

**JARBAS MAGALHÃES**

---

**AVALIAÇÃO DO CONDOM FEMININO  
EM MULHERES VIVENDO COM O HIV**

---

**Tese de Doutorado**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. ELIANA AMARAL**

**UNICAMP  
2001**

**JARBAS MAGALHÃES**

---

**AVALIAÇÃO DO CONDOM FEMININO  
EM MULHERES VIVENDO COM O HIV**

---

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. ELIANA AMARAL**

**UNICAMP  
2001**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

M27a                      Magalhães, Jarbas  
                                 Avaliação do preservativo feminino em  
mulheres vivendo com o HIV / Jarbas Magalhães.  
Campinas, SP : [s.n.], 2001.

                                 Orientador : Eliana Amaral  
                                 Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

                                 1. HIV (Vírus). 2. Anticoncepção. 3.  
Planejamento familiar. I. Eliana Amaral. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluno: JARBAS MAGALHÃES**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. ELIANA AMARAL**

---

### **Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 18/09/2001**

## Dedico esta tese...

*... aos meus pais  
Ernani e Ruth,  
....sempre juntos, sempre tão perto.*

*... aos meus queridos irmãos:  
Cassia, Evandro e Marta,  
....pela amizade , estímulo constante, por tudo.*

*... aos meus amados filhos  
Leandro e Vânia,  
....por tudo que vivemos juntos,  
pela alegria que me passam  
e pela motivação maior para continuar a luta.*

*... à Roberta,  
amada e companheira,  
iluminando o caminho para nossos sonhos, sempre.*

*... a todas as mulheres infectadas pelo HIV*

*.....a John Lennon, que falta faz.*

# Agradecimentos

---

*À Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup> Eliana Amaral, minha orientadora, pela inestimável ajuda na criação e em todas as fases do trabalho. Ficaré sempre minha admiração pela sua capacidade de trabalho e a dedicação às mulheres infectadas pelo HIV.*

*Ao meu amigo e orientador de mestrado, Prof. Dr. Paulo César Giraldo, pelo estímulo constante e desinteressado. Lembro mais uma vez, e isso não se esquece, de que foi responsável pela minha volta aos meios acadêmicos num momento em que tudo me parecia muito difícil.*

*Ao meu amigo Prof.Dr.José Antonio Simões, que mesmo estando nos EUA para o seu “pós doc”, sempre esteve ‘in touch’. Seus “emails” sempre foram estimulantes no desenvolvimento da tese. Sua volta foi muito comemorada e é a certeza de tê-lo sempre muito próximo.*

*Às Profas. Dras. Regina Barbosa, Cristina Guazzelli e Arlete Maria dos Santos Fernandes e aos Profs.Drs.Geraldo Duarte, Paulo César Giraldo e José Antonio Simões, pela gentileza de aceitarem participar da Banca Examinadora, o que com certeza dará maior credibilidade a este estudo.*

*À psicóloga Andréa Rossi, por sua inestimável participação em todas as fases da tese, pelo seu desempenho irretocável como Assistente de Pesquisa e pelo carinho que dedica ao atendimento psicológico às mulheres do AIG II – UNICAMP.*

*À assistente social Sueli, pela dedicação durante todo o estudo e pelo seu desempenho na seleção, a ajuda nas entrevistas e nos agendamentos do AIG II.*

*Às psicólogas Renata e Mariella pela importante ajuda nos meses finais da pesquisa, o que não diminuiu sua importância no trabalho.*

*Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelo seu Curso de Metodologia III, um momento inesquecível da pós-graduação.*

*Ao Prof. Dr. Guilherme Cecatti, pelo seu excelente curso sobre como preparar e publicar em revistas estrangeiras.*

*À enfermeira Marina Villarroel, pela sua contribuição no recrutamento das pacientes e pela ajuda nas consultas do AIG II.*

*A todos os funcionários do Ambulatório de Infecções Genitais II, especialmente à Maria José, Leonice, Inês, Renata e William, cuja ajuda e apoio foram de valor inestimável.*

*À minha amiga Sueli Chaves da ASTEC, incansável e sempre presente comandando o seu time impecável, onde despontam, Maria do Rosário, William, Néder, Fernanda e Sueli Regina.*

*Ao Linardo e ao Josemar pela elaboração do Banco de Dados.*

*À Maria Helena Sousa, ao Edson Zangiacomí Martínez e a Gislaine Fonsechi Carvasan, pela eficiente colaboração no trabalho estatístico.*

*Ao Klésio e Conceição pela disponibilidade e competência no preparo do material para a qualificação.*

*Às minhas secretárias Beth e Betinha, incansáveis no consultório, organizando minha agenda e sempre me estimulando.*

*Aos Profs. Drs. Edmundo Chada Baracat e Prof. Dr. Vilmon de Freitas, pela nossa grande amizade e pelo estímulo à realização da pós-graduação após 23 anos de trabalho como ginecologista em Mogi-Mirim, minha querida cidade.*

*Ao Prof. Dr. Geraldo de Lima, exemplo de professor de Medicina, inquestionável pesquisador e meu grande amigo, com quem aprendi a ser médico.*

# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	14
2.1. Objetivo geral .....	14
2.2. Objetivos específicos .....	14
3. Sujeitos e Métodos .....	16
3.1. Desenho .....	16
3.2. Tamanho amostral .....	16
3.3. Seleção de sujeitos .....	17
3.4. Variáveis e conceitos .....	18
3.5. Instrumentos para coleta de dados .....	20
3.6. Coleta de dados .....	21
3.7. Acompanhamento de sujeitos .....	22
3.8. Processamento e Análise dos Dados .....	23
3.9. Aspectos éticos .....	23
4. Resultados .....	24
4.1. Fluxograma de participação no estudo .....	24
4.2. Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas .....	26
4.3. Avaliação do uso de condom feminino pelas mulheres infectadas pelo HIV .....	31
5. Discussão .....	46
6. Conclusões .....	62
7. Referências Bibliográficas .....	64
8. Bibliografia de Normatizações .....	74
9. Anexos .....	75
9.1. Anexo 1 - Triagem de voluntárias .....	75
9.2. Anexo 2 - Consentimento Livre e Esclarecido .....	76
9.3. Anexo 3 – Questionário de admissão .....	78
9.4. Anexo 4 – Questionário pré-treinamento .....	83
9.5. Anexo 5 - Avaliação de Uso dos Condons nas visitas .....	84
9.6. Anexo 6 - Calendário de relações sexuais e uso de condons .....	87

# **Símbolos, Siglas e Abreviaturas**

---

<b>%</b>	Porcentagem
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AIG</b>	Ambulatório de Infecções Genitais
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>CF</b>	Condom Feminino
<b>CM</b>	Condom Masculino
<b>DIPA</b>	Doença Inflamatória Pélvica Aguda
<b>DIU</b>	Dispositivo Intra Uterino
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>DTG</b>	Departamento de Tocoginecologia
<b>Et al.</b>	e outros
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
<b>MAC</b>	Método anticoncepcional
<b>n</b>	Número
<b>RD</b>	Relações desprotegidas
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América

# Resumo

---

Para avaliar a aceitabilidade, a adesão e a experiência com o uso de condom feminino entre mulheres contaminadas pelo HIV, do Ambulatório de Infecções Genitais-II da UNICAMP e Centro Corsini, desenvolveu-se um estudo descritivo prospectivo. As 76 mulheres que aceitaram participar responderam a uma entrevista de triagem, quando receberam um calendário para anotação das relações sexuais e uso de condom masculino. Após 30 dias, compareceram à visita de treinamento para colocação do condom feminino em modelo pélvico, trazendo o diário de relações sexuais deste ciclo, considerado controle. Foram entrevistadas através de questionário estruturado após 30, 60 e 90 dias, trazendo sempre o diário onde deveriam ser registradas as relações sexuais, com uso ou não, de um ou outro condom. A análise estatística foi realizada utilizando-se os testes de Qui-Quadrado, Exato de Fisher, McNemar e Friedman para amostras emparelhadas. A população estudada foi predominantemente constituída de mulheres jovens, de baixa escolaridade e dois terços delas moravam com o parceiro. Observaram-se altas taxas de uso (87%), continuidade (78%) e aceitabilidade (68%) do condom feminino, ao longo de 90 dias de estudo. O uso

de condom feminino, em torno de metade das relações sexuais em cada período de estudo, permaneceu estável nos 90 dias. Houve uma expressiva diminuição da proporção média das relações sexuais desprotegidas (de 14% para 6%), sem o uso de condons masculinos ou femininos, aos 90 dias. As dificuldades no manuseio do condom feminino, observadas no início, foram superadas com a continuidade do uso. Entre as vantagens mais citadas se destacaram: o poder de decisão de uso pertencer à mulher, a dupla proteção contra gravidez e DST/HIV e não depender do homem para usar. As desvantagens mais referidas incluíram ser caro, feio e fazer barulho, sendo que a última praticamente deixou de ser citada no final do estudo. Os casais soro-discordantes tiveram maior proporção de relações protegidas que os casais soro-concordantes, porém a diferença não foi significativa. As mulheres que relataram uso prévio de condom masculino por seus parceiros, em todas as relações sexuais, apresentaram um número significativamente maior de relações protegidas. Concluindo, a oferta do condom feminino acompanhada de aconselhamento apropriado foi capaz de reduzir as relações sexuais desprotegidas entre mulheres infectadas pelo HIV, que se mostraram motivadas e receptivas a este método, dele retirando importante benefício.

# Summary

---

A prospective descriptive study was performed to evaluate the acceptance, adhesion, and use of female condom among HIV infected women followed at the Genital Infections-II Outpatient Clinic/UNICAMP and Centro Corsini. Women who accepted to participate answered an admission structured questionnaire, receiving a calendar to register sexual acts and male condom use during a control cycle, before intervention. They returned after 30 days, to an intervention consisting of a training session on female condom use, with an acrylic pelvic model, bringing the sexual calendar filled. Another structured questionnaire was applied at 30, 60 and 90-days return visits, always bringing a monthly calendar with sexual acts and use of female or male condom. Statistical analysis was performed through chi-square, Fisher Exact test, McNemar and Friedman test, where applied. Studied population predominantly consisted of young women, with low education level, two-thirds living with their partners. High rates of use (87%), acceptability (68%) and continuation (78%) of female condom use were observed during the 90-days study interval. Female condom use in half of the sexual acts per cycle remained stable during 90 days-interval.

There was an expressive reduction on proportion of unprotected sexual (from 14% to 6%), without male or female condom use at the end of the study. Difficulties to manipulate female condom observed in the beginning were solved during the course of the 90-days period. Main advantages cited included bringing the power of decision to women, double-protection against pregnancy and STD/AIDS, and use not dependent on men. Disadvantages referred included ugly appearance, high prices and being noisy; this last one was no more referred at the end of the period. Protect sex acts were more prevalent in sorodiscordants couples and in previous consistent condoms users. In conclusion, adding female condom to contraceptive options with appropriate counselling was able to reduce unprotected sex among HIV infected women. This particular population is specially motivated and receptive to female condom use, extracting important benefits from having access to this method.

# 1. Introdução

---

Em todo o mundo, a transmissão por via heterossexual do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é responsável pela maioria dos casos de AIDS e vem aumentando progressivamente. Aproximadamente 75% das infecções são devidas ao contato heterossexual e cerca de 13 milhões dos 33,6 milhões de infectados, são mulheres (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

A evolução epidemiológica da doença tem sido semelhante no Brasil. No caso de Campinas, o Informe Epidemiológico da Secretaria de Saúde mostra que a epidemia do HIV, em 1994, acometia 112 homens para cada mulher infectada. Já em 1995, esta proporção caiu até 4 para 1, chegando a 3 para 1 em 1997 e, finalmente, a uma mulher para cada homem infectado no ano 2000 (SÃO PAULO, 2000).

Parte importante dos casos de contaminação pelo HIV em mulheres pôde ser atribuída, direta ou indiretamente, ao uso de drogas. Nos primeiros anos da epidemia, muitas das mulheres diagnosticadas com infecção pelo HIV

eram usuárias de drogas intravenosas. Com o tempo, a proporção de mulheres infectadas através de contato heterossexual foi aumentando, e dentre estas, uma grande proporção contraiu o HIV de um parceiro, que era usuário de droga (CHU, HAMMET, BUEHLER, 1992; AMARAL, 1996).

