

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي هدانا لهذا الذي كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

والحمد لله رب العالمين

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي هدانا لهذا الذي كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

والحمد لله رب العالمين

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

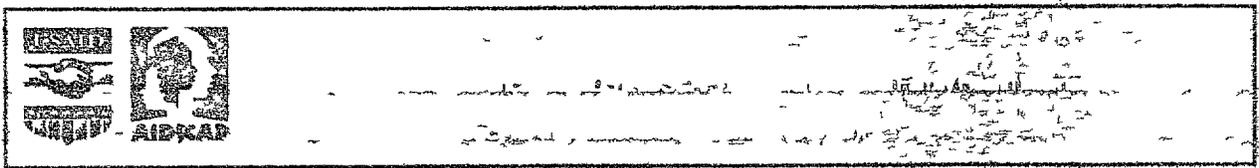
الحمد لله الذي هدانا لهذا الذي كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

والحمد لله رب العالمين

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي هدانا لهذا الذي كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

والحمد لله رب العالمين



Family Health International (FHI) é uma organização não governamental que trabalha para melhorar a saúde reprodutiva no mundo com ênfase nos países em desenvolvimento. Desde 1991 o FHI vem implementando o projeto AIDSCAP (Controle e Prevenção da AIDS) o qual é financiado pela United States Agency for International Development (USAID). O FHI/AIDSCAP tem conduzido programas de prevenção de HIV/AIDS em 40 países. No Brasil o projeto AIDSCAP foi implementado pela Associação Saúde da família, uma ONG sediada em São Paulo.

O programa Iniciativa das Mulheres (AIDSCAP Women's Initiative) foi estabelecido em 1994 para privilegiar questões referentes a gênero objetivando aumentar a consciência da comunidade internacional sobre o impacto do HIV/AIDS entre as mulheres.

Novembro 1997

Peter Lamptey vice presidente do programa de AIDS do FHI e diretor do projeto AIDSCAP

Anthony Schwarzwaldler diretor adjunto do projeto AIDSCAP

E Maxine Ankrah diretor associado Iniciativa das Mulheres AIDSCAP

Sera Attika assistente do programa Iniciativa das Mulheres - AIDSCAP

Projeto gráfico Deborah Clark

Para informações adicionais
Women's Initiative AIDSCAP
Family Health International/AIDSCAP
2101 Wilson Boulevard Suite 700
Arlington VA 22201 USA
Tel (703) 516-9779 Fax (703) 516 9781

Copyright
Family Health International

Copyright
1998 da edição brasileira cedido para MCCS

FICHA CATALOGRAFICA

*Adoção do preservativo feminino no Quênia e Brasil Perspectivas de homens e mulheres
Uma síntese*

*Autores e co-autores E Maxine Ankrah Sera A Attika Suzana Kalckmann Marina
Ferreira Rea Wanjiku Kabira Joseph Rumunjo Wambui Wa Kanji
Wilza Vieira Villela Elisabete Meloni Vieira Maria Eugênia Lemos
Fernandes e Janet Hayman - 1998*

*Traduzido por Tereza S Toma
Revisado por Neide Rezende*

*Traduzido do original norte americano (1997) Adopting the Female Condom in Kenya and
Brazil Perspectives of Woman and Men a synthesis*

1 Contraceptivos de barreira 2 Preservativo feminino 3 Estudo de aceitabilidade

Tiragem 800 exemplares

Organização da edição brasileira
Suzana Kalckmann

MCCS – Mulher Criança Cidadania e Saúde
Associação Saúde da Família
Rua Heitor Penteado 47 casa 3

Editores eletrônica e composição
Nelson Francisco Brandão

05437-000 – Sumarezinho
São Paulo-SP – Brasil Telefone/Fax (011) 262-2022

*Recursos Agencia Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional - USAID
Projeto 936-5972 31- 4692046 Contrato HRN - 5972-C-00 - 4001-00
Apoio Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde*

Apoio

INSTITUTO
DE SAÚDE

***Adoção do preservativo feminino
no Quênia e no Brasil:
perspectivas de mulheres e homens
Uma síntese.***

Investigador Principal

E Maxine Ankrah

Co-Autora

Sera A Attika

AIDSCAP WOMEN S INIATIATIVE

Investigadores Principais no Brasil

Suzana Kalckmann

Marina Ferreira Rea

Co-Autores

Wilza Vieira Villela

Elisabeth Meloni Vieira

Maria Eugênia L. Fernandes

Investigador Principal no Quênia

Wanjiku Kabira

Joseph Ruminjo

Co-Autores

Wangoi Njau

Wambui Wa Kanji

Janet Hayman

Índice

Prefacio	11
Agradecimentos	13
Parte I - Introdução	
HIV/Aids uma epidemia entre as mulheres	15
As opções das mulheres	15
O condom feminino	17
Referencial teorico	18
Abordagem de genero	18
Autocompetencia	20
“Empoderamento” (“empowerment”)	20
Apoio social	21
Parte II - O Estudo	
O contexto	22
Objetivos principais	23
Questões da pesquisa	23
Metodologia da pesquisa	23
A equipe da pesquisa	26
Seleção	26
Treinamento	26
Coleta de dados	27
Recrutamento das participantes femininas do estudo	27
Critérios para seleção	28
Recrutamento dos homens	28
Grupos focais	29
Grupos de Apoio dos Pares	29
Grupos Focais masculinos	30
Análise de dados	30
O diario sexual	30
Processamento de dados	31

Parte III - Adoção do condom feminino por mulheres e homens	
A amostra	32
Percepções de risco	34
O condom feminino negociando proteção	37
As estratégias das mulheres	39
Diálogo com o parceiro	42
O Grupo de Apoio dos Pares fonte de informação e “empoderamento”	43
Experiência das mulheres	44
Homem em parceria na prevenção	46
Perspectivas masculinas concordância e/ou cooperação	47
Razões para a aceitação pelos homens	47
Razões para a não-aceitação pelos homens	48
Comparação do condom feminino com o masculino	48
Reutilização do dispositivo	49
“Empoderamento” de homens	49
Possibilidade de uso futuro	50
Parte IV -	
Conclusões	51
Referências	53
Anexo 1	56
Anexo 2	57
Glossário	58

Prefácio da edição em inglês

Os microbicidas eram esperados como uma alternativa que iria propiciar as mulheres maior liberdade frente ao risco de infecção pelo HIV, como uma possibilidade de aumentar o poder para se protegerem de uma pandemia que continua a atingir, especialmente as mais vulneráveis. Contudo, os resultados de um estudo relatado por Family Health International (FHI), em fevereiro de 1997, mostraram que embora os microbicidas sejam, de fato, a opção ideal para as mulheres, isto continua sendo uma meta distante e improvável de se alcançar, em futuro próximo. Joann Lewis, vice-presidente de Saúde Reprodutiva do FHI, observou na Conferência sobre Condom Feminino realizado em maio, que atualmente o condom feminino oferece as mulheres a proteção mais imediata contra HIV/DSTs.

O FHI em colaboração com a United States Agency for International Development, Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health e outras instituições está procurando acelerar a disponibilidade do condom feminino para as mulheres que desejarem usá-lo. Um desafio importante é ampliar nossa compreensão sobre o impacto que o condom feminino poderá desencadear nos relacionamentos entre mulheres e homens que adotarem este método.

O projeto AIDSCAP iniciou o processo para garantir que as perspectivas das mulheres fossem melhor compreendidas, considerando

que o condom feminino é o principal meio de proteção, quando o parceiro se recusa a usar o condom masculino. Isto aumentará o poder das mulheres para se tornarem participantes ativas de sua própria proteção. Uma maior proporção de relacionamentos sexuais poderá ser mais segura, se o condom feminino estiver mais facilmente disponível e sendo usado adequadamente.

Foi com este objetivo que essa pesquisa exploratória foi proposta. A ideia foi levada ao Quênia e ao Brasil, devido ao entusiástico apoio de pesquisadores, universidades locais, agências de implementação e a presença de escritórios do AIDSCAP nestes países. Desde o lançamento do estudo em 1996, outras atividades importantes foram geradas, incluindo a conferência internacional **“Condom feminino da pesquisa a comercialização”**, realizada nos dias 1 e 2 de maio de 1997, em Arlington, VA, onde houve ampla divulgação de publicações relacionadas ao condom feminino e o estabelecimento de redes exigindo seu maior acesso.

Os pesquisadores e seus colaboradores no Brasil e no Quênia merecem congratulações por empreenderem um estudo sobre um tema tão controverso, especialmente, se levarmos em consideração que o condom feminino não se encontrava disponível no mercado destes países. Atualmente, eles estão trabalhando na produção de um relatório completo, com o qual se espera influenciar na definição e implementação

de políticas locais buscando a incorporação do condom feminino na da luta contra o HIV/Aids

Neste interim, esta síntese chama a atenção dos leitores para as ricas experiências de mulheres e homens que aceitaram o desafio de testar o condom feminino em seus relacionamentos. Este estudo exploratório teve como foco tanto os usuários, como o próprio dispositivo e não será o último a ser realizado. Desta forma, esta síntese procura destacar direções potenciais para outros estudos, alguns dos quais se espera venham de encontro aos projetos mais recentes da USAID denominados HORIZON, IMPACT e AIDSMARK. Espera-se que as

ativistas, os que desenvolvem trabalhos de marketing social e outros implementadores continuem a dar ênfase aos vários aspectos levantados por este estudo e por outros trabalhos realizados pela Iniciativa das Mulheres AIDSCAP sobre este método de proteção. Com certeza mulheres e homens de todo o mundo que queiram ter acesso ao condom feminino se beneficiarão deste grande esforço.

Anthony M. Schwarzwald
Diretor do Projeto AIDS Control and
Prevention Project (AIDSCAP)
Family Health International

Agradecimentos da edição em inglês

Adoção do condom feminino no Quênia e no Brasil perspectivas de mulheres e homens uma síntese, foi desenvolvido pelo Programa Iniciativa das Mulheres, Projeto AIDSCAP, Family Health International, com a colaboração interna e externa ao projeto de pesquisa

Agradecemos a equipe de pesquisadores do Brasil, liderada pelas investigadoras principais Suzana Kalckmann e Marina F Rea e a co-investigadora, Wilza Villela

Da mesma forma, somos muito gratos ao trabalho realizado no Quênia, sob a liderança dos investigadores principais Wanjiku Mukabi Kabira e Joseph Ruminjo, assistidos pelos co-investigadores Wangoi Njau e Wambui Wakanyi. Reconhecemos com gratidão o papel desempenhado pelos Comitês Consultivos que apoiaram os esforços das equipes em seus respectivos países

Estendemos nosso reconhecimento aos diretores permanentes - residentes do AIDSCAP dos dois países, Maria Eugênia Fernandes do Brasil e Janet Hayman do Quênia. Agradecemos o estímulo recebido do Diretor Regional AIDSCAP para a África, Godfrey Sikupa e do Diretor Regional AIDSCAP para a América Latina e Caribe, Ricardo Calderon. Somos gratos as suas equipes por proporcionarem apoio logístico durante todo o período da pesquisa

Nosso reconhecimento as contribuições dos diretores e pesquisadores do HIV Center for Clinical and Behavioral Studies da Universidade de Columbia, Nova Iorque, pela assistência

técnica no treinamento dos investigadores principais para este estudo inovador

Somos gratos também a Priscilla Ulin, Janet Hayman e Elisabeth Meloni Vieira pela revisão das primeiras versões desta síntese. Seus comentários foram muito úteis

Nossos agradecimentos a Jane Rosengren do programa Iniciativa Mulheres por sua ajuda na finalização deste documento. E também a Maryce Ramsey e Mary Kay McGeown, antigas colaboradoras da Iniciativa das Mulheres, por seus esforços no desenho inicial desse documento

Agradecemos o apoio recebido de Peter Lamptey, Diretor do Projeto AIDSCAP, para o trabalho da Iniciativa das Mulheres, especialmente sobre o condom feminino, assim como a Tony Schwarzwaldler pelo interesse em todos os aspectos da pesquisa. Estes apoios foram inestimáveis

Nossa gratidão a Deborah Clark, desenhista gráfica, que muitas vezes trabalhou sob pressão para finalizar este e uma série de outros documentos do programa (IM). Finalmente, somos extremamente gratos aos homens e mulheres que participaram do estudo no Brasil e no Quênia. Alguns deles tiveram que enfrentar as normas convencionais de sua cultura, para permanecer no estudo, o qual era um tanto controverso em virtude de seu interesse em comportamento sexual. Esperamos que este sacrifício contribua para aumentar a consciência de homens e mulheres, em todo o mundo, sobre a necessidade de se proteger contra o HIV/Aids

Prefácio da edição em português

Em 1994 a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional iniciou processo para doação de 30 000 unidades de preservativos femininos no Brasil com o objetivo de realizar 3 estudos de aceitabilidade do método no Brasil. O presente relatório é o resultado de um destes estudos cujo protocolo foi elaborado pelo Family Health International, Projeto AIDSCAP em parceria com as equipes responsáveis pela implementação do Projeto AIDSCAP no Quênia e no Brasil e com a intensa participação dos principais investigadores representantes das instituições identificadas para conduzir o estudo nos dois países.

Desde 1992 a AIDS é a primeira causa de morte entre as mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos de idade na cidade de São Paulo. Portanto, a Associação Saúde da Família, o Family Health International, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através do Instituto de Saúde e da ONG Mulher Criança, Cidadania e Saúde realizaram um estudo sobre a aceitação do preservativo feminino na cidade de São Paulo. O estudo só foi possível graças aos recursos e preservativos femininos doados pela Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Conduzido no ano de 1996, a pesquisa no Brasil demonstrou uma aceitação muito positiva do novo método e os seus resultados despertaram grande atenção da comunidade científica, do movimento de mulheres no Brasil, das ONGs que trabalham com a prevenção a AIDS, da mídia e da população em geral.

Inicialmente publicado em inglês, este relatório foi traduzido para o português e revisado pelo

Instituto de Saúde, MCCA, em estreita colaboração com a Associação Saúde da Família. Acreditamos que esta edição irá propiciar uma maior divulgação e democratização dos resultados entre os pesquisadores brasileiros, as autoridades públicas, a sociedade civil organizada e formadores de opinião interessados em aumentar a gama de opções de métodos que protejam a mulher do HIV/AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Após a realização deste estudo, os resultados demonstraram a necessidade urgente de dar acesso ao preservativo feminino para as mulheres brasileiras. Neste contexto, a Associação Saúde da Família em parceria com o MCCA estimulou que a DKT do Brasil, uma firma sem fins lucrativos, responsável pelo marketing social de preservativos no Brasil, registrasse e disponibilizasse este produto no Brasil. Em Janeiro de 1998, o preservativo feminino foi lançado no mercado brasileiro e constitui hoje mais uma opção na prevenção a AIDS. Implementar programas que promovam o uso de preservativo feminino, especialmente para as mulheres cujos companheiros não querem adotar o uso do preservativo masculino, é um desafio para todos nós que estamos preocupados com a expansão da AIDS entre as mulheres em nosso país. Esperamos que este estudo motive a realização de outras pesquisas em diversas regiões do país e acreditamos que os resultados desta e de outras pesquisas serão de fundamental importância no estabelecimento de políticas que promovam o sexo mais seguro entre mulheres e homens brasileiros.

Dra. Maria Eugênia Lemos Fernandes
Diretora do Projeto AIDSCAP no Brasil
Presidente da Associação Saúde da Família

Agradecimentos da edição em português

Gostaríamos de expressar nossos agradecimentos a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional pela aprovação de recursos que possibilitaram a realização desta edição em português. Em especial gostaríamos de agradecer ao Dr. Peter Lamprey do Family Health International e ao Dr. José da Rocha Carneiro, diretor do Instituto de Saúde, por terem imediatamente aprovado esta iniciativa.

Queremos também agradecer à Associação Saúde da Família, que através da Dra. Maria Eugênia Lemos Fernandes facilitou a aprovação deste projeto.

Nesta oportunidade não poderíamos deixar de agradecer sinceramente a dedicação e compromisso da equipe do MCCS e dos funcionários do Instituto de Saúde que participaram direta e indiretamente do Projeto Beija-Flor, codinome do estudo no Brasil.

A todas as mulheres e aos homens que participaram do Beija-Flor o nosso muito obrigado!

Finalmente, gostaríamos de agradecer a todos os membros do Comitê Técnico Assessor que voluntariamente participaram da revisão do estudo, fornecendo relevante contribuição técnica e ética ao longo da implementação do estudo no Brasil.

Suzana Kalckmann

Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança
Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde
Membro da Coordenação da MCCS- Mulher, Criança, Cidadania e Saúde

Projeto Beija-Flor

O preservativo feminino como método controlado pela mulher Brasil

Comitê Assessor do Estudo

Albertina Oliveira Costa

Fundação Carlos Chagas

Ana Maria Aratangy Pluciennik

Programa Estadual de DST/Aids
Secretaria de Estado da Saude SP

Carlos Botazzo

Comissão Científica do Instituto de Saude
Secretaria de Estado da Saude SP

Cassia Maria Buchalla

Faculdade de Saude Publica- USP

Daniel Kloetzel

GAMP e Hospital Universitario- USP

Margareth Arilha

ECOS Estudos e Comunicação em
Sexualidade e Reprodução Humana e
Comissão de Cidadania e Reprodução

Myriam Debert Ribeiro

Disciplina de Epidemiologia, Escola Paulista
de Medicina

Paulete Goldenberg

Escola Paulista de Medicina

Rosalina de Carvalho Silva

Universidade de São Paulo -Ribeirão Preto

Tania Lago

Coordenação da area saude da mulher
Secretaria de Estado da Saude de SP

Equipe

Adriana Justino

Carmem Lucia G Loureiro

Cely Regina Batista Blessa

Cludete Gomes dos Santos

Conceição

Elizabeth Franco Cruz

Fernando da Silveira

Isabel Cristina Martins de Freitas

Leandro Feitosa Andrade

Maria da Conceição Sphetty

Maria de Fatima Rosa

Maria Rodrigues Nagy

Neide Aparecida dos Reis Leano

Patricia Calixto

Regina Facchini

Rute Barreto Ramo

Sergio Flavio Barbosa

Simone Roberta Silveira da Mota

Sonia Regina L Almeida Prado

Sonia Regina de Araujo

Valdirene Ferreira Gomes

Vladimir de A Stempluk

Yeda Helena Verrastro Raynsford

Colaboradores

Adriana Nogueira de Novaes

Anna Volochko

Daphne Rattner

Luis Eduardo Batista

Maria Helena Caetano

Nelson Francisco Brandão

Rosalina Carvalho da Silva

Sonia Isoyama Venancio

Sonia Nussenzweig Hotimsky

Targino de Castro Neto

PARTE I

INTRODUÇÃO

HIV/Aids. uma epidemia entre as mulheres

A Aids emergiu no final do século 20 como um flagelo para a saúde mundial e como uma barreira ao desenvolvimento. Por ter surgido inicialmente entre pessoas consideradas de alto risco – homossexuais, profissionais de sexo e usuários de drogas endovenosas – considerou-se, ao longo da década de 80, que mulheres heterossexuais e monogâmicas eram de baixo risco para infecção pelo HIV. Entretanto, em 1995, tornou-se evidente uma clara instalação da epidemia entre mulheres heterossexuais monogâmicas na África e em alguns países da América Latina, Caribe e Ásia.

