

COLEÇÃO ABIA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, Nº 2

HIV/AIDS, TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL E
MÉTODOS DE PREVENÇÃO
CONTROLADOS PELAS MULHERES

REGINA MARIA BARBOSA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS
RIO DE JANEIRO
2000

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro

Cep: 20091-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2223-1040

Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@ax.apc.org

<http://www.alternex.com.br/~abia>

DIRETORIA

Diretor-Presidente: RICHARD PARKER

Diretora Vice-Presidente: SONIA CORRÊA

Secretário Geral: OTÁVIO CRUZ NETO

Tesoureiro: JOSÉ LOUREIRO

Coordenador Geral: VERIANO TERTO JR.

REVISÃO TÉCNICA

Ivia Maksud

REVISÃO DA PUBLICAÇÃO

Marta Torres

**PROJETO GRÁFICO, EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
E PRODUÇÃO GRÁFICA**

Wilma Ferraz

Juan Carlos Raxach

APOIO

Fundação John D. e Catherine T. MacArthur

Fundação Ford

IMPRESSÃO

Gráfica Lidador

2ª TIRAGEM

1.500 exemplares

*É permitida a reprodução total ou parcial do artigo desta publicação,
desde que citadas a fonte e a autora.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
HIV/AIDS, TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL E MÉTODOS DE PREVENÇÃO CONTROLADOS PELAS MULHERES	7
INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS CONTROLADOS PELA MULHER OU DECIDINDO QUEM E O QUE A CADA MOMENTO	8
MÉTODOS CONTROLADOS (INICIADOS) PELA MULHER	11
A EXPERIÊNCIA NO BRASIL: O PROCESSO DE INTRODUÇÃO DO CONDOM FEMININO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS	21
BIBLIOGRAFIA	25


APRESENTAÇÃO

O texto *HIV/AIDS, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres* é fruto do projeto “Respondendo à epidemia de HIV/AIDS no Brasil: métodos de prevenção controlados pelas mulheres”, projeto que intensifica os esforços da ABIA na realização de trabalhos que sistematicamente têm se debruçado sobre a vulnerabilidade da mulher diante da epidemia de HIV/AIDS. Essa iniciativa avança algumas questões em relação às ações que têm sido implementadas pela ABIA até o presente ao inserir na agenda de pesquisa os métodos de barreira contra a transmissão do HIV que podem ser controlados pelas mulheres. Em uma sociedade caracterizada por uma lógica de desigualdade nas relações de gênero, onde as relações de poder e a ameaça freqüente de violência muitas vezes impossibilitam a mulher de negociar práticas sexuais mais seguras, métodos tradicionais de prevenção como o preservativo masculino podem ser inadequados ou inviáveis para o contexto onde estão inseridas muitas mulheres.

Inovação no cenário brasileiro, o texto de Regina Barbosa permite uma reflexão sobre a disponibilidade e uso dos métodos de prevenção ao HIV/AIDS controlados pelas mulheres, incluindo aqueles que estão em pesquisa. Ao longo desse trabalho, Barbosa apresenta os resultados das recentes discussões travadas na XIII Conferência Internacional de AIDS. Construído em diálogo e intercâmbio com outros pesquisadores inseridos no projeto – que se dedicaram a discutir os determinantes estruturais da feminização da epidemia e a incorporação da saúde reprodutiva nas políticas públicas brasileiras (breves publicações nessa mesma coleção) – o texto em questão fornece preciosos dados que podem vir a ser respostas futuras à epidemia brasileira de HIV/AIDS.

Richard Parker
Diretor-Presidente da ABIA

Veriano Terto Jr.
Coordenador Geral da ABIA



HIV/AIDS, TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL E MÉTODOS DE PREVENÇÃO CONTROLADOS PELAS MULHERES

REGINA MARIA BARBOSA¹

INTRODUÇÃO

No começo da década de 90, o rápido aumento da epidemia do HIV/AIDS entre a população feminina, que na verdade havia se consolidado na década anterior, fez com que as estratégias de prevenção voltadas à diminuição da transmissão heterossexual se tornassem uma questão central para o controle da epidemia. Apesar deste fenômeno, denominado de feminização, estar também conectado ao aumento da transmissão do vírus pelo compartilhamento de seringas contaminadas, a disseminação da infecção entre as mulheres acontece basicamente pela via sexual, através de seus parceiros, usuários ou não de drogas injetáveis. A AIDS é atualmente a primeira causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva no Estado de São Paulo e, no Brasil como um todo, a razão homem/mulher caiu de 28/1 em 1985, para 2/1

em 1997, sendo que no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1994, a razão já é de 1/1 (Ministério da Saúde, 1999).

Outro fator relevante para a compreensão deste fenômeno é que, se tomarmos a escolaridade como um indicador da situação socio-econômica, existe um quadro crescente de empobrecimento, concomitante à mudança de perfil acima referida, que, no entanto, tem contornos particulares de acordo com o gênero. Isto é, embora o nível de escolaridade venha diminuindo progressivamente para ambos os sexos, as mulheres atingidas pela epidemia apresentam um menor nível de escolaridade desde o seu início.

Assim, neste contexto de feminização e pauperização, além do incentivo ao uso do condom masculino, estratégias para ampliar as opções de proteção feminina vêm sendo traçadas e implementadas, entre as quais se coloca o desenvolvimento de métodos e dispositivos de prevenção sob controle da mulher, como é o caso do condom feminino e dos microbicidas (Stein, 1990).

Nesse sentido, este trabalho se propõe a apresentar e discutir estas estratégias do ponto

¹ Médica sanitária, doutora em saúde coletiva. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População/UNICAMP e do Instituto de Saúde/SES-SP.

de vista de sua racionalidade, como também dos limites e desafios por elas colocadas, apresentando uma breve revisão da literatura a respeito das tecnologias existentes para uso da mulher e, por último, trazendo esta discussão para a nossa realidade.

MÉTODOS CONTROLADOS PELA MULHER OU DECIDINDO QUEM E O QUE A CADA MOMENTO?

Basicamente, a idéia de que é necessário desenvolver e divulgar uma prevenção de DSTs/AIDS controlada pelas mulheres advém da constatação de que, até muito recentemente, os únicos métodos existentes – o preservativo masculino e a monogamia mútua – eram dependentes da cooperação do parceiro. Constatação, por sua vez, agravada pela assimetria de gênero existente no interior das relações, que dificulta as mulheres negociarem os termos das trocas que aí se estabelecem. Violência, coerção e dependência econômica nas relações dificultam “negociar” o uso de preservativo ou romper um relacionamento que coloca a mulher em risco. A existência de métodos controlados ou iniciados, como prefere Stein (1999), pela mulher, ainda que por si só não seja capaz de resolver inteiramente estas questões, possibilita mais alternativas e instrumentos de negociação.

Além disso, “cada encontro sexual, dependendo do parceiro e da circunstância, requer determinada estratégia de proteção, que muitas vezes é a única possível. Desse modo, para as mulheres não basta lançar mão da mensagem ‘use camisinha (masculina)’” (Stein, 1999:8), como também insistir na possibilidade de estabelecer acordos de fidelidade ou de qualquer outra natureza. Muitas vezes, para não dizer na maioria delas, estas estratégias são impossíveis ou inaceitáveis e nestes casos a ampliação do leque de opções pode, de fato, diminuir o número de relações sexuais desprotegidas, conforme vários estudos vêm demonstrando.

Embora seja verdade que o uso do condom masculino tem aumentado de maneira significativa em muitas partes do mundo, inclusive no Brasil, também é fato que esse aumento é maior na população mais jovem e menor, entre as parcerias estáveis (Berquó et al., 1999). Segundo Heise (1999), a partir de revisão de estudos sobre o assunto, o uso consistente de preservativos tem sido universalmente difícil nos relacionamentos estáveis (em geral menor do que 20%), mesmo após intensos e bem desenhados projetos de intervenção. Indivíduos dispostos a usar preservativos com seus parceiros eventuais mostram pouca ou nenhuma disponibilidade de usá-los nos seus relacionamentos estáveis. Assim, a introdução de novas alternativas de proteção poderia, em princípio, atingir outros grupos populacionais, como aumentar a consistência de práticas sexuais mais seguras entre aqueles que já utilizam métodos de prevenção.

Por outro lado, frente ao aumento da prevalência de uso do preservativo masculino anteriormente referido, uma preocupação de implementadores de políticas e programas, como também de alguns ativistas na área de saúde reprodutiva e AIDS, diz respeito à possibilidade de ocorrer, com a introdução de métodos controlados pela mulher, falta de estímulo e abandono do uso do condom masculino. Neste caso, ao invés de novos/as usuários/as, o aumento do leque de opções acarretaria simplesmente um fenômeno de migração. Neste sentido, as evidências existentes têm demonstrado que tal fato não ocorre. Estudo realizado na África do Sul, por exemplo, mostrou que quando as mulheres tinham a sua disposição três métodos (preservativo feminino/masculino e óvulo de Nonoxinol-9) e oficina educativa (quatro sessões), o uso de qualquer método de proteção aumentou de 16% para 72%, não tendo sido encontrada evidência de migração. Além disso, na ausência do preservativo feminino e do óvulo, 14% das mulheres

não teriam usado qualquer forma de prevenção (Heise, 1999). Aumento na consistência de relações sexuais protegidas foi também demonstrada em recente estudo no Brasil, que colocou à disposição de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), além do condom masculino, também o feminino (Barbosa, Berquó e Kalckmann, 1999).