Os fatores associados à transmissão sexual do HIV incluem o consumo de *crack*/cocaína e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O consumo de *crack*/cocaína representa um fator de risco devido à tendência de seus usuários praticarem atividades sexuais de risco e com múltiplos parceiros, muitas vezes em troca de dinheiro e de drogas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1995; DILLEY, WOODS, McFARLAND, 1997). No final dos anos 80 e início dos anos 90, tanto o uso de *crack*/cocaína como as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas as lesões ulcerativas como a sífilis e o cancróide, foram muito prevalentes em populações urbanas e, indubitavelmente, também contribuíram para o aumento da transmissão do HIV (EDLIN et al., 1994; CHAISSON, KERULY, MOORE, 1995; CHIRGWIN, FELDMAN, AUGENBRAUN, 1995; AMARAL, 1996).

Como resposta a este panorama da epidemia do HIV, os programas de prevenção incluem três atividades concomitantes: mudanças comportamentais direcionadas à prática de sexo seguro, diagnóstico e tratamento das DST que facilitam a transmissão do HIV e o uso de métodos anticoncepcionais visando diminuir a transmissão materno-infantil (BLOQUER & COHEN, 2000).

O uso de contraceptivos, por mulheres infectadas pelo HIV, envolve uma inter-relação entre dois fatores : a transmissão vertical, com a possibilidade de ocorrer uma gravidez, e a transmissão horizontal para um parceiro não infectado. Entretanto, esta prática não tem sido facilmente adotada pelos casais heterossexuais, especialmente quando a relação é definida como estável. Nestes casos, predomina a preocupação com a gravidez indesejada, e não com o risco de infecções de transmissão sexual (LANDERS & SWEET, 1996). Buscando uma anticoncepção segura, um percentual significativo destes casais, no Brasil, opta pela ligadura tubária ou uso de anticoncepção hormonal (PNDS, 1997). Infelizmente, estes não são métodos que oferecem dupla proteção, contra gravidez e infecções de transmissão sexual (JOHNSTONE, 1997).

Mais que isso, estudos têm mostrado que mulheres infectadas pelo HIV que usam um método anticoncepcional (MAC) mais efetivo, são menos propensas ao uso de condom associado, mesmo nas relações com parceiros não infectados. Avaliando-se uma população de 1.232 mulheres infectadas pelo HIV em Atlanta, EUA, encontrou-se que apenas 34% de 286 mulheres submetidas à ligadura tubária, 42% de 182 mulheres que usavam anticoncepcionais orais, 44% das que usavam dispositivos intra-uterinos (DIU) e 50% das que utilizavam contraceptivos injetáveis, faziam uso concomitante de condons (DIAZ, SCHABLE, CHU, 1995).

Pesquisas com casais sorodiscordantes (um parceiro infectado pelo HIV e o outro não) tornaram possível acompanhar a exposição regular ao vírus do HIV por via heterossexual. Num estudo europeu, 304 casais HIV sorodiscordantes foram acompanhados por um período médio de dois anos, sendo que 245

continuaram a manter sexo anal ou vaginal. Nenhum dos 124 parceiros soronegativos que utilizaram condons em toda relação, foi infectado com o HIV após dois anos. Por outro lado, dos 121 parceiros soronegativos que utilizaram os condons de forma inconstante, 12 (10%) foram infectados (DE VINCENZI, 1994). Em um estudo europeu, 343 homens italianos contaminados com HIV e suas parceiras soronegativas foram acompanhados por 24 meses. Dentre as 305 mulheres que continuaram a manter sexo vaginal com seus parceiros soropositivos, apenas 2% das que usaram sempre o condom, foram infectadas pelo vírus, enquanto entre aquelas que utilizaram o condom de forma inconstante ou nunca usaram, 15% foram infectadas (SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI, 1993).

Em relação aos outros métodos anticoncepcionais, não existem trabalhos demonstrando a eficácia do diafragma em prevenir a transmissão do HIV. Sugere-se que possa ser baixa, por cobrir apenas a cérvix uterina, deixando praticamente toda a vagina exposta (HOWE, MINKOFF, DUERR, 1994). Porém, mulheres que usaram esponja contraceptiva ou diafragma foram protegidas contra gonorréia, clamídia e tricomoníase, em um estudo retrospectivo envolvendo pacientes de uma clínica de Denver, EUA, (ROSENBERG et al, 1992). Devido à descoberta de irritação cervical e vaginal associadas ao uso freqüente de espermicidas do tipo do nonoxinol-9, investigadores acreditam que estas preparações aumentariam o risco de infecção pelo HIV em populações altamente expostas, como as trabalhadoras do sexo (KREISS et al.,1992). Os efeitos de novas drogas e tipos de formulação para uso vaginal vêm sendo estudados. Entre as drogas sendo estudadas em produtos microbicidas

incluem-se a lamivudina e a didanosina, que são inibidores da transcriptidase reversa (ELIAS & COGGINS, 1996). Segundo o CDC, usar um condom lubrificado com nonoxinol-9 é melhor do que não usar nenhum condom. Porém, se é dada a possibilidade de escolha, o uso de condons sem nonoxinol-9 pode ser uma melhor opção para prevenir a infecção pelo HIV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Quanto aos contraceptivos hormonais, os seus efeitos na infecção pelo HIV ainda permanecem controversos. Estudo epidemiológico realizado na África sugeriu uma possível contribuição na aquisição do vírus ao notarem a alta prevalência de HIV entre profissionais do sexo de Nairobi que usavam contraceptivos orais. O uso de métodos de barreira entre as participantes do estudo era raro, e a associação dos contraceptivos hormonais e a soropositividade HIV persistiu na análise após o ajustamento para outras co-variáveis. Uma relação entre o tempo de uso e a soropositividade HIV também foi notada (SIMONSEN, PLUMMER, NGUGI, 1990). Em contrapartida, estudos realizados na Itália associaram o uso de anticoncepcionais hormonais com a redução do risco de infecção por HIV. Os autores propuseram como mecanismo protetor o possível aumento da resposta imune e o espessamento do muco cervical (LAZZARIN et al., 1991).

Investigando uma possível associação entre o uso de contraceptivos injetáveis de longa duração e a integridade do epitélio cervical, em 488 mulheres da Cidade do Cabo, foram encontradas altas prevalências de endocervicite (16%) e ectopia (25%), que se acredita, aumentem tanto a

transmissibilidade como a susceptibilidade às DST/HIV. Porém, nesse estudo randomizado e duplo-cego, tais alterações cervicais não estiveram associadas ao uso de injetáveis de longa duração (KUHN et al., 1998). No nosso meio, recentemente se investigou os efeitos dos contraceptivos injetáveis de longa duração na histologia vaginal. Os autores concluíram não existir alterações na espessura do epitélio vaginal, nem no número das células de Langerhans ou no índice de maturação do epitélio vaginal (BAHAMONDES et al., 2000).

Os dispositivos intra-uterinos (DIU) têm sido suspeitos de aumentar o risco de infecção por HIV, ao associarem seu uso com o aparecimento de traumas endometriais, aumentando a possibilidade de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) nas usuárias do método (LAZZARIN et al., 1991). Entretanto, relatos comparando usuárias de DIU com grupos controle sem uso de método anticoncepcional, contradizem esta hipótese, sugerindo que o risco de DIPA parece estar restrito aos primeiros 20 dias após a inserção do DIU, quando seria três a cinco vezes maior (FARLEY et al., 1992). Outros estudos mostraram que o uso de DIU está associado com aumento das taxas de DIPA e infertilidade tubária em mulheres com múltiplos parceiros (KESSEL, 1989). Por estas razões, o DIU não tem sido recomendado para mulheres com multiplicidade de parceiros e outros riscos para doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Mesmo assim, um estudo prospectivo desenvolvido pela Universidade de Nairobi (Quênia), envolvendo 649 mulheres (156 infectadas e 493 não-infectadas) usuárias de DIU, encontrou baixas taxas de doença inflamatória pélvica, sem diferenças significativas entre os dois grupos (SINEI et al., 1998).

Na mesma direção, acompanhando-se 98 mulheres infectadas pelo HIV, por um período de quatro meses após a inserção do DIU, não se observou aumento da eliminação cervical do HIV-1 DNA, um importante marcador da infecciosidade de mulheres portadoras do vírus do HIV (MORRISSON et al., 1998).

Desta forma, até recentemente, o método disponível e eficiente para prevenir a transmissão do HIV entre pessoas sexualmente ativas era o correto e consistente uso de condons masculinos de látex (DE VINCENZI, 1994). Entretanto, a adesão ao uso consistente é bastante reduzida, mesmo entre a minoria que refere uso de condom (SCHNELL et al., 1996; NUWAHA, FAXELID, HÖJER, 1999). Também para a prevenção da gravidez, o uso consistente e correto do condom masculino mostrou ser uma opção adequada em estudos controlados (SCHNELL et al., 1996). Suas falhas como método anticoncepcional são decorrentes das falhas de uso ou de sua baixa aceitabilidade pelo parceiro masculino, respondendo pela sua pouca eficácia em amostras maiores. Ainda, algumas características do usuário, como não ter uma parceira fixa e praticar sexo com parceiras ocasionais, e sua falta de experiência prévia com condons, são determinantes nas taxas de falhas por rotura e deslocamento durante a relação sexual (SCHNELL et al., 1996; MACALUSO et al., 1999; NUWAHA et al., 1999). As razões freqüentemente relatadas para justificar seu uso de maneira inconsistente têm sido: ser casado ou ter uma parceira fixa, o parceiro não aprovar o uso e diminuição do prazer sexual (BRASIL, 1997; NUWAHA et al., 1999).

Vem ganhando importância, nos últimos anos, a busca de métodos de barreira sob responsabilidade da mulher, que possam eventualmente oferecer

dupla proteção, isto é, prevenindo a gravidez e as DST/HIV/AIDS. Embora muitas pesquisas estejam sendo realizadas na busca de produtos químicos microbicidas que possam cumprir estas funções (AMARAL et al, 1999; BLOCKER & COHEN 2000), o condom feminino (CF) é hoje, a única alternativa comercialmente disponível.

O condom feminino é um dispositivo de poliuretano, na forma de um tubo transparente, macio e resistente. Mede 17cm de comprimento por 7,8cm de diâmetro e 0,42-0,53 mm de espessura. É uma bolsa com fundo cego, com dois anéis de borracha flexíveis. O anel menor é móvel e fica na parte fechada da bolsa dentro da vagina, encaixando-se no colo do útero. O outro anel fica na outra borda, devendo permanecer fora da vagina (na vulva), servindo como um fixador a impedir que toda a bolsa entre na vagina. Ao mesmo tempo, oferece alguma proteção para a genitália externa. O condom é pré-lubrificado com um fluido neutro, siliconado, não espermaticida, conhecido como lubrificante dimethicone, comumente usado na área médica. Este fluido é útil tanto para a colocação do CF quanto durante o ato sexual (WHO, 1997).

Estudos *in vitro* demonstraram que o CF é uma barreira efetiva contra o HIV e outras DST, incluindo a hepatite B e o herpes vírus, podendo ser um meio seguro para a prevenção destas infecções (DREW, 1990; VOELLER, COULTER, MAYHAN, 1991). Pode ser usado também como um método de barreira para contracepção. Estima-se que a possibilidade de falha para gravidez possa chegar a menos de 5% (WHO,1997). Não há evidências de trauma significativo ou mudanças na flora vaginal associados com o uso dos

mesmos, que poderiam ser fatores predisponentes para a infecção (SOPER, BROCKWELL, DALTON, 1991).

Além da vantagem referida acerca da autonomia feminina, outras propriedades podem ser vistas como vantajosas (BUCHALLA et al., 1996). As principais são a maior resistência do poliuretano em relação ao látex; menor risco de reações alérgicas; aquecimento com maior facilidade, tornando o ato sexual mais agradável; tornar desnecessária a retirada do pênis logo após a ejaculação, mesmo que este não esteja mais ereto; ausência de odor; lubrificação adequada que reduz o incômodo durante o ato sexual; o anel externo poder estimular a obtenção do orgasmo; proteger a vagina, a genitália externa e o colo, proporcionando uma barreira de proteção mais extensa; poder ser inserido antes da relação sexual, não interrompendo a mesma; lubrificantes adicionais poderem ser usados, tanto à base de água quanto de óleo e não ser constritor do pênis.

As diferenças principais entre os dois tipos de condons estão resumidas no Quadro 1.