Em algumas partes da África, tais como Uganda, Zimbábue, Zâmbia, Tanzânia, Ruanda e Quênia, 20 a 40% das mulheres atendidas nas clínicas de pré-natal estavam infectadas pelo HIV. Dos 21,8 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, em 1996, 60% ou 13,3 milhões de adultos estavam na África. Hoje, as mulheres ultrapassam os homens, numa relação de 6:5. Mulheres jovens, entre 15 e 19 anos, têm na região duas vezes mais probabilidade de serem infectadas do que homens da mesma categoria.

Na América Latina e Caribe, havia, em 1996, uma estimativa de 1,3 milhão de pessoas

infectadas, estimando-se que 90% dentre as novas infecções haviam ocorrido através de contato heterossexual. Por essa época, a Aids tornou-se, em São Paulo e nos Estados Unidos, a primeira causa de morte entre mulheres de 25 a 45 anos¹.

As opções das mulheres

A escalada da infecção pelo HIV entre mulheres, nos países pobres e em desenvolvimento e entre as minorias de nações industrializadas está amplamente documentada. É preciso dar respostas adequadas a essas populações, capazes de diminuir a maior vulnerabilidade que hoje enfrentam. A questão que se coloca para os formuladores de políticas, planejadores e implementadores de programas é o que fazer a luz desse aumento imprevisto da epidemia de HIV/Aids entre as mulheres, quando a maioria das medidas, até agora, foi adotada essencialmente para responder às necessidades da população masculina de homossexuais e usuários de drogas dos países desenvolvidos?

Com exceção das trabalhadoras de sexo comercial, que têm sido alvo de várias intervenções para práticas de sexo seguro, outras mulheres, também vulneráveis, têm recebido pouca atenção. Os programas dirigidos às necessidades de saúde reprodutiva das mulheres, tais como planejamento familiar, apenas recentemente começaram a focar esse aspecto da saúde sexual.

Enfrentar o HIV/Aids tem sido questão abordada em varios foruns, incluindo os encontros realizados no Cairo² e em Beijing³. Propõe-se que para se contrapor adequadamente ao perigo que as ameaça, as mulheres precisam ter acesso a metodos de proteção cuja iniciativa possa ser delas, com ou sem a concordância de seus parceiros. Alguns cientistas^{1 4 5} acreditam que as vacinas ainda estão ha alguns anos de distancia e as drogas inibidoras de protease, devido ao seu custo, encontram se fora do alcance da maioria dos homens e mulheres dos países em desenvolvimento.

A solução ideal para proteger as mulheres contra o HIV/Aids seria os microbicidas^{4 5 6} que se encontram, entretanto, igualmente longe de alcançar desenvolvimento satisfatorio, apesar do compromisso estabelecido pelos fundos de pesquisa^{7 8 9 10}. A pesquisa relatada pela Family Health International¹⁸ quanto a ineficacia do espermicida nonoxinol-9 contra o HIV levaram alguns pesquisadores^{5 7 9} Lewis, entre outros, a concluir que para um futuro imediato “o condom feminino e toda proteção que as mulheres dispõem”. Metodo aprovado pela Food and Drug Association (FDA), dos Estados Unidos, o condom proporciona proteção como contraceptivo e contra o HIV e as outras DSTs.

No inicio dos anos 90, intensificaram-se as pesquisas sobre o condom feminino, num esforço para determinar sua aceitabilidade por mulheres que se percebiam em risco de infecção¹¹, sendo que alguns aspectos, como preço e acesso ao produto, permaneciam – e permanecem – não resolvidos. Por essa epoca, não se conhecia bem o perfil das mulheres dispostas a adota-lo e se elas dariam continuidade ao uso, havia tambem pouca informação sobre as possiveis reações dos parceiros sexuais e/ou da população.

Em 1993, pesquisadores do comportamento, pertencentes ao AIDSCAP, decidiram conduzir uma pesquisa exploratoria da qual pudes-

sem resultar hipoteses para futuros estudos e intervenções. Desenvolveu-se um projeto de pesquisa partindo-se do pressuposto de que as mulheres buscariam proteção quando percebessem o risco de infecção pelo HIV/Aids. Um segundo pressuposto era que as mulheres precisariam de apoio de outras mulheres para persistirem no uso do condom feminino, ja que, no minimo, este poderia representar uma intrusão em suas vidas sexuais. Por fim, um terceiro pressuposto levou a inclusão de um projeto de intervenção na pesquisa, no qual as organizações de mulheres desempenhariam um papel-chave na introdução do condom feminino, e as discussões do Grupo de Apoio de Pares seria o ponto principal da coleta de dados.

A inclusão dessa intervenção partiu do pressuposto de que as mulheres poderiam ser mobilizadas, a exemplo do que ocorreu nestas três ultimas decadas em torno de outros assuntos, e sua energia coletiva canalizada tambem para a proteção contra o HIV/Aids. O ativismo sem precedentes dos movimentos de mulheres estendeu-se nos ultimos tempos a varios campos, incluindo direitos humanos, violencia, saúde e meio ambiente, por isso supos se que abordagens semelhantes poderiam ser utilizadas. O modelo teorico a ser apresentado aqui, mostra dados importantes da literatura que apoiam esses tres pressupostos.

Trata-se, na verdade, de uma síntese do projeto inicial do AIDSCAP de 93, cujos resultados estão presentes no estudo exploratorio “**O condom feminino como um metodo de proteção controlado pela mulher**”, realizado no Brasil e no Quênia. Os relatorios completos da pesquisa, dos quais resultou esta síntese, foram feitos pelos Investigadores Principais no Quênia e no Brasil^{11 12}.

O condom feminino

Com a escalada da epidemia de HIV/Aids, o condom feminino ganhou importancia crescente como metodo de barreira para a prevençao da transmissao do HIV e outras DSTs, assim como da gravidez não desejada. Trata-se de uma camisa de venus de poliuretano para ser colocado no interior da vagina, com um anel interno que ajuda a acomoda-lo melhor e um anel externo que cobre parte da genitalia. Quando utilizado de forma correta e consistente pode oferecer protecao significativa. Em estudo realizado pela UNAIDS, programa de HIV/Aids das Nacoes Unidas, entre profissionais do sexo, na Tailandia, por um periodo de pelo menos seis meses, observou-se um declinio de 34% na incidencia media de DSTs entre as mulheres que utilizaram somente o condom feminino em comparacao com as que utilizaram somente o masculino¹⁴, mostrando que o uso do condom feminino ajudou na reducao de 25% de sexo não protegido^{15, 16}.

No momento, o condom feminino esta disponivel em poucos paises, incluindo Antigua, Canada, Costa Rica, Costa do Marfim, Gana, Holanda, Hong Kong, Coreia do Sul, Papua Nova Guine, Suica, Africa do Sul, Taiwan, Uganda, Reino Unido, Estados Unidos, Zambia e Zimbabue.

Quanto a aceitabilidade do condom feminino as primeiras pesquisas indicaram resposta favoravel das mulheres. Um estudo do FHI, realizado no Quenia, entre profissionais do sexo e mulheres da populacao em geral revelou que 84% (N=38 mulheres) gostaram do dispositivo¹⁷, assim como 66% (N=20 mulheres) das profissionais do sexo da Tailandia^{18, 19}, 94% (N=34 mulheres) o aceitaram em Camarões^{18, 20}, e 43% (N=106 mulheres) das mulheres no estudo do Reino Unido²¹ foram receptivas. As respostas dos homens, relatadas indiretamente atra-

ves das mulheres participantes do estudo, mostraram proporcoes similares entre os que foram e não foram favoraveis ao dispositivo. Em Uganda, os parceiros de 74% (N=90) das mulheres urbanas gostaram do condom igualmente aceito por 90% (N=100) dos clientes das profissionais²². No Senegal, alguns parceiros masculinos preferiram o condom feminino ao condom masculino²³.

Pesquisas sobre a aceitabilidade do condom feminino realizadas entre 1991 e 1993, no Reino Unido²¹, em Camarões²⁰ e no Quenia¹⁷ mostraram que o principal motivo que levava as participantes a abandonar a investigacao eram as reacoes dos parceiros. Outros estudos recentes, contudo, têm confirmado um alto nivel de aceitacao entre mulheres^{23, 24}. Ademais, em lugares onde ele e oferecido como uma opcao a mais, muitas mulheres preferem o condom feminino ao masculino^{24, 25, 26}. Nos Estados Unidos, mulheres que eram de alto risco para infeccao ou cujos parceiros eram usuarios de drogas descobriram que o condom feminino era um metodo viavel, tanto para a prevencao da doenca quanto para contracepcao²⁷. A aceitabilidade masculina ao dispositivo foi alta em varios estudos que levantaram as reacoes de homens e mulheres. O mais positivo para a prevencao do HIV são os resultados de pesquisa mostrando que, onde o condom feminino esta disponivel, ha um aumento na proporcao de atos sexuais protegidos^{5, 15}.

Um estudo em Nova Iorque, que incluiu homens e mulheres, e onde condons masculinos e femininos estavam disponiveis²³, mostrou que das 23 mulheres que retornaram para a entrevista final, 61% pediram o condom feminino e 39% o masculino. Dos 16 homens que retornaram, 31% solicitaram o condom masculino, enquanto 43,8% o feminino. Esse estudo teve como finalidade avaliar diferencas de comportamento de mulheres para as quais eram oferecidos a) todos os metodos de barreira que elas

proprias pudessem controlar, b) somente o condom masculino, c) somente o condom feminino. A redução de atos sexuais não protegidos foi maior entre as mulheres para as quais se ofereceram todos os métodos de proteção, em contraposição aquelas para as quais se ofereceram exclusivamente o condom feminino ou o masculino (83%, 54% e 39%, respectivamente¹⁵)

Atualmente, em virtude do alto custo do método, desenvolvem-se estudos para avaliar a possibilidade de reutilização²⁸ – não recomendada por enquanto – aspecto crítico na promoção e distribuição do dispositivo, particularmente nos países em desenvolvimento. Estudos de pesquisa de mercado na Bolívia, Guiné, Haiti, África do Sul e Zâmbia mostraram que profissionais do sexo, mulheres solteiras com carreiras diferenciadas e estudantes universitárias continuavam a demandar o preservativo feminino, cada vez mais popular, como uma opção, apesar da diferença de preço em relação ao masculino²⁹

Referencial teórico

Se estes e outros estudos ajudaram a esclarecer o aspecto da aceitabilidade do condom feminino, não está ainda claro se e como o dispositivo ajudou ou atrapalhou as negociações das mulheres com seus parceiros sexuais. Ulin³⁰ e Worth³¹ relatam a dificuldade que as mulheres têm em negociar o uso do método. A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da UNAIDS¹⁰ financiou uma série de estudos sob o título “Negociação sexual, empowerment da mulher e condom feminino”, que avaliam o processo de negociação e a forma como o condom feminino pode afetar as dinâmicas de poder, seja nas relações sexuais entre as profissionais do sexo, seja entre as outras mulheres e seus res-

pectivos parceiros

Embora os estudos de Ulin e da OMS/UNAIDS tenham começado a destacar aspectos da disparidade de gênero e “empoderamento”, sugerem também a necessidade de outras pesquisas que mostrem resultados de experiências, nas quais o condom feminino seja apresentado de forma que as mulheres possam aprender com outras mulheres, onde tenham apoio mútuo e possam trocar informações e sugestões que facilitem a negociação e uso com seus parceiros masculinos

Caminhando na direção apontada pelo estudo da OMS/UNAIDS¹⁰, a pesquisa realizada no Brasil e no Quênia foi elaborada para mudar o enfoque dado ao condom feminino quanto a sua aceitabilidade pelas mulheres e pelos seus respectivos parceiros. Vários modelos teóricos sustentam este enfoque. Estes modelos se referem a gênero e poder, “empoderamento”, apoio social e comunidade

Abordagem de gênero

Os esforços iniciais para combater o HIV/Aids foram direcionados principalmente aos homens, particularmente na África, enquanto as mulheres eram infectadas quase que simultaneamente a seus parceiros. Quando, finalmente, em 1990, reconheceu-se que o HIV/Aids estava se tornando um problema grave entre mulheres, sobretudo entre as jovens, a atenção se voltou para as dimensões de gênero da epidemia

Gênero se refere a definições de funções, papéis e posição social de homens e mulheres na sociedade, valorizados de forma distinta³². Em quase todas as sociedades, a posição das mulheres tem sido subordinada a do homem, sendo a sexualidade a expressão mais evidente dessa subordinação. Na maioria das culturas a

estrutura patriarcal faz com que caiba ao parceiro a tomada de decisão sobre assuntos sexuais. Ademais, tendo em vista que os homens além do controle econômico na família também detem o da esfera pública, as mulheres, pela posição social e econômica subordinada, veem diminuído o seu poder de influência sobre medidas de proteção no comportamento sexual.

Em muitas culturas africanas, a socialização das meninas no universo feminino (womanhood) implica a expectativa de que suas ações não se realizem independentemente dos parceiros. Dessa forma, os valores impostos pela posição social superior dos homens em geral anulam a possível liberdade da mulher para agir de acordo com seus próprios interesses. Do mesmo modo, o profundo arraigamento desses valores nas normas e expectativas sociais podem impedir tanto a mulher quanto ao homem a plena consciência das barreiras, cuja eliminação lhes permitiria mudar suas atitudes e práticas sexuais.

A crença inicial de que apenas as profissionais do sexo ou as mulheres que mantinham relações não monogâmicas apresentavam risco de serem infectadas, estimulou programas e estudos direcionados especificamente para essas mulheres. Excluindo as outras, consideradas de baixo risco, os esforços para prevenção de Aids foram amplamente “cegos para gênero”. Isso explica, em parte, o paradoxo de se promover o condom masculino como um método “que as mulheres podem usar para se protegerem”. Ora, nenhuma mulher pode usar o condom masculino e tampouco – como afirma Ulin – é possível a maioria delas insistir no seu uso, se o parceiro se recusa. Na Tailândia, que tem uma política de 100% de uso do condom masculino em bordéis, os estudos mostram que, como esposas ou namoradas, as profissionais não obtêm o mesmo sucesso ao negociar proteção com seus parceiros¹⁰.

Uma abordagem baseada totalmente no uso do condom masculino ou tratamento das DSTs é inadequada por duas razões. Primeiro, porque minimiza – quando não negligencia – a dinâmica de fatores como verdade, intimidade e amor. Mulheres nos Estados Unidos³³, Brasil³⁴ e Argentina³⁵ indicam que são incapazes de utilizar seus conhecimentos sobre prevenção de HIV/Aids ou de insistir no uso do condom masculino quando tocar no assunto possa por em risco a primazia do parceiro na decisão sobre matérias relativas a sexo ou quando isso sugira não ser ele amoroso ou verdadeiro. Em Porto Rico³, quando investem muito afetivamente num relacionamento ou então quando se trata de adolescentes apaixonadas, há relutância em arriscar estratégias de confrontação. Preferem renunciar a proteção a interromper a intimidade, tão valorizada quanto a proteção contra a doença.

A abordagem de gênero também supõe uma distribuição de poder entre os sexos capaz de permitir as mulheres conduzir suas próprias vidas. Onde há desequilíbrio e maior poder do homem, e, como reconhecem muitas mulheres, impossível um casamento, ou relação estável, se, diante da recusa do parceiro em usar o condom, ela tentar convencê-lo ou se negar a fazer sexo. Mesmo em sociedades desenvolvidas – exceto onde as políticas insistem na paridade de gênero, por exemplo, no setor parlamentar, nas oportunidades de voto, de educação e outros – a maioria das mulheres continua a lutar por equidade com relação a maioria dos recursos, direitos e benefícios. No que tange às suas sexualidades e escolhas sexuais, a paridade na tomada de decisão e controle continua sendo uma meta distante.

De fato, se o condom feminino é capaz de aumentar a eficácia das mulheres em seus papéis sexuais e de gênero, ele pode servir como catalisador de mudança nas formas de homens e mulheres se relacionarem entre si. Para isso é preciso que além do método de barreira que as

proteja contra doença e gravidez não desejada, elas sejam capazes de salvaguardar a intimidade tão valorizada por seus parceiros. Além disso, elas deveriam aumentar seu poder de escolha e de ações o que as levaria a exercer controle sobre áreas críticas de suas vidas, aquilo que Bandura chama de “autocompetência”^{36, 37}

Autocompetência

De acordo com Bandura, uma intervenção que aumentasse a autocompetência das mulheres teria quatro componentes principais

- informação que elevasse o conhecimento dos riscos e a consciência e de que elas podem exercer controle sobre o comportamento,
- oportunidades para praticar novas habilidades em situações que permitam uma retroalimentação no interior do grupo,
- apoio social através de uma rede de relações que influencie e reforce a adoção de novos comportamentos,
- influências sociais em um contexto e em situações de grupo, alcançadas por meio de esforços comunitários

O modelo de Bandura se espelha em construção teórica desenvolvida por Minkler³⁸ e Labonte³⁹. Minkler sustenta que o novo movimento de promoção de saúde introduziu novas ideias, nova linguagem e novos conceitos sobre o que constitui a saúde e inclui outras dimensões como “empoderamento” e participação comunitária. Esta posição é apoiada em um estudo de Di Clemente e Wingood⁴⁰, onde defendem que mulheres fortalecidas na sua relação de gênero apresentaram maior probabilidade de negociar sexo seguro e que o “empoderamento” feminino se correlaciona com o uso consistente

do condom. Eles argumentam que um enfoque sobre prevenção de HIV/Aids para mulheres, tendo “empoderamento” como meta, pode aumentar a eficácia da intervenção e reduzir comportamentos de maior risco.