Uma segunda preocupação que vem sendo enfatizada se refere à eficácia, no sentido de estar promovendo uma mudança de um método mais eficaz (o condom masculino) para outro menos eficaz ou de eficácia ainda não empiricamente comprovada (o condom feminino)². No entanto, do ponto de vista coletivo, o nível de proteção conferido por um método de prevenção (o número de casos evitados) depende do produto de três fatores: sua eficácia, consistência de uso e extensão do seu uso no interior de um grupo populacional (cobertura). Portanto, um método de baixa eficácia usado com altos níveis de consistência ofereceria a mesma proteção que um método de alta eficácia usado menos consistentemente.

Segundo Watts (1997), um método 90% eficaz (como o condom masculino) usado em 20% dos atos sexuais oferece menos proteção do que:

- um método 70% eficaz usado em mais do que 30% das vezes;
- um método 50% eficaz usado em mais do que 40% das vezes;
- um método 30% eficaz usado em mais do que 60% das vezes.

De maneira similar, dentro de um determinado grupo populacional, a disseminação do

² Uma interessante discussão sobre os requerimentos de comprovação empírica da eficácia do preservativos masculino e feminino pelo Food and Drug Administration (FDA) pode ser obtida no texto de Bastos, F., 2000. A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento, *Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva* nº 3.

uso de um método de baixa eficácia poderia impedir mais infecções pelo HIV do que a baixa cobertura de um método de alta eficácia. Assim sendo, a ampliação do leque de opções, mesmo a partir da inclusão de métodos menos eficazes que o preservativo masculino, constituiria, em princípio, uma estratégia capaz de evitar novas infecções. A partir desta idéia, propostas de intervenção mais criativas e próximas do dia-a-dia da população têm sido idealizadas e colocadas em prática, como é o caso do modelo hierárquico de prevenção (Gollub, 1997). Admitindo que apenas uma parcela da população quer ou pode abrir mão de um encontro sexual, este modelo propõe que a usuária, de posse das informações necessárias acerca da eficácia de cada método, adote o método que melhor convier à determinada situação.

Neste modelo, além do condom masculino e da abstinência sexual, outros métodos, como a camisinha feminina e os microbicidas³, são incorporados às opções de escolha. Além desses, algumas experiências têm incorporado também outros métodos de barreira, como o diafragma e o coito interrompido. Assim sendo, segundo o modelo abaixo, a abstinência sexual e o sexo não-penetrativo, por serem os mais eficazes, se localizariam no topo do modelo. A seguir, se localizariam os preservativos e assim por diante. De maneira complementar, a contracepção de emergência⁴, nos casos de uso inadequado, falha ou

³ Infelizmente a possibilidade de incluir o uso de microbicidas ao modelo parece estar mais distante, já que os únicos microbicidas disponíveis no mercado são à base de nonoxinol-9, que não tem demonstrado efeito protetor para o HIV. Ver, a respeito, a apresentação feita por Van Dame na XIII Conferência Internacional de AIDS e discussão adiante.

⁴ Contracepção de emergência é um método hormonal alternativo de anticoncepção que só deve ser utilizado em situações de emergências. Estima-se que o seu uso até 72 horas após a relação sexual previna a gravidez em aproximadamente três quartos dos casos. Assim, a probabilidade média de ocorrer gravidez decorrente de uma única relação sexual desprotegida na segunda ou terceira semana do ciclo mens-

não uso do método, poderia ser oferecida para diminuir o risco de gravidez indesejada nas situações referidas acima.

Portanto, a idéia básica é, em vez de aderência ou adesão ao uso de um único método, enfatizar a aderência ao modelo, de forma a aumentar a chance de uso de pelo menos um dos métodos. De fato, as experiências em curso, como a do Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque, que adotou em 1992 o modelo hierárquico de prevenção, vêm demonstrando que é muito mais viável ser aderente ao modelo do que ao uso de um único método (Gollub, 1997).

Modelo hierárquico de prevenção de DSTs/AIDS

Mais eficaz

Contraceção de Emergência	Abstinência sexual
	Sexo não-penetrativo
	Condom masculino
	Condom feminino
	Microbicidas
	Diafragma e capuz cervical com microbicidas
	Coito interrompido

Menos eficaz

A partir da idéia “qualquer proteção é melhor do que nenhuma” se estimula a escolha de algum método de prevenção após uma avaliação do risco implícito naquela relação sexual, que por sua vez levará em conta uma série de fatores, tais como o desejo, a capacidade de negociação com determinado parceiro, o risco de agressão e violência, a percepção de risco da infecção, entre outros.

trual é de 8%; com a anticoncepção oral de emergência, essa taxa cai para 2%.

Além destas questões, a maior flexibilidade contida nesta proposta permite que a necessidade ou não de dupla-proteção, ou seja, proteção contra a gravidez indesejada e DSTs/HIV, possa ser mais facilmente incorporada na formulação e operacionalização da estratégia. Tal fato é fundamental, já que os métodos contraceptivos considerados de alta eficácia, como o DIU, a contracepção hormonal e a laqueadura, não conferem qualquer proteção contra as DSTs/HIV. Ao mesmo tempo, é necessário considerar que, em princípio, o uso consistente de dois métodos associados é mais difícil e incomum do que o uso de um único método com as duas funções. Neste sentido, a experiência internacional tem demonstrado que o preservativo masculino é mais facilmente incorporado quando oferecido e percebido como método contraceptivo, embora o risco de falha contraceptiva, por não uso ou uso inadequado, possa se constituir ao mesmo tempo num motivo de rejeição do método. Portanto, se o risco ou medo de uma gravidez indesejada for muito grande, o uso de um método contraceptivo adicional poderá ser necessário. Neste sentido, o oferecimento da contracepção de emergência, nos casos de rompimento ou utilização incorreta ou não uso do preservativo, tanto masculino como feminino, constitui uma referência importante para ampliar a eficácia contraceptiva e conseqüentemente a aceitabilidade destes métodos.

Na realidade, a concepção geral de hierarquizar as opções de proteção não é nova e apresenta várias similaridades com os programas de redução de danos, já consolidados e testados com relação ao uso de drogas. Nestes, o objetivo da ação não é o risco em si, mas o dano e a sua redução (Strang, 1993).⁵ Ao centrar a ênfase no dano

⁵ Uma boa discussão conceitual a respeito das propostas de redução de danos pode ser encontrada no livro *Psychoactive Drugs & Harm Reduction. From Faith to Science*, editado por Heather, Wodak e Mann, em 1993, que reúne textos dos principais autores desta proposta.

resultante de determinado comportamento ou prática, torna a proposta mais viável e próxima da realidade, ao ampliar o leque de possibilidades/instrumentos estratégicos de prevenção e, ao mesmo tempo, permitir flexibilidade no seu uso em função de contextos específicos.

Segundo Des Jarlais e Friedman (1993), existem três componentes centrais aos programas de redução de danos. O primeiro se refere à ênfase em objetivos práticos de curto prazo, em vez de objetivos ideais de longo prazo. O segundo componente diz respeito ao estabelecimento de uma escala de formas e meios para alcançar determinado objetivo, no caso reduzir a transmissão do HIV. Neste sentido, enfatiza o autor, para que essa hierarquização seja possível é necessário que existam alternativas a serem usadas, o que por sua vez implica que diferentes programas de prevenção estejam funcionando. Desta forma, existiria complementaridade, ao invés de oposição e conflito entre programas e ações. Por último, as estratégias de redução de danos consideram necessariamente que os/as usuários/as dos programas de prevenção são cidadãos e cidadãs capazes de comportamento racional e, portanto, sujeitos capazes de atuar e decidir, embora reconhecendo que as escolhas e decisões acontecem em sua grande maioria em contextos restritos.

No Brasil, no entanto, se esta discussão já constitui uma realidade com relação ao uso de drogas – contexto no qual se defende a distribuição e a limpeza de seringas – o mesmo não se verifica quando se trata do risco de infecção associada à prática sexual. Neste sentido, esta discussão praticamente não existe ou engatinha e, em geral, a estratégia preventiva, tanto governamental como não-governamental, tem-se limitado à indicação do uso do preservativo masculino e, mais recentemente, também do feminino.

Assim sendo, uma aproximação preliminar do tema, que não pretendeu esgotar ou aprofundar a discussão e os desafios colocados, parece indi-

car que, no seu conjunto, estes componentes poderiam fornecer pontos de partida para a discussão e formulação de novas perspectivas estratégicas de prevenção da transmissão sexual do HIV. Além disso, em princípio, a idéia de admitir a existência de uma diversidade de comportamentos e desejos e, ao mesmo tempo, a necessidade de tornar sua realização minimamente prejudicial é extremamente bem-vinda e oportuna, em especial por se tratar de práticas ligadas ao exercício da sexualidade.

MÉTODOS CONTROLADOS (INICIADOS) PELA MULHER

Conforme foi mencionado anteriormente, existe muita controvérsia a respeito do que seriam métodos controlados pela mulher, já que em algum grau a maioria dos métodos existentes depende da cooperação do parceiro. De qualquer forma, e independente da maneira como se conceitue, tanto o preservativo feminino como os microbicidas constituem na atualidade as duas opções de prevenção que conferem à mulher uma ampliação de sua capacidade de proteção e algum grau de controle sobre a mesma, e que serão tratados no âmbito deste trabalho.