### Quadro 1. Características dos condons masculino e feminino

Condom Masculino	Condom Feminino
Colocado em volta do pênis.	Inserido dentro da vagina da mulher.
Constituído de látex	Constituído de poliuretano.
Lubrificante: Pode incluir espermicida. Pode apenas ser à base de água; não pode ser à base de óleo. Localizado na parte exterior da camisinha.	Lubrificante: Pode incluir espermicida Pode ser à base de água e de óleo. Localizado na parte interior da camisinha.
Recomendado como produto descartável.	Recomendado como produto descartável. A reutilização ainda está em estudos.
Tem que ser colocado em um pênis ereto.	Pode ser inserido antes da relação sexual, não dependendo do pênis ereto.
Precisa ser removido imediatamente depois da ejaculação.	Não precisa ser removido imediatamente depois da ejaculação.
Cobre a maioria do pênis e protege a genitália interna da mulher.	Cobre a genitália interior e exterior da mulher e também a base do pênis
Condons de látex podem estragar se não forem guardados corretamente	O poliuretano não sofre deterioração por temperatura ou umidade.
Custo = R\$ 0,70 – 1,50	Custo = R\$ 2,50 – 3,50

Dentre os principais fatores considerados como negativos à aceitabilidade e adaptação ao CF estão: aspecto antiestético; volumoso; o barulho; a dificuldade de colocação; o alto custo; a possibilidade do pênis ao penetrar na vagina fazê-lo por fora do CF ou do próprio condom entrar no canal vaginal.

BUCHALA et al. (1996), constataram que as mulheres com maior consciência sobre o risco da AIDS, e que conversavam com seus parceiros a respeito do assunto estavam mais receptivas a experimentar uma nova medida de proteção. Entretanto, entre as 101 mulheres entrevistadas, apenas 78 concordaram em experimentar o novo método e somente 34 (um terço)

voltaram para a segunda entrevista e realmente usaram o condom. Segundo o Relatório Final sobre o Condom Feminino: Um Grupo de Consulta para Seu Uso no Brasil (LEOCÀDIO et al., 1998), este novo método requer uma mudança de mentalidade, de comportamento e de disciplina por parte das usuárias, além de possibilitar uma maneira de relacionamento com o próprio corpo.

Até 1996, estudos da aceitabilidade do C.F. compilados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) em populações da África, Ásia, Europa e das Américas mostraram que as taxas de aceitabilidade variaram de 41 a 95%. Um estudo realizado por KALCKMANN et al. (1998), sobre o uso do condom feminino por mulheres de São Paulo, encontrou 75% de aceitabilidade e adaptação ao método, havendo neste grupo uma predominância de mulheres de nível econômico mais baixo, cujos parceiros faziam maior restrição ao uso do condom masculino. Neste estudo, o tempo médio de continuidade de uso do condom feminino foi de 112,2 dias. Na pesquisa sobre a Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos, organizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, observaram-se 70% de aceitabilidade do CF entre as 1.894 mulheres que tiveram pelo menos uma relação sexual durante o período total do estudo (90 dias). Não houve variação significativa da aceitabilidade em função da faixa etária, escolaridade, remuneração, religião, existência ou não de parceiro sexual fixo, presença de risco de gravidez, percepção de risco de infecção pelo HIV e existência de vínculo anterior com a unidade de saúde. Porém, a aceitabilidade do CF foi maior entre as usuárias prévias de CM (74,7%) do que entre as não usuárias (66,8%). Também a aceitabilidade foi

maior, embora estatisticamente não significativa, entre as mulheres que, no passado, tiveram uma DST (BERQUÓ, BARBOSA, KALCKMANN, 1999).

MANE & AGGLETON (1999), discutiram as conclusões de estudos desenvolvidos no México, Costa Rica, Senegal e Indonésia sobre a negociação sexual, o *empowerment* da mulher e uso do condom feminino. Concluíram que os pré-requisitos para o sucesso da aceitabilidade e adesão ao condom feminino, parecem ser a educação, o treinamento e o apoio que acompanharam a introdução do condom e que continuaram durante todo o estudo. A discussão entre as mulheres, de suas experiências e as reações de seus parceiros, foi também considerada importante na adesão ao uso do método. Um trabalho anterior à introdução do CF, mostrou que a discussão sobre relações de gênero, sexo e comunicação com o parceiro sobre assuntos sexuais, foram essenciais. Segundo estes autores "praticamente todos os relatórios sugerem que o fator crucial foi uma participação ativa das mulheres na etapa de intervenção do estudo. A maioria das entrevistas relatou que a mudança mais importante não se deu no terreno das relações sexuais, mas nelas próprias."

As experiências com o uso deste método são em sua grande maioria realizadas com população geral. No Estudo de Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos, das 11 mulheres com sorologia positiva para o HIV, nove delas tiveram relações sexuais com uso do CF durante o estudo (BERQUÓ et al., 1999). Esta foi uma primeira sugestão de que, conforme imaginamos, as mulheres HIV positivas estejam predispostas e sensibilizadas a aceitar e aderir ao CF, dele podendo se beneficiar.

Sabe-se que as mulheres vivendo com HIV têm uma motivação especial para o uso de métodos de barreira, com aumento significativo do uso de condom masculino após o diagnóstico de infecção. Apesar disso, um terço das sexualmente ativas não o utilizam, por razões de não adesão ou adaptação dos parceiros masculinos (MAGALHÃES, 1998). Paralelamente, sugere-se o uso de barreiras, como o condom masculino, mesmo para casais concordantes (ambos infectados) para evitar novos inóculos virais e/ou gravidez (BLOCKER & COHEN, 2000). Nos casais discordantes, preveniria a transmissão sexual, agregando-se a possibilidade de evitar a gravidez, se esta for sua proposição reprodutiva.

Autores sugerem que o condom feminino encontrará o seu melhor lugar como método complementar ao uso do masculino, quando o parceiro se recusar a utilizá-lo, tiver dificuldades com o seu uso ou o mesmo quando o condom masculino não estiver disponível (MACALUSO et al., 2000). Seria então, um método bastante interessante para casais em situações específicas. As mulheres infectadas pelo HIV, em princípio, estariam altamente estimuladas a utilizar um método de barreira, pela sua condição de serem potenciais transmissoras de vírus aos parceiros ou para evitar novas contaminações com HIV ou outras DST, além de prevenção da gravidez.

A disponibilidade de um outro método sob seu controle, na sua condição particular de mulheres infectadas pelo HIV, pode ser particularmente útil para esta população, reduzindo o número de relações sexuais sem proteção.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo geral

Estudar a aceitabilidade, a adesão e experiência com o uso de condom feminino entre mulheres infectadas pelo HIV.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Estudar as características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres infectadas pelo HIV, participantes do estudo.
2. Comparar a proporção de mulheres com relações desprotegidas, nas visitas de treinamento e de seguimento de 30,60 e 90 dias.
3. Comparar a proporção de relações sexuais desprotegidas e de relações sexuais protegidas com o condom feminino ou condom masculino, nas visitas de treinamento e de seguimento de 30, 60 e 90 dias.

4. Estudar o uso, continuidade de uso e aceitabilidade do condom feminino, nos diversos períodos do estudo.
5. Descrever as dificuldades , vantagens e desvantagens do uso do condom feminino.
6. Estudar a relação entre a soro-discordância do casal e a freqüência de uso consistente de condom masculino anterior à intervenção, com a proporção de relações desprotegidas aos 90 dias de seguimento.

# 3. Sujeitos e Métodos

---

## 3.1. Desenho

Estudo clínico descritivo prospectivo, associado a estudo de conhecimento, atitude e prática/CAP (WARWICK & LININGER, 1975).

## 3.2. Tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral foi baseado na diferença observada sobre o percentual de mulheres que nunca usavam condom masculino antes e após a soroconversão. Segundo MAGALHÃES (1998), 71% das mulheres infectadas pelo HIV nunca usavam condom masculino antes de serem informadas da soropositividade, o que foi reduzido a 11,5% após o diagnóstico. Supondo impacto similar quando da oferta de condom feminino ao grupo que nunca utiliza o condom masculino, através do teste de McNemar, aceitando valor de  $\alpha = 0,01$  e  $\beta = 0,01$ , calculou-se um n de 60 mulheres. Se o percentual de mulheres com todos os coitos desprotegidos for 80% antes da intervenção

(oferta de condom feminino) e 50% após o diagnóstico da infecção, aceitando valor de  $\alpha = 0,05$  e  $\beta = 0,05$ , calculou-se um  $n$  de 73 mulheres (LACCHENBRUCH, 1992). Optou-se por estudar este total de mulheres, porque se esperava encontrar um impacto da oferta de condom feminino menor do que aquele causado pelo conhecimento da soropositividade .

### **3.3. Seleção de sujeitos**

#### **3.3.1. Critérios de inclusão:**

- ? mulheres infectadas pelo HIV
- ? atividade sexual no último mês
- ? interesse em testar o condom feminino
- ? concordar em retornar segundo o agendamento proposto pelos pesquisadores (treinamento e visitas de seguimento de 30, 60 e 90 dias).

#### **3.3.2. Critérios de exclusão:**

- ? impossibilidade de colocar o condom feminino no treinamento
- ? recusa do parceiro

### **3.4. Variáveis e conceitos**

#### **3.4.1. Independente**

- ? condom feminino

#### **3.4.2. Dependentes**

- ? Idade: número de anos completos da mulher no momento da entrevista de triagem.
- ? Escolaridade: graus completos de estudo subdivididos em: nenhum, primeiro grau, segundo grau e superior.
- ? Estado civil: situação conjugal da mulher no momento da entrevista de triagem, podendo ser: solteira, casada, amasiada, divorciada/separada ou viúva.
- ? Estado marital: situação da convivência do casal no momento da entrevista de triagem, podendo ser: vive junto ou não vive junto.
- ? Trabalho fora: situação em relação ao trabalho desempenhado pelas mulheres fora do domicílio, no momento da entrevista de triagem, dividido em: trabalha fora e não trabalha fora.
- ? Renda familiar: renda familiar referida em salários mínimos.
- ? Número de gestações: número de gestações durante toda a vida, no momento da entrevista de triagem.
- ? Número de filhos vivos: definido como número total de filhos vivos no momento da entrevista de triagem.

- ? Desejo de ter filhos: definido como desejo de ter filhos , podendo ser: não desejar mais filhos, desejar um filho, desejar mais de um filho e não saber se deseja filhos.
- ? Uso de método de prevenção contra DST/HIV antes do diagnóstico de infecção pelo HIV: podendo ser sim, não ou não saber/não lembrar.
- ? Tipo de contaminação: maneira pela qual a mulher entrevistada acredita ter adquirido a infecção pelo HIV: relação sexual com parceiro fixo, relação sexual com parceiro ocasional, drogas, sexo como profissão, transfusão e não saber/não lembrar.
- ? Parceiro fixo: definido como a mulher infectada ter um parceiro sexual fixo, podendo ser: sim ou não.
- ? Parceiro fixo infectado pelo HIV: podendo ser sim, não ou não saber/não lembrar
- ? Número total de parceiros sexuais: número total de parceiros masculinos com os quais a mulher infectada pelo HIV manteve relação sexual durante toda a sua vida.
- ? Número de parceiros sexuais durante o último ano: número total de parceiros sexuais masculinos com os quais a mulher infectada pelo HIV manteve relações sexuais no ano anterior à data da entrevista de triagem.
- ? Frequência de uso de condom masculino: porcentagem de uso de condom masculino nas relações sexuais, podendo ser: em todas as relações, em metade das relações sexuais, em menos da metade das relações sexuais ou nunca usar.

- ? Relações sexuais desprotegidas: percentual de atos sexuais sem uso de condom masculino ou feminino no período.
- ? Relações sexuais protegidas com condom feminino: percentual de relações com uso de condom feminino.
- ? Relações sexuais protegidas com condom masculino: percentual de relações com uso de condom masculino.
- ? Uso de condom feminino: proporção de mulheres, com vida sexual no período de observação correspondente, que usaram pelo menos uma vez o condom feminino.
- ? Continuidade de uso: proporção de mulheres que quiseram continuar com o método, entre as que usaram o condom feminino, no período estudado.
- ? Aceitabilidade: proporção das mulheres que usaram, responderam estarem muito satisfeitas com o método e quiseram continuar o uso do condom feminino, entre as que tiveram vida sexual no período estudado.
- ? Causas de descontinuação: categorizadas em dificuldades com o trabalho, dificuldades de transporte, mudança de cidade, internação, separação do casal, recusa do parceiro, doença do parceiro e suspensão da atividade sexual em 2 visitas consecutivas.

### **3.5. Instrumentos para coleta de dados**

(vide anexos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 )

### 3.6. Coleta de dados

O estudo foi realizado com 63 mulheres que fizeram acompanhamento ginecológico no Ambulatório de Infecções Genitais II (exclusivo para mulheres soropositivas) e 13 mulheres atendidas no Centro Corsini, organização não governamental que também atende mulheres infectadas pelo HIV. O período de estudo se estendeu de maio de 2000 até julho de 2001. As mulheres que demonstraram interesse em participar do estudo foram pré-selecionadas através do questionário de triagem (Anexo 1) pela assistente de pesquisa (psicóloga). Após serem instruídas sobre as várias etapas do estudo, receberam e assinaram o consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), ficando com uma cópia do mesmo. Após serem triadas e assinarem o consentimento, responderam a um questionário de Admissão com dados sociodemográficos, sexuais e reprodutivos (Anexo 3). Finalmente, receberam um calendário para controle mensal do número de relações sexuais e uso de condom masculino ou feminino (Anexo 6), sendo orientadas sobre o preenchimento deste.

