

Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil*

Evaluation of continuity of use of female condoms among users of the Brazilian National Health System (SUS): longitudinal analysis in units in the metropolitan region of São Paulo, Brazil

Suzana Kalckmann¹

Norma Farias^{II}

José da Rocha Carneiro^I

¹ Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

*Tese 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 título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública, em 2007.

Orientador: Prof. Dr. José da Rocha Carneiro, Co-orientador: Prof. Dra. Norma Farias.

Correspondência: Suzana Kalckmann. Instituto de Saúde. Rua Santo Antonio, 590, 3º andar. São Paulo, SP. CEP:01314-000. E-mail: suzanak@isaude.sp.gov.br

Resumo

O perfil da epidemia da Aids vem exigindo alternativas que, além de prevenir a entrada do HIV, facilitem a negociação de uso com o parceiro e possibilitem dupla proteção - contra as infecções transmitidas sexualmente, inclusive a Aids, e contra a gravidez não desejada - como o preservativo feminino.

O objetivo do presente estudo foi verificar se a alta aceitabilidade inicial do preservativo feminino, descrita em outros estudos, é mantida na rotina de atendimento às diferentes populações vulneráveis. Foram monitorados durante 12 meses 16 serviços do Sistema Único de Saúde da Grande São Paulo (7 serviços especializados em atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, 6 unidades básicas de saúde e 3 projetos comunitários). Foram incluídas no estudo 2.469 mulheres, das quais 713 em serviços de atenção especializada às DST/Aids, 1.417 em unidades básicas e 339 em projetos comunitários.

A análise da continuidade de uso foi realizada por tábua de sobrevivência Kaplan-Meier, teste log-rank e modelo de regressão de Cox, com intervalo de confiança de 95% (IC=95%). Observou-se que, ao final do seguimento, estavam em uso contínuo do preservativo feminino 14,4% das mulheres (355). O tempo médio de uso foi de 3,55 meses (IC 95%: 3,37- 3,73).

Os resultados evidenciaram 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.

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

Palavras-chave: Preservativo feminino. Preservativos. Prevenção de Aids. Estudo longitudinal. Avaliação em saúde.

Abstract

The new profile of the AIDS epidemic necessarily includes the implementation of alternatives which go beyond HIV prevention, meaning sexual partner negotiation and double protection: against STD (including AIDS) and unplanned pregnancy – the female condom (FC) as a possible alternative.

The objective of this study was to assess continuity of the high initial acceptability of FC described in different studies. Vulnerable groups were monitored for 12 months: 16 public services of the São Paulo metropolitan area (7 specialized in STD/AIDS; 6 primary care units and 3 community projects). 2,469 women were enrolled, 713 from STD/AIDS services, 1,417 from primary care units and 339 from community projects.

Kaplan-Meier, log-rank and the Cox regression model were used to analyze survival curves, CI=95%. At the end of follow-up, 355 (14.4%) women were using female condom continuously. The mean period of use of all participants was 3.55 months (CI 95%: 3.37- 3.73).

Results showed type of service providing the device and frequency of sexual intercourse as factors statistically significant related to continuity of use. The high number of women accepting the use of female condom in different services showed an important demand for the device, the need to provide appropriate access to orientation and of making female condom continuously available.

Key words: female condom, condom, Aids prevention, follow-up studies.

Introdução

No Brasil, o aumento proporcional de casos de Aids pela transmissão heterossexual vem ocorrendo em maior velocidade do que pelas outras formas entre os adultos com treze ou mais anos de idade. Este crescimento fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença constatado na progressiva redução da razão de sexos, entre todas as categorias de exposição, de 26,5, em 1985, para 1,8, em 1999 e 1,4 em 2005^{1,2}.

Apesar de as características anatômicas e fisiológicas da mulher contribuírem para a sua maior vulnerabilidade, vários autores referem que os fatores socioeconômicos são mais contundentes, e explicam mais adequadamente o quadro atual da epidemia, especialmente nos países pobres e em desenvolvimento³. As relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres se revelam através da violência sexual, do sexo comercial, do sexo intergeracional e na maior dificuldade em negociar a adoção de práticas sexuais mais seguras, que evidentemente aumentam a vulnerabilidade feminina às DST e, em especial, ao HIV. Apesar das diferenças entre os países e povos, deve-se registrar que frequentemente há interações sinérgicas entre gênero, raça/etnia, classe social e idade^{4,5}.

Para o enfrentamento dessa situação tem havido esforços mundiais para o desenvolvimento e a adoção de novas alternativas que propiciem a dupla proteção - evite a gravidez não desejada e as DSTs/HIV – e que também contribuam para o “empoderamento” das mulheres. Neste contexto, a partir de 1993 foram estimulados estudos sobre o preservativo feminino em todo o mundo, inclusive no Brasil^{6,7,8}.

Os estudos internacionais e nacionais, apesar das diferentes abordagens metodológicas e da diversidade das populações investigadas, indicam que este é um método viável, com aceitabilidade imediata variando de 37% a 96%^{6,7}. Vale ressaltar que eles tiveram, em geral, tempo de ob-

servação inferior a 90 dias e, portanto, não deram respostas sobre a continuidade de uso e aderência a médio e/ou longo prazo, questões fundamentais para a definição de política de dispensação do método pela rede pública.

