média: 33 anos	Branca: 77.8% Negra: 21.3% Asiática: 0.9%	Comparação entre CF e CM (escala varia de 1-5, 1 sendo melhor pontuação) CF mais difícil de inserir: 2.8 vs. 1.4 (p<0.001) Facilidade de penetração: 2.1 vs. 2.5 (P<0.01) CF mais fácil de retirar: 1.4 vs. 1.7 (p,0.05) Adaptação anatômica: 2.3 vs. 3.0 (p<0.001) Sensação do condom durante relação sexual: 2.1 vs. 2.5 (p<0.001) A maioria das mulheres não gostou do CF (87%) nem seus parceiros (91%)	NA	14
Vieira et al, 2004	165	São Paulo, Brasil	Coorte (ago 2000 / jul 2001)	100% mulheres Idade média: 30.3 (15 – 64)	NA	60% das participantes já haviam ouvido falar do CF 78.3% das participantes do 1º workshop haviam utilizado o CF recentemente	NA	11
Cabral et al, 2003	616	EUA	Coorte (1995/ 1998)	100% mulheres Idade média: 24 anos 18-20: 30.2% 21-25: 37.3% 26-35: 32.5%	NA	87% das participantes utilizaram pelo menos uma vez o CF	Uso de CM durante o estudo inversamente relacionado ao uso de CF (p<0.01) Raça negra positivamente associada ao uso de CF (p=0.01) Uso inconsistente ou não uso de CM associado ao não uso de CF (p≤0.05) Controle acerca do uso de CM associado ao uso de CF (p=0.01)	8

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Hoffman et al, 2003	359	EUA	RCT (1991/1997)	100% mulheres Média: 22 anos	Negra ou afrodescendente: 72%	Utilizaram pelo menos uma vez o CF: <i>Baseline</i> : 4% Após a intervenção: 20.05%	Uso de CF pelo menos uma vez, 1 mês após a intervenção: Grupo de 8 encontros: OR=4.81 (IC 95%:0.29-79.04) Grupo de 4 encontros: OR=0.78 (IC 95%:0.006-10.38) Uso de CF pelo menos uma vez, 6 meses após a intervenção: Grupo de 8 encontros: OR=4.81 (IC 95%:0.29-79.04) Grupo de 4 encontros: OR=0.78 (IC 95%:0.06-10.38) Uso de CF pelo menos uma vez, 12 meses após a intervenção: Grupo de 8 encontros: OR=1.45 (IC 95%:0.10-21.12) Grupo de 4 encontros: OR=0.62 (IC 95%:0.06-6.49)	11
Magalhães et al, 2003	61	Brasil (Campinas/SP)	Coorte (mai 2000 / jul 2001)	100% mulheres HIV+	NA	Taxa de continuidade do uso de CF após 90 dias da intervenção: 52% As desvantagens mais relatadas pelas mulheres referentes ao CF foram dificuldade para colocar, achar feio e fazer barulho	NA	6
Paiva et al, 2003	1298	Brasil	Seccional (jan / 2003)	Média de idade Geral: 36.5 Homens: 37.6 Mulheres: 35.4	NA	Uso alguma vez na vida do CF: Geral: 3.5% Mulheres: 1.9% Homens: 4.8%	NA	8
Figueiredo, 2002	138	Brasil (São Paulo)	Coorte (out 2000 / jan 2002)	88.3% mulheres Média de idade: 23 Mediana: 24,8 Intervalo: 11-53	NA	26.1% voltaram após 30 dias para retirar mais CF Após 3 meses, 73% ainda utilizavam CF Após 6 meses, 24% ainda utilizavam CF Após 9 meses, 8% ainda utilizavam CF Após 1 ano, 2,7% ainda utilizavam CF	NA	8