Microbicida

Microbicida é qualquer substância capaz de reduzir substancialmente a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (DSTs), quando aplicada no interior da vagina. Sua grande vantagem com relação aos preservativos é o fato de ser um método que poderia ser utilizado sem conhecimento do parceiro. Neste sentido, é de fato o único método que conferiria dupla proteção e ao mesmo tempo seria controlado pela mulher. Outras vantagens apontadas para o desenvolvimento desse produto são: provável custo menor e fácil acesso. Os microbicidas poderiam estar disponíveis no balcão das farmácias e supermer-

cados ou serem distribuídos, como os preservativos, através de agentes educativos.

No entanto, existem vários e difíceis desafios para se chegar a um produto pronto para ser usado pelas mulheres. Variam de questões ligadas à aceitabilidade e eficácia do método ao tipo de cobertura e espectro de atuação desejados, passando por outras relativas a financiamento e a capacidade de desenvolver estudos clínicos eticamente aceitáveis. Muito também se tem discutido e polemizado a respeito. Um dos desafios, que tem suscitado polêmica, se refere à necessidade de desenvolver microbicidas não-espermicidas e o fato desta questão ser ou não prioritária para o desenvolvimento do produto. Por um lado, seu desenvolvimento possibilitaria que mulheres também pudessem ter os filhos desejados ou esperados sem o risco de infecção pelo HIV, o que poderia ser particularmente importante em sociedades nas quais a fecundidade e os filhos são culturalmente valorizados e que ao mesmo tempo convivem com uma alta prevalência da infecção pelo HIV. Por outro lado, se enfatiza que a gravidade da infecção pelo HIV é de tal ordem que a prioridade deveria ser definida unicamente pela possibilidade de desenvolver o que for mais factível no menor espaço de tempo.

Outro desafio se refere à possibilidade dos microbicidas terem um amplo espectro de atuação com relação às DSTs, ou seja, proporcionarem proteção não só contra o vírus da AIDS, mas também para outros agentes patógenos. Atualmente, está devidamente comprovada a associação entre várias doenças sexualmente transmissíveis, não só com a infecção pelo HIV, como também com a infertilidade, a gravidez ectópica e o câncer cervical, tornando o desenvolvimento de microbicidas com amplo espectro de atuação um instrumento fundamental para a melhoria da saúde reprodutiva das mulheres. Embora exista consenso com relação à necessidade de um produto com

amplo espectro, se mantém a polêmica sobre o que é prioritário? Advoga-se, por um lado, que os recursos são insuficientes para serem dispersados no desenvolvimentos de vários produtos e, por outro, que as chances de se chegar a um produto final é sempre maior quando se tem várias possibilidades sendo testadas. Neste caso, portanto, a questão seria aumentar o investimento nesta linha de pesquisa. Concretamente, muitos produtos-candidatos em estudo, além de virucidas, são também microbicidas e poderiam em princípio proteger contra várias DSTs.

Um terceiro desafio, provavelmente o maior, que tem suscitado discussão acirrada e sobre a qual não se consegue construir consenso, diz respeito à capacidade de desenvolver estudos clínicos metodologicamente corretos ao mesmo tempo do ponto de vista científico e ético. Neste sentido, a polêmica tem se centrado em torno da definição de padrão ouro e a sua relação entre o *best proven* e o *best attainable*. De acordo com os princípios éticos de pesquisa em seres humanos, estabelecidos em Helsinque, a participação de qualquer ser humano em um estudo clínico deve estar respaldada por um padrão, denominado de ouro, que define, entre outras coisas, que ninguém pode ser submetido a um risco que poderia ter sido evitado, tendo como referência o conhecimento já produzido a respeito e as tecnologias de prevenção e de tratamento existentes. Além disso, prevê também que se algum tipo de dano à saúde, conseqüente à pesquisa, for causado, a instituição e o pesquisador têm o dever de assegurar tanto assistência integral, como indenização pelos danos causados. A questão que se coloca é se o padrão ouro adotado deve ser o do país que financia o estudo, em geral do primeiro mundo (neste caso o padrão seria o *best proven*), ou daquele onde está sendo realizada a pesquisa, mais comumente um país em desenvolvimento (cujo padrão seria o *best attainable*), onde a prevalência de DSTs/AIDS é maior e portanto a possibilidade de

avaliar a eficácia de uma determinada tecnologia poderia ser teoricamente mais “fácil e rápida”.

Embora a realização de estudos clínicos em países pobres envolva múltiplas e complexas questões que, tendo em vista o objetivo deste trabalho, não poderão ser tratadas em profundidade, com relação ao desenvolvimento dos microbicidas, estas discussões têm se desdobrado em duas grandes polêmicas que merecem ser pontuadas. A primeira diz respeito ao caráter ético de testar microbicidas em participantes que não estejam usando também o preservativo e suas implicações em termos de tamanho de amostra, custo e tempo para se chegar a algum resultado conclusivo. A segunda grande discussão se refere à garantia de acesso à assistência integral, inclusive à terapia anti-retroviral, para as mulheres e parceiros que ficarem infectados durante o estudo, e suas implicações em termos de custo da pesquisa. Dada a importância destas questões e os desafios colocados, é fundamental promover o seu debate tendo em vista a necessidade de tomada de posição e decisão que ativistas e pesquisadores necessariamente terão que fazer para que os microbicidas possam ser desenvolvidos no menor espaço de tempo e dentro de padrões eticamente aceitáveis.

Estas discussões, são não só oportunas, como fundamentais, já que, segundo Heise (1999), será necessária uma grande pressão política, que acarrete uma ampliação dos investimentos públicos nesta área, para que as mulheres tenham um novo instrumento de prevenção dentro de 5-7 anos. Estima-se que custaria aproximadamente US\$20 milhões para descobrir um novo componente e finalizar a fase II; a fase III teria um custo adicional de US\$20-30 milhões, segundo a autora. Embora existam 35 pequenas empresas farmacêuticas e 25 instituições não-governamentais envolvidas com a pesquisa de microbicidas, os recursos disponíveis são extremamente reduzidos (Wulf, Frost & Darroch, 1999). O não envolvimento das grandes companhias tem sido apon-

tado como um dos principais fatores que tem retardado o desenvolvimento dos microbicidas. Segundo Blackeslee (1999), embora os cientistas que trabalham nos laboratórios ligados a pequenas empresas e universidades tenham experiência na condução de estudos pré-clínicos, o mesmo não se verifica com relação aos estudos clínicos, como também na formulação de produtos mais aceitáveis ao consumidor, propaganda etc. Possibilidade de auferir pequena margem de lucro, preocupação com a responsabilidade resultante do processo de investigação e incertezas com relação à regulamentação são, segundo Heise (1999), os principais motivos do desinteresse das grandes empresas, deixando conseqüentemente toda a iniciativa de investigação nas mãos do setor público. Nos últimos 20 anos, acrescenta a autora, a maioria das pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novos contraceptivos e vacinas vem deste setor.

Por outro lado, o investimento do National Institute of Health, nos Estados Unidos, em microbicidas, consiste apenas em 1% de todo orçamento aplicado na pesquisa de AIDS, totalizando 75 milhões de dólares em 1999 – quantia insuficiente para imprimir às pesquisas a velocidade necessária. Assim, a certeza de que um novo microbicida só chegará ao mercado se os países mais ricos aumentarem seus investimentos nas pesquisas tem mobilizado alguns (poucos) grupos de mulheres que, trabalhando em uma coalizão, têm encabeçado uma campanha pelo desenvolvimento dos microbicidas. Um abaixo-assinado tem circulado amplamente, solicitando ampliação dos investimentos no desenvolvimento de métodos controlados pela mulher, com ênfase nos microbicidas⁶. O Brasil, ainda que timidamente,

⁶ Em março de 2000 foi realizada uma Conferência Mundial em Washington, onde as pesquisas em andamento sobre microbicidas foram apresentadas. Esperava-se, com este evento, dar mais visibilidade ao tema, ampliando os recursos para pesquisa.

tem participado deste esforço colaborativo, não só através do movimento de mobilização, mas também através de pesquisas multicêntricas internacionais. Existe atualmente uma pesquisa em andamento na Universidade de Campinas/UNICAMP (Amaral & Faúndes, 1999).

Hoje, estima-se que existam mais de 50 estudos em andamento, envolvendo tanto novos produtos como novas formulações, em diferentes fases de desenvolvimento. Assim como diversas dosagens de um mesmo princípio ativo estão sendo testadas, diferentes formas de apresentação também, tais como: gel, creme, filme, supositório, esponja e anel vaginal. Taxas diferentes de aceitabilidade e mesmo de efetividade estão associadas a distintas formas de apresentação, já que cada uma possui características próprias com relação à capacidade de cobertura/difusão intravaginal e facilidade de uso. O filme, por exemplo, poderia ser considerado por muitas mulheres como o mais prático de usar: é discreto, de fácil colocação e é menos lubrificado. No entanto, sua capacidade de difusão e de cobertura vaginal é provavelmente menor do que as outras formas em estudo, implicando menor efetividade.

Os microbicidas atualmente em estudo possuem diferentes mecanismos de ação, sendo que uma característica promissora de alguns componentes é o fato de serem derivados de substâncias naturais e/ou funcionarem com o auxílio do mecanismo de defesa natural da vagina. Em outras palavras, atuam mantendo a ecologia vaginal, ou melhor ainda, promovendo o seu equilíbrio. É o caso do *Buffer gel* e o *Acid form*, cujo mecanismo de atuação se faz ao manter a acidez natural da vagina mesmo na presença do sêmen, que é alcalino. Normalmente, o HIV não sobrevive ao ambiente ácido existente na vagina. No entanto, durante a relação vaginal, o sêmen torna alcalino o ambiente vaginal, que é favorável ao HIV e a outros agentes causadores de DSTs. Assim, ao manter o pH ácido, o Buffer gel cria uma barrei-

ra física que inibe a passagem destes agentes para o interior do epitélio vaginal e cervical.