No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido no mercado após licença para comercialização pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1997.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a aceitabilidade (tempo de uso contínuo) a médio e longo prazo por usuárias de serviços do Sistema Único de Saúde, na região da Grande São Paulo, nas condições de rotina dos serviços, identificando os fatores a ela associados.

Metodologia

Este estudo utiliza dados do projeto operacional de implantação do preservativo feminino, no Estado de São Paulo, que se responsabilizou pelo treinamento dos profissionais, disponibilização do insumo, elaboração do instrumento de monitoramento e pelo suporte técnico para o desenvolvimento da atividade em serviços de saúde selecionados⁹.

No presente trabalho foi usado um desenho longitudinal para a avaliação da efetividade de uso do método, definida pela OMS como a expressão do efeito desejado de um programa, serviço ou atividade para melhorar uma situação de saúde ou reduzir um problema, nas condições reais de atendimento¹⁰. Para a avaliação foi adotada a estratégia de intervenção (uso do preservativo feminino) com seguimento das mulheres ao longo do tempo.

Na prática, a implantação de intervenções em saúde pública de natureza acima citadas não se configura “totalmente experimental”, pois corresponde a um processo também voluntário, situado num contexto de interesse por parte de tomadores de decisões, profissionais e usuários, e que coincidem geralmente com o desenvolvimento de tecnologias¹¹.

A escolha pela realização de um estudo

em condições de rotina dos serviços, sem agregar elementos externos como entrevistador e ajuda econômica para transporte e ou alimentação, enseja maior possibilidade de continuidade da atividade investigada, após o término da coleta de dados. Trata-se de uma investigação sobre a introdução de uma inovação no serviço que, se demonstrar viabilidade, poderá vir a ser incorporada na rotina.

Foram selecionadas e incluídas no estudo 16 unidades de dispensação do método, que se comprometeram a dar continuidade ao projeto e a incorporar o instrumento de monitoramento à rotina de dispensação do preservativo feminino por pelo menos 12 meses. Eram sete serviços especializados para o atendimento às DST/Aids; seis de unidades básicas de saúde e três associações comunitárias. Das unidades básicas, duas pertencem ao Programa de Saúde da Família (PSF), três são Centros de Saúde ligados a Universidades e uma é Unidade Básica Municipal, que conta com agentes comunitários de saúde (PACS). As associações comunitárias, que desenvolvem programas especiais de prevenção em mutirões de moradia com supervisão do Programa Estadual de DST/Aids, são consideradas neste estudo como unidades de projeto comunitário.

Em cada unidade selecionada foram incluídas todas as mulheres que aceitaram participar do estudo e quiseram experimentar o preservativo feminino, no período de janeiro de 2000 a julho de 2002, e que poderiam ser seguidas por pelo menos 12 meses.

O preenchimento da ficha de monitoramento, agregada/incorporada ao prontuário, foi realizado pelos profissionais dos serviços. Realizou-se o seguimento dos serviços por meio de visitas bimestrais, com monitoramento e preenchimento (digitação) do banco de dados. O trabalho de campo foi iniciado em janeiro de 2000 e concluído em julho de 2003. Os insumos, preservativo masculino e feminino, foram garantidos durante o estudo. Em todas as unidades havia pelo menos uma pessoa chave ou de referência para a atividade.

A variável dependente (resposta analisada) foi o tempo de uso do preservativo feminino, coletada a cada retorno da usuária ao serviço, quando se registrava a data e as cotas de preservativos, feminino e masculino, levadas e usadas no período. Considerou-se como pressuposto que o retorno da mulher ao serviço para levar uma nova cota significava que ela estava usando o preservativo feminino.

Foram considerados como eventos terminais quando a usuária explicitava que não desejava mais usar o preservativo feminino; não retornava ao serviço e, portanto, não teria mais o método disponível; e nos casos em que o período entre os retornos foi superior a 45 dias.

As variáveis independentes relativas às características individuais foram coletadas na entrada da voluntária no estudo, selecionadas a partir da revisão da literatura e acordadas com os serviços: idade, escolaridade, ter ou não parceiro sexual, morar ou não com parceiro, número de relações sexuais no último mês, ter ou não atividade remunerada, cor, método contraceptivo em uso, uso anterior de preservativo masculino, uso anterior de preservativo feminino e ocorrência de DST no último ano. O tipo de serviço também foi considerado como variável independente na análise.

A análise da continuidade de uso foi realizada por tábua de sobrevida Kaplan-Meier, teste log-rank e modelo de regressão de Cox, com intervalo de confiança (IC) de 95%¹².

O tempo inicial (tempo zero) considerado foi a data em que o preservativo foi levado pela primeira vez, com intenção de uso.

Na construção do modelo de regressão de Cox foram utilizadas apenas as variáveis que já haviam apresentado significância estatística ($p < 0,05$) na análise de Kaplan-Meier. A análise de dados foi feita no programa computacional SPSS versão 12.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e aprovado para sua realização, em janeiro de 2000.