Receberam nesta visita, 12 condons masculinos para uso em 30 dias, número baseado na média de relações sexuais semanais destas mulheres, encontrada em estudo anterior (MAGALHÃES, 1998). Retornaram em um mês, trazendo o calendário preenchido, para a visita de Treinamento. Os dados de frequência de relações sexuais, uso de condom masculino e, eventualmente de condom feminino, do mês anterior ao Treinamento foram considerados os dados basais, pré-intervenção. Após responderem a um breve questionário (Anexo 4), foi realizado um treinamento prático de inserção do condom

feminino, utilizando-se material didático com molde pélvico e condons femininos e masculinos. A usuária foi então re-orientada para preenchimento do calendário, incluindo o uso dos condons e eventuais relações desprotegidas. A partir desta visita, mensalmente foram fornecidas oito unidades de condom feminino e doze de condom masculino (ou quantidades maiores, a depender do calendário anterior), agendando-se o retorno para 30 dias (visita 1).

Nas consultas subseqüentes (30, 60 e 90 dias) foi aplicado um questionário (Anexo 5), para registro das impressões das mulheres sobre sua adaptação e aceitabilidade ao condom feminino. Em todas as visitas foram recolhidos os calendários de relações sexuais preenchidos nos 30 dias anteriores (Anexo 6).

### **3.7. Acompanhamento de sujeitos**

Foram necessárias cinco visitas ao Ambulatório (triagem, treinamento e visitas de 30, 60 e 90 dias) .

Foi solicitado à mulher infectada pelo HIV, que retornasse ao AIG II mesmo que desejasse interromper sua participação ou que telefonasse e falasse diretamente com o pesquisador principal ou assistente de pesquisa, no caso de não poder comparecer. Quando isso não ocorreu, buscou-se o contato telefônico, quando estava registrada a permissão da voluntária para tal, na admissão ao estudo (Anexo 1).

### **3.8. Processamento e Análise dos Dados**

Os questionários foram digitados em um banco de dados criado no programa Epi-Info (DEAN et al., 1990). Tabelas de contingência foram montadas com o objetivo de descrever características demográficas das pacientes amostradas.

Para avaliar as possíveis mudanças de relações sexuais dos casais amostrados, foi utilizado a Análise de Variância (ANOVA), (SCHEFFE, 1999).

As opiniões e percepções das mulheres foram avaliadas também através de tabelas de frequências, as quais foram submetidas, quando necessário, a outros testes de hipóteses não paramétricos, como o teste para amostras emparelhadas de Wilcoxon e o teste de McNemar (ARMITAGE,1974). Na comparação de número de relações desprotegidas nas diferentes visitas foi também aplicada a análise de variância não paramétrica de Friedman.

Quando o software Epi-Info tornou-se limitado para a análise estatística, o banco de dados foi transferido para o software SAS (Statistical Analysis System) onde recebeu novo tratamento. Estabeleceu-se o nível de significância em 0,05.

### **3.9. Aspectos éticos**

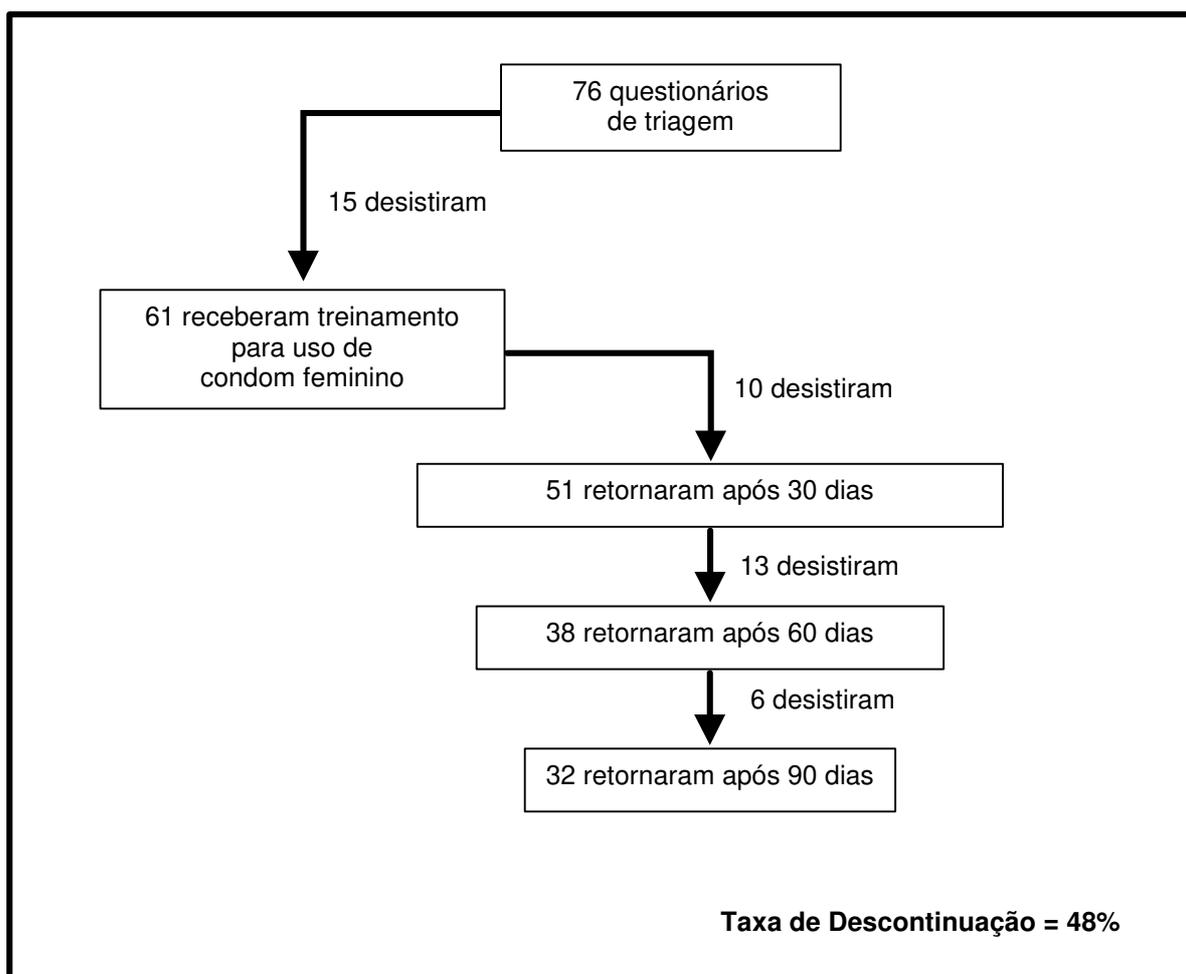
Respeitaram-se os termos da DECLARACION DE HELSINKI (1990).

## 4. Resultados

---

### 4.1. Fluxograma de participação no estudo

Um total de 76 mulheres respondeu ao questionário de triagem, após terem sido informadas do objetivo do estudo. Receberam um calendário para anotar as relações sexuais e uso de condom masculino durante trinta dias do primeiro ciclo (controle). Sessenta e uma delas compareceram à visita de treinamento (30 dias após a triagem), quando receberam as orientações sobre o uso de condom feminino, com demonstração em modelo pélvico de acrílico. Na visita 1 (30 dias após o Treinamento) compareceram 51 mulheres, na visita 2 (60dias) foram 38 mulheres e finalmente, na visita 3 (90dias), 32 mulheres retornaram para avaliação, o que correspondeu a 42,1% das mulheres presentes na entrevista de triagem e 52% das que compareceram ao Treinamento.



**Fluxograma:** Total de mulheres que responderam ao questionário de triagem e retornaram às visitas de Treinamento e de seguimento aos 30, 60 e 90 dias.

As causas de desistências foram ignoradas em quase metade das 15 mulheres que deixaram o estudo sem participar da visita de Treinamento. Corresponderam às mulheres voluntárias que não retornaram, nem responderam aos contatos telefônicos e aerogramas. As causas mais freqüentes de abandono, nesta fase, foram relacionadas às dificuldades no trabalho e a grande distância dos locais de pesquisa. Neste período,

dificuldades relacionadas ao parceiro não foram referidas pelas mulheres. Por outro lado, um quarto das desistências na fase pós-Treinamento se deveu à recusa do parceiro em usar o condom feminino ou não gostar do seu uso (Tabela 1).

**TABELA 1**  
**Causas de desistências antes e depois da visita de treinamento**

	Pré treinamento		Pós treinamento	
	n	%	n	%
<b>Relacionadas à mulher</b>	<b>8</b>	<b>53,4</b>	<b>16</b>	<b>55,2</b>
dificuldades no trabalho	4	26,7	4	13,8
dificuldades de transporte	0	0	2	7,0
mudou-se/mora longe	2	13,3	2	7,0
sem tempo	1	6,7	1	3,4
internada	0	0	4	13,8
separou-se	1	6,7	1	3,4
engravidou	0	0	1	3,4
não gostou do questionário	0	0	1	3,4
<b>Relacionadas ao parceiro</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>31,0</b>
parceiro não gostou/não quer usar	0	0	7	24,2
parceiro baleado	0	0	1	3,4
parceiro doente	0	0	1	3,4
<b>Ignorada</b>	<b>7</b>	<b>46,6</b>	<b>4</b>	<b>13,8</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

#### 4.2. Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas

Foram estudadas as características das 61 mulheres que compareceram à visita de Treinamento. Foram excluídas da análise as 15 mulheres que abandonaram a pesquisa, no intervalo compreendido entre a triagem e o treinamento com o condom feminino.

Metade das mulheres infectadas pelo HIV tinha menos de 30 anos e a grande maioria (82%) havia cursado apenas o primeiro grau escolar. Um pouco mais de dois terços delas eram casadas e apenas cerca de 3% delas eram separadas ou divorciadas. A viuvez foi encontrada em pouco mais de 10% das mulheres infectadas pelo HIV. Quase 70% dessas mulheres viviam com o parceiro, 40% trabalhavam fora de casa e a metade de todas elas tinha uma renda familiar de menos de 3 salários mínimos (Tabela 2).

**TABELA 2**  
**Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo variáveis sociodemográficas (n = 61)**

	n	%
<b>Idade</b>		
Até 19	4	6,6
20 a 24	10	16,4
25 a 29	16	26,2
? 30	31	50,8
<b>Escolaridade</b>		
1º grau	50	82,0
2º grau/superior	11	18,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira	9	14,7
Casada	43	70,5
Viúva	7	11,5
separada/divorciada	2	3,3
<b>Estado marital</b>		
não vive junto	19	31,2
vive junto	42	68,8
<b>Trabalham fora</b>		
Sim	24	39,3
Não	37	60,7
<b>Renda familiar</b>		
Até 3 s.m.	30	49,2
> 3 s.m.	31	50,8

A maioria das mulheres estudadas havia engravidado por duas ou mais vezes durante sua vida e apenas 6% delas eram nuligestas. Cerca de 42% delas tinham dois ou mais filhos vivos, enquanto 11 de 61 mulheres não tinham filhos vivos no momento da entrevista de triagem. A grande maioria das mulheres infectadas pelo HIV relatou não ter usado método de prevenção contra DST/HIV antes do conhecimento do diagnóstico de infecção. Quase 70% das mulheres referiram contaminação por via sexual, pelo parceiro fixo (Tabela 3).

**TABELA 3**  
**Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo variáveis reprodutivas e de prevenção/transmissão de DST/HIV (n = 61)**

	n	%
<b>Número de gestações</b>		
0	4	6,6
1	18	29,5
2 ou +	39	63,9
<b>Número de filhos vivos</b>		
0	11	18,0
1	24	39,4
2 ou +	26	42,6
<b>Gostaria de ter mais filhos?</b>		
Sim	23	38,3
Não	34	56,7
Não sabe	3	5,0
<i>Ignorado</i>	1	
<b>Fazia uso de algum método de prevenção contra DST/HIV antes do diagnóstico de infecção pelo HIV?</b>		
Sim	9	15,0
Não	51	85,0
<i>Ignorado</i>	1	
<b>Tipo de contaminação</b>		
Relação sexual – parceiro fixo	42	68,9
Relação sexual – parceiro ocasional	10	16,4
Drogas	3	4,9
Sexo como profissão	3	4,9
Transfusão	1	1,6
Não sabe	2	3,3

Uma pequena porcentagem das mulheres (8%) havia se relacionado com apenas um parceiro durante toda sua vida e cerca de 70% de todas as mulheres se relacionara com menos de dez parceiros. No ano anterior ao estudo, a imensa maioria delas havia se relacionado com apenas um parceiro. Das 54 mulheres que relataram relações sexuais com seu parceiro fixo, 55% sabiam que este era infectado pelo HIV e 30% delas referiram que seu parceiro não era infectado pelo vírus. A maioria de 67% das mulheres relatou usar condom masculino em todas as relações sexuais e 60% referiu contato visual anterior com o condom feminino (Tabela 4).