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Agha, 2001	1589	Zâmbia	Seccional (abril-out / 1998)	Homens: 53.6% 15-19 anos: 9.5% 20-24 anos: 29.8% 25-29 anos: 27.8% 30-34 anos: 19.4% 35-39 anos: 7.3% 40-49 anos: 6.2	NA	Já havia ouvido falar do CF: 87.1% Discutiu o uso do CF com parceiro(a) no último ano: 22.7% Pretende usar o CF no futuro: Mulheres: 38.4% Homens: 41.6%	NA	6
Feldblum et al, 2001	1929	Quênia	RCT (NA)	100% mulheres Média: 33.1 anos	NA	6 meses após intervenção: 39% nunca usaram CF 11% uso consistente do CF 12 meses após intervenção: 58% nunca usaram CF 7% uso consistente do CF	NA	11
Jivasak-Apimas et al, 2001	276	Tailândia	Coorte (sem data)	100% mulheres trabalhadoras do sexo >20: 24% 20-24: 36% 25-29: 20% 30-34: 14% 35-39: 4% 40-44: 2%	Tailandesa: 86%	Satisfação geral com CF: 68% Dificuldade em inserir CF: 31% Dor causada pelo anel interno: 37% Sensações de coceira: 22% Principal razão para usar o CF no futuro foi a percepção de sua segurança Principal razão para não usar o CF seria negativa do cliente Após intervenção: CF tornou-se mais fácil de usar (69%) e mais confortável (67%)	Preditores de alto uso de CF (≥ 14 CF em 2 semanas) Estar satisfeita com o CF: OR=3.37 (IC 95%: 1.04-10.95) Ter tido clientes relutantes a usar CM: OR=1.65 (IC 95%: 1.16-2.34) Idade < 22 anos: OR=0.17 (IC 05%: 0.05-0.61)	11

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Latka et al, 2001	270 (135 casais)	EUA	RCT (sem data)	Mulheres Média: 30 (18-52) Homens Média: 31 (19-63)	Mulheres Asiática: 4% Branca: 46% Hispanica: 29% Negra: 14% Outras: 7% Homens Asiática: 3% Branca: 47% Hispanica: 25% Negra: 19% Outras: 6%	Compraria CF após estudo: 31-37% Recomendaria CF para amigo: 40-47%	Raça/etnia: Afro-americanos ou hispânicos apresentaram maior grau de aceitabilidade do CF	10
Ray et al, 2001	149	Zimbábue	Coorte (10 semanas, sem data)	100% trabalhadoras do sexo Média: 26.8 anos	NA	Percepção do CF após o estudo: Gostou muito: 78.2% Prefere CF ao CM: 67.9% CF fácil de inserir: 93.6% CF permaneceu na posição correta durante relação sexual: 91.4% CF é fácil de retirar: 98.9% Usaria CF no futuro: 94.4% Recomendaria o uso de CF: 98.1%	Já ter tido CM rasgado (OR=11.6, IC 95%: 1.9-70.5) Maior número de parceiros (OR=2.83, IC 95%: 1.5-5.3)	13
Macaluso et al, 2000	895	EUA	Coorte (1995/98)	100% mulheres 18-19: 21% 20-24: 41% 25-35: 38%	Negra: 86% Outras: 14%	79.5% utilizaram pelo menos uma vez o CF durante acompanhamento, das quais: 20% usaram 1 vez o CF 13% usaram 2 vezes o CF 15% usaram 3-4 vezes 20% usaram 5-9 vezes 32% usaram ≥10 vezes	Variáveis associadas ao uso do CF durante o acompanhamento: Possuir um parceiro estável: AOR=2.5 (IC 95%: 1.6-3.8) Estar empregada: AOR=1.9 (IC 95%: 1.3-2.9)	9

