

A interferência dos serviços de saúde na continuidade de uso do preservativo feminino¹

Suzana Kalckmann²

O perfil da epidemia da aids no mundo vem exigindo que se promova e implemente alternativas que ampliem as possibilidades de prevenção.

As mulheres que, no início da epidemia, nos anos 80, estavam à margem da epidemia, a partir da década de 90, passaram a ser o grupo mais vulnerável ao HIV no mundo. Apenas na África sub-saariana o panorama epidemiológico foi distinto, pois a participação das mulheres foi expressiva desde o início da epidemia (ONUSIDA, 2006).

Não se pode deixar de considerar que as relações assimétricas de gênero, que se estabelecem na sociedade (SAFFIOTI, 1992; SCOTT, 1993), interferem diretamente na capacidade de negociação de práticas protetoras pelas mulheres com os parceiros, o que vem sendo estudado por vários pesquisadores internacionais e nacionais (WHO, 1992; O'LEARY; CHENEY, 1993; GUPTA; WEISS, 1994; GUIMARÃES, 1996; GUIMARÃES, 1996; PAIVA *et al*, 1998; BARBOSA, 2003).

Assim, além dos fatores biológicos, a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV e às outras DST é ampliada pelas situações vivenciadas por elas no cotidiano, como falta de poder na negociação de práticas sexuais mais seguras, violência, prostituição e sexo não consensual.

No sentido de reverter o quadro da epidemia de Aids, das outras DST e de ampliar o leque de opções contraceptivas, tem havido esforços mundiais para o desenvolvimento e adoção de novas alternativas de

proteção, que propiciem a dupla proteção (BERER, 2007), ou seja, evitem a gravidez não desejada e as DST/HIV, e que propiciem o "empoderamento" das mulheres, entre as quais destaca-se o preservativo feminino.

A versão atual do preservativo feminino foi desenvolvida nos meados dos anos 80, por uma equipe dinamarquesa de médicos e enfermeiras coordenada por Lasse Hessel, que acreditava que, por sua colocação ficar sob controle das mulheres, eliminava ou, pelo menos, facilitava a negociação de uso de proteção com os parceiros. Está disponível em mais de 90 países da África, Ásia, Europa e América Latina, em muitos deles, através do marketing social (WARREN E PHILPOTT, 2003).

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano fino, cerca de 0,042-0,053 mm de espessura, resistente, transparente e pré-lubrificado, com cerca de 16 cm de comprimento e 7,8 cm de largura. Possui dois anéis flexíveis, também de poliuretano. Um deles fica solto dentro do tubo e serve para ajudar na colocação e fixação do preservativo junto ao colo do útero.

Publicações de revisão sobre o assunto mostram que a aceitabilidade imediata do preservativo feminino varia de 37% a 96% e que, apesar das diferentes abordagens para definir a sua aceitação e da diversidade das populações investigadas, ele é um método viável. Contudo não se pode deixar de considerar a complexidade dos fatores que podem interferir na sua aceitação e uso



Figura 1: Colocação do preservativo feminino
Fonte: Female Health Company, 1996.

¹ Artigo baseado na Tese "Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em unidades do Sistema Único de Saúde, na Grande São Paulo", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do de Doutora em Ciências - Área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, sob orientação do Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro e Co-orientação da Prof. Dra. Norma Farias.

² Bióloga, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: suzanak@saude.sp.gov.br

(WHO, 1997; HOFFMAN *et al.*, 2004; MINNIS; PADIAN, 2005).

No Brasil, o preservativo feminino, comercializado como Reality, é relativamente recente, obteve autorização para comercialização pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1997. Está sendo incorporado a serviços de saúde selecionados e vendido em algumas farmácias e redes de supermercados por cerca de R\$ 15,00 a unidade. Antes deste período, seu uso foi limitado aos estudos que estavam sendo desenvolvidos para avaliar sua aceitação no país (KALCKMANN *et al.*, 1997).

Objetivos

Avaliar a aceitabilidade do preservativo feminino entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em 12 meses de seguimento, em condições de rotina dos serviços;

Identificar os fatores que interferem na continuidade de uso.