**TABELA 4**

**Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo variáveis sexuais (n = 61)**

	n	%
<b><i>Tem parceiro fixo</i></b>		
Sim	54	88,5
Não	7	11,5
<b><i>Parceiro fixo infectado pelo HIV*</i></b>		
Sim	30	55,6
Não	16	29,6
não sabe	8	14,8
<b><i>Número de parceiros com os quais teve relação sexual durante a vida</i></b>		
1	5	8,2
2 a 10	43	70,5
11 a 50	8	13,1
Mais de 50	5	8,2
<b><i>Número de parceiros com os quais teve relação sexual no último ano</i></b>		
1	49	80,3
2 a 5	8	13,1
Mais de 5	4	6,6
<b><i>Frequência de uso condom masculino</i></b>		
em todas as relações	41	67,2
outra frequência de uso	20	32,8
<b><i>Já viu um condom feminino?</i></b>		
Sim	37	60,7
Não	24	39,3

\*esta variável refere-se a 54 parceiros fixos

O condom masculino (83%) foi o método anticoncepcional de maior prevalência e quase um quarto das mulheres havia se submetido à ligadura tubária. Entre os métodos anticoncepcionais hormonais, que eram usados por cerca de 35% das mulheres infectadas pelo HIV, os mais prevalentes foram os anticoncepcionais injetáveis (21%). Na visita de Treinamento, apenas quatro mulheres relatavam utilizar condom feminino (Tabela 5).

**TABELA 5**  
**Porcentagem das mulheres infectadas pelo HIV segundo método anticoncepcional que estava usando na visita de triagem**

<b>Método Anticoncepcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum	2	3,3
Pílula	8	13,1
Injetável	13	21,3
Coito interrompido	1	1,6
DIU	1	1,6
Condom masculino	51	83,6
Condom feminino	4	6,6
Vasectomia	2	3,3
Ligadura tubária	14	22,9

O uso de método anticoncepcional combinado (associação de método anticoncepcional eficaz com um método de barreira) foi relatado por 36% das mulheres infectadas pelo HIV. Entre as usuárias de métodos anticoncepcionais associados com o uso de condons masculinos em 100% das relações sexuais, destacaram-se aquelas submetidas à ligadura tubária (71% usavam condom masculino em todas as relações). Somente metade das usuárias de métodos

hormonais fazia uso concomitante e consistente de condons masculinos (Tabela 6).

**TABELA 6**

**Porcentagem das mulheres infectadas pelo HIV segundo método anticoncepcional que estava usando na visita de triagem e a frequência do uso condom masculino**

Método Anticoncepcional	100% Condom		Outra Frequência de Uso	
	n	%	n	%
Pílula	4	50,0	4	50,0
Injetável	7	53,9	6	46,1
Vasectomia	1	50,0	1	50,0
Ligadura tubária	10	71,4	4	28,6

#### **4.3. Avaliação do uso de condom feminino pelas mulheres infectadas pelo HIV**

##### **4.3.1. Proporção de mulheres que praticavam relações desprotegidas nas visitas de Treinamento e nas visitas 1, 2 e 3**

Uma comparação múltipla entre as visitas mostrou que a diferença mais significativa no número de relações desprotegidas (a um nível de significância de 5%) ocorre entre a primeira e a terceira visitas. Observamos também que a proporção de mulheres que praticavam relações desprotegidas diminuiu em cerca de três vezes na primeira e na segunda visita, quando comparada com a proporção da visita de treinamento. Permaneceu reduzida para a metade quando comparada com a terceira visita. Os intervalos de variação de número

de relações sexuais (mínimo-máximo) variaram bastante, sendo que na segunda visita encontramos uma das mulheres infectadas pelo HIV que relatou ter praticado 28 relações desprotegidas (Tabela 7).

**TABELA 7**  
**Proporção de mulheres que praticavam relações desprotegidas nas visitas de Treinamento e nas visitas 1, 2 e 3**

	número total de mulheres	relações desprotegidas			relações protegidas	
		número de mulheres		número de relações (min- máx)	número de mulheres	
Visita de treinamento	59	17	29%	(1 – 25)	42	71%
Visita 1	51	5	10%	(2 – 10)	46	90%
Visita 2	37	3	8%	(5 – 28)	34	92%
Visita 3	32	5	16%	(1 – 5)	27	84%

Teste não paramétrico de Friedman  
p < 0,01

#### **4.3.2. Proporção média dos tipos de relações sexuais: desprotegidas, protegidas com condom masculino e com condom feminino**

No ciclo controle que antecedeu o treinamento, a proporção média de relações sexuais com o condom masculino foi bastante alta (84%). Apenas 2% das mulheres usavam condom feminino e 14% das relações eram desprotegidas. Quando se comparou a proporção de relações desprotegidas do ciclo controle com as visitas pós-treinamento, observou-se uma diminuição para

a metade na primeira e terceira visitas (30 e 90 dias) e para um terço na segunda visita, de 60 dias (Tabela 8 e Gráfico 1).

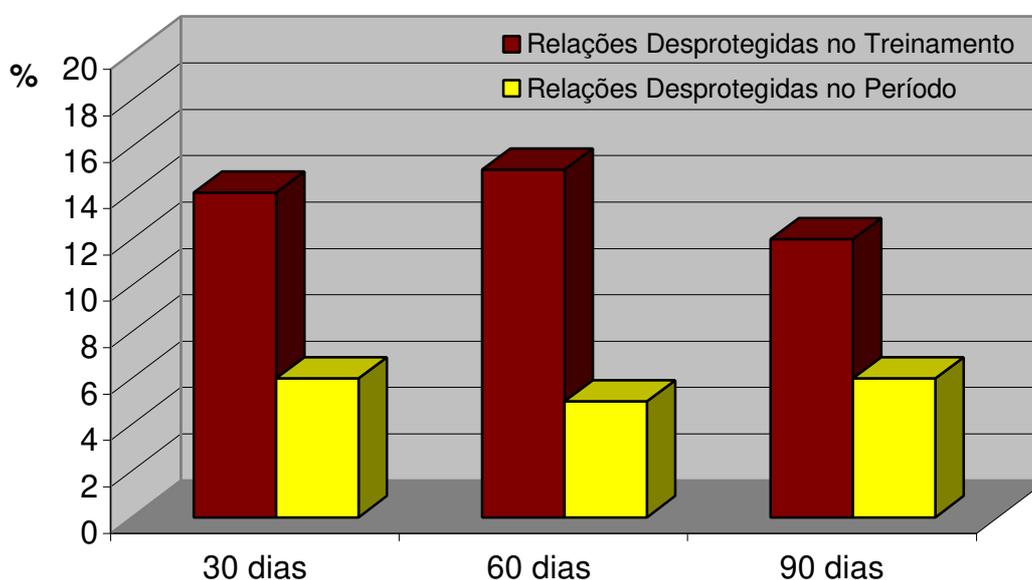
**TABELA 8**

**Proporção média de relações sexuais desprotegidas referidas na visita de treinamento e na primeira, segunda e terceira visitas**

Relações desprotegidas	Prop. média	DP	n	p *
Visita de Treinamento	0,14	0,27	47	0,02
Primeira visita	0,6	0,20	47	
Visita de Treinamento	0,15	0,28	36	0,01
Segunda visita	0,5	0,17	36	
Visita de Treinamento	0,12	0,25	32	0,17
Terceira visita	0,6	0,19	32	

n: número de pares

? Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas



**Gráfico 1.** Comparação da proporção média de relações sexuais desprotegidas na visita de Treinamento com as dos períodos de 30, 60 e 90 dias.

Quando se comparou a proporção média das relações sexuais desprotegidas apenas nos períodos das três visitas de seguimento, não houve diferença significativa entre elas, conforme se observa na Tabela 9.

**TABELA 9**  
**Proporção média de relações sexuais desprotegidas referidas na primeira visita, e na segunda e terceira visitas**

<b>Relações desprotegidas</b>	<b>Prop. média</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>p *</b>
Primeira visita	0,4	0,15	34	0,29
Segunda visita	0,5	0,18	34	
Primeira visita	0,2	0,09	31	0,14
Terceira visita	0,6	0,20	31	
Segunda visita	0,2	0,09	30	0,22
Terceira visita	0,7	0,20	30	

n: número de pares

\* Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas

Houve uma redução na proporção média de relações sexuais com uso de condom feminino na segunda e terceira visitas, em relação à primeira visita (30 dias), que não chegou a atingir significância estatística (Tabela 10).

**TABELA 10**

**Proporção média de relações sexuais com uso de condom feminino referidas na primeira visita, e na segunda e terceira visitas**

<b>Relações com uso de CF</b>	<b>Prop. média</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>p *</b>
Primeira visita	0,54	0,29	34	0,34
Segunda visita	0,49	0,30	34	
Primeira visita	0,56	0,28	31	0,09
Terceira visita	0,45	0,26	31	
Segunda visita	0,55	0,28	30	0,08
Terceira visita	0,44	0,27	30	

n: número de pares

\* Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas

A proporção média de relações sexuais com condom masculino nas visitas de 30 a 90 dias permaneceu estável, entre 42% a 49% (Tabela 11).

**TABELA 11**

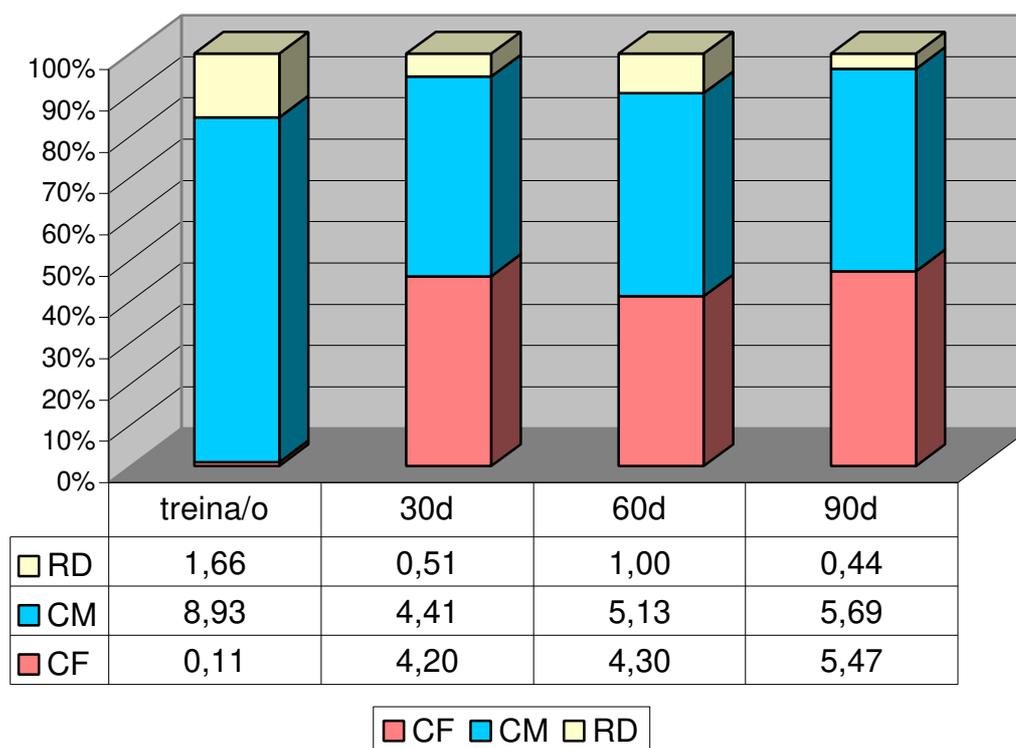
**Proporção média de relações sexuais com uso de condom masculino referidas na primeira visita, e na segunda e terceira visitas**

<b>Relações com uso de CM</b>	<b>Prop. média</b>	<b>DP</b>	<b>n</b>	<b>p *</b>
Primeira visita	0,42	0,28	34	0,43
Segunda visita	0,46	0,29	34	
Primeira visita	0,42	0,27	31	0,27
Terceira visita	0,49	0,28	31	
Segunda visita	0,43	0,27	30	0,41
Terceira visita	0,49	0,28	30	

n: número de pares

\* Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas

O número médio de relações sexuais, para cada mulher, apresentou uma variação entre 10 a 12 relações sexuais em cada período estudado. Este número médio de relações sexuais por período se manteve estável, mas observou-se uma nítida substituição do uso do condom masculino pelo feminino, nas visitas que se seguiram ao treinamento (Gráfico 2).