Um segundo componente que atua de maneira similar é o *Lactobacillus Crispatus*, que atua recolonizando a flora vaginal com lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio (comumente conhecido como água oxigenada), que normalmente ajuda a manter o pH vaginal ácido. Quando a flora vaginal está desequilibrada os lactobacilos, que normalmente habitam a vagina sadia, morrem ou diminuem de quantidade, permitindo que outros agentes causadores de doenças aí se instalem. A partir deste momento, pode surgir uma vaginose bacteriana, cuja presença está claramente associada a um aumento de risco para a infecção pelo HIV.

Uma segunda linha de atuação é constituída por substâncias que, quando aplicadas vaginalmente, formariam um “envoltório”, “revestindo” o epitélio vaginal e bloqueando a fixação do agente patógeno à superfície celular. É o caso do Pro 2000 e PC-515 (*carageenan*, substância extraída de uma alga marinha, amplamente usada como aditivo alimentar).

Uma terceira linha de investigação é constituída pelos anti-retrovirais de atuação vaginal local, como o *PMPA gel*. Uma vez absorvido pelo epitélio vaginal, o *PMPA* bloquearia o vírus e sua multiplicação no interior das células que compõem a camada superficial da vagina. Uma das principais polêmicas aqui é o receio do estabelecimento de resistência ao medicamento, cujo uso poderia vir a ser necessário se a mulher estiver ou ficar infectada pelo HIV, além do fato de consistir em monoterapia, quando tem sido demonstrado que o mais efetivo são as terapias combinadas. Paralelamente, microbicidas compostos de anticorpos humanos ativos contra o HIV e outros agentes causadores de DSTs, produzidos a partir de engenharia genética, constituem outra linha de desenvolvimento que vem sendo testada. Neste caso, anticorpos anti-HIV seriam aplicados

intravaginalmente e atuariam localmente impedindo a entrada do vírus no corpo humano.

Finalmente, a quarta linha é constituída pelos componentes detergentes ou surfactantes, cujo mecanismo de atuação é bastante diverso do descrito até agora. As substâncias detergentes atuam rompendo as membranas celulares e os envoltórios virais, e por essa razão podem, quando usadas repetida e diariamente, ocasionar uma certa reação irritativa de pele e mucosas. Na verdade, são estes os únicos microbicidas atualmente disponíveis no mercado para uso. O nonoxinol-9, ou simplesmente N-9, é o ingrediente ativo mais comum, presente em vários produtos espermicidas usados para fins contraceptivos. Atuam rompendo a membrana celular do espermatozoide, inativando-o. Outros exemplos são o octoxinol-9 e o cloridrato de benzalcônio.

Nos últimos anos, foram realizados alguns estudos com a finalidade de estabelecer a eficácia desses ingredientes, e em particular do N-9, na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, esta ainda não foi completamente estabelecida, existindo muitas dúvidas e controvérsias a respeito. Segundo Heise (1999), existe um razoável consenso de que o N-9 proporciona alguma proteção contra a gonorréia e a clamídia, mas não com relação ao grau de proteção conferido. A partir de metanálise, pesquisadores tem chegado a estimativas de efeito protetor que variam de 15-25% (Roddy et al., 1998b) a 40-50% (Cook & Rosemberg, 1998). Ou seja, na primeira alternativa, de 100 mulheres, que potencialmente contrairiam uma infecção, 15 a 25 estariam protegidas se usassem N-9. Na segunda alternativa, 40 a 50 estariam protegidas.

Com relação ao HIV, a controvérsia é maior ainda, tendo se convertido em assunto de grande polêmica na XIII Conferência Internacional de AIDS, realizada em julho de 2000, na África do Sul. Embora sua eficácia *in vitro* esteja comprovada – o N-9 mata rapidamente o HIV nos testes

de laboratório, como também proporciona alguma proteção nos testes em modelos animais – no que se refere ao seu efeito em seres humanos, os dados disponíveis são controversos e de difícil interpretação, pois as dosagens e formulações (gel, filmes, cremes etc.) utilizadas variam bastante nos estudos. Hoje em dia, sabe-se que tanto o tipo de formulação quanto à dosagem são questões fundamentais para a determinação do efeito protetor do N-9. Dosagens muito altas podem irritar e provocar ulcerações na mucosa vaginal e formulações, do tipo filmes, podem não promover um bom revestimento da parede vaginal, contribuindo para uma menor efetividade. Assim, o que se busca é uma combinação entre dosagem e formulação que possibilite um amplo revestimento vaginal, pouca ou nenhuma irritação e ampla capacidade virucida.

Embora exista um razoável consenso de que formulações de nonoxinol-9 a 2,5% são bem toleradas, se usadas uma vez por dia ou menos⁷, fato confirmado também por ensaios clínicos de fase I e II realizados em humanos para testar a segurança do método, estudos de fase III não têm conseguido comprovar sua eficácia na prevenção da transmissão sexual do HIV. Um primeiro estudo, conduzido em 1994-96, com filme contraceptivo contendo 72 mg de N-9, não encontrou qualquer efeito protetor contra o HIV, clamídia e gonorréia entre trabalhadoras do sexo em República dos Camarões, mas também não demonstrou efeitos adversos (Roddy et al., 1998b).

Recentemente, a divulgação, na XIII Conferência Internacional de AIDS, dos resultados preliminares de um estudo (fase III) de efetividade do *Advantage 24*, um gel “bioadesivo” contendo 52 mg de N-9, financiado pela UNAIDS, mudou

⁷ Em reunião de trabalho (fevereiro/2000), no Ministério da Saúde, um grupo de especialistas reunidos para rever as Normas Técnicas de Planejamento Familiar estabeleceu a dosagem de 2,5% de N-9 com aquela recomendada para evitar irritação vaginal.

um pouco o panorama, no sentido de questionar não só a possibilidade de uso deste microbicida como método de prevenção de DSTs/AIDS, como a continuidade dos estudos com microbicidas contendo N-9. Resumidamente, o referido estudo encontrou uma maior incidência de novas infecções pelo HIV entre o grupo de usuárias de N-9 do que entre aquele usando placebo, ambos constituídos por trabalhadoras do sexo em quatro países da África (Van Damme, 2000). O fato, atribuído ao maior número de lesões vaginais causadas pelo N-9, gerou um intenso debate e posições divergentes. Dado que a capacidade irritativa do N-9 é dose dependente, a grande dúvida é quão conclusivo os resultados deste estudo podem ser considerados, já que as participantes do estudo eram trabalhadoras do sexo e, portanto, a exposição ao produto é em geral muito mais freqüente, e conseqüentemente, as lesões vaginais, explicando assim os achados. De qualquer forma, a proposta de interromper os outros dois estudos fase III em andamento com o *Conceptrol gel*, que contém 100mg de N-9, defendida por Van Damme na Conferência, foi imediatamente aceita por alguns grupos de ativistas, como o Act-up, enquanto outros defenderam posturas menos radicais, como o Global Campaign for STI/HIV Prevention Alternatives for Women, que propõe aguardar dados originados de análises mais definitivas do referido estudo, já que em Abidjan, um dos *sites* da pesquisa, a associação negativa entre uso de microbicida e novas infecções pelo HIV não foi encontrada e não havia sido levada em consideração na análise a freqüência de relações sexuais.

Em termos de estratégias de prevenção, a questão que se coloca é: as evidências já existentes são suficientes para contraindicar o nonoxinol-9 como um método que confere proteção contra o HIV? Até a XIII Conferência Internacional de AIDS seria possível afirmar que a resposta desta pergunta dependeria muito da perspectiva estra-

tégica em pauta. Se a idéia de redução de dano fosse o eixo norteador das ações, a recomendação do uso do nonoxinol-9, associado ou não ao diafragma, faria todo o sentido a partir do conceito de modelo hierárquico de prevenção, como forma de reduzir o risco de infecção e/ou gravidez, em situações nas quais o uso dos preservativos não é possível ou viável, tal como explicitado anteriormente. No entanto, frente à possibilidade, ainda não completamente estabelecida, do N-9 aumentar o risco de infecção pelo HIV, a resposta ao menos provisoriamente é sim, ou seja, os resultados demandam uma postura de cautela, no sentido de não introduzir o N-9 como instrumento de prevenção.

Preservativo feminino

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano, medindo cerca de 16 cm de comprimento por 7,8 cm de diâmetro, com uma extremidade aberta e a outra, fechada, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, próximo à sua extremidade fechada, serve para ajudar na inserção e na fixação do preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez.⁸ O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes.

A eficácia contraceptiva do condom feminino foi avaliada em diversos estudos, o que possibilitou o estabelecimento de parâmetros bastante precisos a esse respeito. No entanto, com relação à sua eficácia na prevenção das DSTs e AIDS, dispõe-se de poucas informações, devido a dificuldades em desenhar estudos clínicos eticamente aceitáveis e viáveis. Até o momento, seu efeito

⁸ Estudos de reutilização do condom feminino estão em andamento.

protetor foi amplamente testado em laboratório e, *in vivo*, existem dados referentes à sua efetividade na prevenção da transmissão do *Trichomonas*. Na ausência de evidências diretas, os parâmetros estabelecidos com relação à prevenção da gravidez têm sido aceitos como *proxis* do seu efeito protetor contra as demais DSTs e AIDS⁹.