Anexo 1

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre aceitabilidade do condom feminino entre participantes. 1999 -2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Aceitabilidade do Condom Feminino		Escore*
				Gênero e Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Aceitabilidade (%)	Variáveis associadas	
Gibson et al, 1999	100	EUA	Seccional (sem data)	100% HSH	NA	86% usariam novamente o CF 54% preferem usar o CF ao CM Média de aprovação: 4 (escala likert, 1-5, 1=não gostou; 5=gostou muito)	Aceitabilidade mais alta entre: HIV+ vs. HIV- (p=0.025) Homens em relacionamento não monogâmico (p=0.045) Homens em relacionamento sorodiscordante e monogâmico (p=0.022)	6
Gross et al, 1999	2277	EUA	Coorte (1996/97)	100% HSH	Branca: 76.7% Latina: 12.5% Negra: 5.8% Outras: 4.7%	48% ouviram falar do CF para sexo anal antes do estudo 13% haviam usado o CF nos últimos 6 meses, dos quais: 65.5% para sexo anal receptivo 64.8% para sexo anal insertivo	Variáveis associadas ao uso de CF em práticas de sexo anal: Mais de uma relação anal no último mês: AOR= 3.7 (IC 95%: 2.2, 6.3) Pelo menos 1 parceiro sexual HIV+: AOR=1.9 (IC 95%: 1.3-2.9)	10

* Escore segundo os critérios propostos por Downs & Black (1998). Pontuação mínima 0 e máxima 20.

Anexo 2

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre eficácia do condom feminino entre participantes. 1998-2010.

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Eficácia do Condom Feminino		Váriáveis associadas	Escore*
				Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Eficácia (%)			
Joanis et al, (no prelo)	170	África do Sul	RCT (2007/8)	100% mulheres Média: 28.0 (SD: 7.2) Mediana: 26 (18-48)	Negra: 98.8% Mulata: 0.6% Branca: 0.6%	Percentual de falhas clínicas ¹ : 3,6% WC: 3,6% FC2: 3,3% V-Amour: 3,3%		NA	14
						Percentual de falhas clínicas ao longo do acompanhamento: Primeiro retorno: 6,2% Segundo retorno: 2,3% Terceiro retorno: 2,3%			
Hou et al, 2010	291	China	Seccional (set/dez 2007)	100% mulheres Média: 27 ±5.39	NA	Colocação correta: 65.4% vs 63.1% Total de condons danificados durante a relação: 3.6% vs. 2.9% Falhas clínicas: 25.12% vs. 24.61%		NA	10
Schwartz et al, 2008	146 (73 casais)	EUA	RCT (dez 2004 / ago 2005)	<i>Mulheres</i> Média: 29.2 (± 8.3) <i>Homens</i> Média: 30.7 (± 8.5)	<i>Mulheres</i> Hispânica: 17% Não hispânica: 83%	Estudo comparativo entre PATH Woman's Condom (WC) e FC1: Falha do CF ² : 31% (WC) vs. 42% (FC1) Falha clínica do CF ³ : 17% (WC) vs. 24% (FC1)		NA	10
						Falhas do CF foram menores com o WC: Falha do CF: 10.9% menor (3.3-18.5) Falha clínica: 6.7% menor (0.8-12.6) Mulheres com irritação urogenital após uso do CF: WC: 12% FC1: 32%			

¹ Falhas clínicas foram definidas como qualquer falha que pudesse levar à exposição ao sêmen (colocação incorreta, condom rasgado, escorregamento), segundo a definição de Beksinska et al (2007), posteriormente endossada pela OMS.

² Total de falhas do CF (escorregou, rasgou, etc., dividido pelo número de CFs abertos).

³ Total de falhas clínicas do CF (escorregou, rasgou, etc., dividido pelo número de CFs usados).