Metodologia

As interessadas em usar o preservativo feminino foram monitoradas, por 12 meses, em 16 serviços do SUS da Grande São Paulo (sete serviços especializados em atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aids, seis unidades básicas e três projetos comunitários).

É importante salientar que, apesar do estudo ter adotado procedimentos e critérios iniciais para a maior uniformização dos serviços (treinamento da equipe, ficha de avaliação, fluxo de informação para o estudo, suprimento dos insumos), o monitoramento ocorreu em condições da rotina de cada serviço e por seus próprios profissionais.

O estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

A análise da continuidade de uso foi realizada por tabela de sobrevivência Kaplan-Meier, teste log-rank e modelo de regressão de Cox.

Resultados

Foram incluídas no estudo 2.469 mulheres, das quais 713 (28,9%) em 7 serviços de atenção especializada às DST/aids, 1.417 (57,4%) nas 6 unidades básicas de saúde e 339 (13,7%) nos três projetos comunitários, em todas as unidades de dispensação houve interesse em experimentar o método.

A metodologia adotada, com a opção de trabalhar com 16 unidades de dispensação, com estruturas organizacionais diferentes, missões distintas, em parceria com gestores locais, municipais e estaduais de saúde, permitiu maior aproximação das condições reais de oferta e suporte para a continuidade de uso, além da maior diversidade de participantes. Optou-se por essa conduta

acreditando-se que a sua realização facilitará a continuidade da atividade após o estudo, tanto porque os profissionais vão se apropriando dos conhecimentos gerados, ajustando melhor o processo de trabalho, quanto as potenciais usuárias passam a ter uma referência.

Foram incluídas mulheres de 14 a 69 anos, sendo a média de idade de 30,6 anos (+ 8,98 anos), a mediana de 29,5 anos e a moda de 28 anos. Verificou-se que 47 mulheres (1,9%) tinham idade superior a 50 anos e, 112 (4,5%), inferior a 18 anos.

Do total, a maioria das mulheres incluídas no estudo (53%; 1.309) tinha idade até 30 anos.

Mulheres de diferentes níveis de escolaridade quiseram experimentar o preservativo feminino, inclusive 51 mulheres (2,1%) que referiram nunca ter freqüentado uma escola e 99 (4,0%) que completaram o curso universitário. Cerca de 30% das mulheres (730; 29,6%) interrompeu os estudos ao completar a quarta série do ensino fundamental (antigo primário) ou nas séries subseqüentes sem concluí-lo; 24,6% (607) e 20,6% (508) completaram o ensino fundamental e o ensino médio, respectivamente

A maioria das participantes (54,4%, 1344) exercia alguma atividade remunerada no mês anterior à entrevista.

A expressiva maioria (2.220; 89,9%) referiu ter parceiro fixo, das quais 73,8% (1.638) afirmam morar com eles.

A freqüência mensal de relações sexuais apresentou grande variabilidade, sendo zero o valor mínimo e 201 o valor máximo. No total, 76 mulheres (3,1%) afirmaram não ter tido relações sexuais no mês anterior à entrevista inicial e 9 afirmaram que tiveram mais de 84 relações no mês.

A adoção de alguma prática contraceptiva, ao entrar no estudo, foi relatada por 86% (2.124) das participantes (com exceção das mulheres com mais de 50 anos), das que afirmaram não ter risco de engravidar (281 mulheres no total; 11,4%) e daquelas, cuja informação não foi registrada (64; 2,6%).

A maioria, 92% (2214), referiu já ter usado o preservativo masculino, pelo menos uma vez, anteriormente, enquanto o feminino foi uma novidade para a maioria, 91,8% (2218) das participantes, independente do tipo de serviço.

Na distribuição por cor, predominaram as que se auto-declararam como de cor branca (1.121; 45,4%), seguidas pelas de cor parda (936; 37,9%), de cor preta (280; 11,3%), de cor amarela (26; 1,1%), apenas duas se auto-definiram como indígenas (0,1%). Para esta pergunta o percentual de não resposta foi de 4,2%.

Ao final dos 12 meses de observação, 14,38% (355) das mulheres estavam em uso do preservativo feminino; no terceiro mês de seguimento esta proporção era de 36,49% (901), enquanto no sexto mês, cerca de 180 dias, passou a 27,26% (673).