“Empoderamento” (empowerment)

Labonte³⁹ sugere que o “empoderamento”, semelhante a autocompetência, tem quatro componentes. O primeiro é uma relação interpessoal que pode facilitar o diálogo^{41, 42} devido às dificuldades relativas ao uso do condom pelos homens, as mulheres têm sido compelidas a buscar formas de comunicação que em muitas culturas exige a tática da não-confrontação³⁶. A taxa de desistência das mulheres participantes nos estudos anteriormente mencionados^{17, 19, 20, 21} sugere que elas nem sempre alcançaram sucesso nesse esforço, apesar da deferência ao parceiro masculino. Labonte³⁹ apresenta, em seguida, um “empoderamento continuado”, situação em que a pessoa alcança maior poder em decorrência do apoio que passa a receber do grupo a que pertence. Terceiro, o grupo capacita homens e mulheres a “enxergarem suas próprias experiências dentro de um contexto social expressivo”. Assim, os esforços de grupos podem levar a organização comunitária, quarto componente apontado por Labonte, por meio da qual as pessoas se envolvem num processo de mudança que, indo além de uma situação ou problema particular, facilita a construção de coalizões políticas e permite que se chegue às causas reais e a soluções mais duradouras. Labonte observa que ações dessas coalizões são “dirigidas aos níveis mais altos de tomada de decisão governamental” e são “realizadas por grupos que se unem para exercer pressão para atingir uma mudança política ou uma reforma social. Coalizões de ação política usam a militância (Advocacy) como meio de alcançar suas metas”. Essa militância significa “tomar uma posição sobre determinado assunto” para iniciar ações que influenciam as opções políticas públicas³⁸.

Devido a conscientização sobre a epidemia de HIV/Aids e a percepção elevada de risco de infecção, as mulheres devem, de acordo com Kabira¹³ “fazer o que não se esperaria que fizessem em culturas tradicionais” Ela afirma que as mulheres precisariam criar subculturas que conduzissem suas necessidades e situações básicas e desenvolvessem mecanismos de sobrevivência. A autora inclui nesses mecanismos “silêncio em períodos de dureza, ignorando o que está acontecendo ao redor (como mulher) que denigra sua dignidade, juntando-se a outras mulheres para direcionar suas necessidades mais prementes”

A busca por proteção contra HIV/Aids tem desafiado as mulheres a perceberem o quanto elas podem maximizar os recursos a sua disposição⁴³. Juntar-se a seus pares dentro de suas próprias organizações tem propiciado apoio social que dá a mulheres e homens maior capacidade para lidar com as circunstâncias de serem afetados e/ou infectados pela doença⁴⁴.

Apoio social

Embora grupos de apoio de pares e estruturas de apoio⁴⁵ tenham se mostrado eficazes, particularmente por responderem as necessidades psicológicas de pessoas HIV positivas e como um veículo para o ativismo⁴⁶, os GAPs podem ser inadequados⁴⁷ onde a comunidade não responde e os líderes comunitários resistem a mudanças nas normas sociais que afetem o status e o poder das mulheres. No Zimbábue⁴⁴, embora as mulheres considerem valioso o apoio psicológico mútuo, o mesmo apoio de pares não foi suficiente para diminuir a pressão financeira e os problemas econômicos enfrentados pelos membros do grupo.

Apesar de tais limitações, as organizações de mulheres são onipresentes. Elas podem servir como canais disponíveis para esforços que

incluam a construção de habilidades através de treinamento e apoio social. Sikkema⁴⁸ aponta que modelos de intervenção com base comunitária poderiam produzir mudanças amplas e substanciais no comportamento de comunidades-alvo de mulheres. Tais grupos de mulheres podem também ajudar a construir a consciência da comunidade em torno de um tema e pressionar para mudança normativa.

O condom feminino pode falhar em promover a proteção que as mulheres buscam contra HIV/Aids se sua introdução, promoção, disponibilidade e uso não forem sustentados por uma igual preocupação com o fortalecimento da autoconfiança e com o “empoderamento”, não só individualmente como também no nível do grupo e da comunidade. Se as mulheres se juntarem em suas comunidades, elas podem passar a ter mais poder e, por sua vez, fortalecer suas próprias comunidades.

Se, de fato, o dispositivo se enquadrar em uma lista de métodos de proteção das mulheres e de seus parceiros contra HIV/Aids e ao mesmo tempo dar mais poder as mulheres para desempenhar papel mais ativo no processo de prevenção, os resultados do estudo realizado no Quênia e no Brasil permitirão desenvolver e testar hipóteses.

Uma análise do contexto, objetivos e metodologia do estudo são discutidos na parte II. A parte III relata os principais achados obtidos através da síntese de entrevistas individuais e discussões em grupos focais e grupos de apoio de pares de homens e mulheres participantes. A última seção, parte IV, discute as implicações desses achados e destacam-se as diferenças e as similaridades nas percepções de mulheres e homens quenianos e brasileiros. Os relatórios dos países^{12,13} estão sendo preparados para ampla disseminação, local e internacionalmente.

PARTE II



O ESTUDO

O contexto

A escolha dos países para o estudo pressupôs que haveria influência do contexto na adoção do condom feminino pelas mulheres e nas respostas de seus parceiros sexuais. Pensou-se que a situação da epidemia no Quênia e no Brasil condicionaria as percepções de risco e daria prioridade a busca por medidas protetoras. Algumas similaridades nas respostas, de mulheres e homens, poderiam ser antecipadas, especialmente com a maior conscientização da existência da doença na América Latina e sua difusão na África. Os locais para a pesquisa foram a região metropolitana de São Paulo, uma das cinco maiores cidades do mundo, com cerca de 15 milhões de habitantes, e Nairobi, capital do Quênia, com uma população de mais de 1 milhão de pessoas.

São Paulo está localizada na região sudeste do Brasil, onde se concentram 69% dos casos nacionais de Aids. De 1982, quando foram registrados os primeiros casos, até 1996, um quinto de todos os casos ocorriam entre mulheres. O Ministério da Saúde relatou uma mudança na relação homem/mulher de 28,1 em 1985, para 3,1 em 1996. Em meados da década de 90, a Aids tornou-se a principal causa de morte en-

tre mulheres de 15 a 39 anos de idade na cidade de São Paulo.

O estudo no Quênia foi realizado em Nairobi, onde a taxa de prevalência esperada era de 12%, com uma taxa de 24,6% entre mulheres, no período pré-natal. Em áreas urbanas do Quênia, acredita-se que um em cada oito adultos pode estar infectado pelo HIV, 6594 casos de Aids haviam sido registrados pelo Ministério da Saúde até 1996. Estima-se, entretanto, que pelo menos 200 mil pessoas tenham desenvolvido Aids e atualmente 1,2 milhão estejam infectadas pelo HIV. Setenta e cinco por cento dos casos de HIV ocorrem na faixa etária de 20 a 45 anos, com o pico entre 25 a 29 anos para as mulheres e 30 a 34 anos para os homens.

Em suma, estas duas cidades urbanas foram selecionadas devido às suas taxas de prevalência do HIV, mais altas do que nas comunidades rurais, ao tamanho das populações das quais se poderia selecionar as amostras e a existência de instituições e escritórios de onde os investigadores poderiam conduzir os estudos. Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 1996, nos dois países.

Objetivos Principais

A pesquisa tanto no Brasil quanto no Quênia foram guiadas predominantemente pelos três seguintes objetivos

- 1 Identificar fatores e razões determinantes do uso e não-uso do condom feminino,
- 2 Determinar formas nas quais a introdução do condom feminino afeta a competência das mulheres em negociar proteção contra HIV e outras DSTs

Estes dois primeiros objetivos foram alcançados através de

- ♦ Determinação da faixa de variação e tipos de estratégias de proteção adotadas pelas mulheres,
- ♦ Avaliação da percepção das mulheres sobre o condom feminino como um dispositivo protetor,
- ♦ Exploração do impacto do condom feminino sobre o relacionamento com seus parceiros sexuais,
- ♦ Avaliação das estratégias que facilitam a habilidade das mulheres em negociar o uso continuado

- 3 O terceiro objetivo foi explorar o papel do grupo de apoio de pares na continuidade de uso do condom feminino

Questões da pesquisa

Definidos esses objetivos, as questões que direcionaram a pesquisa foram

Quais os fatores críticos na adoção do condom feminino?

Quais fatores se relacionam com a continuidade de uso?

Quais as estratégias usuais adotadas pelas mulheres para se protegerem nas relações sexuais? Estas poderiam ser

- Ⓜ Comportamental - abstinência, coito interrompido, outros métodos,
- Ⓜ Mecânica - uso de métodos de barreira,
- Ⓜ Verbal - negociação antes e durante as atividades sexuais

Com variadas razões para quererem se proteger, o que efetivamente as mulheres aprendem, com as novas estratégias, sobre os riscos de infecção pelo HIV?

Que fatores parecem aumentar a habilidade das mulheres para conseguir autoproteção?

Qual o impacto do condom feminino sobre os relacionamentos sexuais e dos pares, ou seja qual e seu impacto na relação com os parceiros?

O grupo de apoio de pares propicia a mulher um maior poder de autoproteção?

Metodologia da pesquisa

Para atingir os objetivos da pesquisa, introduziu-se uma perspectiva inovadora e, que embora executada em dois diferentes contextos, foi, conduzida, em seus aspectos essenciais, de forma similar, garantindo a unidade do estudo

O conhecimento em profundidade da situação, das tendências da epidemia e da experiência do programa AIDSCAP nos dois países facilitou o planejamento e em particular a execução do estudo. A disposição de consultores residentes nesses países em contato com o monitor da Iniciativa das Mulheres (AIDSCAP/WI) e o fornecimento de apoio logístico às equipes de pesquisa assegurou um alto grau de consistência na aplicação da proposta.

Os investigadores principais se reuniram nos Estados Unidos para revisar a proposta, obter consenso sobre conceitos e procedimentos e para se atualizarem, particularmente sobre análise qualitativa de dados. Assim, não foram muitas as diferenças ocorridas na forma como o estudo foi conduzido.

Muito embora o estudo no Brasil tenha gerado, em janeiro e fevereiro, muita atenção na mídia, ocorreram alguns contratemplos no prazo de recrutamento das mulheres. Ao contrário do recrutamento das mulheres quenianas, efetuado em pequenas comunidades de Nairobi, as mulheres que entraram no estudo no Brasil vieram de comunidades espalhadas numa vasta cidade, portanto com menor probabilidade de pertencerem a um mesmo grupo. Em março, para acelerar a coleta de dados, os Investigadores Principais (IPs) brasileiros incluíram mais um investigador principal e um co-investigador, além de vários entrevistadores, entre os quais dois pesquisadores do sexo masculino. O AIDSCAP providenciou recursos extras para atingir comunidades particulares onde se sabia que as mulheres viviam em situação de alto risco. A coleta de dados se intensificou em abril e foi completada em julho. Os IPs no Quênia, após o lançamento do estudo em janeiro de

1996, não fizeram nenhuma interrupção na coleta e análise de dados e na elaboração do relatório preliminar.

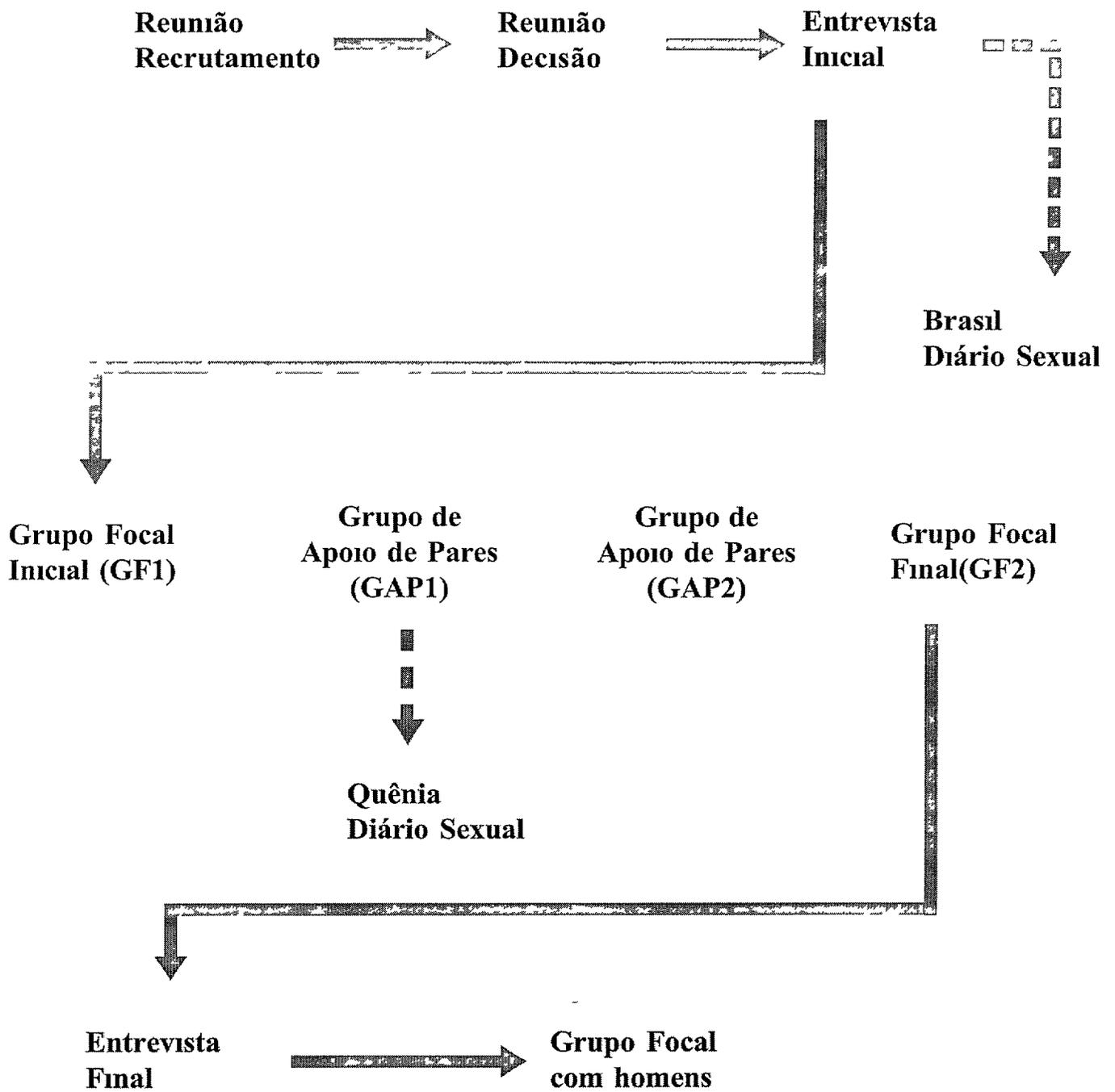
Uma outra diferença entre os projetos de ambos os países residiu no fato de os IPs brasileiros introduzirem o diário sexual já ao final da primeira entrevista, enquanto no Quênia os registros começaram somente após a mulher ter participado da primeira discussão do GAP, pois os IPs acharam que as mulheres quenianas iriam completar de forma mais acurada os registros e compartilhar mais livremente suas experiências com o condom feminino se estivessem mais familiarizadas com as demais participantes. As mulheres brasileiras puderam, assim, registrar o uso do condom feminino por um período mais longo do que as quenianas.

Os relatórios de ambos os países apresentam e discutem separadamente os resultados de dados obtidos nas primeira e na última entrevista individual, Grupos Focais (GFs) e GAPs (Grupo de Apoio de Pares). Esta síntese integra os achados desses sete (entrevista inicial, GF1, GF2, GAP1, GAP2, entrevista individual final, GF com homens) momentos de coleta de dados. A Figura 1 mostra a progressão da pesquisa, desde o contato inicial com as mulheres até os grupos focais com os parceiros, que completavam o processo de coleta de dados. Além disso, foi adotado o diário sexual para registrar os métodos de proteção usados a cada relação sexual.

A seleção e o treinamento da equipe, os procedimentos de recrutamento e a seleção das participantes do estudo foram ditados pelo delineamento da pesquisa.

Figura 1

Etapas metodologica da Pesquisa



A equipe de pesquisa

Seleção

No Quênia, a equipe de pesquisa foi composta por profissionais das áreas de medicina, antropologia, sociologia, serviço social e de estudos culturais. Os dois investigadores principais que lideraram a equipe eram da Universidade de Nairobi: uma doutora em literatura, especializada em gênero, na ocasião coordenando o Collaborative Centre for Gender and Development, um médico, professor de ginecologia e obstetria, que tem pesquisado e publicado sobre o condom feminino. Os três co-investigadores eram um professor universitário, especialista em gênero, uma mestre em antropologia e uma doutora em sociologia, com experiência em sexualidade do adolescente. Foram auxiliados por seis pesquisadoras de campo, todas mulheres graduadas, com bacharelado ou mestrado. Elas facilitaram o contato com a comunidade e lideranças femininas e realizaram as entrevistas individuais.