Anexo 2

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre eficácia do condom feminino entre participantes. 1998-2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Eficácia do Condom Feminino		Score*
				Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Eficácia (%)	Variáveis associadas	
UNB, 2008	500 (250 casais)	Brasil	Seccional NA	Homens Média: 27.60 Mulheres Média: 25.95	Branca: 78.6% Parda: 13.6% Negra: 6.8%	<i>Eficácia do CF (Reality vs. L'Amour)</i> Penetração incorreta: 1.42% vs. 0.95% Escorregamento total: 0.48% vs. 0.24% Escorregamento parcial: 52.73% vs. 30.95% Deslocamento do anel externo: 44.18% vs. 32.38%	NA	8
Chen et al, 2007	283	Brasil (Campinas/SP) e EUA (Alabama)	RCT (NA)	100% mulheres Brasil vs. EUA Média: 30 vs. 33 Mediana: 29 vs. 32	NA	Níveis de PSA entre mulheres treinadas Usuárias de CF, Brasil vs. EUA: ≤ 1ng/mL: 81% vs. 83% 1-21 ng/mL: 10% vs. 12% 22-99 ng/mL: 2% vs. 2% ≥100 ng/mL: 6% vs. 3% Usuárias de CM, Brasil vs. EUA: ≤ 1ng/mL: 87% vs. 86% 1-21 ng/mL: 7% vs. 10% 22-99 ng/mL: 2% vs. 1% ≥100 ng/mL: 4% vs. 2%	NA	7
Macaluso et al, 2007	108	EUA	RCT (jan 2000 / jul 2001)	100% mulheres <25: 19% 25-29: 23% 30-34: 23% 35-39: 12% 40-54: 22%	Branca: 78% Afro-americana: 21% Outra: 1%	34% dos CFs apresentaram alguma falha mecânica Condoms danificados durante a relação: Não: 80% Uma vez: 11% Mais de uma vez: 8% Condom escorregou durante a relação: Não: 55% Uma vez: 20% Mais de uma vez: 25%	NA	11

Anexo 2

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre eficácia do condom feminino entre participantes. 1998-2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Eficácia do Condom Feminino		Escore*
				Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Eficácia (%)	Variáveis associadas	
Beksinska et al, 2006	201	África do Sul	RCT (jan-set 2004)	100% mulheres Média: 28.5	NA	<i>Percentuais comparativos entre FC1 e FC2:</i> Falhas clínicas: 5.24% vs. 4.3% Total de condons danificados durante a relação: 0.73% vs. 0.85% Total de danos clínicos ⁴ : 7.08% vs. 7.54 Penetração incorreta: 1.26% vs. 0.64% Colocação errônea do anel externo: 3.14% vs. 2.98% CFs que escorregaram	NA	7
Deperthes & Hoke, 2005	1071	China, Panamá, Nigéria e África do Sul	Coorte (NA)	100% mulheres <i>Idade média</i> China: 32 Panamá: 26.5 Nigéria: 27 África do Sul: 21.5	NA	<i>Taxa de gravidez, usuárias de CM vs. CF</i> China: 8.5 vs. 4.4 Panamá: 6.7 vs. 3.0 Nigéria: 3.9 vs. 5.9 África do Sul: 0.7 vs. 0.1	NA	4
Galvão et al, 2005	400	Brasil (Campinas/SP)	RCT (NA)	100% mulheres 15-19 anos: 12% 20-29 anos: 46% 30-39 anos: 32% ≥ 40 anos: 10% Mediana: 29 anos	NA	<u>Problemas autorreferidos:</u> <i>Grupo com intervenção, CF vs. CM</i> Falhas mecânicas: 6% vs. 4% Algum problema: 28% vs. 15% <i>Grupo s/intervenção, CF vs. CM</i> Falhas mecânicas: 14 vs. 8% Algum problema: 38% vs. 20% <u>Mensuração do antígeno prostático:</u> <i>Grupo com intervenção, CF vs. CM</i> ≤ 1: 78% vs. 85% 1-14: 12% vs. 8% 15-149: 3% vs. 3% 150-999: 5% vs. 1% ≥ 1.000: 2% vs. 3% <i>Grupos/intervenção, CF vs. CM</i> ≤ 1: 78% vs. 84% 1-14: 14% vs. 10% 15-149: 5% vs. 3% 150-999: 1% vs. 1% ≥ 1.000: 2% vs. 2%	NA	10

⁴ Aqueles que poderiam levar a uma gravidez ou transmissão de ISTs.