**Gráfico 2.** Distribuição proporcional dos tipos de relações sexuais nos diversos períodos de estudo, considerando-se o número médio de relações sexuais.

### 4.3.3. Uso, continuidade e aceitabilidade do Condom Feminino

A aceitabilidade do condom feminino (mulheres que usaram, desejaram continuar o uso e responderam estarem muito satisfeitas com o método, entre as que tiveram atividade sexual no período) aumentou progressivamente nos períodos de estudo, chegando a 68% no final de 90 dias. O mesmo aconteceu com a continuidade de uso (mulheres que estavam muito satisfeitas com o método e desejaram continuar o uso, entre as que usaram no período), que passou de 46% para 78%. A proporção de uso (mulheres que usaram pelo menos uma vez o CF) foi bastante alta (acima de 87%) nas visitas de 30, 60 e 90 dias (Tabela 12).

**TABELA 12**

**Distribuição das mulheres, segundo uso, continuidade de uso e aceitabilidade, aos 30, 60 e 90 dias**

Visitas	n	Usaram	Querem continuar usando + muito satisfeitas	Uso %	Continuidade %	Aceitabilidade %
	(1)	(2)	(3)	(2)/(1)	(3)/(2)	(3)/(1)
30 dias	48	45	21	93	46	43
60 dias	36	34	22	94	64	61
90 dias	32	28	22	87	78	68

(1) - n - número de mulheres sexualmente ativas no período

(2) - mulheres que usaram o CF

(3) - mulheres que querem continuar o uso de CF e responderam estarem muito satisfeitas com o método / divisão, proporção

#### 4.3.4. Opinião, dificuldades, vantagens e desvantagens da CF, segundo a visão da usuária

Na primeira visita, após 30 dias do Treinamento, 45 das 51 mulheres haviam utilizado o condom feminino. Metade delas relatou estar muito satisfeita com o uso, 38% referiu estar mais ou menos satisfeita e apenas 11% delas se mostrou insatisfeita. Apenas um quarto das mulheres referiu que teria condições de comprar o condom feminino, a um custo de R\$ 2,00-2,50, se este não fosse fornecido (Tabela 13).

**TABELA 13**

**Distribuição percentual das mulheres segundo variáveis sobre opinião e uso do condom feminino na visita de 30 dias #**

Variável	(%)
<b><i>Sabendo que o preço médio de cada CF é de R\$2,00-2,50, a mulher acha que teria condições de comprá-la</i></b>	
Sim	24
Não	66
Não sabe	10
(n)	(51)
<b><i>Mulher usou o CF desde o treinamento</i></b>	
Sim	88
Não	12
(n)	(51)
<b><i>Como a mulher tem se sentido em relação ao CF #</i></b>	
Muito satisfeita	51
Mais ou menos satisfeita	38
Insatisfeita	11
(n)	(45)

# Das mulheres participantes do estudo, 6 não usaram o CF desde o treinamento.

Entre as dificuldades com o uso do CF, metade delas relatou problemas para a colocação, cerca de um terço das mulheres referiu desconforto e barulho

durante a relação sexual e 16% queixou-se de excesso de lubrificação. Aproximadamente um quinto das mulheres considerou como dificuldade a recusa do parceiro em manter relações sexuais com o uso de CF (Tabela 14).

**TABELA 14**  
**Porcentagem das mulheres segundo dificuldades no uso do**  
**condom feminino, na visita de 30 dias #**

<b>Dificuldades</b>	<b>(%)</b>
Nenhuma	20
Dificuldade para colocar	49
Desconforto durante a relação sexual	29
Faz barulho	27
Parceiro se recusou a usar	22
Muito lubrificada	16
Interferiu diminuindo o interesse sexual	9
Interferiu diminuindo o prazer	7
Dificuldade para tirá-la	7
Penetração por fora do CF	4
Outras	9
(n)	(45)

# Das mulheres participantes do estudo, 6 não usaram o CF no período entre o treinamento e a visita de 30 dias.

As características do CF que as mulheres referiram que mais gostavam foram: “a mulher decide quando usar” e a “proteção contra gravidez e DST/HIV”, segundo resposta de aproximadamente metade das mulheres. A não dependência da vontade do homem, para o uso do CF, agradou 42% das

mulheres e um quinto delas respondeu que poder ser usada apenas na relação sexual era algo de que gostavam. Outras características foram citadas por expressivos 58% das mulheres, porém não puderam ser re-agrupadas. Foram citadas: aumenta o prazer, protege a vulva/vagina, sentiu-se mais à vontade ou livre, não causa irritação na vulva/vagina, se sente mais segura/tranquila e é mais resistente que o condom masculino (Tabela 15).

**TABELA 15**  
**Porcentagem das mulheres segundo vantagens (“o que mais gostou”) do condom feminino, na visita de 30 dias) #**

Vantagens	(%)
A mulher decide quando usar	53
Protege da gravidez e das DST/HIV/AIDS	47
Não depende do homem	42
Protege das DST/HIV/AIDS	40
Só é usada na relação	24
É fácil usar	22
Outras	58
(n)	(45)

# Das mulheres participantes do estudo, 6 não usaram o CF desde o treinamento.

Ser caro e feio foram características de que as mulheres menos gostaram em relação ao CF, o que foi referido por aproximadamente metade das mulheres infectadas pelo HIV. O barulho no momento da relação sexual foi relatado por um terço delas. Um quinto dessas mulheres referiu que o parceiro não gosta de usar (Tabela 16).

**TABELA 16****Porcentagem das mulheres segundo desvantagens (“o que menos gostou”) do condom feminino, na visita de 30 dias #**

Vantagens	(%)
É caro	61
É feio	50
Faz barulho	32
Muito lubrificada	23
Parceiro não gostou	21
Outras	21
Diminui a sensibilidade	7
Tem cheiro ruim	2
Diminui o prazer sexual	2
(n) *	(44)

# Das mulheres participantes do estudo, 6 não usaram o CF desde o treinamento.

\* Faltou informação de 1 mulher.

As dificuldades com o uso do CF, relatadas ao longo do período de observação, foram comparadas para observar possíveis mudanças entre as visitas de 30 e 90 dias, usando-se o Teste de McNemar para amostras emparelhadas. Houve um aumento significativo das mulheres que referiram não ter nenhuma dificuldade com o CF (41% na visita de 90 dias, contra 17% na visita de 30 dias). Houve uma acentuada diminuição das dificuldades referidas para colocar e desconforto/barulho durante a relação sexual. A referência ao barulho, citada como dificuldade com o uso e também como desvantagem do CF, caiu de 24% na primeira visita, para 7% de referência na visita de 90 dias (Tabelas 17 e 18).

**TABELA 17**

**Distribuição percentual das mulheres segundo dificuldades no uso do CF, referidas na primeira e terceira visitas**

Dificuldade	%	p #
<b>? Nenhuma</b>		<b>&lt;0,01</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>3</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>41</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>14</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>41</b>	
<b>? Dificuldade para colocar</b>		<b>0,07</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>31</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>14</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>48</b>	
<b>? Desconforto durante a relação sexual</b>		<b>0,07</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>24</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>3</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>69</b>	
<b>? Faz barulho</b>		<b>0,06</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>17</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>7</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>76</b>	
<b>? Parceiro se recusou a usar</b>		<b>0,38</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>14</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>0</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>83</b>	
<b>? Muito lubrificada</b>		<b>&gt;0,99</b>
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>7</b>	
Não referida visita 1 e referida na 3	<b>10</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>7</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>76</b>	
<b>? Interferiu diminuindo o interesse sexual</b>		<b>&gt;0,99</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>0</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>0</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>100</b>	
<b>? Dificuldade para tirá-la</b>		<b>&gt;0,99</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>7</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>0</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>90</b>	
<b>? Interferiu diminuindo o prazer sexual</b>		<b>&gt;0,99</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>3</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>0</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>97</b>	
<b>? Penetração por fora do condom</b>		<b>0,50</b>
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>0</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>0</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>93</b>	
(n)	(29)	

# Teste qui-quadrado de McNemar para amostras emparelhadas; comparação das mudanças antes x depois

**TABELA 18**

**Distribuição percentual das mulheres segundo desvantagens (“o que menos gostou”) do CF, referidos na primeira e terceira visitas**

<b>Desvantagem</b>	<b>%</b>	<b>p #</b>
<b>? <i>É caro</i></b>		0,75
Referida na visita 1 e não referida na 3	<b>14</b>	
Não referida na visita 1 e referida na 3	<b>21</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	48	
Não referida nas visitas 1 e 3	17	
<b>? <i>É feio</i></b>		0,51
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>21</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>10</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	24	
Não referida nas visitas 1 e 3	45	
<b>? <i>Faz barulho</i></b>		<b>0,03</b>
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>21</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	7	
Não referida nas visitas 1 e 3	72	
<b>? <i>Muito lubrificada</i></b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>3</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	14	
Não referida nas visitas 1 e 3	76	
<b>? <i>Parceiro não gostou</i></b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>0</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	3	
Não referida nas visitas 1 e 3	93	
<b>? <i>Diminui a sensibilidade</i></b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>3</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	0	
Não referida nas visitas 1 e 3	93	
<b>? <i>Tem cheiro ruim</i></b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>0</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	3	
Não referida nas visitas 1 e 3	97	
<b>? <i>Diminui o prazer sexual</i></b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>0</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>0</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	0	
Não referida nas visitas 1 e 3	100	
(n)	(29)	

# Teste qui-quadrado de McNemar para amostras emparelhadas; comparação das mudanças antes x depois

Não houve alterações significativas nas vantagens apontadas pelas mulheres infectadas pelo HIV, quando se compararam as visitas de 30 e de 90 dias (Tabela 19).

**TABELA 19**

**Distribuição percentual das mulheres segundo vantagens (“o que mais gostou”) do CF, referidos na primeira e terceira visitas**

Vantagem	%	p #
<b>? A mulher decide quando usar</b>		0,07
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>31</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>31</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>31</b>	
<b>? Protege da gravidez e das DST/HIV/AIDS</b>		0,69
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>14</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>38</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>41</b>	
<b>? Não depende do homem</b>		0,55
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>14</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>24</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>38</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>24</b>	
<b>? Protege das DST/HIV/AIDS</b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>7</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>3</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>45</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>45</b>	
<b>? Só é usada na relação</b>		0,34
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>24</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>10</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>7</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>59</b>	
<b>? É fácil usar</b>		>0,99
Referida na visita 1 e não referida na visita 3	<b>7</b>	
Não referida na visita 1 e referida na visita 3	<b>7</b>	
Referida nas visitas 1 e 3	<b>21</b>	
Não referida nas visitas 1 e 3	<b>66</b>	
(n)	(29)	

# Teste qui-quadrado de McNemar para amostras emparelhadas; comparação das mudanças antes x depois

#### 4.3.5. Relação entre a soro-discordância do casal e a frequência de uso consistente de condom masculino com a proporção de relações desprotegidas

Na visita final do estudo, aos 90 dias, observou-se uma grande porcentagem (81%) de relações protegidas entre as mulheres cujos parceiros eram soronegativos para o HIV, porém a diferença não foi significativa quando se comparou com as que tinham parceiros soropositivos. As mulheres que relataram que seus parceiros usavam consistentemente o condom masculino em todas as relações sexuais na fase anterior ao estudo, foram as que apresentaram maior proporção (95%) de relações protegidas na visita de 90 dias (Tabela 20).

**TABELA 20**

**Associação entre a condição sorológica do parceiro e uso consistente de condom no ciclo controle com relações desprotegidas ao final do estudo (n=32)**

	Relações Desprotegidas				p-valor
	Não		sim		
	n	%	n	%	
Parceiro Fixo					
não tem parceiro fixo	3	100,0	0		0,59
Infectado	9	60,0	6	40,0	
não infectado	9	81,8	2	18,2	
não sabe	2	66,7	1	33,3	
Frequência anterior de uso de condom masculino					
em todas as relações	19	95,0	1	5,0	< 0,01
outras frequências	4	33,3	8	66,7	

## 5. Discussão

---

O condom feminino é um método anticoncepcional considerado como uma opção efetiva para a prevenção de DST/HIV, porém pouco se sabe sobre o seu uso em mulheres vivendo com o HIV.

Este é um dos primeiros estudos específicos sobre o uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. Seus resultados, envolvendo 76 mulheres infectadas pelo HIV atendidas no Ambulatório de Infecções Genitais da Unicamp -AIG II e no Centro Corsini, mostraram altas taxas de uso, continuidade e aceitabilidade do condom feminino. A proporção média de uso do condom feminino, em torno de metade das relações sexuais em cada período de estudo, foi consistente e manteve-se estável nos 90 dias. A oferta do condom feminino, como mais uma opção de método de barreira para a mulher infectada pelo HIV, levou a uma expressiva diminuição da proporção média das relações sexuais desprotegidas, isto é, sem o uso de condons masculinos ou femininos.