A equipe de pesquisa no Brasil foi liderada por duas investigadoras principais. A primeira, bióloga, com mestrado em epidemiologia, a segunda, médica, com doutorado, diretora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ambas são também coordenadoras da organização não governamental (ONG) Mulher, Criança, Cidadania e Saúde (MCCS), agência implementadora do estudo. A co-investigadora é uma psiquiatra, com doutorado em saúde pública. No Brasil, 17 mulheres, recrutadas nas áreas de psicologia, educação sanitária e serviço social, atuaram como entrevistadoras, observadoras e coordenadoras das atividades em grupo, e dois coordenadores homens facilitaram as discussões dos grupos focais masculinos. A equipe se reunia e

atuava, prioritariamente, no Instituto de Saúde

Os escritórios do AIDSCAP no Brasil e no Quênia proporcionaram assessoria técnica. No Quênia, a supervisão direta foi feita pelo consultor residente do AIDSCAP, especialista em comunicação, enquanto no Brasil tal responsabilidade coube a uma consultora de programa, da mesma instituição, com doutorado em estudos populacionais e com atuação prévia em saúde pública. Tanto no Quênia quanto no Brasil, os comitês assessores, formados por pesquisadores, representantes do governo, de universidades e de organizações não governamentais feministas e de Aids, se reuniam regularmente. O financiamento e a assistência técnica foram proporcionados pela sede do AIDSCAP, através do Programa Iniciativa das Mulheres, e, no Brasil, houve complementação de recursos pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Treinamento

O HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, da Universidade de Columbia, Nova Iorque, proporcionou um seminário de treinamento, de três dias, para os investigadores principais, em outubro de 1995. Depois disso, os IPs organizaram um programa local de treinamento sistemático, com o objetivo de assegurar a compreensão pela equipe da abordagem de gênero na pesquisa e da metodologia qualitativa. Os membros da equipe tomaram conhecimento dos objetivos, perspectivas teóricas e instrumentos, o que incluiu a revisão dos questionários e guias de discussão dos grupos focais. Houve prática de entrevistas para assegurar uniformidade no uso da linguagem e na aplicação do questionário aos participantes, de acordo com o definido pelo protocolo. Deu-se também atenção às dinâmicas de grupo, tendo sido os IPs preparados para lidar com as discussões dos grupos focais e de apoio aos pares.

No Brasil, o treinamento com duração de cerca de uma semana, foi realizado em dois momentos, devido ao atraso já mencionado. A equipe incluiu enfermeiras para treinar as mulheres sobre o uso do condom, nas reuniões de recrutamento e nos GFs. No Quênia a equipe principal da pesquisa organizou uma sessão de treinamento de dois dias e recrutou, com remuneração ao final do estudo, líderes comunitárias como facilitadoras locais para organizar e mobilizar as mulheres em suas comunidades. Cinco de oito grupos no Brasil também foram recrutados através de líderes comunitárias. A análise de dados foi incluída no treinamento prévio, em ambos os países, de forma que as equipes compreendessem a metodologia de pesquisa, objetivos e perspectiva teórica. As equipes se reuniam antes e após a execução de cada momento de coleta de dados, em sessões, para planejamento e definição de responsabilidades.

Logo após sua formação, cada grupo foi liderado por um IP, assistido pelo co-investigador e uma terceira pessoa foi designada como observadora, cuja função era gravar e monitorar o processo do grupo, anotando a interação das participantes e a comunicação não verbal. A contribuição dos observadores se deu tanto nas sessões preparatórias quanto nas avaliações pós-grupo.

Coleta de Dados

Recrutamento das participantes femininas do estudo

No Brasil, o esforço de recrutamento das mulheres para o estudo por intermédio das organizações de mulheres começou em janeiro de 1996. Realizaram-se 47 reuniões de recrutamento, conduzidas pelo primeiro IP com assistência

de investigadores e especialistas em saúde, que forneceram as informações básicas sobre contraceptivos, HIV/Aids e treinamento para o uso do condom feminino.

No Quênia, as mulheres também foram recrutadas por meio das organizações de mulheres, incluindo organismos de âmbito nacional como o Maendeleo ya Wanawake - a maior ONG de mulheres do país -, o Kenya Women's Finance Trust e a University Women's Association, entre outras. As organizações matrizes se responsabilizavam pelo contato com suas afiliadas e outros grupos populares menores, muitas líderes organizaram reuniões e encontros sobre o tema da pesquisa entre sua equipe e líderes locais, como administradores do conselho distrital e lideranças femininas de comunidades. Ao todo, no Quênia, 350 mulheres foram atingidas por intermédio de sete organizações matrizes e 28 grupos. Várias reuniões com as lideranças femininas foram realizadas no Collaborative Center for Gender and Development, sede das IPs femininas, local favorável devido ao seu reconhecimento como centro de defesa da mulher, onde participar de "seminários" significava prestígio, ao mesmo tempo em que se propiciava privacidade para as mulheres discutirem "seus assuntos". Alguns dos GFs e GAPs foram realizados neste centro. Outras se reuniram na comunidade, centros comerciais, salas de aula e igrejas.

No Brasil 394 mulheres foram contatadas por intermédio de vinte e oito organizações. O Instituto de Saúde, onde ocorria a maioria das reuniões, tornou-se a referência principal para as participantes da pesquisa por ser central e de fácil acesso. Entretanto, as comunidades das mulheres em geral se situam distante da cidade, por isso para facilitar a locomoção das pessoas dessas comunidades, dois grupos se reuniram em uma Associação Comunitária, situada na periferia.

Critérios para seleção

Em ambos os países, o estudo utilizou uma amostra de conveniência, isto é, as mulheres apresentaram-se voluntariamente para participar do estudo exploratório. Os critérios para participação foram faixa etária de 18 a 24 e de 25 a 40 anos, vida sexual ativa e não pretender engravidar durante o período da pesquisa. Nas reuniões de seleção/decisão, quando as mulheres não preenchiam o critério de idade, muitas indicavam suas filhas, cunhadas e amigas a equipe de pesquisa. Algumas foram excluídas porque eram sexualmente ativas há pouco tempo, estavam grávidas ou não disponíveis durante o período definido para a coleta de dados. Mais tarde, as quenianas que não participaram do primeiro GF foram excluídas das demais participações, fato a ser explicado mais adiante.

Os indicadores do NSE (Nível Socioeconômico) no Quênia foram renda familiar, nível de educação e número de pessoas no domicílio sustentadas pela renda familiar. No Brasil, a equipe de pesquisa adotou um indicador padronizado do local, que incluiu nível de escolaridade do chefe da família, posse de bens no domicílio – carro, rádio, televisão, aspirador de pó, máquina de lavar, banheiro etc e serviços de empregados domésticos –, indicadores do poder de compra da família (ABA/ABIPEME).

Em ambos os países, as mulheres em condições de participar do estudo receberam informação sobre HIV/Aids, demonstração e instrução sobre o uso do condom feminino por um especialista de saúde e um pacote contendo seis condons femininos e lubrificantes. Ademais, discutiam e assinavam um “consentimento informado”, com detalhamento das etapas do estudo e informações sobre o condom. Por sua vez, as mulheres que se recusaram ou que não preencheram os critérios de inclusão, responderam a um formulário indicando as razões para a não

participação na pesquisa.

As mulheres que consentiram em participar respondiam a uma entrevista individual estruturada. Para a maioria das quenianas isso foi feito na semana seguinte ao recrutamento, no Brasil, o intervalo foi menor, as vezes, no mesmo dia em que a mulher concordava em participar. A maioria das entrevistas durava de 60 a 90 minutos, algumas foram realizadas nos serviços selecionados para a pesquisa e outras na casa das mulheres.

Recrutamento dos homens

Ruminjo¹, em estudo já citado anteriormente, indicou um baixo nível de aceitabilidade do condom feminino pelos parceiros, o que foi denominado “falta de aceitabilidade”. Porém, as respostas masculinas relatadas foram na realidade observações feitas por suas parceiras. Esta nossa pesquisa, entretanto, exigiu que as experiências e percepções dos homens fossem relatadas diretamente por eles e não pelas mulheres. Informou-se aos participantes, logo no início, que deveriam futuramente convidar os parceiros, com quem utilizaram o condom feminino, para participar de uma única discussão no Grupo Focal de homens, programada para depois da realização da última entrevista com as mulheres. Os homens não foram entrevistados individualmente. Dentre as mulheres que responderam a primeira entrevista, 78% (N=103) disseram ter um único parceiro e no Quênia 70% (N=132). Algumas mulheres admitiram ter vários parceiros ou parceiros “eventuais” (Tabela 2).

Os GFs de homens foram realizados no Collaborative Center for Gender and Development, em Nairobi, e no Instituto de Saúde, em São Paulo. A equipe brasileira de pesquisa consistiu de dois psicólogos, um coordena-

nou as discussões e outro atuou como observador/relator. No Quênia, dois pesquisadores foram envolvidos no estudo, auxiliados por uma observadora, que gravou as sessões.

Foram recrutados 46 homens no Quênia e seis grupos focais foram conduzidos, tendo sido recrutada uma média de sete homens para cada grupo. Os homens foram agrupados em duas categorias de idade: mais jovens (menos de 25 anos) e mais velhos (mais de 25 anos). No Brasil, 24 homens compareceram, formando 5 grupos.

Os dados qualitativos foram coletados utilizando-se o roteiro de GF, que procurava obter respostas relativas a percepção dos homens e níveis de satisfação com o condom feminino, seus aspectos positivos e negativos, seu impacto no relacionamento e comparação com o condom masculino.

Tabela 1

Numero esperado de participantes, segundo perfil (nível socioeconômico e idade)

Nível socioeconômico

NSE	Idade	
	18 a 24 anos	25 a 40 anos
Baixo	24	24
Alto	24	24

Jovens 18 a 24 anos de nível socioeconômico baixo – JNSEB
 Jovens 18 a 24 anos de nível socioeconômico alto – JNSFA
 Mais velhas 25 a 40 anos de nível socioeconômico baixo – VNSFB
 Mais velhas 25 a 40 anos de nível socioeconômico alto – VNSEB

Para cada um dos perfis estava prevista a formação de 2 grupos, com cerca de 12 mulheres em cada um.

Grupos Focais (GFs)

Na entrevista inicial, as participantes forneceram dados sobre idade e nível socioeconômico, critérios que determinaram a sua alocação em determinado grupo. Foram formados, em cada país, oito grupos: dois de jovens (18 a 24 anos) de nível socioeconômico alto, dois de jovens (18 a 24 anos) de nível socioeconômico baixo, dois de mais velhas (25 a 40 anos) de nível socioeconômico alto, dois de mais velhas (25 a 40 anos) de nível socioeconômico baixo.

Foi exigido pelo estudo um total de 96 mulheres em cada local. Quando 8 a 12 mulheres eram recrutadas e entrevistadas, organizava-se uma reunião de GF, que eram sessões formais de pesquisa, orientadas por um roteiro de trabalho previamente definido e conduzidas pelas IPs, co-investigador com assistência de uma observadora. No Brasil, a metodologia adotada permitia identificar cada resposta da participante nos GFs e nos GAPs, enquanto no Quênia tal procedimento não foi incluído.

Grupo de Apoio dos Pares (GAPs)

Dois discussões de Grupo de Apoio de Pares foram realizadas entre o primeiro e o último Grupo Focal de mulheres. Esses encontros “dirigidos pelas mulheres” foram gravados e são descritos mais detalhadamente na Parte III. Quando um grupo de mulheres completava o Grupo Focal final, respondia a uma última entrevista individual. Quando a entrevista final se completava era organizado o respectivo Grupo Focal de homens.

Grupos Focais masculinos

O recrutamento de homens, assim como o de mulheres, teve, no caso brasileiro, menor base comunitária. Alguns grupos de mulheres não conseguiram recrutar homens em número suficiente para justificar uma reunião, tendo os parceiros de dois ou mais grupos de mulheres sido reunidos em uma das cinco sessões realizadas. Previu-se que todos os grupos focais com os parceiros fossem realizados próximo ao final do estudo, em vez de ocorrerem paralelamente aos GFs e GAPs, como no Quênia. As participantes, no Quênia, receberam pequena remuneração pelo emprego do tempo, cuidado das crianças, transporte - de Ksh 250, equivalente a 4 dólares, enquanto os grupos, através dos quais as mulheres foram recrutadas, receberam o correspondente a 48 dólares, em reconhecimento a sua ajuda ao projeto de pesquisa. No Brasil, foram fornecidos lanches durante a realização das reuniões, vale-transporte e presentes, tais como camisetas, agendas, batons, etc.

Análise de dados

A coleta de dados, no total, durou aproximadamente três meses e meio, nos dois países, período no qual o suprimento do método foi garantido.

A coleta e a análise utilizaram dados quantitativos e qualitativos, tendo sido estabelecidas duas unidades de análise: uma, individual e outra, em grupo. Os dados dos GFs e GAPs foram codificados para identificar os indivíduos e, no Brasil, para relacionar suas respostas aos dados obtidos nas entrevistas, enquanto no Quênia, como já foi dito, não foi possível identificar respostas individuais das mulheres depois que elas se tornaram participantes de um grupo.

Presumiu-se que as respostas das mulheres refletiriam diferenças de idade e nível socioeconômico, por isso foram identificados para análise vários subgrupos de variáveis - que incluíam características como renda, estado civil, tipos de parceiro e nível de educação. Os resultados de entrevistas, GFs e GAPs são discutidos separadamente e de forma mais completa nos relatórios dos países. O uso do condom, as estratégias adotadas, as reações ao novo método, as percepções de risco para o HIV/Aids e relacionamento com o parceiro foram analisadas por idade, NSF e, com relevância, por gênero.

Os dados foram analisados observando-se as mudanças de percepção e comportamento ocorridas no período de coleta de dados, ao se comparar a entrevista inicial e a final. No Quênia, por exemplo, como a síntese mais adiante mostra, ocorreu um aumento substancial na satisfação com o condom feminino em todas as categorias entre a primeira e a última entrevista individual.

O diário sexual

Nos dois países, os diários sexuais foram coletados e analisados quanto a indicações de uso dos condons masculino e feminino e práticas desprotegidas. Como apresentado na Figura 1, no Quênia, o diário sexual foi introduzido junto às participantes durante o GAP1, quando os pesquisadores sentiram que as mulheres discutiam a vontade o comportamento sexual, enquanto, no Brasil, as mulheres foram instruídas a completa-lo no GF inicial.

Embora no início algumas mulheres tivessem dificuldade em registrar a informação, rapidamente ganhavam confiança e habilidade no uso do diário. Ao final do primeiro mês, a fide-

dignidade do registro de dados no diário sexual pareceu ser confirmada nos grupos de discussão. No Quênia, por exemplo, as mulheres com um único parceiro sexual mostraram nos diferentes instrumentos de coleta de dados que mantiveram uma mesma regularidade de relações por semana. As participantes que referiram nos grupos e entrevistas não terem períodos específicos para relações sexuais, também indicaram esse padrão de irregularidade em seus registros. Dentre as poucas que disseram ter medo de se tornarem infectadas e, portanto, nunca se envolveram em sexo não protegido (por exemplo, as profissionais do sexo), demonstrouse um uso constante de proteção com condom feminino ou com ambos, condons feminino e masculino. Finalmente, no Quênia, alguns diários mostraram envolvimento ocasional em atividade sexual não protegida. Nenhuma das quenianas admitiram praticar sexo anal e oral, mas nas discussões tinham conhecimento de que estes tipos de atividades sexuais ocorriam. Em geral, os diários sexuais foram adequadamente preenchidos, entretanto, no Brasil, a maioria das mulheres no grupo mais jovem não entregou seus diários para análise, provavelmente porque, especialmente as de nível socioeconômico mais alto, tiveram, de um modo geral, menor envolvimento e aderência ao estudo. Creditou-se isso ao desejo de maior privacidade e a pouca disponibilidade de tempo dedicado ao estudo.

Processamento de dados

Todos os questionários de entrevistas individuais foram preenchidos e as reuniões de GF e GAP foram gravadas. No Quênia, a maioria foi transcrita do kiswahili para o inglês. No Brasil, todas as sessões foram gravadas em português e o relatório completo foi mais tarde traduzido para o inglês. Os pesquisadores brasileiros usaram o programa Epi Info para análise quantitativa dos dados, enquanto os quenianos o SPSS. No Quênia, os dados qualitativos foram analisados através do pacote Folio Views e no Brasil a equipe usou análise temática do conteúdo. Nos dois países, analistas de dados também contribuíram para a interpretação dos resultados. Um painel de IPs e juizes no Quênia e IPs e co-investigadores no Brasil, respectivamente, analisaram os dados resultantes de questões abertas finais das entrevistas individuais e os dados qualitativos das discussões de grupos focais e grupos de apoio de pares. O processo de análise de dados foi supervisionado pelos IPs.

PARTE III

ADOÇÃO DO CONDOM FEMININO POR MULHERES E HOMENS

Serão apresentados a seguir os principais resultados do estudo, destacando as reações das mulheres ao condom feminino, os esforços em negociar seu uso, o impacto do apoio dos pares e as respostas de seus parceiros. As informações foram obtidas através de entrevistas individuais com as mulheres, nos dois grupos focais e nas duas sessões de grupo de apoio de pares, e grupos focais masculinos. Nesta síntese os resultados obtidos dos dois países são apresentados em conjunto. Utilizou-se este formato para mostrar similaridades e diferenças entre eles, com a intenção de facilitar as comparações que possam ser úteis para futuras pesquisas e intervenções envolvendo o condom feminino.

A amostra

No Brasil, das 394 mulheres que participaram da reunião de recrutamento, 115 inicialmente consentiram em fazer parte da pesquisa e foram entrevistadas. A análise de dados, entretanto, foi baseada no número de mulheres (N=103) que participaram de pelo menos uma das quatro sessões em grupo, com uma pequena taxa de perda de 10%, durante o período de estudo. No Quênia, com uma indicação igualmente positiva de interesse, entre 350 mulheres, 132 foram envolvidas e entrevistadas, nu-

mero finalmente fixado em 100 mulheres, que permaneceram durante os sete momentos de coleta de dados. A redução resultou mais num esforço deliberado em aproximar o tamanho da amostra ao nível definido pelo protocolo, ou seja, pelo menos 96 mulheres, do que em abandono do estudo. Portanto, a taxa de perda no Quênia foi consideravelmente maior do que no Brasil, 24%. As amostras dos dois países são apresentadas na Tabela 2.