Assim, vários estudos *in vitro* desenvolvidos para avaliar a permeabilidade do poliuretano demonstraram que o condom feminino proporciona uma barreira efetiva para gases, líquidos e microrganismos, incluindo o citomegalovírus, o HIV e o vírus da hepatite B e do herpes (World Health Organization, 1997).

Soper et al. (1993), em estudo que avaliou a taxa de reinfecção por *Trichomonas vaginalis* entre 54 usuárias de condom feminino em comparação com um grupo controle, composto por 50 mulheres, encontraram que entre aquelas que usaram o preservativo em todas as relações sexuais, nenhuma se reinfecou com o *Trichomonas*.

No entanto, entre as mulheres que compunham o grupo controle ou que usaram o preservativo de forma irregular, 14% se reinfecaram.

Trussel et al. (1994) estimaram que o uso correto e consistente do condom feminino reduz em 97% o risco de infecção por ano entre parceiras de homens portadores do vírus e que tenham duas relações sexuais por semana.

Além disso, existe um razoável consenso relativo à maior resistência e durabilidade do preservativo feminino, em comparação ao masculino. Quando as taxas de deslocamento e rompimento dos dois preservativos são comparadas, é possível observar uma melhor performance do feminino. Estudo de avaliação da taxa de rompimento do

preservativo feminino quando comparado ao masculino, entre 108 casais, encontrou uma taxa de 0.6% para o feminino e 3.5% para o masculino (Pluciennik, 1998). No teste de vazamento do preservativo enchido com água, o mesmo estudo detectou 0.8% de furos nos preservativos femininos e 3.6% nos masculinos.

Outro estudo realizado com 49 mulheres para avaliar a taxa de deslocamento do preservativo feminino (Female Health Company, 1994), comparando-o com o preservativo masculino, mostrou que, com o primeiro, houve 2.7% de exposições ao sêmen, enquanto que com o preservativo masculino houve 8.1%.

Para avaliar a presença de esperma na vagina após a relação sexual com preservativo feminino, foram estudadas 15 mulheres, num total de 76 relações sexuais (Female Health Company, 1994). Os resultados foram positivos, somente tendo sido identificada presença de esperma na vagina uma vez e, nesse caso, a mulher havia inserido o preservativo após o ato sexual. Em 1998, durante a Conferência de AIDS, em Genebra, criou-se uma controvérsia a esse respeito, quando a Universidade do Alabama reportou, a partir de estudo realizado, a presença de antígenos prostáticos, que funcionam como um sensível marcador de existência de esperma na vagina após a relação sexual com uso de preservativo feminino.

Desde então, pesquisadores e profissionais de saúde pública revisaram o estudo e discutiram o significado de seus resultados. Problemas metodológicos foram identificados, como, por exemplo, o fato de terem sido as próprias mulheres que coletaram a amostra do líquido vaginal, através de um *swab*,¹⁰ após a relação sexual. A probabilidade de que o *swab* tenha tocado a parte externa da vagina é sem dúvida um fato a ser considerado. Por outro lado, não foi encontrado nenhum

⁹ O Food and Drug Administration (FDA) autorizou o uso do condom feminino baseado nesses critérios. Já o Center for Disease Control (CDC) tem sido mais cauteloso a esse respeito e tem indicado o seu uso apenas nas situações em que o uso do preservativo masculino não é possível. Ver também a esse respeito texto de Bastos (2000).

¹⁰ Semelhante a um cotonete de tamanho maior utilizado para coletar material.

outcome clínico, no caso gravidez ou DST, correlacionado à presença do antígeno. Na verdade, não existem dados ou idéia da quantidade de antígeno requerida para causar uma gravidez ou uma infecção (Leeper, 1999). A Female Health Company, que representa a *Reality*, nos EUA, chamou ainda atenção para o fato de não ter recebido qualquer queixa relacionada à gravidez ou infecção com uso correto e consistente do método, dos 30 milhões de preservativos femininos vendidos. A realização de novos estudos mais rigorosos foram sugeridos, tendo o preservativo masculino como controle, e, aparentemente, chegou-se a conclusão de que as evidências não eram suficientes para que a eficácia do preservativo feminino fosse questionada (Stein, 1999).

Assim, com relação aos estudos de efetividade na prevenção da gravidez, Bounds et al. (1992) estudaram 106 mulheres na Inglaterra, num total de 441 meses de observação, onde o preservativo feminino foi o único método de contracepção. A taxa de falha aos 12 meses, calculada por tábua de vida, foi de 15%, sendo que das 7 falhas ocorridas, 4 foram associadas ao uso inconsistente do método. Antes do final do estudo, 56% das mulheres interromperam o uso do método.

Farr et al. (1994), em estudo desenvolvido em seis cidades dos Estados Unidos e três da América Latina, acompanharam 328 mulheres durante seis meses para avaliar as taxas de gravidez tanto em condições normais de uso como em condições ideais. Os resultados encontraram uma taxa de gravidez aos seis meses, em condições normais de uso, de 12.4% e 22.2% (média 15.1%) para os grupos de mulheres dos Estados Unidos e na América Latina respectivamente, e, em condições ideais, de 2.6% e 9.5% (média 4.3%).

Na ausência de estudos comparativos com outros métodos de barreira, Trussell et al. (1994) compararam a eficácia contraceptiva do preservativo feminino, observada no estudo de Farr et al. (1994), com a obtida em outros dois estudos clí-

nicos prospectivos: o primeiro comparou o diafragma e a esponja e o segundo, o diafragma e a capa cervical. No primeiro, haviam sido colhidos dados referentes a 1437 mulheres de 13 clínicas dos Estados Unidos, sendo que a taxa de falha após seis meses de uso para a esponja foi de 12% e para o diafragma, de 8%. O segundo estudo, que acompanhou 1394 mulheres da Califórnia, encontrou uma taxa de falha aos seis meses de 10% para a capa cervical e de 8% para o diafragma. Como conclusão, Trussell e colaboradores (1994) consideraram que a efetividade do condom feminino no grupo de mulheres americanas é comparável ao encontrado para os outros métodos de barreira, sendo, ainda, importante considerar que uma série de fatores de ordem metodológica (confirmação clínica das gestações nestes dois estudos em comparação com testes químicos, no estudo de Farr), assim como a exclusão de mulheres com freqüências muito baixas de coito, favoreceram uma taxa de gravidez mais alta para o preservativo feminino.

Considerando a comparação da eficácia do preservativo feminino com o preservativo masculino, Trussell et al. (1994) concluem, a partir de uma revisão de 13 estudos sobre a eficácia dos preservativos masculinos, que a efetividade do condom feminino é muito mais próxima da efetividade do condom masculino, do que uma simples comparação de taxas de falha possa sugerir. Os resultados, segundo o autor, não são comparáveis, por razões metodológicas.

Recentemente, estudo realizado no Japão (Trussell, 1998) encontrou taxas de falha aos 6 meses de uso menores ainda - 0.8%, com uso ideal (correto e consistente), e 3.2%, com uso típico. Dois fatores poderiam explicar as diferenças com relação aos estudos anteriores. Primeiro, a freqüência mensal de relações sexuais foi menor neste estudo e portanto a exposição ao risco de gravidez também. Por outro lado, estes resultados indicam também que, em culturas já acostu-

mas ao uso de métodos de barreira, como é o caso do Japão, a eficácia contraceptiva do preservativo feminino pode se aproximar à obtida com a contracepção hormonal.

No que se refere aos estudos de aceitabilidade do preservativo feminino, estudos desenvolvidos em mais de 20 países mostravam boa aceitabilidade imediata do método. Recente revisão da World Health Organization (1997) faz referência a 41 estudos de aceitabilidade, sendo 15 em países da África, 7 na Ásia, 10 na Europa, 5 na América Latina e 5 nos EUA. No geral, os estudos realizados mostravam taxas de aceitabilidade que variaram de 41 a 95%, refletindo a diversidade de metodologias e populações envolvidas nestes estudos, como também a complexidade dos fatores relacionados com o seu uso.

No Brasil, inicialmente (antes da aprovação de comercialização do método) foram realizados três estudos sobre aceitabilidade, que encontraram resultados contraditórios. No primeiro (Buchalla et al., 1998), realizado no Centro de Referência da Mulher, localizado num hospital do SUS, em São Paulo, entre setembro de 1996 e janeiro de 1997, o condom feminino foi aprovado por 54,6% das mulheres que o usaram¹¹. O resultado foi considerado satisfatório pelos pesquisadores, por considerarem um método desconhecido.

No segundo estudo (Diaz et al., 1997), realizado, no mesmo período, em serviços de planejamento familiar em cinco cidades (Belém, Brasília, Campinas, Curitiba e Recife), encontrou muita dificuldade de introduzir o condom feminino em seus serviços. Ao longo de 12 meses de recrutamento apenas 70 mulheres entraram no estudo e aos três meses de seguimento apenas 31% estavam em uso do método. As razões apontadas para as diferenças encontradas no primeiro estudo são basicamente devidas ao

fato de a amostra ter sido recrutada unicamente de serviços de planejamento familiar e dos serviços escolhidos para o estudo serem tradicionalmente lugares de oferecimento e demanda de contraceptivos de longa duração.

No terceiro estudo (Kalckmann et al., 1997), realizado em São Paulo, no período de fevereiro de 1996 a janeiro de 1997, que acompanhou o uso do condom feminino em 96 mulheres ao longo de três meses, o método teve avaliação positiva. Nesse estudo exploratório, no qual as mulheres participaram de quatro sessões de discussão em grupo e foram recrutadas através da mídia e de grupos organizados do movimento social, o tempo médio de uso foi 112,2 dias, 72 mulheres (75%) estavam em uso do preservativo feminino ao final do tempo de observação, 21% interromperam o seu uso e quatro mulheres (4%) não chegaram a experimentá-lo.