Foram encontradas algumas dificuldades no manuseio do método pelas mulheres, especialmente no período inicial de uso. Porém, estas foram superadas com a continuidade deste uso. Entre as vantagens mais citadas se destacaram: o poder de decisão do uso pertencer à mulher, a dupla proteção contra gravidez e DST/HIV e não depender do homem para usar o método. As desvantagens do condom feminino mais referidas foram: alto preço, ser feio e fazer barulho. As duas primeiras continuaram citadas até o final dos 90 dias de seguimento, mas o relato de barulho durante a relação sexual com o CF, praticamente desapareceu ao final do estudo.

As perdas de 15 casos observadas entre as visitas de Triagem e Treinamento, e de outras dez mulheres entre o Treinamento e a visita de 30 dias reduziram de forma importante o grupo de mulheres que puderam ser acompanhadas e analisadas no estudo. As razões de ordem pessoal foram responsáveis por um quarto destas desistências e dificuldades para deixar o trabalho foram alegadas por aproximadamente 28% delas. Tais motivos diferem dos encontrados em outros estudos, nos quais a recusa do parceiro em querer experimentar o condom feminino, foi uma das principais causas de abandono inicial (MADRIGAL, SCHIFER, FELDBLUM, 1998; MACALUSO et al., 2000).

Em outro estudo realizado entre 101 mulheres não infectadas pelo HIV, provenientes de ambulatório de ginecologia geral de outro hospital público brasileiro, os autores experimentaram o mesmo problema. Apenas 70% concordaram em experimentar o condom feminino (BUCHALA et al., 1996). Outros autores relataram perdas iniciais no recrutamento e treinamento de

mulheres, em estudos com desenho e populações não-infectadas pelo HIV semelhantes aquelas do estudo anterior (GOLLUB & STEIN, 1993; FARR et al., 1994). Numa pesquisa com 99 casais africanos de alto risco para infecção pelo HIV, apenas 51% compareceram na visita de avaliação após o recrutamento, mostrando perda ainda maior, numa população mais próxima da avaliada no presente estudo (MUSABA et al., 1998).

Mais recentemente, em um estudo de fatores associados ao uso de condom feminino em mulheres infectadas pelo HIV, 23% das 90 mulheres se recusaram a testar o seu uso, após uma visita de esclarecimento e treinamento (KALICHMANN, ROMPA, CAGE, 2000). Foram observações muito próximas dos quase 20% de perda, encontrados no presente estudo e sugerem que novos esforços devam ser dedicados à tentativa de se obter melhor receptividade inicial.

Os achados sociodemográficos referentes às mulheres aqui estudadas (jovens, de baixa renda e com escolaridade primária) mostram não ter havido modificações importantes, ao longo dos anos, no perfil das mulheres infectadas pelo HIV atendidas no Ambulatório de Infecções Genitais da UNICAMP-AIGII (AMARAL, 1996; MAGALHÃES, 1998).

O método anticoncepcional mais usado, no momento da triagem, foi o condom masculino (84%). Esta porcentagem inicial de uso é o dobro daquela observada no México e República Dominicana (FARR et al., 1994), e bem maior que os 27,7% de uso em estudo brasileiro anterior (BUCHALLA, 1996), ambos

em populações de ambulatórios de ginecologia geral. Também é muito maior que os valores observados na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996. Neste estudo de base populacional e de abrangência nacional, 33% das mulheres referiram uso de condom masculino como método anticoncepcional. Estudos anteriores, realizados no mesmo serviço para mulheres infectadas pelo HIV também apresentaram taxas menores de uso de condons masculinos (AMARAL, 1996; MAGALHÃES, 1998). Este achado representa uma grande melhoria na informação sobre a importância de seu uso e da adesão dos casais vivendo com HIV.

Uma porcentagem elevada de esterilização tubária foi encontrada em torno de um quarto das mulheres infectadas pelo HIV. Esta prevalência não se modificou nos últimos anos, comparando-se com resultados anteriores de avaliações do mesmo serviço, anteriormente citadas. Porém, a prevalência de mulheres esterilizadas no estudo atual é bem menor que os 34% observados na cidade de Goiânia, numa recente avaliação de aceitabilidade do CF entre mulheres não infectadas pelo HIV (BERQUÓ et al., 1999). Sendo a ligadura tubária um método de contracepção definitivo, é necessário um intervalo maior para se observarem modificações consideráveis em sua prevalência. É importante lembrar que tal estratégia de anticoncepção, usando os métodos definitivos de esterilização, foi uma tentativa de procurar uma redução mais efetiva na transmissão vertical da doença, nas fases iniciais da epidemia, antes do advento das drogas anti-retro virais (DIAZ et al., 1995).

Estratégias de abordagem anticoncepcional baseadas em ligadura tubária são questionadas por autores, alegando-se que desestimulariam o uso de contraceptivos que interferem na relação sexual, mas que ao mesmo tempo, promovem a negociação sexual e a divisão de responsabilidade pelo evitar filhos com os parceiros, como sugerem acontecer com os métodos de barreira , incluindo o condom feminino (BARBOSA & VILLELA, 1995). As mudanças na expectativa de vida para as mulheres infectadas pelo HIV, com o uso de múltiplas drogas e a eficácia do uso de AZT para diminuir a transmissão vertical, sugerem que a esterilização tubária deve perder seu destacado papel, anteriormente observado no grupo de mulheres infectadas pelo HIV. As estratégias de anticoncepção devem contemplar sim, as necessidades ligadas à transmissão materno-infantil e diminuição de re-infecção ou disseminação do HIV, sem esquecer a participação dos parceiros nessas responsabilidades (LINDSAY et al., 1995). Atenção especial deve ser dada à afetividade e hábitos sexuais dessas mulheres, sabidamente modificados após o conhecimento do diagnóstico (SPIRA, BAJOS, DUCOT, 1994; GIR & DUARTE, 1997).

Tal alerta sobre esterilização tubária em mulheres infectadas pelo HIV vem sendo discutido por vários autores (MBORI-NGACHA et al.,1998; MAGALHÃES, 1998; PUROHIT et al.,1998; RHIND & JAMES, 1998; RUDIN, LAUBEREAU, LAUPER, 1998; MARKS, BURRIS, PETERMAN, 1999). A expectativa de diminuição de mulheres esterilizadas no grupo de mulheres infectadas pelo HIV, se deve a que, com o maior uso de anti-retro virais e conseqüente diminuição da transmissão materno-fetal, esperaríamos que mais

mulheres infectadas pelo HIV desejassem ter filhos e evitassem métodos definitivos de anticoncepção (GALAVOTTI & SCHNELL, 1994; LANDESMAN et al., 1996; DE VINCENZI et al., 1997; BLOCKER & COHEN, 2000). De fato, muitas destas mulheres já têm procurado serviços de reprodução assistida, especialmente em situações de discordância do casal, com parceiro masculino soropositivo e mulher negativa. Como consequência, vários trabalhos e autores já têm publicado bons resultados de reprodução assistida, sem contaminação da parceira ou da criança e as sociedades de reprodução estão revendo suas normas de exclusão para atendimento (BLOCKER & COHEN, 2000).

O uso de método combinado (método anticoncepcional eficaz associado a método de barreira), foi observado em 22 das 76 mulheres presentes na entrevista de triagem de triagem, sendo bem maior que a encontrada em estudo anterior do mesmo serviço, quando era utilizado por apenas 12% das mulheres infectadas pelo HIV (MAGALHÃES, 1998). Tais resultados, obtidos num período de três anos, parecem refletir a preocupação e a rotina do AIG II- UNICAMP, em tentar orientar a anticoncepção combinada em todas as consultas, sempre que possível.

Encontramos diminuição significativa de relações desprotegidas, de 14% no ciclo controle (pré-Treinamento) para 6% aos 30 dias. No Brasil, quando o condom feminino foi oferecido junto com o condom masculino para 1500 mulheres de 6 cidades, a proporção de relações sexuais protegidas por qualquer dos dois tipos de condons, aumentou de 31% para 65% (BERQUÓ et al., 1999). É importante afirmar que, no mês anterior ao fornecimento do

condom feminino para as mulheres do nosso estudo, a proporção média de relações sexuais desprotegidas era bem menor (14%) que a do estudo anterior. Mesmo assim, observou-se uma queda significativa que se manteve estável até os 90 dias.

A diminuição de 2 a 3 vezes na proporção média de relações sexuais desprotegidas (sem uso de condons masculinos ou femininos) repete, neste grupo de mulheres brasileiras, achados de MUSABA et al., (1998) e MACALUSO et al., (2000) em mulheres não infectadas pelo HIV. Na Tailândia, uma população de mulheres trabalhadoras do sexo foi randomizada, oferecendo-se apenas CM para um grupo e CF e CM para o outro. O uso de CM foi menor no grupo em que foram oferecidos os 2 tipos de condons, quando comparado com o grupo que só recebeu o CM (88,2% e 97,5%). Houve também uma redução de 17% na proporção de relações desprotegidas, uma diferença que se manteve ao longo de um ano (FONTANET et al., 1998). No presente estudo, encontrou-se uma redução ainda maior (35%) nas relações sexuais com o uso de condom masculino, ao final dos 90 dias. O número médio de relações sexuais se manteve estável, mas houve uma substituição do uso de condom masculino pelo feminino, nos períodos de 30 a 90 dias.

Em um estudo envolvendo 919 mulheres de uma clínica de doenças sexualmente transmissíveis, com seguimento de seis meses incluindo diário de relações sexuais, 731 mulheres relataram ter usado o condom feminino pelo menos uma vez durante o primeiro mês de seguimento, o que corresponde a uma taxa de uso de 79%. No final do estudo, 8% das mulheres usaram

exclusivamente o CF e 15% usaram exclusivamente o CM. O uso dos dois tipos de condons foi relatado por 73% das mulheres e apenas 3% não usaram método de barreira (MACALUSO et al., 2000). Embora os resultados deste estudo sejam semelhantes aos nossos, não encontramos uso exclusivo de CF por nenhuma das 32 mulheres infectadas pelo HIV que concluíram a observação, aos 90 dias. Mas isso ocorreu para alguns casos, em um ou outro ciclo, ou seja, de maneira esporádica.

As definições de aceitabilidade nos principais estudos sobre o CF são, na sua maioria, baseados em questionários onde se pergunta diretamente à mulher ou casal a opinião sobre o mesmo (GREGERSEN & GREGERSEN, 1989; TRUSSELL, 1998; MADRIGAL et al., 1998; MUSABA et al., 1998). Outros pesquisadores definem a aceitabilidade como a taxa de mulheres que usaram, gostaram e querem continuar usando o CF (BERQUÓ et al., 1999). Isto torna difícil a comparação entre os diversos estudos. Preferimos a segunda maneira para avaliar a aceitabilidade, pois nos pareceu evitar uma possível maior valorização da resposta positiva, quando se pergunta apenas se a mulher ou o casal aprovou ou não o uso do CF. Além disso, a maneira escolhida para avaliar a aceitabilidade do CF, em nosso trabalho, associa o uso e o desejo de continuidade de uso, a ter respondido estar muito satisfeita com o método. Excluimos do cálculo de aceitabilidade as mulheres que responderam estarem mais ou menos satisfeitas com o método.

Considerando as definições adotadas, coincidentes com aquelas utilizadas no estudo brasileiro que avaliou o uso do condom feminino em

contextos sociais diversos (BERQUÓ et al., 1999), encontramos, altas taxas de uso (87%), continuidade (78%) e aceitabilidade (68%), aos 90 dias entre mulheres infectadas pelo HIV. Em relação aos três parâmetros de avaliação, existiu praticamente uma sobreposição na taxas de uso (93%) dos dois estudos. Porém, as taxas de continuidade e aceitabilidade, na presente avaliação foram ambas 11% mais baixas que as observadas no estudo citado, aos 90 dias. As menores taxas de continuidade e aceitabilidade parecem ser devidas a que sete mulheres deixaram o estudo nesta fase, 42% por recusa do parceiro e o restante delas por razões pessoais. Uma outra forte razão para a menor continuidade e aceitabilidade é a condição de instabilidade clínica, psicológica e social destes casais, em função das múltiplas demandas de sua condição. A instabilidade na atividade sexual, passando por períodos prolongados de abstinência, foi uma observação freqüente neste estudo e em estudos anteriores (GIR & DUARTE, 1997; MAGALHÃES, 1998).