No Quênia, das 132 mulheres (de sete regiões de Nairobi) que concordaram em participar da entrevista inicial em profundidade, 70 tinham 24 anos ou menos, enquanto 62% tinham 25 anos ou mais. Como definido previamente, o NSE no Quênia foi medido por renda familiar, nível de educação e número de pessoas no domicílio sustentadas pela renda familiar. Das que informaram a renda real, 59,1% e 40,9% eram de níveis socioeconômicos baixo e alto, respectivamente. Dados não apresentados aqui, mostram que uma pequena maioria das participantes de cada categoria tinha menos de 25 anos de idade. Quarenta e dois por cento das mulheres de NSE mais baixo tinham de um a oito anos de educação formal, 34% tinham de 9 a 13 anos e 14% mais de 13 anos de escolaridade, sendo que 11% das mulheres nunca haviam frequentado escola.

Tabela 2
Características demográficas da amostra na entrevista inicial

		Brasil (n=103)		Quênia (n=132)	
		N	%	N	%
Idade	18 - 24	54	52	70	53
	25 - 40	49	48	62	47
Situação marital	Casada	45	44	93	70
	Solteira com parceiro fixo	52	50,5		
	Solteira- sem parceiro fixo	6	6	39	30
Nível de escolaridade	Nenhum	-	-	14	10
	Primario	25	24	55	42
	Secundario	21	21	45	34
	Pos secundario	57	55	18	14
Nível socio econômico (NSE)	Alto	45	44	54	41
	Baixo	58	56	78	59

No Brasil, das 103 mulheres, 52,4% tinham de 18 a 24 anos, enquanto 47,6% tinham de 25 a 40 anos e eram todas moradoras da região metropolitana de São Paulo. Também foram classificadas de acordo com sua situação econômica em “alta” ou “baixa”. 55,9% foram agrupadas como NSE mais alto, enquanto 44,1%

como NSE mais baixo. Todas haviam frequentado escola: 23,7%, de 3 a 7 anos, 21% de 8 a 10 anos e 55,3% mais de 11 anos.

A Tabela 3 apresenta a amostra de mulheres por NSE e idade das mulheres que participaram do estudo.

Tabela 3
Distribuição das participantes segundo nível socio econômico e idade

Perfil	Nível Socio Econômico (NSE)	Idade (anos)	Brasil		Quênia	
			N	%	N	%
J NSE B	Baixo	18 - 24	29	28,2	34	34,1
V NSE B	Baixo	25 - 40	29	28,2	25	25
J NSE A	Alto	18 - 24	25	24,2	19	18,9
V NSE A	Alto	25 - 40	20	19,4	22	22
Total			103	100,0	100	100,0

Percepções de risco

Como já foi dito, o estudo pressupunha que a disposição em adotar o condom feminino refletisse as percepções das mulheres sobre o risco de se tornarem infectadas pelo HIV. A maioria das mulheres do estudo foi identificada como “população geral” e, portanto, considerada de “baixo risco” para HIV. Da amostra no Brasil, 78% das mulheres referiram ter um único parceiro sexual durante todo o estudo. No Quênia, onde o uso de drogas e a bissexualidade são raramente conhecidos, a ameaça às mulheres ocorre quase que exclusivamente através de relação heterossexual, mais de 75% em todas as quatro categorias indicaram que tinham parceiro sexual único e cerca de 61% acreditavam que eram de risco, destas, 48% referiram ter “grande” probabilidade de se tornarem infectadas pelo HIV. Houve, entretanto, alguma disparidade entre as quatro categorias: as quenianas mais jovens, tanto nos grupos NSE baixo quanto alto, percebiam-se como de maior risco para HIV/Aids.

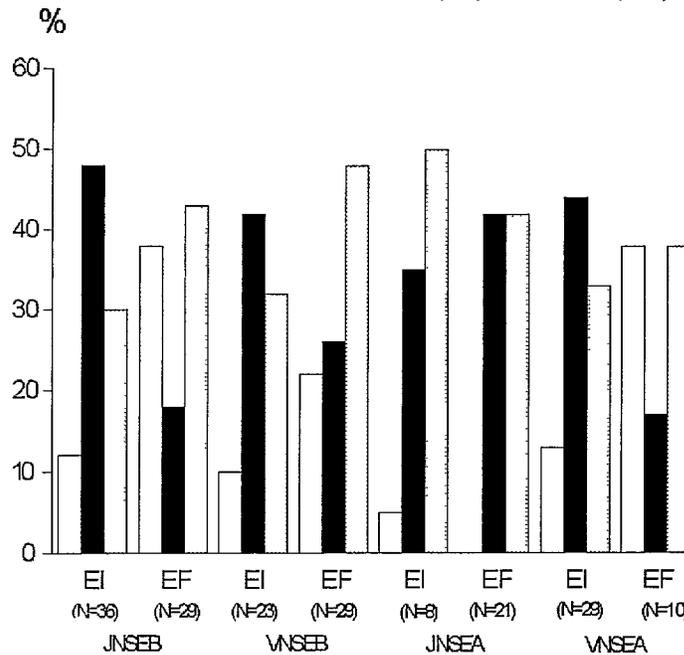
Como pode ser visto na Figura 2, tanto mulheres mais jovens (4%) quanto mais velhas (13%) de NSE alto consideraram-se de baixo risco, na entrevista inicial. Cerca de 13% e 9%, respectivamente entre jovens NSE baixo e mais velhas NSE baixo se percebiam como prováveis de serem infectadas. Entretanto, na entrevista final, todas, exceto as mulheres jovens NSE alto, tiveram sua percepção de risco aumentada durante o estudo.

No Brasil, poucas mulheres admitiram que o risco para o HIV/Aids era uma das razões que as levavam a sugerir o uso do condom feminino a seus parceiros, ao contrário das mulheres quenianas, para as quais a adoção do condom feminino significava uma percepção de que pessoalmente se encontravam em situação de risco. Para as brasileiras, o HIV/Aids era percebido como uma doença contraída por certos grupos de risco, como profissionais do sexo, usuários de drogas e homens homossexuais. Além disso, embora São Paulo tenha a porcentagem mais elevada de casos de Aids do país, 30% das participantes do estudo tinham pouco conhecimento sobre a doença. A maioria, mesmo dentre aquelas que tinham conhecimento, acreditava que Aids era algo que ocorria com “outras mulheres”.

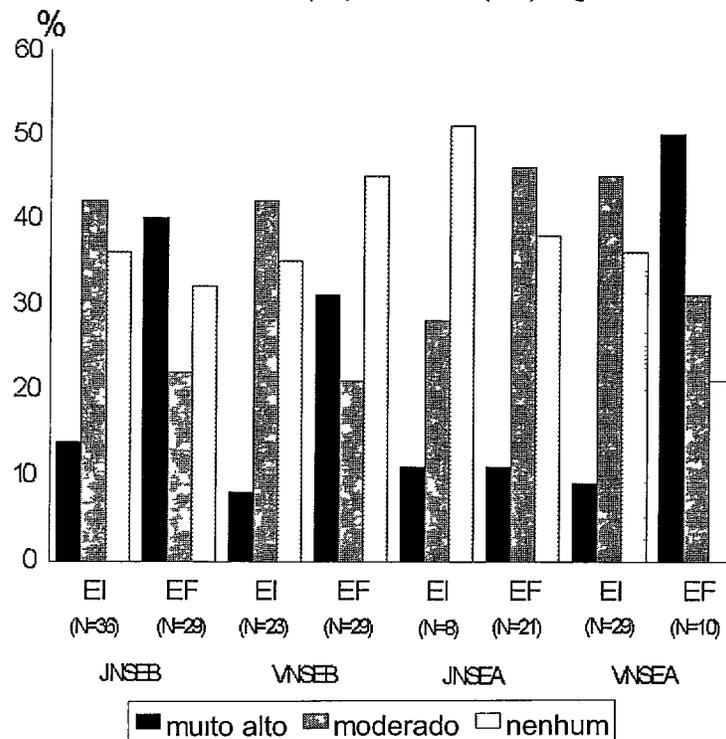
A Figura 3 mostra que apenas 34 mulheres se consideravam como de “algum” ou “grande” risco. Entretanto, com a informação recebida durante o estudo, muitas delas ampliaram a percepção de que elas, também, eram de risco, particularmente devido ao comportamento sexual de seus parceiros.

Figura 2

Percepção de risco de infecções sexualmente transmitidas, segundo idade e nível socio econômico na entrevista inicial(EI) e na final(EF) - Quênia



Percepção de risco de HIV/Aids, segundo idade e nível socio econômico na entrevista inicial(EI) e na final(EF) - Quênia



JNSEB - Jovens, nível socioeconômico baixo

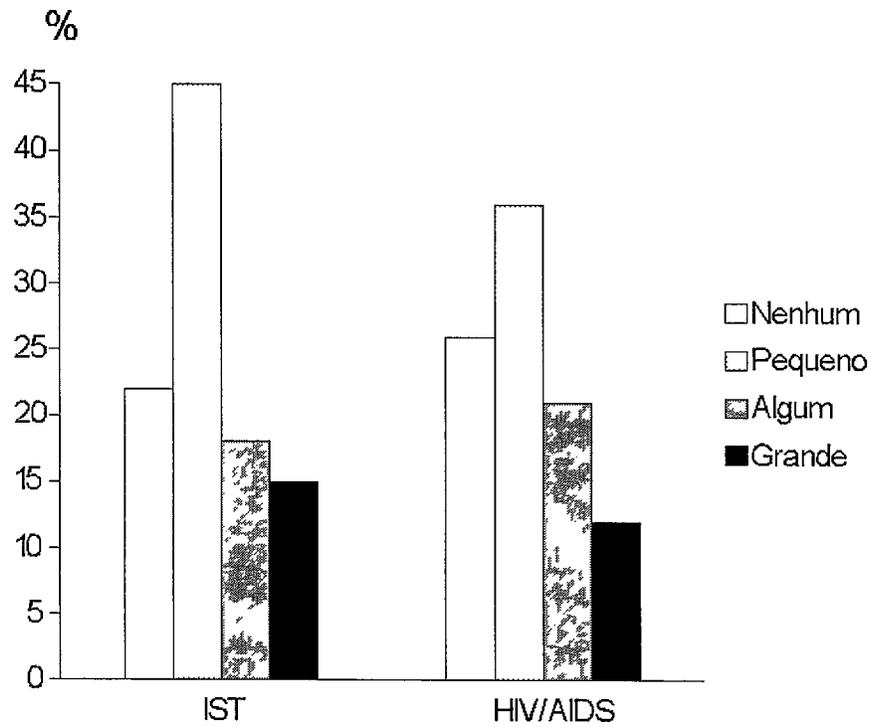
JNSEA - Jovens, nível socioeconômico alto

VNSEB - Mais velhas, nível socioeconômico baixo

VNSEA - Mais velhas, nível socioeconômico alto

Figura 3

Percepção de risco de infecções sexualmente transmitidas(IST) e HIV/Aids, entrevista inicial, no Brasil (n= 103)



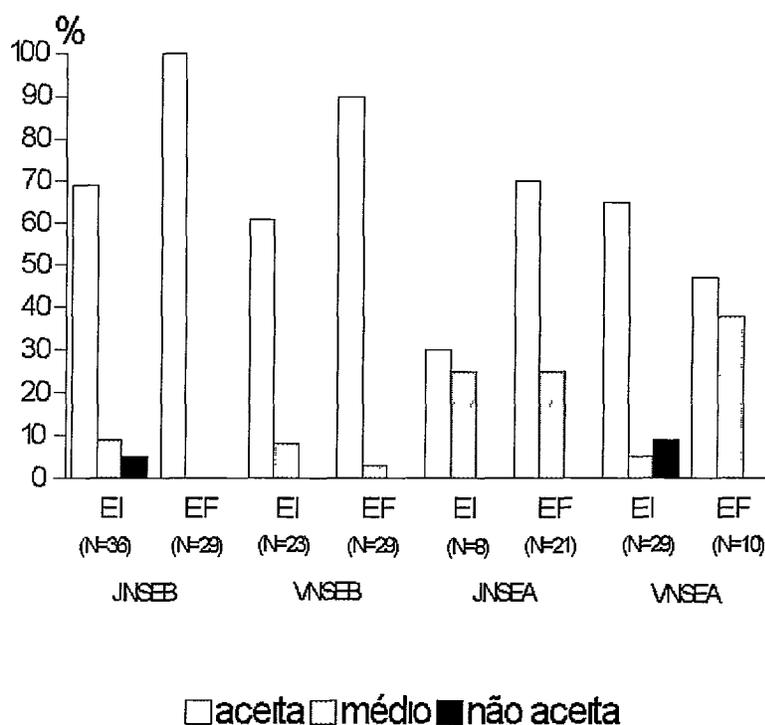
O condom feminino negociando proteção

Depois da entrevista inicial, todas as mulheres do Quênia experimentaram o condom feminino. Mais de 70% das mulheres na categoria mais velhas NSE baixo disseram ter gostado muito do dispositivo inicialmente e quase 94% destas continuaram a usá-lo e ainda gostavam dele, na entrevista final. Dentre as mais jovens NSE baixo o preservativo feminino foi extremamente popular, com 80% favoráveis ao seu uso, na entrevista inicial. Na entrevista final, 100% relataram tê-lo usado. As mulheres jovens de NSE alto também relataram mudança

significativa enquanto somente 32% delas afirmaram ter gostado, na entrevista inicial, 71% passaram a gostar, no final do estudo. Das mulheres mais velhas NSE alto, 66% gostaram inicialmente, mas somente 50% continuaram a usá-lo, durante o estudo, sendo que as razões para este declínio, neste nível socioeconômico, não foram relatadas. Os pesquisadores presumem que, por dependerem economicamente dos seus parceiros – como será referido mais adiante – elas encontraram dificuldade em negociar com eles o uso do condom. As Figuras 4 e 5 indicam os níveis de aceitação e satisfação relatados pelas mulheres. Os dados do Quênia revelam que isso aumentou substancialmente ao longo do período de estudo.

Figura 4

Nível de aceitação do Condôm feminino na entrevista inicial(EI) e na entrevista final(EF), segundo idade e nível socio econômico, Quênia



JNSEB - Jovens, nível socioeconômico baixo
VNSEB - Mais velhas, nível socioeconômico baixo

JNSEA - Jovens, nível socioeconômico alto
VNSEA - Mais velhas, nível socioeconômico alto

As taxas de aceitação foram mais altas entre as brasileiras, com 45% das mulheres de todas as categorias tendo gostado do condom feminino na entrevista inicial e 85% delas dizendo gostar, na entrevista final. O período de exposição ao condom feminino, entre as brasileiras, foi em média 112 dias, como mostra a Figura 4.

O diário sexual – que forneceu dados quantitativos complementares aos relatos verbais das mulheres – foi usado para registrar em que medida as mulheres optaram pelo uso do condom feminino no lugar do masculino. Examinando

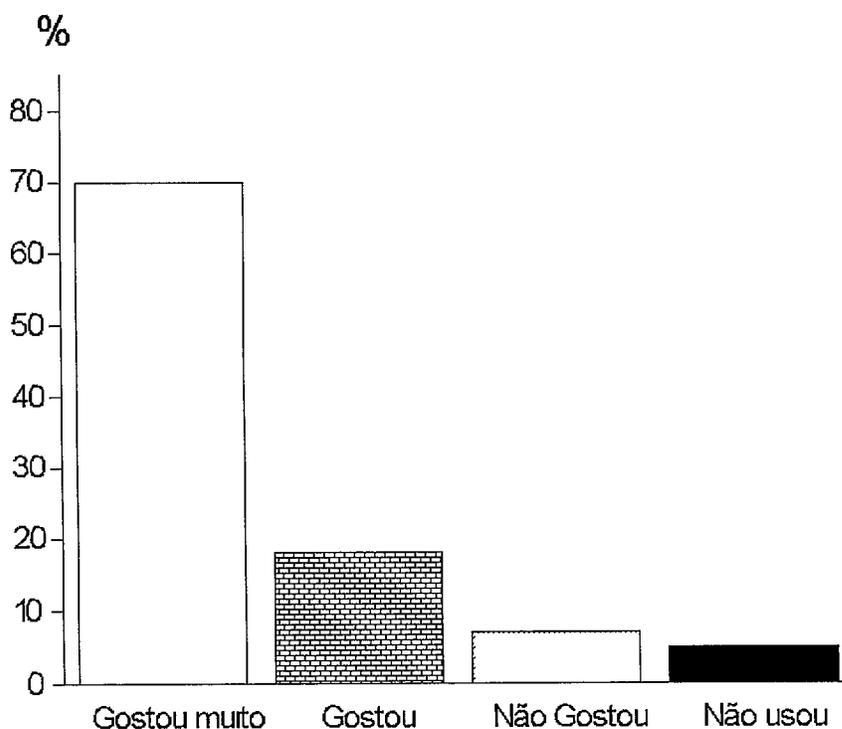
Tabela 4 Tempo de uso do condom feminino segundo perfil da participante, Brasil *

Perfil	Média(dias)
Mais velhas NSE alto	135,5
Mais velhas NSE alto	114,8
Mais velhas NSE alto	112,6
Mais velhas NSE alto	90,1
Total (média)	112

* Esta informação não foi avaliada no Quênia

Figura 5

Nível de aceitação do condom feminino pelas mulheres na entrevista inicial, no Brasil (N=103)



os diários quenianos de um único mês, 11 mulheres mais velhas NSE alto relataram 278 relações vaginais (98%), dentre estas, os condons feminino e masculino foram usados de forma exclusiva em 46% e 12% das relações sexuais, respectivamente. Dentre as mais velhas NSE baixo a disparidade foi menor, cerca de um terço (28%) das mulheres utilizaram o condom masculino, em contraste com cerca de dois terços (58%) que usaram o feminino, e 14% não usaram nenhuma proteção, no total de 491 relações sexuais, durante o mesmo período. Como esperado, a atividade sexual entre as jovens foi maior, tendo as 22 JNSEB relatado 560 (97%) atos sexuais. 87% e 13% destas, respectivamente, com e sem proteção. Dentre as JNSEB, o condom masculino foi usado em 26% das relações e o condom feminino em 63%. Todas as participantes usaram o condom feminino, sendo que 23% das quenianas nunca usaram o condom masculino. O diário sexual mostrou que nas quatro categorias, quando havia a opção do condom feminino e masculino, cerca de 66% dos atos sexuais foram protegidos por uma ou outra dessa classe de preservativo, mais do que quando podiam contar apenas com o condom masculino.