Resultados

Caracterização da amostra

Foram incluídas no estudo 2.469 mulheres, das quais 713 (28,9%) nos sete serviços de atenção especializada às DST/Aids, 1.417 (57,4%) nas seis unidades básicas de saúde e 339 (13,7%) nos três projetos comunitários.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e comportamentais da população estudada, segundo o tipo de serviço de dispensação do preservativo.

Participaram mulheres de 14 a 69 anos de idade, com média de 30,6 anos ($\pm 8,98$ anos) e mediana de 29,5 anos. Verificou-se que 47 mulheres (1,9%) tinham idade superior a 50 anos e 112 (4,5%) inferior a 18 anos.

Mulheres de diferentes níveis de escolaridade quiseram experimentar o preservativo feminino, inclusive 51 mulheres (2,1%) que nunca frequentaram uma escola e 99 (4,0%) que completaram o curso universitário. Foram consideradas como “baixa escolaridade” as mulheres que interromperam os estudos em qualquer série do ensino fundamental, sem concluí-lo. Em “alta escolaridade” foram reunidas as que referiram ter, no mínimo, completado o ensino fundamental.

A maioria (56,9%) exercia alguma atividade remunerada no mês anterior à entrevista.

Dentre todas as participantes, a maioria (91,8%) tinha parceiro fixo, das quais 73,8% residiam com eles, proporções similares entre os diferentes tipos de serviços.

Observou-se grande variabilidade na frequência de relações sexuais, de zero a 201 por mês, a média foi de 9,7 relações/mês ($\pm 9,4$ relações), a mediana de 8 relações/mês e a moda de quatro relações/mês. No total, 76 mulheres (3,1%) afirmaram não ter tido relações sexuais no mês anterior à entrevista inicial e 9 afirmaram ter tido mais de 84. As que não tiveram relações sexuais foram mantidas na análise por explicitarem a intenção de vir a tê-las. As que tiveram mais de 84 foram excluídas para o cálculo

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo variáveis selecionadas por tipos de serviço de dispensação do preservativo feminino, 2008.

Table 1 - Distribution of participants according to selected variables, in relation to type of facility providing female condoms, 2008.

Variáveis selecionadas		Tipos de serviços de dispensação						Total	
		Atenção Especializada		Unidades Básicas		Projetos Comunitários			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Faixas etárias (anos)	Até 30 anos	295	42,6	851	60,4	163	48,9	1309	53,7
	30 ou mais	398	57,4	559	39,6	170	51,1	1127	46,3
	Total	693	100,0	1410	100,0	333	100,0	2436	100,0
Nível de escolaridade	Não freqüentou	16	2,3	26	1,9	9	2,7	51	2,1
	Baixo	344	50,1	617	44,4	184	55,4	1145	47,5
	Alto	327	47,6	748	53,8	139	41,9	1214	50,4
Total		687	100,0	1391	100,0	332	100,0	2410	100,0
Trabalho remunerado	Sim	376	55,5	863	62,3	105	35,2	1344	56,9
	Não	301	44,5	522	37,7	193	64,8	1016	43,1
	Total	677	100,0	1385	100,0	298	100,0	2360	100,0
Ter parceiro fixo	Sim	631	92,4	1280	91,2	309	93,4	2220	91,8
	Não	52	7,6	123	8,8	22	6,6	197	8,2
	Total	683	100,0	1403	100,0	331	100,0	2417	100,0
Residir com parceiro	Sim	471	74,6	910	71,1	257	83,4	1638	73,8
	Não	160	25,4	370	28,9	51	16,6	581	26,2
	Total	631	100,0	1280	100,0	308	100,0	2219	100,0
Número de relações sexuais/mes	Até 4	278	43,8	457	33,9	69	21,1	804	34,8
	4 a 10	208	32,8	456	33,9	95	29,1	759	32,9
	Acima de 10	149	23,5	434	32,2	163	49,8	746	32,3
Total		635	100,0	1347	100,0	327	100,0	2309	100,0
Prática contraceptiva	Baixa eficácia.	14	2,1	77	5,5	12	3,6	103	4,3
	Alta eficácia.	155	23,9	360	25,7	77	23,3	592	24,6
	Hormonais	58	8,6	398	28,4	103	31,2	559	23,2
	Pres.masculino	447	66,3	566	40,4	138	41,8	1151	47,9
Total		674	100,0	1401	100,0	330	100,0	2405	100,0
Uso anterior Preservativo masculino	Sim	670	98,2	1252	89,9	292	88,0	2214	92,0
	Não	12	1,8	140	10,1	40	12,0	192	8,0
	Total	682	100,0	1392	100,0	332	100,0	2406	100,0
Uso anterior Preservativo feminino	Sim	76	11,1	92	6,6	29	8,7	197	8,2
	Não	607	88,9	1308	93,4	303	91,3	2218	91,8
	Total	683	100,0	1400	100,0	332	100,0	2415	100,0
Cor auto referida	Branca	323	50,1	678	48,8	120	36,1	1121	47,4
	Preta	80	12,4	165	11,9	35	10,5	280	11,8
	Parda	234	36,3	529	38,1	173	52,1	936	39,6
	Amarela	8	1,2	14	1,0	4	1,2	26	1,1
	Indígena		-	2	0,1	-	-	2	0,1
Total		645	100,0	1388	100,0	332	100,0	2365	100,0

da média e da mediana, por serem valores discrepantes.