Anexo 2

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre eficácia do condom feminino entre participantes. 1998-2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Eficácia do Condom Feminino		Escore*
				Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Eficácia (%)	Variáveis associadas	
Solomon, 2005	120 (60 casais)	Índia	Seccional (NA)	Homens 18-30: 25% 31-40: 58.3% >41: 16.7% Média: 36.1 (±6.9) Mulheres 18-30: 58.3% 31-40: 36.7% >41: 5.0% Média: 30.3 (±6.0)	NA	Reddy (versão 4) vs. Reality Penetração incorreta: 2.2% vs. 5.0% Deslocamento do anel externo: 36.7% vs. 39.4% Escorregamento total: 2.8% vs. 0.5% Total de falhas ⁵ : 63.9% vs. 62.8%	NA	6
French et al, 2003	1442	EUA (Filadélfia)	RCT (maio 1995/abril 1996)	100% mulheres Idade média Grupo CM: 28.8 ±9.9 (13-72) Grupo CF: 28.1±9.1 (13-85)	Percentual de mulheres negras Grupo CM: 87.2% Grupo CF: 85.4%	Incidência de ISTs por 100 mulheres por mês: Grupo CM: 8.5 Grupo CF: 6.8 Prevalência de ISTs Grupo CM: 15.8% Grupo CF: 12.4%	NA	13
Lawson et al, 2003	210	EUA	Coorte (1996/98)	100% mulheres Média: 27	Branca: 70%	Exposição ao sêmen: 7.5%	<i>Fatores de risco</i> Relacionamento < 2 anos: AOR=2.4, IC 95%: 1.3-4.1 Diâmetro do pênis abaixo da média e diafragma 75-80mm: AOR=2.7, IC 95%: 1.2-6.0 Relação sexual de maior intensidade: AOR=1.7, IC 95%: 1.1-2.6 <i>Fatores protetores</i> Renda > 900 dólares/mês: AOR=0.32, IC 95%: 0.15-0.68.	11

⁵ Falhas foram definidas como ter ocorrido pelo menos um dos itens a seguir: CF rasgado, giro completo/parcial durante ato sexual, escorregamento total durante ato sexual, colocação errônea do anel externo, penetração entre CF e vagina.

Anexo 2

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados, com informações sobre eficácia do condom feminino entre participantes. 1998-2010 (cont.)

Fonte	N	País	Desenho do estudo (Período)	Características da População		Eficácia do Condom Feminino		Escore*
				Idade (intervalo)	Raça/Etnia	Eficácia (%)	Variáveis associadas	
Fontanet et al, 1998	504	Tailândia	RCT (out 1994 / jan 1995)	100% mulheres trabalhadoras do sexo	NA	Após 24 semanas de acompanhamento	NA	9
				Grupo CM: <20: 17.2% 20-24: 38.4% >24: 44.3%		Completude no estudo: Grupo CF+CM: 27% Grupo CM: 24%		
				Grupo CF: <20: 14.4% 20-24: 40.2% >24: 45.4%		Percentual de atos sexuais desprotegidos: Grupo CF+CM: 5.9% Grupo CM: 7.1%		
						Incidência de alguma IST ⁶ : Grupo CF+CM: 2.8% Grupo CM: 3.7%		
Farr et al, 1994	377	EUA, México e República Dominicana	Coorte (1990)	100% mulheres	NA	Taxa cumulativa de gravidez, após 6 meses de acompanhamento	NA	9
				EUA: Média: 28.9 anos		EUA: 12.4 América Latina: 22.2		
				América Latina: Média: 26.4 anos		Em 39 gravidezes: Falhas do CF: 12 (30.8%) Falha da usuária: 24 (61.5%) Causa indefinida: 3 (7.7%)		

* Escore segundo os critérios propostos por Downs & Black (1998). Pontuação mínima 0 e máxima 20.

⁶ Por 100 mulheres por semana.

Esta publicação, elaborada como insumo para a elaboração de políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva, é resultado da parceria entre o Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO/Unicamp), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e contou com apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Políticas para Mulheres.

Realização



nepo.unicamp.br



abiaids.org.br



unfpa.org.br

Apoio

Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres

Ministério da
Saúde



ISBN 978-85-98579-11-5



9 788598 579115