A satisfação relativamente maior com o uso do condom feminino do que com o masculino aparece na Tabela 5, em que são apresentadas as preferências das mulheres brasileiras.

Tabela 5

Comparação da preferência entre o condom feminino e o condom masculino na entrevista inicial, Brasil *

Opinião	N	%
Prefere o condom feminino	43	42
Gosta igualmente de ambos	22	21
Prefere o condom masculino	12	12
Indecisa	18	17
Não responde	8	8
Total	103	100,0

* Esta informação não foi avaliada no Quênia

As estratégias das mulheres

As entrevistas individuais e os GFs centraram-se nas estratégias adotadas pelas mulheres para obterem sucesso no uso do condom, nas vantagens e desvantagens desse uso, e também as razões que levaram algumas mulheres a não adotá-lo. Suas respostas são discutidas a seguir.

Apesar das diferenças sociais, econômicas e culturais e de suas situações pessoais, as estratégias usadas por mulheres quenianas e brasileiras para persuadir os parceiros a experimentar o condom feminino foram muito similares. Variaram alguns termos mas as estratégias mostraram que em essência foram realizadas as mesmas ações nos dois locais. Algumas vezes a motivação para o comportamento foi mais destacada que a ação em si. Por exemplo, no Brasil a ênfase foi colocada na novidade ou possibilidades eróticas do dispositivo enquanto as quenianas deram razões mais pragmáticas.

Cada mulher, entretanto, aparentemente escolheu a estratégia que mais se adequava ao seu cotidiano. A Tabela 6 lista essas estratégias, que não se encontram em nenhuma ordem particular de prioridade.

Fatores que levam ao sucesso

As quenianas gostaram do condom feminino porque era flexível e largo em comparação ao “*aspero*” condom masculino, de resto “*muito pequeno*”, de acordo com os parceiros. Elas acharam o dispositivo confiável, por ter sido testado previamente ao uso, e seguro, já que não houve nenhuma evidência de ruptura, diferentemente do condom masculino, observaram também que o condom feminino aumentou a satisfação sexual em razão do conforto que experimentavam. Basicamente as mulheres valorizaram o fato de

Tabela 6
Estratégias e argumentos usados pelas
mulheres para proporem o preservativo
feminino ao parceiro sexual

Estratégias e argumentos utilizados	Brasil	Quênia
Necessidade da prevenção de gravidez	X	X
Diálogo sem necessidade de confronto	X	X
Deixar o preservativo feminino visível para o parceiro	X	X
Colocava o preservativo antes da relação sexual	X	X
Discussão da prevenção de DST/HIV	X	X
Facilita o diálogo entre os parceiros	X	
Valoriza o erotismo	X	
Usou o “estudo” para iniciar a discussão	X	
Ser uma novidade, nova alternativa	X	
Mostrou material educativo/informativo para o parceiro	X	X
É mais confiável que o masculino	X	
Amigo convenceu para o uso		X

o dispositivo estimular o diálogo com os parceiros, o que inclui outros aspectos importantes além de sexo¹². Ademais, o alto nível de satisfação feminino foi explicado em parte pela percepção de que o condom oferecia vantagens tanto para homens quanto para mulheres. Estes aspectos positivos foram idênticos nos dois países, exceto para duas razões, conforme apontado na Tabela 7

Problemas no uso do dispositivo

Quando o uso do condom feminino foi discutido nos GAPs, tanto no Quênia quanto no Brasil, algumas mulheres disseram ter tido dificuldades no início, particularmente com a colo-

cação. Entre as quenianas, 54% não encontraram problema na primeira tentativa e apenas 2% foram incapazes de inseri-lo, segundo dados da primeira entrevista. Entre as brasileiras, 88% acharam que a inserção foi fácil, a partir da terceira tentativa. Somente oito mulheres continuaram com dificuldade para a inserção e apenas uma, no Brasil, durante a entrevista final referiu que teve dificuldade para a retirada.

As mulheres que tiveram dificuldade no início receberam incentivo de outras mulheres, o que contribuiu para continuarem tentando. De fato, com um pouco mais de empenho todas as mulheres descobriram que podiam facilmente inserir e remover o condom.

Tabela 7

Vantagens do preservativo feminino percebidas pelas mulheres

Aspectos positivos referidos	Brasil	Quênia
Protege de gravidez e de doenças	X	X
Não interfere no prazer da relação sexual	X	X
Pode permanecer mais tempo juntos após a ejaculação	X	X
Mais confortável que o masculino	X	X
Pode ser usado no jogo de sedução	X	
Não interfere na sensibilidade (calor)		X

Recusa em adotar o condom feminino

Apesar da aceitação geral do condom feminino, nem todas as mulheres e homens estavam convencidos da continuidade do uso. A Tabela 8 compara as razões referidas para o não uso em ambos os países.

Parece que as brasileiras tiveram mais dificuldade do que as quenianas em manejar o condom feminino. Por outro lado, os problemas

das mulheres no Quênia pareceram estar relacionados a eficácia, e, de alguma forma, a resposta de seus parceiros.

Razões para a interrupção do uso

No período do estudo, o condom feminino não se encontrava disponível no mercado em ambos os países, por isso poucas – bem poucas

Tabela 8

Razões para interrupção de uso do preservativo feminino

Motivos referidos pelas participantes	Brasil	Quênia
Interferência na estética	X	X
Falta de cooperação do parceiro	X	X
Falta de habilidade para negociar		X
Recusa do parceiro	X	
Associação com sexo comercial		X
Interferência negativa no prazer		X
Deslocamento do método durante a relação	X	
Dificuldade com a manipulação do método	X	

– mulheres já o tinham visto. Houve, portanto, no início curiosidade por parte das mulheres em experimentá-lo, decaindo mais tarde o interesse pela continuidade de uso.

Nem as brasileiras nem as quenianas com relacionamentos estáveis alegaram ter conhecimento detalhado sobre as práticas sexuais de seus parceiros, entretanto, quanto mais as mulheres sabiam sobre HIV/Aids, mais elas reconheceram a necessidade de proteção. Algumas disseram que também se consideravam de risco devido ao seu próprio comportamento sexual. Muitas mulheres, nos dois países, que tinham relacionamento estável não eram casadas formalmente mas eram monogâmicas, tendo tido outros parceiros ao longo de suas vidas. Entre as brasileiras, 14,6% tiveram dois parceiros durante o período de estudo e quatro mulheres tiveram três.

Apesar da possibilidade de se infectarem pelo HIV, algumas mulheres não quiseram continuar usando o condom. As razões referidas, similares nos dois países em todas as categorias, incluíam “confiança” em seus parceiros e a crença de que o dispositivo significaria uma suspeita de infidelidade. Algumas mulheres acharam que a monogamia fiel era protetora e optaram por assumir que seus parceiros eram monogâmicos e não infectáveis. Na verdade, as mulheres também colocaram que o fato de viver junto por longo tempo poderia ter-lhes dado uma “falsa confiança” em seus parceiros. Durante os GFs iniciais as participantes indicaram que elas não se consideravam de risco para DSTs/HIV/Aids já que tinham parceiros estáveis ou usavam condom masculino nas relações. Quando de seu uso argumentavam que a razão principal era a proteção contra a gravidez não desejada.

Quando os homens recusam

Apesar de reconhecerem as barreiras de comunicação e se empenharem para superá-las, as mulheres em alguns casos foram incapazes de conseguir que seus parceiros concordassem com seu pedido. Os homens quenianos, as vezes, respeitaram o desejo da esposa ou de uma profissional do sexo em usar o condom, mas insistiram em sexo “*corpo com corpo*” com mulheres mais jovens.

As mulheres brasileiras NSFB que enfrentaram o confronto com os parceiros, relataram que estes se sentiram com perda de poder. Elas acharam que isso representava “*um crescente senso de insegurança uma vez que o condom feminino está associado com aumento do poder de tomada de decisão por parte da mulher*”. Como observou uma mulher brasileira “*A mulher pode optar pelo uso do condom feminino quando o homem recusa o uso do condom masculino*”. Menos de 30% dos homens brasileiros não concordariam com a continuidade de uso após o estudo, segundo relato das mulheres, resultado discordante com o registrado em outros estudos de aceitabilidade^{17-20,21}. Aqui foi menor presumivelmente pelo aumento da competência e ganho de poder pela mulher através de sua participação nas discussões de grupos (focais e de apoio de pares).

Diálogo com o parceiro

Continuar ou não a usar o condom dependeu em grande medida da reação do parceiro. Os resultados mostrados nas entrevistas individuais, nas GFs e GAPs, destacados na Tabela 6, sugerem que as brasileiras e quenianas adotaram estratégias similares para negociar o uso do condom. A interação nos GAPs, segundo as mulheres, facilitou a discussão do assunto com os parceiros. O objetivo era convencer o homem

a responder positivamente numa situação em que, devido as prerrogativas culturais em que cabe ao homem decidir sobre assuntos sexuais, ele pudesse reagir de forma negativa. A luz das normas prevalecentes, as mulheres perceberam que as negociações tinham que ocorrer sem suspeita de infidelidade ou insinuação de culpa por parte de qualquer um dos parceiros. No Quênia, isso ocorreu num contexto em que a tomada de decisão sexual e de responsabilidade dos homens, mas a proteção contra gravidez não desejada e prevenção de HIV recai amplamente sobre as mulheres^{13 1}

O Quênia é uma sociedade tipicamente patriarcal, onde não se espera das mulheres que expressem amor ou desejo por sexo. Uma queniana disse: *“De acordo com a tradição não se espera que as mulheres explicitem seu desejo por sexo, isso sempre foi assim. Não se imagina que as mulheres possam se envolver em casos extraconjugais, e se ela for pega, será condenada pelos mais velhos e poderá sofrer severos castigos”*. As normas culturais estabelecem que sexo e para o prazer do homem, não da mulher. *“A natureza da sociedade é tal que as mulheres parecem aceitar que os homens sejam poligâmicos por natureza e, portanto, não se pode esperar que sejam monogâmicos”*, disse uma

No Brasil, os maridos parecem mais dispostos a aceitar o condom feminino como um meio de contracepção¹². *“Eu disse a ele que não queria causar dano a mim mesma tomando pílula() o condom seria nossa melhor opção. Ele aceitou sem criar qualquer problema() hesitou um pouco no começo, achou o condom horrível, mas agora está usando”*, disse uma brasileira. Além de ser apresentado como um contraceptivo, a proteção adicional conferida contra DSTs/HIV tornou o condom feminino mais atrativo para os homens. Ao apresentar o dispositivo como um método de proteção tanto contra infecção quanto gravidez não desejada, evitaram-se o enfrentamento de aspectos desagradáveis como desonestidade e infidelidade.

Por não terem de modo geral acesso aos métodos contraceptivos, a principal preocupação da maioria das quenianas era conseguir fazer uso de algum método. Dados do Population Reference Bureau⁴⁹ indicam que somente 33% das mulheres casadas do Quênia usam qualquer método contraceptivo, sendo 27% de métodos modernos de barreira e químicos.

No Brasil, onde 70% das mulheres casadas tinham usado com seus parceiros o condom masculino ou outros métodos modernos de barreira, 61% mantiveram o uso do condom masculino, enquanto 43% o utilizaram nos meses prévios ao estudo, 77% usaram também outros métodos.

O Grupo de Apoio dos Pares: fonte de informação e “empoderamento”

Até aqui privilegiaram-se os dados obtidos através de entrevistas individuais e de Grupos Focais. Procura-se agora focar o componente de intervenção da pesquisa, baseado principalmente nas experiências de grupos de mulheres.

Com base em estudos de aceitabilidade citados anteriormente^{17 20 21} concluiu-se que mulheres agindo sozinhas poderiam facilmente interromper o uso do condom feminino por várias razões: parceiros que não concordam ou não cooperavam, dificuldade com o dispositivo e falta de confiança em abordar tópicos de sexualidade. Contudo, experiências em outras áreas, tais como saúde reprodutiva e desenvolvimento, mostraram que mulheres compartilhando experiências com outras mulheres tendiam a apoiar umas as outras, o que resultou num senso de solidariedade e aumento de poder, conforme sugerido por Bandura³⁶ e Labonte³⁹. Através de suas organizações as mulheres têm sido

capazes de realizar ações que individualmente não realizariam ou nas quais não persistiriam

Experiência das mulheres

O uso de GFs e experiência de grupo como meio de obter respostas não são originais do estudo no Quênia e Brasil. A pesquisa da OMS/UNAIDS no Senegal, México e Indonésia também utilizou grupos com o propósito de obter reações a introdução do condom feminino e para identificar estratégias de negociação. Os GAPs foram introduzidos como uma intervenção inovadora nesta nossa pesquisa, para propiciar as mulheres um *“forum aberto”* ou *“espaço não estruturado”* onde pudessem compartilhar a experiência de serem expostas ao preservativo feminino e introduzir esse novo método em seus relacionamentos.

Diversamente do ocorrido nos GFs, os pesquisadores não ofereceram nenhum guia aos participantes dos GAPs. O papel dos pesquisadores, no máximo, foi introduzir questões iniciais para incentivar as mulheres a conversarem entre si e responder a questões quando feitas de forma direta. Foram, pois, basicamente observadores, com o fim de documentar o processo que ocorreu entre as mulheres e os temas discutidos. As mulheres puderam fazer livre uso do tempo e do espaço que desfrutavam juntas, de acordo com suas necessidades individuais e de grupo. Assim, aprenderam umas com as outras, conseguiram reforço do grupo sobre as novas ideias e iniciaram um processo consciente de mudança comportamental.

As participantes nos GAPs, em ambos os países, eram do mesmo Nível Socio Econômico e faixa de idade, o que facilitou o entrosamento e solidariedade entre elas. Foram combinadas algumas regras mínimas: a partilha

das experiências era um ato voluntário, o envolvimento, espontâneo, assegurando-se que todas as discussões fossem confidenciais. Por isso, o direcionamento das trocas/discussões entre mulheres variou de acordo com o interesse dos diferentes grupos. Referiram que as informações sobre o método as habilitou a discutir assuntos íntimos com garantia de respeito mútuo e apoio.

Com base em seus diários sexuais, observou-se que todas as participantes nos GAPs do Quênia e Brasil usaram o condom feminino de maneira regular. Os GAPs possibilitaram as mulheres aprenderem em conjunto, trocando informações e experiências de seus parceiros e compartilhando os esforços para usar o condom feminino com seus respectivos parceiros. *“Agora eu sei que cada mulher é uma mulher”*, disse uma queniana. A participação no estudo sobre condom feminino pareceu acrescentar uma nova dimensão para a união das mulheres. *“Costumamos nos reunir para discutir outras coisas, mas agora nos encontramos para discutir também nossa vida sexual”*. As brasileiras viram os grupos como uma chance de *“compartilhar segredos”*, de aceitar diferenças de opinião e conversar sobre assuntos que normalmente não arriscavam mencionar em público.

Não ocorreram situações que resultassem em rompimento ou cancelamento do processo do grupo, havendo apenas uma exceção, no Quênia. A maioria considerou os GAPs provocativos e sérios, um *“momento de diversão”*, disse uma brasileira. Entretanto, alguns grupos exigiram esforço maior da coordenação para chegar a este resultado, especialmente os grupos de jovens NSE alto de ambos os países. As brasileiras creditaram sua relutância a falta de tempo, como a maioria delas era estudante e/ou profissionais, solteiras, tinham uma agenda muito cheia. Para elas a privacidade era também uma questão muito relevante e estavam menos dispostas a discutir seus comportamen-

tos sexuais com “*estranhas*” E, mais importante, elas acreditavam que já tinham adquirido “*direitos iguais*” aos homens e que ambos os sexos compartilhavam os mesmos valores sexuais Ideologicamente, assim como os homens na mesma situação, elas não se sentiam pressionadas a seguir normas sexuais tradicionais

A equipe queniana observou relutância similar entre as jovens NSE alto Algumas das resistências se explicavam pelas preocupações com os estudos acadêmicos, carreiras e vidas privadas Ademais, os pesquisadores descobriram que os diretores de algumas instituições educacionais não estavam dispostos a cooperar com a equipe de pesquisa, pois temiam que se os pais soubessem da participação das filhas num estudo relacionado a sexo, a instituição seria responsabilizada por incentivar práticas promíscuas

As quenianas mais velhas de NSE mais alto demonstraram também, alguma resistência inicial aos aspectos grupais do estudo e seu foco em comportamento sexual Os pesquisadores acreditaram que a relutância entre elas foi devida a maior dependência econômica do apoio e posição social de seus homens, quando seu bem-estar pudesse ser colocado em risco, com menor liberdade, pois, de escolha em assuntos sexuais Entretanto, a necessidade de discutir aspectos sexuais e de introduzir o condom feminino nas relações estava presente, já que os recursos econômicos do marido podiam, por sua vez, propiciar envolvimento extraconjugais capazes de aumentar o risco de transmissão de HIV

A maior perda dos GFs e GAPs que ocorreu no Brasil foi reportada a dificuldade de horário das mulheres, já que, por serem as reuniões realizadas no Instituto de Saúde no início da noite, requeriam alguém que cuidasse dos filhos Em contraste, no Quênia, onde as mulheres apresentaram frequência constante da entre-

vista inicial até a final, as reuniões ocorriam durante o dia e em local relativamente próximo a suas residências, de forma que as crianças podiam ir junto Além disso, as líderes facilitadoras da comunidade no Quênia tomaram a responsabilidade de, ao fazer o contato com as mulheres, acertarem previamente os locais para as reuniões

Entre as jovens NSE baixo, tanto no Brasil quanto no Quênia, suas experiências de vida são, muitas vezes, similares as das mais velhas NSE baixo, pois muitas delas já eram casadas e com filhos Como as mulheres mais velhas, as jovens sentiam que lhes faltava poder para mudar o relacionamento sexual com seus parceiros Declararam que o estudo foi uma oportunidade para se reunirem e discutirem assuntos de interesse, “*intima e privadamente*” com outras mulheres Aparentemente foi criado, para essas mulheres com menos opções de socialização em suas comunidades, um ambiente que poderia caminhar para a formação de uma rede Isto não foi evidente entre as de NSE alto, que tinham muitos outros meios para interação/socialização, devido aos níveis de educação, trabalho e recursos financeiros