Entre as mulheres dos projetos comunitários observou-se a média mais alta de relações sexuais (12,5 relações/mês), sendo a mais baixa (8,1 relações/mês) entre as dos serviços especializados, que acumularam maior número daquelas que não tiveram relação sexual no período. Entre as das unidades básicas a média foi de 9,8 relações/mês.

A adoção de alguma prática contraceptiva ao entrar no estudo foi relatada por 86,0% das participantes. As práticas foram reunidas em: “baixa eficácia” (coito interrompido e tabela), “preservativo masculino”, “hormonais”, “alta eficácia” (DIU, laqueadura, vasectomia e as que afirmaram não correr o risco de engravidar).

Praticamente todas (92%) já haviam usado o preservativo masculino pelo menos uma vez, anteriormente.

O preservativo feminino foi uma novidade para a maioria (91,8%), independente do tipo de serviço.

A maior proporção se autodefiniu como de cor branca (47,4%), contudo ao se agregar

como “negras” as que se autodefiniram como de cor “preta” e de cor “parda”, esse grupo passa a ser a maioria, 51,4% do total.

Continuidade de uso

Ao final dos 12 meses de observação, 14,4% (355) das mulheres mantinham o uso do preservativo feminino. No terceiro mês de seguimento, esta proporção era de 36,5% (901), e no sexto mês, cerca de 180 dias, passou a 27,3% (673).

É evidente a maior descontinuidade de uso no primeiro seguimento, correspondente a um mês pós o recebimento dos preservativos, período no qual 46,3% das participantes (1.142) descontinuaram o método (Figura 1).

O tempo médio de uso foi de 3,55 meses (IC 95%: 3,37-3,73).

A análise de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier mostrou haver associação estatisticamente significativa entre o tempo de continuidade de uso do preservativo feminino e a escolaridade ($p=0,035$), o trabalho remunerado ($p<0,001$), a condição de morar com o parceiro ($p=0,003$), a

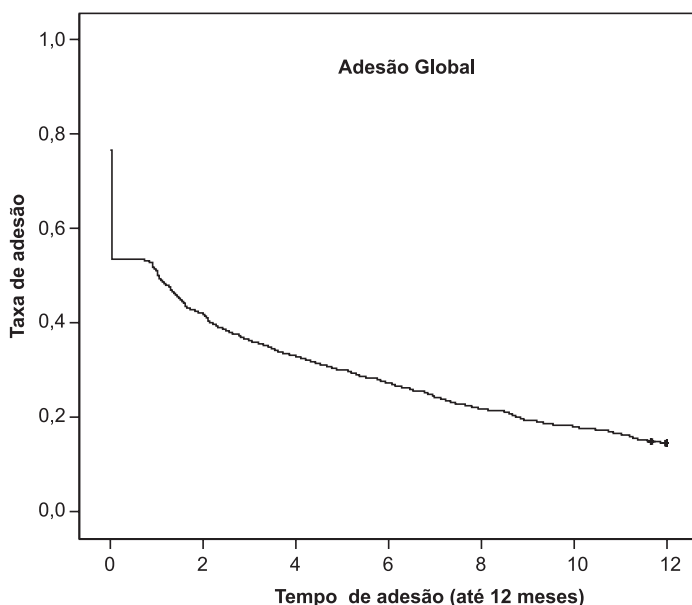


Figura 1 - Curva de continuidade de uso do preservativo feminino segundo o método Kaplan-Meier, 2008.

Figure 1 - Curves for continuity of use of female condoms, over a 12-month observation period, according to the Kaplan-Meier method, 2008.

cor ($p < 0,001$), o número de relações por mês ($p < 0,001$) e o tipo de serviço utilizado ($p < 0,001$) (Figura 2).

A maior proporção de uso ao final ocorreu entre as que não frequentaram a escola e a menor entre aquelas de escolaridade “alta” (13,4%); entre as de escolaridade “baixa” a proporção foi de 15,8% ($p = 0,035$).

Foi observada maior adesão entre as que não exerciam atividade remunerada (18,7%) do que entre aquelas que o faziam ($p < 0,001$).

Foi observada maior probabilidade de continuidade do uso do método no 12º mês entre as que moravam com os parceiros (16,4%) do que entre as outras ($p = 0,003$).

Considerando a cor auto-referida, verificou-se maior tempo de uso entre as “negras” (17,9%) do que entre as brancas ($p < 0,001$).