O tempo médio de uso foi de 3,55 meses com intervalo de confiança de 95% (3,37- 3,73).

A análise do tempo de continuidade de uso segundo as variáveis selecionadas evidenciou que o tipo de serviço de dispensação do insumo e a frequência mensal de relações sexuais interferiram na continuidade de uso, de forma estatisticamente significativa.

Vale salientar que o perfil das mulheres incluídas no presente trabalho através das unidades básicas foi muito próximo daquelas que o fizeram nos projetos comunitários, contudo a probabilidade de descontinuar o uso foi muito maior nas unidades básicas de saúde, especialmente no primeiro mês pós-recebimento do insumo, como pode ser observado pela tabela abaixo.

Tabela 1: Distribuição das participantes, segundo a condição de retorno ao serviço para seguimento, de acordo com o tipo de serviço de dispensação do preservativo feminino, 2007.

| Tipos de serviços | Não retornou | | Retornou pelo menos 1 vez aos serviços | | Total | |
|-------------------|--------------|-------------|--|-------------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Especializado | 335 | 47,0 | 378 | 53,0 | 713 | 100,0 |
| Unidade Básica | 804 | 56,7 | 613 | 43,3 | 1417 | 100,0 |
| Proj. Comunitário | 3 | 0,9 | 336 | 99,1 | 339 | 100,0 |

p= 0,000

Discussão

Os resultados indicam que as mulheres estão dispostas a conhecer novas alternativas que, além de evitar uma gravidez não desejada, favoreçam a proteção contra as DST/HIV e não provoquem efeitos colaterais, o que é compreensível considerando que o leque de opções contraceptivas é muito limitado no Brasil. Costa e colaboradores (2006), a partir de avaliação da atividade de planejamento familiar junto aos municípios, mostram que o setor público oferece basicamente pílula e preservativo masculino; mesmo para estes métodos a oferta é restrita, apenas 47,2% e 53% dos municípios declararam atender de 75% a 100% das suas demandas de pílula e de preservativo masculino, respectivamente.

Os estudos sobre a dinâmica de uso de anticoncepcionais, no país, evidenciam altas taxas de descontinuidade para qualquer prática, exceto as cirúrgicas. Um estudo realizado na região Nordeste mostra que 80% das usuárias do preservativo masculino e 70% das de injetáveis deixaram de usá-los em 12 meses. Entre as usuárias da pílula, esta alta descontinuidade também foi observada, 58% das mulheres da área rural e 49% das urbanas; entre as que abandonaram, 19,7% o fizeram por

ocorrência de efeitos colaterais, que foi a causa mais freqüente (FERRAZ, 1994; LEITE, 2003).

Tais resultados revelam dificuldades com os métodos reversíveis disponíveis, confirmados por Tavares e colaboradores (2007), o que tem levado à busca pelos métodos cirúrgicos (BERQUÓ, 1999 ; VIEIRA, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Os resultados do presente estudo indicam que, se o preservativo feminino for disponibilizado pelos serviços de saúde, haverá parcelas da população dispostas a adotá-lo, aumentando o grupo de pessoas protegidas das DST/Aids, similar ao que vem sendo relatado em todo o mundo (SHERVINGTON, 1993; KALCKMANN *et al.*, 1997; MUSABA *et al.*, 1998, TRUSSEL, 1998; DEVANDER *et al.*, 2002; HOFFMAN *et al.*, 2002; MANTEL *et al.*, 2003; BARBOSA *et al.*, 2007).

O tipo de serviço, conseqüentemente a forma como se estabelecem os vínculos entre os provedores e as usuárias, foi determinante para a continuidade de uso. Resultado semelhante foi relatado por Barbosa *et al.* (2007), com o tipo de serviço provedor interferindo, com diferença estatisticamente significativa, na continuidade de uso. As proporções de continuidade de uso, aos 90 dias, foram 54%, 68% e 78% (p=0,001) para os serviços com atividade educativa incipiente, com experiência em atividade educativa para as mulheres e para aqueles com maior tradição em atividades educativas às mulheres e com trabalho extra-muro, respectivamente.

É importante considerar que, ao se discutir os tipos de serviços, está se falando essencialmente de relações entre "indivíduos".