Segundo Pluciennik (1998), a despeito das divergências de resultados, tem sido possível observar, em geral, a existência de um padrão de comportamento nos estudos de aceitabilidade realizados nacional e internacionalmente. “Mesmo dentro de um mesmo estudo, algumas mulheres ou casais abandonavam a pesquisa no início ou mesmo nem começavam a utilizar o preservativo, enquanto outro grupo, em geral uma minoria, continuava a utilizar o produto, mostrando entusiasmo pelo mesmo. Talvez este padrão, que se repetiu em vários estudos, seja uma indicação de que apenas mulheres ou casais com determinadas características venham a ser usuários futuros do preservativo feminino. As questões de estética, praticidade e conforto (físico e psicológico) com o produto foram as mais levantadas pelas mulheres e homens que participaram das pesquisas. O controle da situação pela mulher, inicialmente considerado como a principal vantagem do preservativo feminino sobre o masculino, raramente foi citado. Isso nos leva a pensar que a mulher que não consegue negociar o uso do preservativo

¹¹ As perdas de seguimento deste estudo foram superiores à 50%, exigindo cautela na interpretação destes resultados.

masculino dificilmente negociaria o uso do preservativo feminino. Nesse sentido, é importante ter consciência de que o preservativo feminino não foi desenvolvido para ocupar o espaço do preservativo masculino e sim como um método alternativo às mulheres que, por qualquer motivo não querem ou não podem contar com o uso do preservativo masculino em suas relações sexuais” (Pluciennik, 1998: 15).

Assim sendo, uma das hipóteses possíveis, levantadas pela autora, era de que o condom feminino seria utilizado por um segmento pequeno da população feminina, mas fiel ao método, que coexistiria com o das usuárias eventuais. Algumas destas questões puderam ser melhor compreendidas, em 1999, com a realização do primeiro estudo sobre aceitabilidade do método com uma grande amostra de mulheres (Barbosa et al., 1999). Esta pesquisa tinha também a finalidade de introduzir a nova tecnologia em serviços básicos de saúde do SUS e fornecer subsídios que orientassem a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (CN DST e Aids), no que se refere à ampliação de oferta do preservativo feminino na rede pública de saúde. A idéia era, portanto, trabalhar com um contexto que, embora fosse de pesquisa, reproduzisse o máximo possível aquele encontrado no dia-a-dia das unidades de saúde. Realizado em seis contextos urbanos distintos – São Vicente (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Goiânia (GO), Cabo (PE) e Porto Alegre (RS) – o estudo analisou, sob a coordenação técnica do Núcleo de Estudos de População da UNICAMP, a aceitabilidade do condom feminino, aos 15 dias e aos 90 dias de observação, entre quase 2.000 usuárias de serviços de saúde, entre setembro de 1998 e janeiro de 1999.

Em geral, os resultados mostraram que a aceitabilidade do condom feminino se manteve alta ao longo dos três meses de observação, indicando uma ótima receptividade inicial do método. A taxa de aceitabilidade, definida como

a probabilidade de usar e se manter usando o condom feminino, foi 70.1%, ao final do estudo (90 dias). Além disso, o estudo demonstrou a importância que o trabalho educativo e a qualidade da oferta dos serviços de saúde exercem na aceitação e introdução de um método. Taxas mais altas foram obtidas em serviços cujos programas de saúde estão estruturados segundo modelos de atenção que privilegiam o trabalho comunitário, como é o caso de Porto Alegre e Cabo, ou naqueles que apresentam forte ênfase no trabalho educativo na unidade de saúde, como é o caso do Rio de Janeiro.

Por outro lado, o estudo mostrou também que a ampliação de sua oferta na rede pública de saúde poderia efetivamente ampliar as possibilidades de proteção para vários grupos da população feminina, já que a aceitabilidade do condom feminino foi alta tanto entre as mulheres esterilizadas e na menopausa, como entre as mais jovens e não esterilizadas. No entanto, o aspecto mais importante ressaltado pelo estudo se refere ao incremento obtido na consistência da prática do sexo seguro. A incorporação do condom feminino ao leque de opções disponíveis fez com que a proporção de sexo protegido (pelo uso de condom masculino ou feminino), na última relação sexual, dobrasse, aumentando de 31,2%, no começo do estudo, para 65,2%, no final. Esse incremento foi menor entre mulheres com parceiros fixos, incluindo as casadas, e entre usuárias de outros métodos contraceptivos, que não o condom masculino. Neste sentido, é interessante ressaltar que a proporção de sexo protegido se manteve mais alta, tanto entre as mulheres que eram usuárias do preservativo masculino, como entre as que não estavam usando qualquer método antes do estudo, indicando a possibilidade de incorporação de novas usuárias.

Os aspectos mais enfatizados pelas participantes para o uso do método foram: ser um método que confere proteção contra as doenças

sexualmente transmissíveis (47%); ser confortável (39%); propiciar mais autonomia para a mulher (30%). Tal fato reforça a idéia de que o acesso a uma segunda opção de proteção, além do preservativo masculino, possibilita, de fato, a ampliação da capacidade de proteção e negociação das mulheres.

Em resumo, o estudo fortaleceu a idéia de que a disponibilização do método para a população feminina poderia contribuir, de maneira efetiva, para a ampliação das alternativas de prevenção das DSTs/AIDS e da gravidez indesejada, ao mesmo tempo em que demonstrou que o condom feminino, oferecido juntamente com o masculino, poderia contribuir para ampliar a consistência da prática do sexo seguro, sem desestimular o uso deste último. Dito de outro modo, o estudo demonstrou que, do ponto de vista de estratégias de prevenção, não se trata de substituir o preservativo masculino pelo feminino, mas sim criar formas de intervenção que promovam a ampliação do leque de opções.

Resultados semelhantes foram obtidos em estudo similar, realizado nos EUA, com 1.159 mulheres atendidas em clínicas de DSTs (Artz, L. et al., 2000). A proporção de sexo protegido – por meio do uso dos preservativos, feminino e masculino – dobrou de 38% antes da intervenção para 78% imediatamente após a intervenção e, apesar de decrescer ao longo dos seis meses de observação, se manteve sempre maior do que os valores iniciais. Promover o uso do condom feminino de maneira positiva e dar suporte à usuária do método foram fatos considerados fundamentais para o resultado obtido.

A EXPERIÊNCIA NO BRASIL: O PROCESSO DE INTRODUÇÃO DO CONDOM FEMININO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

Atualmente, o condom feminino está sendo comercializado em vários países da Europa e, em

1993, o FDA aprovou a sua liberação para o comércio nos Estados Unidos, sob o nome de *Reality*. Baseado no estudo anteriormente referido, o Japão também aprovou sua comercialização, em 1999. No Brasil, o preservativo feminino foi aprovado junto à Vigilância Sanitária em dezembro de 1997 e seu registro foi obtido pela DKT, empresa que representa a *Reality* no país. A partir de então, o método começou a ser vendido, no início, em algumas farmácias e *sexshops*, e, progressivamente, ampliou-se a sua rede de distribuição.

O mapeamento da rede de distribuição do condom feminino demonstrou que, além da DKT, que distribui diretamente para os setores público, privado e não-governamental/sindicatos, existem duas outras empresas de distribuição, a CEPEO, em Salvador, e a Semina, em São Paulo, que compram da DKT em grandes quantidades e revendem o método para os mesmos setores. O setor privado é constituído basicamente por lojas especializadas em venda e distribuição de equipamento e insumos médico-cirúrgicos, farmácias e drogarias, motéis, médicos particulares e uma pequena parcela de usuários/as finais do método. O setor público é constituído basicamente por secretarias estaduais e municipais de saúde. Algumas universidades e institutos de pesquisa também realizaram pequenas compras. As ONGs são basicamente aquelas que trabalham diretamente com AIDS ou que pertencem ao movimento de mulheres. E finalmente os sindicatos representam uma fatia inexpressiva do mercado.

Do ponto de vista da distribuição gratuita é possível observar também uma ampliação dos atores envolvidos. Até 1998, o acesso ao preservativo feminino só era possível, na cidade de São Paulo, através de estudos com grupos populacionais restritos e em pequena escala, dois deles financiados pelo *Family Health International*, e um terceiro pelo *Population Council*, em parceria com a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde. Em 1998, a prefeitura de São Vicente,

em São Paulo, fez a primeira compra do método, lançando na rede no Dia Internacional da Mulher. Ainda no mesmo ano, a CN DST e Aids comprou 100 mil preservativos e financiou, em parceria com a UNAIDS, o estudo de aceitabilidade, que introduziu o método em seis cidades do Brasil.

Neste processo recente de introdução do condom feminino no país é necessário reconhecer ainda o papel que a mídia tem tido no processo de divulgação do método, sendo possível dizer que a curiosidade em torno do método é grande e tem suscitado uma boa cobertura na mídia, tanto impressa como eletrônica. Desde 1997, questões ligadas ao uso do condom feminino, assim como aos resultados das diferentes pesquisas, têm ocupado grande espaço na mídia que, de uma maneira geral, tem ressaltado a importância do condom feminino como mais uma opção de proteção para as mulheres. No último ano, a pesquisa realizada para a CN DST e Aids e os seus resultados foram amplamente noticiados, sendo possível afirmar que o condom feminino é, atualmente, razoavelmente conhecido por uma boa parte da população residente nas grandes cidades brasileiras. Por outro lado, a cobertura favorável e intensa do método pela mídia, sem dúvida, colaborou para que o condom feminino esteja, hoje em dia, não só associado a uma imagem positiva, como tenha se transformado, até certo ponto, num “objeto de consumo”, características que, se bem utilizadas, poderão contribuir para uma popularização de seu uso.