Na análise multivariada pela regressão de Cox verificou-se que apenas as variáveis “frequência sexual mensal” e “tipo de serviço” se mantiveram estatisticamente signifi-

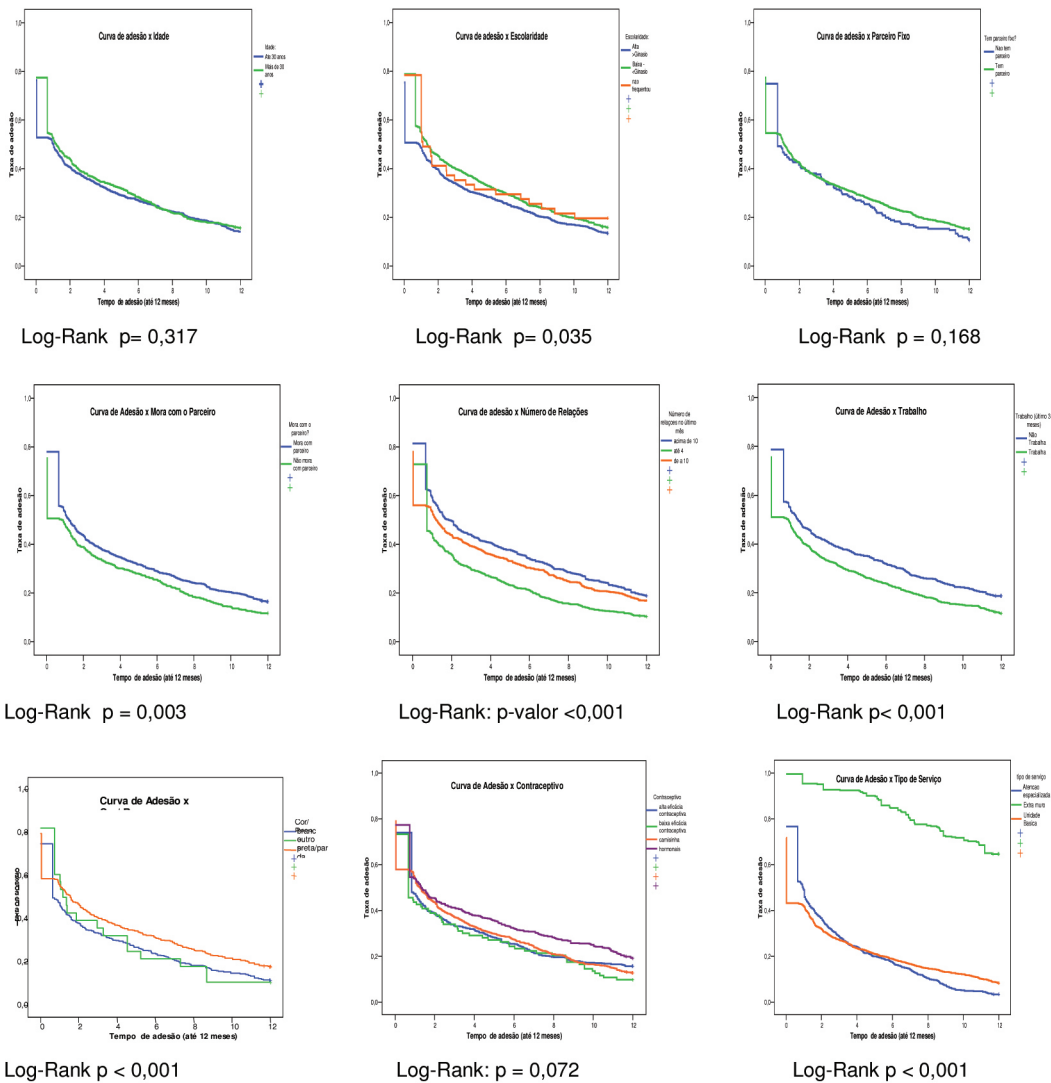


Figura 2 - Curvas de continuidade de uso do preservativo feminino (Kaplan-Meier) segundo variáveis selecionadas, 2008.

Figure 2 - Curves for continuity of use of female condoms (Kaplan-Meier), over a 12-month observation period, according to selected variables, 2008.

Tabela 2 - Análise multivariada de Cox para o tempo de continuidade de uso do preservativo feminino, com exclusão da variável cor, 2008.

Table 2 - Cox multivariate analysis on the duration of continuous use of female condoms, with exclusion of the variable of skin color, 2008.

Variável	Coefficiente	p-valor	Exp (coef)	Limite inferior	Limite Superior
Tipo - Atenção especializada		0,000			
Tipo - Projeto comunitário	-2,03	0,000	0,13	0,10	0,17
Tipo - Unidade Básica	-0,06	0,240	0,94	0,85	1,04
Número de relações sexuais/mês: 0 a 3		0,001			
Número de relações sexuais/mês : 4 a 10	-0,20	0,001	0,822	0,73	0,92
Número de relações sexuais/mês: 11 +	-0,19	0,001	0,826	0,73	0,93

cantes (Tabela 2), evidenciando que:

- As mulheres que tiveram 11 ou mais relações sexuais por mês têm aproximadamente 17% $[(1,0 - 0,83) * 100]$ menos chance de abandono do que aquelas que tiveram de 0 a 3 relações por mês;
- As mulheres que tiveram de 4 a 10 relações sexuais por mês têm aproximadamente 18% $[(1,0 - 0,82) * 100]$ menos chance de abandono do que aquelas que tiveram de 0 a 3 relações sexuais por mês.
- As mulheres do tipo de unidade de dispensação “projeto comunitário” têm 87% $[(1,0 - 0,13) * 100]$ menos chance de abandono do que aquelas dos serviços de “atenção especializada”;
- As mulheres do tipo de serviço “unidade básica” têm 6% $[(1,0 - 0,94) * 100]$ menos chance de abandono do que daquelas dos serviços de “atenção especializada”.
- A variável cor, que no primeiro modelo de Cox se mostrou associada, foi identificada como uma variável de confundimento.