Nos projetos comunitários, onde as dispensações foram conduzidas por lideranças comunitárias locais, a proporção de mulheres que mantiveram o uso foi consideravelmente maior. Além da maior facilidade de acesso ao insumo, nesses locais as mulheres participavam de atividades educativas mensais para o recebimento dos preservativos, quando eram abordados outras questões relacionadas a sexualidade, gênero etc. A "distribuição do preservativo feminino" passou a ser um espaço de troca de experiências e de suporte, inclusive provocando a curiosidade das outras mulheres da região que não estavam no estudo, confirmando que o apoio/reforço é determinante para a manutenção de mudanças de comportamento e na adesão a práticas contraceptivas, especialmente as coito dependentes, como já havia sido relatado por vários autores, qual seja: a realização de grupos de pares, objetivando a troca de informações, funciona como grupo de suporte e apoio (ARTZ *et al.*, 2000; DEVANDER *et al.*, 2002; WARREN e PHILPOTT, 2003).

Choi e colaboradores (2006), em estudo randomizado com 407 mulheres recrutadas em clínicas de planejamento

familiar, observaram que a proporção de relações protegidas, aos 6 meses, foi significativamente maior entre as que passaram por intervenção educativa especial sobre o preservativo feminino do que entre as que participaram na atividade de rotina dos serviços.

Os resultados mostram que a maioria (91,3%) das participantes passou a conhecer o preservativo feminino apenas no momento de sua entrada no estudo. Assim, toda informação sobre o método foi proveniente das unidades de dispensação, pois elas não dispunham de informações de seus pares sobre o método. Para o enfrentamento das dificuldades de adaptação ao novo método, elas dependiam essencialmente dos serviços.

Em síntese, os resultados reafirmam a necessidade de investimentos na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, no sentido de prevenir a possível influência exercida por eles, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, inibem com sua conduta potenciais usuárias/usuários de métodos de barreira, como os preservativos (WHO, 2000).

Não se trata apenas de ensinar o manuseio, é fundamental propiciar condições para que outros aspectos da vida afetiva e sexual possam vir à tona, para que possam ser discutidos e refletidos pelas usuárias e pelos profissionais de saúde. E, também, que todas as alternativas contraceptivas sejam apresentadas, de tal forma que as usuárias decidam o que é melhor para a própria vida naquele momento.

Assim, verifica-se que não se trata apenas de avaliar/disponibilizar o preservativo feminino, mas de re-discutir o que vem sendo apontado há duas décadas por pesquisadoras e ativistas que trabalham com as mulheres, inclusive com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ou seja, propiciar um atendimento integral para a mulher (SANTOS, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ASKEW; BERER, 2006).

Conclusão

O número de mulheres que iniciaram o uso do preservativo feminino nos diferentes tipos de serviços evidenciou que há uma demanda para alternativas de prevenção, e que é fundamental que se criem espaços onde elas possam ter acesso adequado a orientações e aos insumos.

Referências Bibliográficas

ARTZ, L.; MACALUSO, M.; BRILL, I.; KELAGHAN, J.; AUSTIN, H.; FLEENOR, M. *et al. Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics. American Journal Public Health*, 90(2), 2000.p.237-44.
ASKEW, I.; BERER, M.A. Contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual à luta contra o HIV/Aids: uma revisão. **Questões de saúde reprodutiva** 1(1), 2006. p.11-38.

BARBOSA, R.M.; KALCKMANN, S.; BERQUÓ, E.; STEIN, Z. *Notes on the female condom: experiences in Brazil. Int J STD AIDS*; 18, 2007. p.261-6.

BARBOSA, R.M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In: BERQUÓ, E. (organizadora). **Sexo & Vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed.UNICAMP; 2003. p.339-89.

BERER, M.. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. **Questões de Saúde Reprodutiva** 2(2), 2007. p. 23-33.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (organizadoras). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.113-26.

CARVALHO, M.L.O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 39(5), 2005. p.788-94.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 6(1), 2006, p.75-84.

CHOI, K.; HOFF, C.; HUSSEY, W.; GRINSTEAD, O.; GOMEZ, C. Female condom skills training is efficacious in increasing female condom use and protected sex among ethnically-diverse women attending family planning clinics. In: Anais XVI International AIDS Conference; Toronto. Canadá, 2006. (THPE0253). Disponível em [http://www.iasociety.org/Default.aspx?pagelId=11&abstractId=2192920]. Acessado em 28 ago 2006.