A demanda por este novo insumo já se faz sentir nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Organizações não-governamentais e, mais especificamente, aquelas que trabalham diretamente com pessoas com HIV/AIDS, assim como usuárias dos serviços de saúde, têm exercido pressão para que esta opção de prevenção seja incorporada ao leque disponível nos serviços de saúde. Neste sentido, é possível notar uma resposta favorável, ainda que incipiente e localizada, por

parte de setores públicos, tanto em nível federal, como estadual e municipal, que constituem sem dúvida os principais compradores do método.

Levantamento realizado¹² junto às três distribuidoras do método mostra que no período compreendido entre janeiro de 1999 e março de 2000, o setor público foi responsável por 78% das vendas realizadas pelas três distribuidoras (Tabela 1). Aproximadamente 30 prefeituras e três secretarias estaduais de saúde realizaram compras do método.

Do ponto de vista da distribuição regional é possível constatar ainda que o Estado de São Paulo concentra 92% das vendas realizadas para o setor público no período. O restante das vendas se distribuem por alguns municípios de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Norte, Ceará, Amazonas, Mato Grosso, Tocantins e pelo Estado de Santa Catarina.

Além disso, com exceção do município de São José dos Campos, que comprou 276.000 unidades, e do Programa Estadual de DSTs/AIDS de São Paulo, que comprou 160.000 unidades, as vendas realizadas se limitam a pequenas quantidades, variando de 500 a 10.000 unidades, indicando uma certa cautela na compra de grandes quantidades do produto. Por um lado, tal fato se justifica por ser um insumo caro e a respeito do qual ainda se conhece pouco. Por outro, colocará, a curto prazo, a necessidade de rápida reposição, se o insumo for aceito e incorporado ao dia-a-dia da população desses lugares, e, conseqüentemente, a capacidade destes municípios garantirem o suprimento continuado do método na ponta do sistema. Neste sentido, a análise das planilhas de venda chama também atenção para o fato de a maioria das compras terem sido feitas em uma única ocasião. Apenas

¹² O levantamento realizado pela autora cobre as vendas realizadas entre janeiro de 1999 e 13 de março de 2000. Em 1998, apenas a DKT realizou vendas do produto, cujos dados não foram disponibilizados.

Tabela 1 - Vendas do condom feminino pelas empresas distribuidoras no Brasil, período 01/01/1999 a 13/03/2000

Empresas	Setor público	Setor privado	ONGs/Sindicatos	Total
Semina	303.792	5.364	1.508	310.664
DKT	166.600	115.044	14.520	296.164
Cepeo	27.320	4.466	0	31.786
Total	497.712	124.874	16.028	638.614

Fonte: informações fornecidas diretamente à autora pelas empresas.

dois municípios já estão fazendo pequenas compras mensais.

Ao mesmo tempo em que isso acontece nos níveis estadual e municipal, a Coordenação Nacional de DST e Aids ordenou uma compra de 2 milhões de condons femininos e deu início a um processo de discussão visando a ampliação da distribuição do método, que tem envolvido tanto secretarias de saúde municipais e estaduais, como organizações não-governamentais. Em princípio, 19 estados¹³ receberão uma cota do método, cuja distribuição deverá acontecer, segundo critérios previamente definidos pelo Ministério da Saúde.

“Face ao limitado número de preservativos femininos é necessário que reflitamos sobre a vulnerabilidade e situação de risco que as mulheres se encontram e a partir daí se estabeleça critérios para sua distribuição. A vulnerabilidade tanto diz respeito ao comportamento individual quanto coletivo de uma pessoa. Pressupõe um conjunto de fatores, níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV. Aspectos como acesso à informação, rede de serviços, capacidade de percepção pessoal do risco, habilidade pessoal em lidar

*com situações de risco, relações de gênero, atitudes frente à sexualidade, crenças religiosas, pobreza, serviços sociais e de saúde definem uma maior ou menor vulnerabilidade e risco à infecção do HIV/AIDS. Nesse sentido temos que ter um olhar sobre as mulheres menos capazes de fazer frente às pressões de parceiros em relações desiguais de poder, a desigualdade nas relações sociais, de distribuição de recursos e de poder, as que vivem em situação de violência e as que tem pouco ou difícil acesso aos meios de prevenção. Nesse universo podemos citar as **profissionais do sexo**, que estão em relações desiguais de poder e onde o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual e sofrem uma maior exposição ao risco pelo exercício do seu trabalho; **mulheres que estão em situação de violência sexual e/ou doméstica** e que se a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras e a violência é uma realidade do cotidiano das mulheres na vivência com seus parceiros, em que pese que não sejam acontecimentos superpostos, pode se inferir uma interface, pelo menos de uma mútua nutrição entre um fenômeno e outro; **mulheres soropositivas** pela clara necessidade de que essas mulheres precisam se proteger de uma reinfecção tanto quanto proteger seus parceiros de uma infecção ou reinfecção; **mulheres usuárias de drogas** pois sabemos que as drogas tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de risco, inclusive ao cuidado com a própria saúde, em consequência com a adoção de práticas sexuais seguras. A forma e o caminho de se chegar a essas mulheres estão sendo construídos, algumas serão acessadas pelas ONG e outras pelos serviços de saúde que as atendem.”*

(Documento da CN DST e Aids, 1999)

¹³ Região Norte: Amazonas, Pará; Região Nordeste: Ceará, Maranhão, Pernambuco, Paraíba, Bahia, Sergipe; Região Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul e do Norte; Região Sudeste: Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo; Região Sul: Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul.

Além desses critérios, a capacidade de monitorar a distribuição do método e aspectos relacionados à organização dos serviços foram levados em consideração na escolha dos locais. Um instrumento de monitoramento foi construído a partir dos resultados da investigação realizada e, segundo a coordenação nacional, deverá pautar decisões de compra no futuro, já que, segundo a equipe de coordenação nacional, não existe previsão de nova compra e no futuro a manutenção do condom feminino na rede deverá ser fruto de um esforço colaborativo entre as instâncias gestoras locais e centrais, como também de uma ação conjunta das áreas técnicas de DSTs/AIDS e saúde da mulher.

Atualmente, está sendo realizada uma revisão das normas técnicas de planejamento familiar pela área técnica de saúde da mulher, que deverá incorporar o condom feminino como um método, capaz de conferir dupla-proteção, aprovado pelo Ministério da Saúde. Tal fato, embora por si só não seja uma garantia, poderá reforçar a ampliação de sua distribuição, através dos programas de saúde da mulher, nos níveis federal, estadual e municipais.

Assim sendo, apesar de um quantitativo pequeno, se considerarmos a população brasileira com vida sexual ativa, nos próximos meses o condom feminino será introduzido em diferentes pontos da rede de saúde, cujo impacto dependerá num primeiro momento da forma como esta introdução acontecer. A preparação e o treinamento das equipes de saúde são questões estratégicas fundamentais neste momento. Resistência da equipe, por dificuldades, preconceito ou falta de informação, assim como falta de preparo para dar retaguarda e suporte à população usuária do método poderão com certeza interferir de maneira extremamente negativa neste processo. Tanto as pesquisas de aceitabilidade nacionais como as internacionais têm demonstrado o papel fundamental que os serviços e os profissionais de saúde ocupam na aceitabilidade e na consis-

tência de uso do método (Mantell et al., 1998; Artz et al., 2000).

Outra questão estratégica fundamental se refere à capacidade de garantir a manutenção e a contínua disponibilização do método na rede, como também, a curto prazo, ampliar a distribuição do insumo. Neste sentido, existem duas questões centrais: seu custo e a distribuição do método em si. De imediato, a maior dificuldade se refere ao seu alto custo, que varia em função do distribuidor e do cliente. Existem duas maneiras de realizar a compra do método, através de licitação internacional ou nacional, através da DKT, CEPEO ou da Semina. A primeira modalidade, utilizada pelo Ministério da Saúde, que resulta num custo menor (US\$0,80/unidade), é mais complicada operacionalmente e se justifica para compra de grandes quantidades. Na segunda, usada em geral por ONGs e secretarias de saúde, o custo tem variado bastante, em função da capacidade de negociação do cliente e tem variado de R\$1,75 a R\$3,00/unidade (valores em 1999). Grandes compras tendem a conseguir uma boa diminuição do custo, entretanto, ainda assim seu custo se mantém maior do que o do condom masculino, aproximadamente R\$0,12/unidade, quando comprado em grande quantidade¹⁴. Nas farmácias e lojas de equipamento médico-cirúrgico o preço também tem oscilado muito e atualmente tem custado ao consumidor de R\$3,50 a R\$5,00/unidade (valores em 1999). Comparativamente, é possível comprar o preservativo masculino nestes lugares a partir de R\$0,25/unidade.

Outro entrave à disseminação do uso do condom feminino se refere à própria capacidade de distribuição da rede de distribuição atualmente existente, que apresenta vários pontos de afinilamento. Inicialmente, por constituir um insumo caro e de venda restrita, poucas farmácias o

¹⁴ Valor pago em média nas compras realizadas pelo Programa Estadual de AIDS/São Paulo (informação fornecida pelo técnico responsável pela área de prevenção).

disponibilizam em suas prateleiras, dificultando o acesso ao método para os setores da população que querem e podem arcar com o seu custo. Outra questão está relacionada a própria capacidade de importação da DKT, que segundo seus distribuidores, vem encontrando dificuldades para atender aos pedidos em períodos como o pré-carnavalesco, por exemplo. A médio prazo, é perfeitamente possível ainda que a própria empresa *Reality* não consiga atender à uma demanda ampliada. Sua capacidade de produção mensal é limitada (aproximadamente 6 milhões de unidades/ano) e atrasos na entrega do método já vem ocorrendo.