Discussão

Este é um estudo pioneiro sobre o preservativo feminino realizado com número expressivo de mulheres que frequentam serviços públicos de saúde de uma área metropolitana, em suas próprias condições e rotinas.

Na literatura predominam estudos que se referem a grupos populacionais específicos, tais como: profissionais do sexo^{13,14},

estudantes¹⁵, profissionais da saúde¹⁶, usuárias de clínicas de planejamento familiar¹⁷, usuárias de clínicas de atendimento para DSTs¹⁸, adolescentes¹⁹, refugiadas²⁰. Outros foram desenvolvidos em parceria com ONGs feministas ou coordenados por elas⁸.

Poucos trabalharam com maior diversidade de locais de recrutamento da amostra e com o envolvimento direto dos programas/gestores do sistema de saúde^{21,22}.

A metodologia adotada, optando-se por trabalhar com unidades de dispensação de estruturas organizacionais e missões diferentes, 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.

Por ser um estudo realizado nas condições de rotina dos serviços, o desenvolvimento do mesmo esteve sujeito às limitações referentes à variabilidade de condições técnico-operacionais e de gestão dos mesmos durante o período do estudo.

Não foi possível avaliar a consistência de uso, pois, para tal, seria necessário adotar o diário sexual, no qual a participante anota, a cada intercurso sexual, se usou alguma proteção, especificando se foi preservativo feminino ou masculino, o que exigiria maior investimento e controle e, portanto, maior interferência no processo¹⁰. Buscou-se adotar um indicador para tanto, com a pergunta “qual a proteção adotada na última relação sexual?”, que deveria ser realizada a cada retorno, mas o preenchimento desta ques-

tão não foi uniforme, com índice de não resposta muito alto, o que impossibilitou sua análise.

Os resultados, com demanda inicial em todos os serviços, indicam que as mulheres estão dispostas a conhecer novas alternativas que evitem uma gravidez não desejada e não provoquem efeitos colaterais, o que é compreensível frente ao leque limitado de opções contraceptivas no Brasil²³. E que elas buscam possibilidades que também propiciem a proteção contra as DSTs/Aids (dupla proteção)²⁴, mostrando que se os preservativos forem disponibilizados pelos serviços de saúde, haverá parcelas da população dispostas a adotá-los, similar ao que vem sendo relatado em todo o mundo^{6,7,8,18,19,20,21,22}.

As taxas de continuidade de uso detectadas no presente estudo (36,5% no terceiro mês, 27,3% no sexto mês e 14,4% ao final de 12 meses de observação), correspondem a valores médios daqueles encontrados na literatura, que relatam taxas de aceitabilidade imediata, até 6 meses, que variam de 37% a 96% daquelas que iniciam o uso^{6,7,8,21}.

As proporções de uso foram similares às observadas para os outros métodos. Ferraz²⁵, em um dos poucos estudos sobre a dinâmica de uso de contraceptivos no Brasil, observou que, em mulheres do Nordeste, a mediana de uso do preservativo masculino foi de 1,8 meses, e a dos injetáveis de 3,9 meses. Leite et al.²⁶ observaram também alta descontinuidade, visto que apenas 20%, 30% e 42% mantiveram o uso de preservativo masculino, de injetáveis e da pílula, respectivamente, em 12 meses.

A alta descontinuidade no primeiro mês de uso entre as usuárias dos serviços especializados e das unidades básicas corrobora o que especialistas vêm afirmando há décadas: os primeiros meses são críticos para a manutenção de um método, especialmente para os que exigem mudança de comportamento e são coito dependentes, pois neste período a mulher (e/ou casal) confronta suas informações e expectativas com a realidade do seu cotidiano²⁷.

Estudos revelam que 35% a 50% das usu-

árias do preservativo feminino enfrentaram dificuldades para a sua inserção nas primeiras experiências^{7,8}. Tais achados reforçam a necessidade de que a usuária encontre apoio dos serviços para a solução de suas dificuldades neste período de adaptação, quer para a manutenção ou para a troca de método.

A prática contraceptiva adotada não se mostrou associada ao uso do preservativo feminino, pois as taxas de continuidade entre as mulheres que não precisavam evitar gravidez (laqueadas, histerectomizadas, parceiras de vasectomizados e menopausadas) e as usuárias de contraceptivos hormonais e de preservativos masculinos não se mostraram estatisticamente diferentes. Chama atenção a menor taxa de adesão entre as mulheres que adotavam práticas de baixa eficácia (abstinência periódica e coito interrompido), sugerindo que apresentam maior dificuldade para incorporar qualquer prática e/ou insumo com regularidade, e que, portanto, deveriam receber orientações e suporte diferenciados.