No Quênia, o alto nível de participação em geral foi atribuído a afinidade entre as mulheres e ao clima de grande apoio criado pelos pesquisadores e facilitadores que infundiram confiança nas mulheres quanto a credibilidade das informações De fato, elas gostaram da experiência dos GAPs, o que ficou evidente nos contatos posteriores Aparentemente, estavam respondendo positivamente a informação que, embora não perfeito, o condom feminino proporcionaria a elas alguma proteção, e de que seria mais fácil convencer o parceiro a usá-lo em lugar do condom masculino As brasileiras consideraram um privilégio terem sido incluídas no estudo e terem suas ideias aceitas por outras mulheres, ademais, consideraram a importância de seu papel social ao ajudar a tornar o condom dispo-

nível para a população feminina e fornecer informações sobre ele a outras mulheres

Com as informações adquiridas nos GFs e com o apoio de outras mulheres nos GAPs, a maioria se sentiu mais fortalecida para conversar com seus parceiros sobre o condom feminino “As quenianas aconselhavam e incentivavam umas as outras e de varias maneiras ajudaram as mulheres do grupo que tiveram dificuldade inicial em usar o dis positivo”, referiu Kabira¹³ Quando uma outra participante disse “Eu tinha medo de usar o condom feminino porque depois da primeira tentativa notei algumas manchas de sangue e pensei que o condom tinha machucado minha vagina”, suas companheiras trataram de assegurá-la que o condom feminino não poderia causar aquele dano, sugerindo “talvez voce ainda esteja menstruando”

Homem em parceria na prevenção

No Brasil, embora as mulheres NSE baixo tivessem menos opções nas relações com seus parceiros do que mulheres NSE alto, ainda assim perceberam que, com o condom feminino, tinham mais poder e controle sobre sua sexualidade, mas reconheceram que seu uso dependia da concordância do parceiro Para o grupo de jovens NSE alto, no entanto, cabia a mulher buscar informação sobre sua própria sexualidade, como constatou uma delas, a mulher e um “veículo de informação sobre assuntos de saúde sexual e proteção para os homens” As jovens NSE baixo disseram que por isso as mulheres deveriam desenvolver suas próprias estratégias para autoproteção ao invés de dependerem dos desejos do parceiro, enquanto as mais velhas NSE baixo reconheceram ser a falta de poder a principal razão pela qual se necessitava de autoproteção - que o condom feminino oferecia

A maioria das participantes sentiu que a introdução do condom feminino teve um impacto positivo no relacionamento com seus parceiros, resultado, segundo algumas, do maior conhecimento sobre HIV/Aids e do medo da vulnerabilidade Uma mulher expressou a necessidade de “estar próxima” a seu parceiro, antes de iniciar uma discussão sobre o uso do condom feminino, ou seja, de criar uma atmosfera favorável para conversar sobre assunto tão delicado Os relatos das tentativas para apresentar o condom feminino aos parceiros eram trazidos para a interação nos GAPs

Mulheres dos dois países sentiram que o conhecimento sobre seus corpos aumentou e que o sexo havia se tornado um assunto possível de ser discutido As quenianas consideraram que sua nova liberdade para discutir assuntos íntimos permitiu a elas falar abertamente, com outras pessoas, fora da intimidade do quarto, e que podiam abordar aspectos de sexualidade antes tabus culturais Observaram também que podiam desfrutar melhor do sexo, pela liberdade adquirida com o condom Revelaram que, antes de participarem da pesquisa, não podiam confessar a seus parceiros quando queriam ter sexo e a maneira como gostariam de fazê-lo, tampouco podiam comentar se estavam ou não sexualmente satisfeitas “Ate mesmo os homens perceberam que ocorreu uma mudança nas atitudes de suas parceiras”, declarou um homem no GF masculino Algumas relataram que os homens sentiram maior responsabilidade por proteger suas parceiras contra o HIV/Aids, como acentuou um queniano, os homens ficaram menos preocupados quando souberam que as mulheres teriam “seu condom também”

Tanto no Quênia quanto no Brasil, aprenderam umas com as outras a usar o condom feminino nas diferentes posições do ato sexual e trocaram sugestões sobre formas de lidar com problemas de inserção e lubrificação do dispositivo

Perspectivas masculinas: concordância e/ou cooperação

Como reportado anteriormente, 24 homens participaram de cinco GFs no Brasil e 46 foram alcançados, em seis GFs no Quênia. As primeiras experiências dos homens e percepções sobre o condom feminino foram extremamente positivas e as reações declaradas por eles corresponderam aquelas das mulheres. Os parceiros estavam curiosos sobre o método e inclinados a experimentá-lo, convencidos de ser o condom feminino uma alternativa ao condom masculino, do qual muitos deles não gostavam.

As reações dos homens ao dispositivo variaram segundo a condição da parceira na relação, isto é, ao fato de ser ela esposa ou namorada. No Quênia, alguns homens relataram a princípio estarem “*chocados ou desconfiados*”¹², temendo que a mulher usasse o mesmo dispositivo com vários homens, com “*o risco dela espalhar a doença através do uso do condom feminino*”¹³. Entretanto, tal desconfiança foi exceção, não a regra, relata Kabira.

Alguns homens foram apenas moderadamente entusiasmados, mas poucos rejeitaram totalmente o condom feminino, em ambos os países. A resistência inicial foi debelada por meio do diálogo com a parceira que insistiam no uso. No Brasil, relatou-se que alguns homens eram “*curiosos e ambivalentes*” estavam surpresos com a introdução do condom feminino na sociedade brasileira e excitados diante da possibilidade de compartilhar informação com os amigos e as parceiras.

Um certo número de homens no Quênia admitiram que carregavam o condom feminino para sexo casual, enquanto outros afirmaram

obter o dispositivo com outros homens e usá-lo com suas esposas. A base comunitária do estudo nesse país permitiu que participantes homens e mulheres, por serem conhecidos, pudessem compartilhar o suprimento de condom feminino, assim como a informação que suas esposas levavam para casa.

Razões para aceitação pelos homens

No Quênia, os homens relataram ser receptivos ao condom feminino em primeiro lugar devido a suas qualidades protetoras, seja em relação ao HIV/Aids/DSTs ou a gravidez não desejada. Além do mais, em ambos os estudos expressaram satisfação com o fato de poder ter ereções prolongadas quando usavam o condom feminino, ao mesmo tempo em que este não requeria uma ereção completa como no caso do condom masculino. Os homens, a exemplo das mulheres, observaram que o par podia ficar mais tempo junto e assim desfrutar de vários atos sexuais, além do que consideravam o condom feminino confortável já que não “*apertava*” o pênis.

O condom feminino não alterou a satisfação ou prazer sexual porque permitiu ao homem “*sentir o calor do corpo da mulher*” segundo relato dos GFs no Quênia. Como afirmaram as mulheres anteriormente, uma vez que o condom feminino podia ser inserido previamente, não havia interrupção do intercursos. Homens e mulheres brasileiros acharam o dispositivo “*erótico*” e alguns disseram que, como parte do erotismo dos encontros sexuais, ajudaram a sua inserção. Os quenianos também acharam essa prática prazerosa. A não ser que fossem informados pelas parceiras, alguns homens sequer sabiam que elas estavam usando o dispositivo. Algumas poucas quenianas reconheceram que quando bebados seus parceiros não percebiam que o

condom feminino estava sendo usado. Entretanto, pouquíssimas mulheres adotaram o álcool como estratégia para buscar aceitação para o uso.

De acordo com os grupos focais masculinos, uma maioria surpreendente de homens gostou do condom feminino, tanto ou mais do que do masculino. Atraíram-os o fato de o poliuretano, material do condom feminino, ser forte e não rasgar, mesmo durante atos sexuais vigorosos, ao contrário do latex do condom masculino, cuja permeabilidade a agentes causadores de DSTs é menor¹³. Ademais, o condom feminino foi atraente para os quenianos porque puderam fazer sexo com suas parceiras durante as menstruações.

Como não é habitual que o homem toque os genitais femininos durante o contato sexual, as mulheres podiam guiar o penis e evitar a penetração incorreta ou que o anel externo do condom feminino fosse empurrado para dentro da vagina¹³. Homens, quenianos e brasileiros, sentiram que o uso do condom feminino era uma *“responsabilidade da mulher”* (de forma que a carga da proteção não tardaria em ser somente delas), por outro lado, alguns homens também se sentiram fortalecidos pela proteção adicional contra HIV/Aids quando não estavam usando condom masculino.

Razões para a não-aceitação pelos homens

Os homens dos dois países, entretanto, comentaram sobre a estética do condom feminino, ou seja, seu cheiro, ruído e sensação de deslizamento durante o intercursos. No Quênia, também houve preocupação de que o dispositivo poderia romper ou se deslocar e ficar retido no *“estômago”* da mulher. O medo adicional de vasamento existiu quando a ejaculação era volumosa. Embora o condom feminino permitis-

se sentir o calor do corpo da mulher, o fato de ainda haver uma barreira entre dois corpos humanos tornou o dispositivo menos *“atraente”*. Alguns quenianos ainda queriam contato pele-a-pele¹³.

A reputação do condom masculino, frequentemente associado a promiscuidade e sexo extracônjugal, fez com que alguns homens reputassem que a mesma suspeita poderia ser projetada para o condom feminino. No Quênia, alguns homens também se preocupavam com que suas parceiras poderiam ter outros parceiros em segredo.

Comparação do condom feminino com o masculino

No Quênia, o veredicto era de que o condom masculino, tal como a marca *“Trust”* (Confiança) não era confiável¹³. Os condons masculinos disponíveis naquele país, disseram os participantes dos GF *“rompiam muito facilmente durante o coito”*, *“com o condom masculino o rompimento é normal”*. O condom masculino era visto como responsável por gravidez não desejada e DST. Para muitos, em ambos os países, por permitir períodos mais longos de intimidade e proporcionar uma proteção adicional, o condom feminino se tornou mais atraente que o condom masculino. Outros gostaram do fato de o condom feminino não ter de ser removido imediatamente após a ejaculação, nem se soltar durante o coito, ao contrário do condom masculino, que podia até ficar retido na vagina. Além disso, as irritações e reações alérgicas ao latex do condom masculino, não foram constatadas com o condom feminino, que, ademais, cobre uma superfície maior que o condom masculino e por isso oferece, segundo alguns homens, maior proteção contra HIV/Aids. Outro fator apontado foi a discreção que permite quando o ambiente

não oferece privacidade, ou seja, se varias pessoas dormem num mesmo comodo, pode ser inserido pela mulher antes do intercurso sexual

As mulheres podiam checar o condom feminino depois do uso, para se certificarem de que não houve nenhuma ruptura e então descarta-lo, com o condom masculino, em que o homem controla o descarte do dispositivo, esse controle por elas não e possivel (no Quenia, as mulheres suspeitavam que algumas vezes os homens furavam deliberadamente o condom masculino) Como as mulheres podiam decidir quando usar o condom feminino, puderam experimentar o sentimento de poder e aumentar sua capacidade de se protegerem contra DSTs e HIV, qualquer que fosse a atitude de seus parceiros Alguns homens tambem expressaram satisfação quanto a suas esposas receberem proteção

Reutilização do dispositivo

Alguns homens mostraram preocupação quanto ao custo do preservativo feminino e pretenderam economizar usando repetidas vezes um mesmo exemplar Apesar das instruções previas rigorosas sobre um unico uso, no Quenia houve quem admitisse tê-lo empregado em ate cinco atos sexuais Outros, preocupados pela falta de disponibilidade do metodo que eles estavam começando a aceitar, relutavam em descarta-lo *“Como o condom feminino pode ser usado duas, três vezes, e o condom masculino so pode uma unica vez()”*, disse um dos participante dos GFs

“Empoderamento” de homens

Surpreendentemente, alguns homens no Quênia sentiram que o condom feminino fortaleceu tanto homens quanto mulheres, afirmando que para as mulheres foi uma coisa boa porque elas podiam começar a usa-lo pensando em sua propria proteção Disseram que quando as mulheres insistiam para que usassem o condom masculino sentiam-se afrontados, insultados menosprezados e sob suspeita, mas que agora eles podiam carregar o condom feminino e insistir para as mulheres usarem¹³ Sentiu-se que este reverso ajudaria a igualar os padrões entre homens e mulheres, mantendo-se o respeito mutuo

Quando as mulheres foram habilidosas na apresentação do condom feminino e explicaram suas vantagens, geralmente a aceitação pelos parceiros se manteve um queniano disse não ver mais problema em aceita-lo, ja que a negociação com a parceira havia sido intensa Apesar de, no Quenia e no Brasil, serem comuns os casos extraconjugais entre os homens, alguns disseram nos GFs que assumiriam a responsabilidade de introduzir o preservativo feminino nas relações conjugais e que suas esposas não os questionariam pois tambem procuravam se proteger contra DSTs/HIV Ademais, os homens disseram que o condom feminino reduziu a suspeita de infidelidade, normalmente associada ao condom masculino¹³

Os GFs dos homens apresentaram algumas propostas inesperadas, que talvez ajudem a garantir a disponibilidade e a manutenção do interesse em relação ao condom feminino. Os quenianos manifestaram o desejo de não serem vistos como parceiros sexuais irresponsáveis e indiferentes por suas parceiras e pelos profissionais de saúde e prevenção de HIV. Alguns acreditavam que a resposta que estavam dando a introdução do condom feminino nas relações sexuais provava que eram sensíveis aos sentimentos de suas mulheres e que queriam protegê-las. Recomendaram que as mulheres recebessem mais informações e apoio em suas tentativas para usar o método. Disseram estar dispostos a comprar o condom feminino a um preço com paravel ao do condom masculino.

Declararam, ademais, estar dispostos a se envolver na promoção do condom feminino quando este fosse introduzido no país, sentindo que poderiam contribuir como defensores, se este estivesse, como esperavam, disponível para todas as categorias de parceiras e fosse aceito por elas. A maioria pretendia que o dispositivo fosse acessível, não somente nas clínicas de planejamento familiar, mas em todos os locais do Quênia onde o condom masculino está disponível. Finalmente, os homens recomendaram que se recrutassem, aconselhassem, educassem e apoiassem outros homens com vistas ao uso do condom feminino¹³.

Possibilidade de uso futuro

Que a pesquisa e, particularmente, seu procedimento com os grupos de apoio de pares teve um impacto significativo na vida das mulheres e de seus parceiros e evidente, quando se consideram as declarações sobre o uso do condom feminino resultantes do estudo. No Brasil, durante a entrevista final, 97% das mulheres mostraram disponibilidade em comprar o dispositivo como meio “para garantir” proteção duradoura. Destas, 82% acreditavam que o condom feminino seria bem aceito, quando disponível no mercado. Mulheres e homens quenianos mostravam-se igualmente dispostos em comprar o dispositivo quando disponível. “*se disponível eu não compraria nenhum outro*”, disse um deles. Os quenianos propuseram-se a promover o dispositivo entre outros homens.

Segundo alguns quenianos, o custo seria um fator condicionante para a continuidade do uso. Entretanto, comparando o preço dos condons masculino e feminino, os homens indicaram que as vantagens deste último os incentivaria a aceitar o custo adicional. A maioria afirmou estar disposta a comprar o condom feminino se fosse vendido na mesma faixa de preço do condom masculino, uma minoria o compraria incondicionalmente.

Um outro resultado significativo foi a coesão de grupo entre as mulheres no Quênia e Brasil. Grupos que se desenvolveram durante o processo continuaram a se encontrar em casas e locais comunitários, mesmo depois de a pesquisa ter sido encerrada.

PARTE IV

Conclusões

A mobilização global de mulheres em torno de aspectos de saúde reprodutiva expôs o persistente desequilíbrio no poder de gênero, conscientização que se tornou um trampolim para intervenções iniciadas e controladas por mulheres e voltadas para elas. O desenvolvimento do condom feminino pode ser visto como uma dessas intervenções. Os resultados aqui destacados sugerem que o dispositivo tem aceitabilidade e pode aumentar mutuamente o poder de homens e mulheres.

Esta síntese das entrevistas individuais, dos GFs e dos GAPs coloca em foco muitos aspectos importantes para a autoproteção contra HIV/Aids e gravidez não desejada por parte das mulheres.

Os Grupos de Apoio dos Pares podem ser um canal importante e efetivo para preparar a mulher para o uso do condom feminino, especialmente na forma de introduzi-lo nas relações sexuais.

A análise de dados qualitativos e quantitativos mostram que as mulheres desenvolveram suas próprias estratégias.

As sessões de grupos (focais e de apoio) proporcionaram uma oportunidade para compartilhar informação, refletir, explorar sentimentos e expor os medos.

Um resultado do uso do Grupo Apoio de Pares, em particular, foi que os grupos de mulheres aprenderam e desenvolveram estratégias para se autoprotegerem.

Por tudo isso, esta síntese sugere as seguintes conclusões:

Primeiro, aumentar a sensação de “empoderamento” pode ser um importante precursor para o sucesso na introdução, negociação e uso continuado do condom feminino. Se isto é verdadeiro, então é importante determinar se grupos de apoio como as GAPs são um fator de importância para o processo de “empoderamento”. Programas para introduzir o condom feminino poderiam fazer parte de estratégias de grupos de apoio a mulheres em vez de pretender atingir individualmente as mulheres. Alcançar as mulheres através de suas organizações tem muitas vantagens importantes: pode-se fazer uso de estruturas de grupos existentes, o condom feminino pode ser promovido por defensores e redes de mulheres, e mulheres líderes podem ser usadas para incentivar políticas que assegurem a disponibilidade, o custo e a acessibilidade do dispositivo dentro de suas respectivas comunidades. Mulheres incentivando mulheres podem contribuir para a disseminação de informação sobre a vantagem do uso do condom feminino para a saúde e bem-estar, de forma a aumentar a proteção contra DSTs/HIV/Aids.