Finalmente, uma questão que deverá ser levada em consideração para ampliar o uso do condom feminino é o fato de as mulheres na nossa sociedade não terem tradição de usar métodos intravaginais de barreira. Na verdade, é possível dizer inclusive que existe no Brasil uma cultura contraceptiva – baseada na utilização de apenas dois métodos: o contraceptivo hormonal e a laqueadura tubária – cuja mudança necessariamente envolve um grande investimento em trabalhos educativos que levem à mudança de mentalidade, tanto na população usuária, como também junto aos profissionais de saúde, a exemplo do que aconteceu com o preservativo masculino. Vale lembrar que o intenso trabalho realizado nos últimos 20 anos no Brasil em torno da necessidade do uso do condom masculino demonstra hoje em dia claros sinais positivos de mudança, concretamente indicada pelo aumento de seu uso nos últimos anos.

Assim sendo, ao lado de estratégias educativas voltadas para a população em geral, é fundamental investir num processo de capacitação e treinamento dos serviços e profissionais de saúde para que se sintam seguros e tranquilos para oferecer a orientação e o apoio adequados ao uso do preservativo feminino. Uma disposição positiva das equipes com relação ao método, ao lado da grande curiosidade suscitada em torno do mesmo, podem ser grandes aliados neste processo.

BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, E e FAÚNDES, A, 1999. Pesquisas Brasileiras com Acidform. O gel vaginal para prevenir gravidez e DST/AIDS. *Boletim ABIA*; 42:6-7.
- ARTZ, L et al., 2000. Effectiveness of na Intervention Promoting the Female Condom to Patients at Sexually Transmitted Disease Clinics. *American Journal of Public Health*; 90(2): 237-244.
- BARBOSA, RM, BERQUÓ, E e KALCKMANN, S, 1999. *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos*. Relatório final de pesquisa. Ministério da Saúde, Brasília.
- BASTOS, FI, 2000. A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. *Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva* nº 3.
- BENFAM e DHS, 1996. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro, BENFAM e DHS.
- BERQUÓ, E et al., 1999. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS*. Relatório de Pesquisa. São Paulo, CEBRAP e CN DST e Aids (mimeo).
- BLAKESLEE, D, 1999. Microbicides: an Idea Whose Time is Coming. Disponível em versão eletrônica no site do *Journal of American Medical Association*.
- BOUNDS, W, GUILLEBAUD, J & NEWMAN, GB, 1992. Female condom (Femidom). A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability. *Br J Fam Planning*, 18:36-41.
- BUCHALA, CM et al., 1998. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 1996. *Revista de Ginecologia e Obstetria*; 9(1):12-18.
- CAMPBELL, P, 1993. Efficacy of female condom. *Lancet*; 341:1155.
- CECIL, H et al. The female condom: what we have learned thus far. *AIDS and behavior*; 3(2); 241-256.

- CN DST e Aids, 1999. *Boletim Epidemiológico AIDS*, XII (3).
- CONNELL, EB, 1994. The female condom - a new contraceptive option. *Contemporary Ob/Gyn*, October, 15:20-27.
- COOK, RL & ROSEMBERG, MJ, 1998. Do spermicides containing nonoxynol-9 prevent sexually transmitted infections? A meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 25:144-50.
- De JARLAIS, D & FRIEDMAN, SR, 1993. *AIDS, Injecting Drug Use and Harm Reduction*. In HEATHER, N, WODAK, A & MANN, E. *Psychoactive Drugs & Harm Reduction. From Faith to Science*. Londres, Whurr Publishers.
- DIAZ, J et al., 1997. *Estudo de aceitabilidade do condom feminino no Brasil*. Reunião "O condom feminino: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil", promovido pelo Ministério da Saúde e Population Council (comunicação oral).
- EHRHARDT, AA et al., 1992. Prevention of heterosexual transmission of HIV: barriers for women. *J Psychol Human Sexuality*, 5:37-67.
- FARR, G et al., 1994. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *Am J Public Health*, 84:1960-1964.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL/AIDSCAP, 1997 *The Female condom: from research to marketplace*, Arlington, FHI.
- FEMALE HEALTH COMPANY, 1994. *Reality, female condom, an alternative for women* (mimeo).
- FORD, N & MATHIE, E, 1993. The acceptability and experience of the female condom, Femidom among family planning clinic attenders. *Br J Fam Planning*, 19:187-192.
- GOLLUB, EL & STEIN, ZA, 1993. Commentary: the new female condom - Item 1 on a women's AIDS prevention agenda. *Am J Public Health*, 83:498-500.
- GOLLUB, EL, 1997. *Protecting women from STI/HIV: Research experience and lessons learned with hierarchical counseling among women at high risk in Philadelphia*. Background paper prepared for the Symposium on Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides, Warrenton.
- HEISE, L, 1999. *Topical Microbicides: new hope for STI/HIV Prevention*. Takoma Park, CHANGE.
- HEISE, L, MCGRORY, E & WOOD, S, 1998. *Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides: a report on a symposium*, International Women's Health Coalition, New York.
- JIVASAK-APIMAS, S, 1991. Acceptability of the vaginal sheath (Femshield) in Thai couples. *Contraception*, 44:183-190.
- KALCKMANN, S et al., 1997. *The Female condom as a woman controlled method: Final report*. Instituto de Saúde/SES-SP e MCCA (mimeo).
- LAWSON, L et al., 1998. *A prospective study of couples who use the female condom: exposure to semen during use*. 12th World AIDS Conference, Abstract 33132.
- LEEPER, MA., 1999. *University of Alabama report on Sperm Study Involving the Female Condom as Reported by CDC*, memoradun. The Female Health Company, Chicago.
- MANTELL, JE, KARIM, QA & SCHEEPERS, E, 1998. RX for adoption of the female condom: increasing acceptability among health care providers. *HIV Center of Clinical & Behavioral Studies*, New York (mimeo).
- MARSEILLE, E & KAHN, J, 1999. *Preliminary results of female condom cost-effectiveness analysis: San Francisco* (mimeo).
- PATH (Program for Appropriate Technology in Health), 1993. Vaginal barrier methods: underutilized options? *Outlook*, 11:1-6.
- PLUCIENNIK, AMA, 1998. Preservativo feminino: revisão dos estudos. *Atualidades em DST/AIDS*, nº 6. São Paulo, Programa Estadual de DST/AIDS.
- POTTS, M, 2000. Thinking About Vaginal Microbicides. *American Journal of Public Health*, 90(2): 188-190.
- RODDY, RE, SCHULZ, KF & CATES, W, 1998a. Microbicides, meta-analysis, and the N-9 question: Where's the research? *Sexually Transmitted Diseases*, 25:151-53.

- RODDY, RE, ZEKENG, L, RYAN, KA, TAMOUFE, U, WEIR, SS & WONG, EL, 1998b. A controlled trial of nonoxynol-9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *New England Journal of Medicine*; 339(8):504-510.
- SAPIRE, KE, 1995. The female condom (Femidom) - A study of user acceptability. *South African Medical Journal*; 85:1081-1084.
- SCHILLING, RF, BASSEL, N & LEEPER, MA, 1991. Acceptance of the female condom by latin and african-american women. *Am J Public Health*; 81:1345-1346.
- SMITH, C, et al., 1993. Female barrier contraceptive. *Lancet*; 341:696.
- SOPER, DE, BROCKWELL, NJ & DALTON, HP, 1991. Evaluation of the effects of a female condom on the female genital tract. *Contraception*; 44:21-29.
- SOPER, DE et al., 1993. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases*; 20: 137-139.
- STEIN, ZA, 1990. HIV Prevention: The Need For Methods Women Can Use. *American Journal of Public Health*, v. 80, n.4.
- STEIN, Z, 1999. "A hora e a vez das mulheres". Entrevista concedida a Richard Parker e Angela Freitas, *Boletim ABIA*; 42:8-9.
- STRANG, J, 1993. *Drug Use and Harm Reduction: Responding to the Challenge* In HEATHER, N, WODAK, A & MANN, E. *Psychoactive Drugs & Harm Reduction. From Faith to Science*. Londres, Whurr Publishers.
- TRUSSELL J et al., 1994. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Family Planning Perspectives*; 26: 66-72.
- TRUSSEL J, 1998. Contraceptive Efficacy of the Reality Female Condom. *Contraception*; 58:147-148.
- VAN DAMME, L, 2000. *Advances in Topical Microbicides*. Conferência realizada na XIII Conferência Internacional de AIDS, em Durban. Disponível em versão eletrônica no site www.aids2000.com
- WATTS, C, THOMPSON, W & HEISE, L, 1998. *The impact of microbicides for HIV prevention: insights from mathematical modeling. Background paper* preparado para o Symposium on Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides, Warrenton.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992. *GPA position paper: female condom*. Geneva, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993. *Sexual negotiation. The empowerment of women and the female condom: general protocol*. Geneva, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997. *The female condom: a review*. Geneva, WHO.
- WULF, D, FROST, J & DARROCH, JE, 1999. *Microbicides. A defense against sexually transmitted Diseases*. New York, The Alan Guttmacher Institute.