As mulheres com maior frequência de relações sexuais tiveram significativamente maior tempo de uso. Dispor de dois tipos de preservativos provavelmente aumentou o número de relações sexuais protegidas, pois os dados da literatura consideram que, ao disporem de mais alternativas que possibilitem variações, os casais têm maior probabilidade de se prevenirem. Vários autores relatam que ter acesso ao preservativo feminino, em conjunto com o masculino, aumenta significativamente a proporção de relações sexuais protegidas. Witte et al.¹⁴, em estudo realizado em Nova Iorque, disponibilizaram insumos às participantes, constituindo três grupos: o primeiro recebeu preservativos masculinos; o segundo, somente preservativos femininos; e o terceiro, ambos. Houve maior redução de relações não protegidas entre o grupo que recebeu os dois métodos, seguido pelo que recebeu o preservativo feminino. O mesmo foi observado por Musaba et al.¹⁸ em um estudo desenvolvido na Zâmbia com 99 casais portadores de DSTs.

O tipo de serviço, e conseqüentemente a forma como se estabelecem os vínculos entre os provedores e as usuárias, foi determinante para a continuidade de uso.

Nos projetos comunitários, a proporção de mulheres que mantiveram o uso foi consideravelmente maior (83,8% no sexto mês e 64,6% ao final) do que entre aquelas das unidades básicas (18,8% no sexto mês e 8,27% ao final) e as dos serviços especializados (17,7% no sexto mês e 3,4% ao final). Deve-se lembrar que as participantes passaram a conhecer o preservativo feminino apenas no momento de sua entrada no estudo. Assim, as informações sobre o método, as formas de manuseio e as alternativas para o enfrentamento das dificuldades de adaptação foram provenientes exclusivamente das unidades de dispensação. Nos projetos comunitários, as orientações e informações foram fornecidas por lideranças da própria comunidade (grupos de pares), metodologia educativa que tem sido considerada mais efetiva para mudança de comportamento. Ray e Maposhere¹³, em estudo realizado no Zimbábue com dois grupos de profissionais do sexo, verificaram que o grupo treinado por pares teve maior proporção de uso, demonstrando maior habilidade para a sua negociação com os clientes, do que o grupo treinado por profissionais de saúde, apesar da alta aceitação inicial de ambos.

A influência das atividades educativas para maior adesão ao método tem sido relatada por vários autores. Barbosa et al.²¹ observaram proporções de continuidade de uso, aos 90 dias, de 54%, 68% e 78%, diferença estatisticamente significativa, para os serviços com atividade educativa incipiente, com experiência em atividade educativa para as mulheres, e para aqueles que além da tradição em atividades educativas para mulheres realizavam trabalhos extra-muros, respectivamente.

O mesmo foi observado na África do Sul, onde apesar de o insumo estar disponível há anos na clínica da Universidade, não estava sendo usado pelos universitários. Zondi et al.²⁸ realizaram grupos focais com os estudantes (mulheres e homens) para o

entendimento da questão e concluíram que os principais impedimentos eram falta de informação sobre o método e sobre onde encontrá-lo, aliada à má impressão causada por sua aparência. Os universitários consideraram fundamental a atividade educativa para “sentirem vontade de usá-lo”.

Morrisey et al.²⁹ identificaram, a partir da realização de 82 entrevistas com provedores de serviços de atenção à mulher de Nova York, que a conduta de profissionais de saúde é um dos fatores determinantes para a baixa adesão ao método. Consideraram que eles influenciam de forma negativa as escolhas das mulheres quanto a métodos contraceptivos e de prevenção às doenças.

Nos projetos comunitários, os homens solicitaram atividade educativa a eles direcionada; muitos deles não eram parceiros das usuárias do preservativo feminino. Em resposta a esta solicitação, foi realizada uma intervenção onde vários aspectos da sexualidade foram discutidos. Tal fato sugere que as informações/orientações fornecidas às mulheres estavam circulando entre os outros moradores, o que deve também ter contribuído para a maior adesão observada, pois um ambiente favorável tem sido apontado como fator importante para o sucesso de intervenções que exigem mudanças de comportamentos³⁰.

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 preservativos³⁰.

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 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^{8,31}.

A pergunta fundamental não é se gostaram ou se usaram o preservativo feminino, e sim como sensibilizar e instrumentalizar os profissionais, reestruturar os serviços, especialmente as unidades básicas – PSF –, para que possam escutar e dar respostas adequadas às mulheres e, caso elas queiram, dar condições para que mantenham o seu uso. Não se trata apenas deste insumo, em

particular, mas de todos, como também foi relatado por vários autores^{21,31,32}.

A oferta do preservativo feminino é ainda muito restrita; entretanto, há iniciativas nacionais e internacionais para ampliá-la, assim como para torná-lo mais adequado anatomicamente, com melhor aparência e com menor custo. Contudo, com a ampliação da oferta do método, o SUS enfrentará um imenso desafio, pois, como os resultados mostraram, além de disponibilizar o método, é fundamental que se planeje adequadamente sensibilizações e treinamentos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, especialmente, nas unidades básicas, para que o preservativo feminino possa ser uma alternativa concreta para as mulheres.