Segundo, mulheres quenianas e brasileiras adotaram estratégias que refletiram o empenho em dar início, mais do que exercer controle, a melhores relações sexuais com seus parceiros. As tentativas para convencer os homens a aceitar o condom feminino devem contribuir positivamente para a sensação de “empoderamento” nas relações tanto de homens quanto de mulheres. No caso do Quênia, onde foi dada atenção considerável às barreiras culturais, incluindo as “tradições patriarcais”¹¹, as mulheres reconheceram que era mais efetivo tentar persuadir com gentileza do que confrontar-se com seus parceiros. Tinham consciência também, tanto no Quênia quanto no Brasil, de que a cooperação masculina fora essencial para o uso repetido do condom feminino, pois, se os homens não aceitassem, seria impossível escondê-lo por muito tempo. As estratégias adotadas parecem ser capazes tanto de informar os homens quanto de mudar suas atitudes. Houve certamente, em decorrência das discussões, um ganho das mulheres durante o processo, desde o início do uso do dispositivo até seu controle sobre esse uso.

Terceiro, as mulheres no Quênia admitiram no início do estudo que se sentiam vulneráveis a infecção pelo HIV, mesmo sem ter conhecimento adequado sobre o assunto. A disponibilidade do condom feminino, embora através de um projeto de pesquisa, estimulou as mulheres a buscarem de forma agressiva o dispositivo para sua autoproteção. Foi criada oportunidade para conversar não somente sobre contracepção e sexo, mas também sobre desejo sexual e prazer, assuntos antes não discutidos abertamente. As mulheres podiam inserir o dispositivo antes do intercurso sexual e tomar a liberdade de dar início ao ato, comunicando aos parceiros seu desejo de fazer sexo. O aumento dessa capacidade para iniciar os encontros sexuais representou um “empoderamento” para muitas mulheres. *“Nos podemos conversar com nossos parceiros sem medo, antes eu costumava ter medo”*¹¹. O ato de levar o condom feminino para casa em si já significou um aumento de poder, capaz de chamar a atenção para os riscos de HIV/Aids para toda a família assim como para os parceiros masculinos e femininos. Antes, o condom masculino pressupunha infidelidade e suspeita, que algumas vezes resultava em violência contra a mulher. Consciente ou inconscientemente, o condom feminino parece servir como um catalisador que permite a homens e mulheres desenvolverem um meio de comunicação efetivo para obter sucesso na negociação de métodos de proteção.

Quarto e último, embora no Quênia as mulheres participantes tenham se queixado das normas culturais e atitudes sexuais opressoras, elas manejaram a cultura de confronto de uma maneira que demonstrou, de fato, que muitas normas que governam as relações sexuais poderiam já estar em transição. Embora tenham durante os grupos concordado com a ideologia patriarcal de dominação masculina no interior da qual a subordinação feminina é tida como o correto, foram capazes de realizar ação de desafio. Assim, paradoxalmente, as participantes expuseram uma condição de pouco poder, mas envolveram-se em estratégias para negociar suas necessidades de proteção de maneira cada vez mais poderosa. As brasileiras também expressaram este dilema: *“()na mesma mulher coexistem padrões tradicionais de papéis e posições na relação amorosa e a necessidade de controlar seu corpo, sua sexualidade”*¹². *“E agora, o problema é meu porque eu sou uma que precisa parar. Até agora, meu marido controlou o momento da penetração”*. Entretanto, para a maioria, é a opinião do parceiro que vai determinar se será usado.

Qual é o futuro, no Quênia e no Brasil, e em qualquer outro lugar, para as mulheres e homens que buscam se proteger? Esta síntese de estudo sugere que o condom feminino pode fornecer parte da resposta.

Qual é o futuro, no Quênia e no Brasil, e em qualquer outro lugar, para as mulheres e homens que buscam se proteger? Esta síntese de estudo sugere que o condom feminino pode fornecer parte da resposta.

Referências

- 1 Family Health International/AIDS Control and Prevention Project 1996 Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic 11th International Conference on AIDS Vancouver
- 2 Family Health International/AIDS Control and Prevention Project 1995 Cairo and Beijing Defining the Women and AIDS Agenda
- 3 United Nations 1995 Report on the Fourth World Conference on Women [preliminary version]
- 4 Elias, C.J. and L. Heise 1996 The Development of Microbicides A Method of HIV Prevention for Women Working Paper The Population Council New York
- 5 Elias, C.J. 1996 Women's Preference Regarding the Formulation of Over the Counter Vaginal Spermicides 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 322)
- 6 Claypoole, Lee and Krause, P. 1996 Development of Vaginal Microbicides by the Conrad Program A Collaborative Effort for Research and Product Development 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 4501)
- 7 Irwin, Kathleen 1997 Paper Prevention of HIV Infection in Women An International Perspective Congressional Task Force on International HIV/AIDS
- 8 Family Health International 1997 Press Release FHI Study Examines N-9 Effect on STDs
- 9 Lewis, J. 1997 Speech The Female Condom From Research to the Marketplace Family Health International/AIDS Control and Prevention Project Women's Initiative
- 10 World Health Organization 1997 The Female Condom An Information Pack WHO Geneva Switzerland
- 11 Family Health International/AIDS Control and Prevention Project 1993 Report The Potential Role of the Female Condom in International AIDS Prevention
- 12 Kalckmann, Suzana et al 1997 Brazil Report The Female Condom as a Woman Controlled Protective Method
- 13 Kabira, Wanjiku et al 1996 Kenya Report The Female Condom as a Woman Controlled Protective Method
- 14 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 1997 Press Release More Evidence on Female Condom Increased Protection against Sexually Transmitted Diseases including HIV/AIDS Geneva Switzerland
- 15 Gollub, Erica et al 1996 The Women's Safer Sex Hierarchy Initial Responses to Counseling on Women's Methods of STD/HIV Prevention at an STD Clinic 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Mo D 583)
- 16 Voelker, Rebecca 1997 Effective Female Condom Journal of the American Medical Association 278(6)
- 17 Ruminjo, J. et al 1991 Consumer Preference and Functionality Study of the Reality Female Condom in a Low Risk Population in Kenya, Family Health International
- 18 Daly, Celine et al 1993 Contraceptive Methods and the Transmission of HIV Implications for Family

- Planning Conference on AIDS and Reproductive Health, Berlin
- 19 Sakondhvat C and Carol L Joins 1993 Consumer Preference Study of a Modified Female Condom in a Sexually Active Population at Risk of Contracting AIDS Family Health International
 - 20 Monny Lobe et al 1991 Acceptability of the Female Condom Among a High Risk Population in Cameroon Family Health International
 - 21 Bounds W et al 1991 Female Condom (FEMIDOM) A Clinical Study of Its Use Effectiveness and Patient Acceptability British Journal of Family Planning 18 36 41
 - 22 Kiraggwa Dithan et al 1996 Acceptability of the Female Condom in Uganda Major Obstacles Encountered 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Pub C 1219)
 - 23 Witte Susan et al 1996 Correlates of Condom Coupon Redemption among Urban STD Clinic Patients 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 4503)
 - 24 Niang Cheikh et al 1996 Acceptability of Female Condom in Senegal 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Pub C 1220)
 - 25 El Bassel Nabila 1996 Acceptability of the Female Condom Among STD Clinic Patients 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 435)
 - 26 Musaba E et al 1996 Long term Use and Acceptability of the Female Condom Among Couples at High Risk of HIV in Zambia 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 430)
 - 27 Krishnan Satya et al 1997 Attitudes toward Female Condom Use Among Women on Methadone Maintenance 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 4502)
 - 28 Givaudan Martha et al 1994 Final Report Presented to Family Health International Acceptability of the Reality Female Condom among Selected Females and Males in Mexico Instituto Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion (IMIFAP) Mexico
 - 29 Timyan Judith et al 1996 Test Marketing of the Female Condom at a Subsidized Price in Five Developing Countries 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th C 431)
 - 30 Ulin Priscilla 1992 African Women and AIDS Negotiating Behavioral Change Social Science and Medicine 34(1) 63 73
 - 31 Woth Dooley 1989 Sexual Decision Making and AIDS Why Condom Promotion Among Vulnerable Women is Likely to Fail Paper Presented at the Meeting of the Population Council New York
 - 32 Family Health International 1997 Women's Studies Project Technical Advisory Group Meeting Document
 - 33 Harrison Janet et al 1996 Heterosexual Risk for HIV Among Puerto Rican Women Does Power Influence Self Protective Behavior? 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th D 454)
 - 34 Campos Regina et al 1996 Women Partners of HIV Positive Psycho Social Characteristics of Their Relationship in Belo Horizonte Brazil 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Tu D 2727)
 - 35 Re Maria Ines 1996 Female Adolescents Attitudes Behaviors and HIV/AIDS Risk Perception in Argentina 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Pub D 1326)
 - 36 Bandura Albert 1989 Perceived Self Efficacy in the Exercise of Control Over AIDS Infection In Primary Prevention of AIDS Psychological Approaches Edited by VM Mays G W Albee and S F Schneider London Sage Publications
 - 37 Bandura Albert 1991 A Social Cognitive Approach to the Exercise of Control Over AIDS Infection In R Climente (Ed) Adolescents and AIDS A Generation in Jeopardy Beverly Hills Sage Publications
 - 38 Minkler Meredith 1994 New Health Promotion Movement A Critical Examination Health Education Quarterly Fall 21(3) 295 312
 - 39 Pan American Health Organization 1997 Workshop on Gender Health and Development Facilitator's Guide PAHO Washington DC
 - 40 DiClement Ralph J et al 1996 Interpersonal and Gender Related Factors Associated with Consistent Condom Use Among Young Adult African

- American Women 11^h International Conference on AIDS Vancouver (Abs Tu D 2769)
- 41 Family Health International/AIDS Control and Prevention Project 1996 A Dialogue Between the Sexes Men Women and AIDS Prevention Family Health International Arlington VA
- 42 Ankrah E Maxine and Sera Attika 1997 Dialogue Expanding The Response to HIV/AIDS A Resource Guide Family Health International Arlington VA
- 43 Mulanga Kabeva et al 1996 Challenges Facing Women's AIDS NGOs The Experience of SWAA 11^h International Conference on AIDS Vancouver (Abs Tu D 2736)
- 44 Shoniwa Emily and R S Drew 1996 Support Groups and Women Living with HIV Experiences from Mutare Zimbabwe 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th D 253)
- 45 Thoits Peggy A 1995 Stress, Coping, and Social Support Processes Where are We? What Next? Journal of Health and Social Behavior Extra Issue
- 46 O Connor Lisa 1996 Positive Women Empowerment Through Advocacy 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th D 5418)
- 47 Berry Scott 1996 Towards Defining a Methodology for Peer Support Facilitation 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Th D 5090)
- 48 Sikkema Kathleen et al 1996 Effects of Community Level Behavior Change Intervention for Women in Low Income Housing Developments 11th International Conference on AIDS Vancouver (Abs Tu C 453)
- 49 Population Reference Bureau 1997 1997 World Population Data Sheet Population Reference Bureau Washington DC
- 50 Plucennik AMA *Preservativo feminino* Atualidades em DST/AIDS junho de 1998 ano I Numero 06 Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria do Estado da Saude de São Paulo

Anexo 1

Número de participantes em cada etapa de coleta de informações

	Quênia	Brasil
Entrevista individual inicial	132	115
Grupo focal inicial (GF1)	106	75
Grupo de apoio de pares 1 (GAP1)	100	65
Grupo de apoio de pares 2 (GAP2)	100	72
Grupo focal final (GF2)	100	73
Entrevista individual final	100	96
Amostra incluída no estudo *	100	103
Grupo focal com os parceiros	46	24
Numero de mulheres expostas ao preservativo feminino (participantes das reuniões de recrutamento)	350	394
Organizações de mulheres contatadas	28	17

* No Quênia, o número de participantes permaneceu o mesmo após o grupo focal inicial. No Brasil foram incluídas na análise as mulheres que responderam a entrevista individual inicial e participaram em pelo menos uma das 4 atividades de grupo agendadas.

Anexo 2

Informações sobre o preservativo feminino

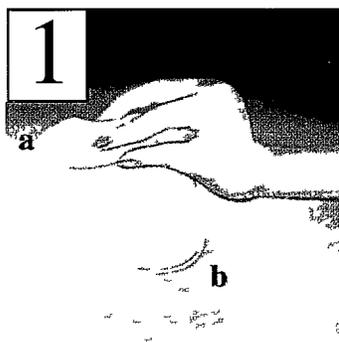
Suzana Kalckmann

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano fino, resistente e flexível (com 7,8cm de diâmetro e cerca de 16cm de comprimento) com dois anéis: o interno (a) facilita a sua colocação e o seu ajuste no fundo da vagina; o externo (b) garante o seu posicionamento adequado durante o intercurso sexual. Se colocado adequadamente, confere dupla proteção ou seja evita uma gravidez indesejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis inclusive o HIV/Aids.

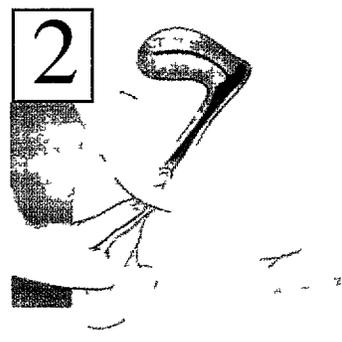
É pré-lubrificado e deve ser usado apenas uma vez. Segundo o FDA, o seu tempo de validade é de 60 meses, após a sua fabricação ⁽¹⁰⁾.

Os estudos desenvolvidos nos diferentes países mostram diversidade de taxas de aceitabilidade. A sua eficácia contraceptiva e sua capacidade de impedir a passagem de organismos causadores de DSTs dependem diretamente de seu uso consistente e adequado.

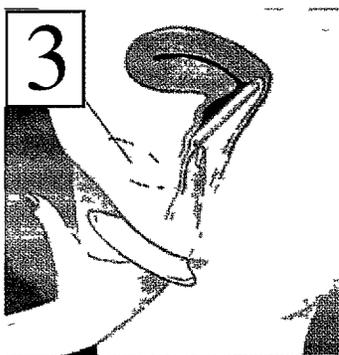
No Brasil a comercialização do preservativo feminino (Reality) foi autorizada pelo Ministério de Saúde em dezembro de 1997. A empresa responsável pela sua importação e comercialização é a DKT do Brasil produtos de uso pessoal Ltda (0800-111213 ou 011 815 7522).



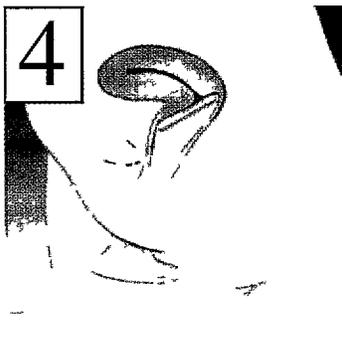
1 Flexione o anel interno



2 Introduza o preservativo feminino na vagina e o empurre tão fundo quanto possível



3 Certifique-se que o preservativo está adequadamente colocado



4 O anel externo fica exposto, esta sobre (cerca de 3 cm) e importante para garantir a segurança do método, pois durante a relação pênis e vagina se dilatam e o preservativo se ajusta melhor

Figuras extraídas do material Gráficas para la demonstración
The Female Health Company Wisconsin Pharmacal

Glossário

AIDSCAP AIDS Controle e prevenção, projeto implementado em 40 países, recursos do governo norte americano

Co-IP Co investigador principal

Consentimento informado Documento lido e discutido com as mulheres interessadas, quando a participante concordava em participar, assinava e ficava com uma cópia. Constava de uma síntese do projeto de pesquisa (seus objetivos, tempo de duração, etapas, compromissos esperados e responsabilidades assumidas pela equipe coordenadora) e informações detalhadas sobre o preservativo feminino

Diário ou calendário sexual (coital log) O diário sexual é um instrumento de coleta de informações onde a mulher registra a data de cada uma de suas relações sexuais e o método usado em cada uma delas. Tal formulário possibilita o monitoramento detalhado da adoção de práticas protetoras, a cada relação, em determinado período de tempo

FDA Food and Drug Association. Instituição americana responsável pelo controle e fiscalização de alimentos e medicamentos nos EUA

FHI Family Health International, organização não governamental, sediada nos Estados Unidos, responsável pela implementação do projeto AIDSCAP em 42 países, no período de 1991 a 1997

GAP Grupo de apoio de pares - discussão em grupo, com roteiro flexível, as participantes determinavam o conteúdo e o direcionamento da discussão. Cabendo a coordenadora a função de facilitar as discussões buscando garantir a fala de todas as participantes

GAP1 Primeiro grupo de apoio de pares

GAP2 Segundo grupo de apoio de pares

GF Grupo focal - discussão em grupo, com roteiro prefixado, com questões e tópicos determinados, objetiva a obtenção de informações sobre questões específicas

HIV Virus da Imunodeficiência Humana

IP Investigador principal

JNSEA Grupo de participantes (mulheres) com idade < 25 anos e nível socio econômico mais alto

JNSEB Grupo de participantes (mulheres) com idade < 25 anos e nível socio econômico mais baixo

NSE Nível socio econômico

USAID Agência norte americana para o desenvolvimento internacional

VNSEA Grupo de participantes (mulheres) com idade \geq 25 anos e nível socio econômico mais alto

VNSEB Grupo de participantes (mulheres) com idade \geq 25 anos e nível socio econômico mais baixo

WI Women Initiative

***Adoção do preservativo feminino no Quênia e no Brasil:
Perspectivas de Mulheres e Homens***

*Uma síntese
Edição brasileira*

*Coordenação
Suzana Kalckmann*

*Mulher Criança Cidadania e Saude
FHI
Associação Saude da Familia/Instituto de Saude*

*Tradução
Tereza S Toma*

*Revisão técnica
Suzana Kalckmann
Maria Eugênia Lemos Fernandes*

*Revisão
Neide Rezende*

*Editoração e projeto grafico
Nelson Francisco Brandão*

*Financiamento da edição brasileira
Cooperative Agreement HRN-A-00-97-00017-00 FCO# 84210
Instituto de Saude - Secretaria de Estado da Saude de São Paulo*