DEVANDER, N.V.; GONZÁLES, V.; MERZEL, C.; PARIKH, N.S.; CELANTANO, D.; GRENBERG, J. *Effect of an STD/HIV/ behavioral intervention on women's use of the female condom. American Journal Public Health* 92(1), 2002. p.109-15.

FERRAZ, E.A. Dinâmica do uso da anticoncepção na região Nordeste do Brasil: uma análise de descontinuação, falha e mudança de métodos com tábuas de mortalidade. In: **Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991**. Rio de Janeiro, BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and Health Surveys; 1994. p.93-112.

GUIMARÃES, C.D. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV/Aids. In: PARKER R.; GALVÃO J. (organizadores). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.169-79.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: representação cultural da sexualidade feminina e prevenção do HIV/Aids. In: PARKER R.; GALVÃO J. (organizadores). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.89 -113.

GUPTA, G.R.; WEISS, E. **Mulher e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA; 1994.
HOFFMAN, S.; MANTELL, J.; EXNER T.; STEIN, Z. *Viewpoints: The future of the female condom. Perspective Sexual Reproductive Health*, 36(3), 2004. p.120-6.

KALCKMANN, S.; VIEIRA, E.M.; VILLELA, W.; REA, M.; FERNANDES, M.E.; **ANKRAH. The Female condom as a woman controlled method. Relatório final**. São Paulo: Instituto de Saúde/ MCCA; 1997 (mimeo).

LEITE, I.C. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 19(4), 2003. p.1005-16.

MANTELL, J.E.; SCHEEPERS, E.; ABDOL KARIM, Q. *Introducing the female condom through the public health sector: Experiences from South Africa. AIDS Care* 12(5), 2000. p.589-601.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B8370F012-9340-465D-

- 843A-BE008A4E046%7D/manual_diretrizes_prevencao_mulheres_outubro_2002.pdf]. Acessado em 10 abr 2003].
- MINNIS, A.M.; PADIAN, N.S. *Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions*. **Sex Transm Infect** 81, 2005. p.193-200.
- MUSABA, E.; MORRISON, C.S.; SUMKUTU, M.R.; WONG, E.L. *Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia*. **Sex Transm Dis**, 25(5),1998. p.260-4.
- O'LEARY, S.E.; CHENEY, B. (organizadoras). **Tripla ameaça: Aids e mulheres: dossiê Panos**. Rio de Janeiro/Recife/ Londres: ABIA/SOS Corpo/Panos Institute; 1993. Tradução DOURADO, A.
- ONUSIDA. **La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. Aumentar el control de la mujer sobre la prevención del HIV: Luchar contra el Sida**. ONUSIDA; 2006. Disponível em: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1237-gcwa-prevention-4_es.pdf]. Acesso em 04 jan 2007.
- PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B.; VENTURA, E.F.; TUNALA, L.; SANTOS, N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV: é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, 3, 1998; p.34-8. Disponível em [http://www.usp.br/nepaids/mulheres-vulner.pdf]. Acessado em 02 fev 2007.
- SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BRUSCHINI, C. (organizadoras). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992. p.183-215.
- SANTOS, N.J. *As mulheres e a Aids*. [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.
- SCOTT, J. **Gênero, uma categoria útil de análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1993.
- SHERVINGTON, D.O. *The acceptability of female condom among low-income African-American women*. **JAMA** 85, 1993. p.341-7.
- TAVARES, L.S.; LEITE, I.C.; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 10(2), 2007. p.139-48.
- TRUSSEL J. *Contraceptive efficacy of the Reality female condom*. **Contraception** 58, 1998. p.147-8.
- WARREN M, PHILPOTT A. *Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes*. **Reprod Health Matters** 11(21), 2003. p.130-9.
- WHO - World Health Organization. **GPA position paper: female condom**. Geneva, 1992.
- WHO-UNAIDS. **The female condom: a guide for planning and programming**. Geneve: WHO/UNAIDS, 2000. Disponível em [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_8/] Acesso em 8 fev 2004.