Referências

1. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Brasília (DF); 2005.
2. Bastos FI, Hacker MA. Pesquisas brasileiras psicossociais e operacionais face às metas da UNGASS. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(S): 42-51.
3. Berer M, Ray S. *Women and HIV/AIDS: an international resource book*. London: Reproductive Health Matters and AHRTAG; 1993.
4. Saffioti HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C (org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas; 1992: 183-215.
5. Quinn SC. AIDS and the African-American woman: The triple burden of race, class and gender. *Health Educ Q* 1993; 20(3): 305-20.
6. World Health Organization - WHO. *The Female condom: a Review*. Geneva; 1997.
7. Hoffman S, Mantell J, Exner T, Stein Z. Viewpoints: The future of the female condom. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36(3): 120-6.
8. Kalckmann S, Rea M, Villela WV, Vieira EM, Fernandes MEL, Ankrah M. Female condom: Exploratory study in São Paulo. *Int Conf AIDS*. 1998; 12: 434 (abstract no. 23460) Genebra. Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102229088.html>
9. Kalckmann S, Barboza R, Barbosa RM, Arantagy AM. Desafios e avanços: monitoramento da implantação do preservativo feminino no estado de São Paulo. In: *I Fórum e II Conferência de cooperação técnica da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DSAT*. Rio de Janeiro. Brasil. Ministério da Saúde; 2000; II: 761.
10. World Health Organization - WHO. *Health Programmes Evaluation*. Genebra; 1991.
11. Rumeau-Rouquette C, Breart G, Padiou R. *Méthodes em Epidemiologie*. Paris: Flammarion; 1994.
12. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research – Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold Press; 1982.
13. Ray S, Maposhere C. Male and female condom use by sex workers in Zimbabwe: acceptability and obstacles. In: *Beyond acceptability: user's perspectives on contraception*. Compiled by World Health Organization (WHO), Reprod Health Matters. London, England; 1997. pp. 97-108.
14. Witte SS, el-Bassel N, Wada T, Gray O, Wallace J. Acceptability of female condom use among women exchanging street sex in New York City. *Int J STD AIDS* 1999; 10(3): 162-8.
15. Angulo A, Meischke H, Gonzales V, Garcia PJ. Determinants of female condom preference among young, heterosexual women in Lima, Peru. In: *Anais XVI International AIDS Conference*; 2006; Toronto, Canadá. (MOPE0782). Disponível em <http://www.iasociety.org/default.aspx?pageId=11&abstractId=2189972> [Acessado em 28 de agosto de 2006].

16. Gollub EL, Stein Z, El-Sadr W. Short-term acceptability of the female condom among staff and patients at a New York City hospital. *Int Fam Plan Perspect* 1995; 27(4):155-8.
17. Adeokun L, Mantell JE, Weiss E, Delano GE, Jagha T, Jumoke T et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *Int Fam Plan Perspect* 2002; 28(2): 87-95.
18. Musaba E, Morrison CS, Sumkutu MR, Wong EL. Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Sex Transm Dis* 1998; 25(5): 260-4.
19. Haignere CS, Gold R, Maskovsky MAJ, Ambrosini JBA, Rogers PAC, Gollub E. High-risk adolescents and female condoms: knowledge, attitudes and use patterns. *J Adolescent Health* 2000; 26: 392-8.
20. Papo J, Schilperoord M. Promoting the female condom in the refugee setting. In: *Anais XVI International AIDS Conference*; 2006; Toronto, Canadá. (TUPE0378). Disponível em <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=2198469> [Acessado em 28 de agosto de 2006].
21. Barbosa RM, Kalckmann S, Berquó E, Stein Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *Int J STD AIDS* 2007; 18: 261-6.
22. Mantell JE, Scheepers E, Abdool Karim Q. Introducing the female condom through the public health sector: Experiences from South Africa. *AIDS Care* 2000; 12(5): 589-601.
23. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6(1): 75-84.
24. Berer M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2007; 2(2): 23-33.
25. Ferraz EA. 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. pp. 93-112.
26. Leite IC. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1005-16.
27. Tietze C. The clinical effectiveness of contraceptive methods. *Am J Obst Gynaecol* 1959; 78: 650-6.
28. Zondi S, Adams-Skinner J, Mthembu N, Mantell J, Smit J, Mabude Z et al. Exploring knowledge, attitudes and practices about the female condom among South African male tertiary students: findings from focus group discussions. In: *Anais XVI International AIDS Conference*; 2006; Toronto, Canadá. (CDC0827). Disponível em <http://www.iasociety.org/default.aspx?pageId=11&abstractId=2197321> [Acessado em 28 de agosto de 2006].
29. Morrissey KL, Mantell JE, Hoffman S, Exner TM, Pili C, Brothers LP, Lee JY. I think it works, but I wouldn't recommend it: NYC health care providers' views on the efficacy and feasibility of the female condom. In: *Anais The XIV International AIDS Conference*; 2002; Barcelona, Espanha. (MoPeF3878). Disponível em <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=4255> [Acessado em 28 de agosto de 2006].
30. World Health Organization/ 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/ [Acessado em 8 de fevereiro de 2004].
31. 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* 2006; 1(1): 11-38.
32. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Adoção de Práticas sexuais mais seguras entre mulheres – Intervenções educativas com o preservativo feminino*. Relatório de pesquisa. Brasília (DF) ; 2005.

Recebido em: 23/03/09

Versão final reapresentada em: 15/04/09

Aprovado em: 05/05/09