Estudo elaborado para estudar a eficácia e aceitabilidade do CF, realizado em 195 mulheres de uma clínica de Planejamento Familiar no Japão, encontrou uma aceitabilidade de 53% (definida em pergunta direta de um questionário onde se inquiria ser muito aceitável, aceitável ou não aceitável) e uma rejeição ao método de cerca de 25% (TRUSSELL, 1998). Observaram-se taxas de aceitabilidade baixa, de 30 a 40%, em outros estudos com populações de clínicas de DST e Planejamento Familiar (GREGERSEN & GREGERSEN, 1989; FARR et al., 1994). Neste estudo com mulheres infectadas pelo HIV, encontramos taxas altas de aceitabilidade ao CF, possivelmente por serem

mulheres bastante estimuladas ao uso de métodos de barreira. Recente estudo realizado em 90 mulheres infectadas pelo HIV, em Wisconsin, USA, encontrou uma taxa de 77% de uso, mas apenas 30% das mulheres estavam usando o condom ao final do estudo. Os autores observaram uma maior taxa de uso do condom feminino entre mulheres que tinham múltiplos parceiros e que relataram poucas relações desprotegidas no período anterior à sua oferta (KALICHMAN et al., 2000).

Em estudos relacionando o tipo de parceiro sexual e a consistência de uso de condom feminino, observou-se um maior uso entre mulheres com parceiros fixos do que naquelas com um novo parceiro ou com um parceiro ocasional (MACALUSO et al., 2000). Em contra-partida, no estudo brasileiro de uso de condom feminino realizado em várias cidades e em contextos sociais diversos, a maioria de 81% das usuárias usou o condom feminino independente do tipo de parceria sexual (BERQUÓ et al., 1999). No presente estudo, nas 32 mulheres que compareceram aos 90 dias, observou-se uma significativa predominância de uso entre aquelas que seus parceiros relataram uso prévio consistente de condom masculino. Tais resultados sugerem que a experiência de proteção da relação sexual, anterior à intervenção de oferta de condom feminino, seja um fator importante na continuidade de uso, pois foram obtidos ao final dos 90 dias. Os casais soro-discordantes (parceiro masculino soro-negativo) apresentaram uma maior proporção de relações protegidas, como era de se esperar, porém não houve diferença significativa quando comparados com os casais soro-concordantes.

Uma outra forma de se calcular a continuidade de uso do condom feminino, seria a proporção entre as mulheres presentes na visita de 90 dias (n=32) e as mulheres presentes na visita de treinamento (n=61). Essa forma de cálculo adotada pelos especialistas em Planejamento Familiar (SEKADDE-KIGONDU et al., 1996) reduziria as taxas de continuidade de uso do presente estudo, de 78% para 52%. Ainda assim, seria uma taxa de continuidade maior que os 30% observados no outro estudo sobre infectadas pelo HIV, referido acima (KALICHMAN et al, 2000).

Os dados do presente estudo mostraram altas taxas de uso, continuidade de uso e de aceitabilidade, o que sugere uma boa receptividade ao condom feminino por este grupo de mulheres. Autores apontam para a importância da forma e da qualidade da oferta dos serviços de saúde na obtenção de altos índices de aceitabilidade dos métodos de barreira, entre eles o condom feminino (MANE & AGGLETON, 1999; KALICHMAN et al., 2000). A mesma conclusão pode ser encontrada no estudo brasileiro em contextos sociais diversos, realizado entre mulheres de unidades de saúde (BERQUÓ et al., 1999). A população de mulheres infectadas por HIV que é atendida na UNICAMP recebe uma atenção, de fato, diferenciada, pois o atendimento ginecológico em ambulatório específico vem ocorrendo desde 1994, alguns anos após o início do atendimento pré-natal em 1988. Paralelamente, em um enfoque de atenção integral à saúde, a presença de psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais é a norma nestes serviços, o que é especialmente

necessário para estas mulheres. Isto, certamente, tem garantido maior adesão das usuárias ao serviço e às intervenções.

As dificuldades no uso do condom feminino foram bastante prevalentes por ocasião da visita de 30 dias, quando praticamente a metade das mulheres relatou dificuldade para colocação e cerca de um terço delas relatou desconforto e barulho durante a relação sexual. A dificuldade para a colocação foi um pouco maior que a encontrada no Estudo de Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos, porém, os dois estudos se sobrepõem em relação às outras dificuldades (BERQUÓ et al., 1999). Procuramos estudar a evolução destas dificuldades de uso, em cada mulher. Notamos que foi significativo o progresso das mulheres no manuseio do CF e houve diminuição nas referências de dificuldade para colocar, desconforto e barulho no momento do ato sexual. Resultado semelhante ocorreu no trabalho conduzido na Costa Rica, numa população de trabalhadoras do sexo, onde os problemas mais comuns nas primeiras duas semanas, foram: dificuldade para inserir (61%) e desconforto durante a relação sexual (43%). Entretanto, após quatro semanas, houve redução destes problemas para 22% e 25%, respectivamente (MADRIGAL et al., 1998).

Mais uma vez, pode-se inferir que o uso do CF por tempo mais prolongado leva a uma melhor adaptação, provavelmente por uma maior familiaridade com o método, facilitando o uso pelos casais. Isso reforça a necessidade de retornos de avaliação/orientação precoces quando o casal inicia o uso deste método e a inadequação de sua distribuição pelos serviços

sem uma estratégia adequada de capacitação dos profissionais e oferecimento aos usuários, que não permita acesso rápido se houver dificuldades com o uso.

A decisão de uso controlada pela mulher foi relatada por mais da metade das mulheres, como uma vantagem da CF. Seguiram-se, em ordem decrescente, a dupla proteção contra gravidez e DST/HIV e de não depender do homem para o uso. Novamente nossos resultados se confundem com os obtidos no Estudo de Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos, ambos apontando para uma maior capacidade de proteção e negociação das mulheres (BERQUÓ et al., 1999). A maioria dos trabalhos sobre o CF enfatiza estas mesmas vantagens e, na sua disponibilidade, o apontam como uma possibilidade a mais para a negociação da relação sexual com o parceiro masculino (FARR et al., 1994; BUCHALA et al., 1996; MUSABA et al., 1998; KALICHMAN et al., 2000; MACALUSO et al., 2000). Encontramos uma opinião discordante na literatura em relação ao aumento de poder de negociação da mulher em relação ao condom feminino. Um sociólogo canadense interroga: “Será que estas novas tecnologias de anticoncepção, entre elas o condom feminino, mudam real e profundamente a vida das mulheres num aspecto profundamente positivo de melhora de negociação sexual ? Em contra partida, seriam apenas um meio de usar a mulher mais uma vez, para aliviar um problema público de saúde, seja ele de super população, espaçamento de filhos ou de evitar a disseminação de DST/HIV?” (KALER, 2001). A vivência com orientação anticoncepcional a estas mulheres e a

introdução do CF no arsenal a ser oferecido nos fazem acreditar que esta é, sim, uma motivação auxiliar para negociação com os parceiros.

Ainda, em relação ao *empowerment* da mulher, autores sublinham “a importância de se adotar uma perspectiva multidimensional, culturalmente específica, que encare esse *empowerment* como um *continuum*, e não como um produto final”. Deve-se respeitar a diversidade de maneiras com as quais homens e mulheres procuram se comunicar sobre assuntos sexuais e reprodutivos, bem como múltiplas oportunidades de negociação que essa comunicação possibilita (MANE & AGGLETON, 1999).

Estudando fatores facilitadores e barreiras ligadas ao uso do condom feminino, em São Francisco, USA, os autores identificaram quatro tipos de fatores: mecânico, psico sexual, inter-pessoal e situacional. Os fatores mecânicos incluíram os aspectos positivos e negativos do condom feminino e as dificuldades com a sua inserção. Os fatores psico-sexuais foram o poder de negociação, ser mais uma opção anticoncepcional e de prevenção de DST/HIV e desconforto nas relações. Os fatores inter-pessoais incluíram o aumento na comunicação dos casais, o estado real do relacionamento, preferências e objeções do parceiro. Finalmente, as situações que levaram as mulheres a declinar do uso do método foram: não terem acesso ao CF no momento da relação sexual e já estarem usando outras formas de anticoncepção (CHOI et al., 1999).

Entre as limitações deste estudo, a mais importante pareceu ser o número de perdas de seguimento de mulheres no início da pesquisa. Procuramos minimizar as perdas estudando atentamente os motivos de abandono, que se concentraram em motivos pessoais, como dificuldades para deixar o trabalho e comparecer às visitas propostas. Em contrapartida, é uma das primeiras observações prospectivas mundiais sobre o condom feminino feitas exclusivamente numa população infectada pelo HIV. Até onde pudemos buscar, é o primeiro estudo brasileiro nesta população de mulheres.

Nossos achados coincidem com aqueles de estudos prévios, onde se observou que quando lhes é dada possibilidade de escolher entre os métodos de barreira, a maioria das mulheres tentará o uso do condom feminino, diminuindo significativamente a proporção de relações sexuais desprotegidas. Embora nossos resultados sejam de uma população específica de mulheres infectadas pelo HIV e não possa ser generalizado, parece possível inferir também que, conforme os casais ganham confiança e experiência, atitudes positivas em relação ao método se tornam mais prevalentes, aumentando as taxas de continuidade de uso e aceitabilidade.

Em particular, quase 70% deste grupo de mulheres referiu querer continuar usando o condom feminino entre as 32 mulheres que mantiveram o uso até 90 dias. Sendo este um insumo caro, não passível de compra pelas mulheres brasileiras em geral, continuará sendo necessário definir os grupos que mais possam se beneficiar de sua distribuição. Este estudo fornece subsídios para reforçar a inclusão das mulheres infectadas pelo HIV, e por

extensão, as outras mulheres mais expostas a este risco, no grupo daquelas a serem agraciadas com a distribuição. Recente estudo de custo-benefício em saúde pública, realizado em população de risco para DST/HIV, na África do Sul, propõe a oferta do condom feminino em programas de prevenção (MARSEILLE et al., 2001). Esperam-se também, mais observações sobre a possível reutilização do condom feminino após múltiplos usos, sua lavagem e re-lubrificação. Os resultados são promissores, porém ainda não comprovados (BEKSINSKA et al., 2001).

Esforços adicionais são necessários para maximizar o acesso a todos os métodos anticoncepcionais. Neste contexto, o condom feminino deve receber alta prioridade, por ser um método controlado pela mulher e que proporciona proteção contra gravidez e DST/HIV. Entre estes esforços, inclui-se a redução de custo, a avaliação adequada da reutilização e a definição das características dos grupos populacionais que mais se beneficiarão com sua disponibilidade.

## 6. Conclusões

---

1. A população estudada foi de mulheres jovens e de baixa escolaridade, infectadas por transmissão sexual, a grande maioria vivendo com parceiro fixo. O método anticoncepcional mais prevalente foi o condom masculino (84%), seguido pelos hormonais e a ligadura tubária.
2. Houve uma significativa diminuição do número de mulheres com relações desprotegidas após a oferta de condom feminino, que se manteve dos 30 aos 90 dias.
3. Houve uma expressiva diminuição da proporção média das relações sexuais desprotegidas, que se manteve dos 30 aos 90 dias.
4. A proporção média de uso do condom feminino, em torno de metade das relações sexuais em cada período de estudo, manteve-se estável nos 90 dias. Houve uma substituição de 50% do uso de condom masculino pelo uso condom feminino no período de 30 dias e de 35% aos 90 dias.

5. Encontramos altas taxas de uso (87%), continuidade (78%) e aceitabilidade (68%) do condom feminino.. Entre as vantagens mais citadas se destacaram: o poder de decisão de uso pertencer à mulher, a dupla proteção contra gravidez e DST/HIV e não depender do homem para usar. As desvantagens mais referidas foram: alto preço, ser feio e fazer barulho. Foram encontradas algumas dificuldades no manuseio do condom feminino, especialmente no período inicial de uso, superadas significativamente com a continuidade deste uso.
  
6. Os casais soro-discordantes tiveram maior proporção de relações protegidas que os casais soro-concordantes, porém a diferença não foi significativa. As mulheres que relataram uso prévio de condom masculino por seus parceiros, em todas as relações sexuais, apresentaram um número significativamente maior de relações protegidas.

## 7. Referências Bibliográficas

---

AMARAL, E.M. - **Características epidemiológicas e doenças do trato genital inferior associados à infecção por HIV em mulheres sob risco de doenças de transmissão sexual.** Campinas, 1996. [ Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].

AMARAL, E.M.; FAUNDES, A.; ZANEVELD, L.; WALLER, D. GARG, S. – Study of the vaginal tolerance to acidform, an acid-buffering, bioadhesive gel. ***Contraception*, 60:361-6, 1999.**

ARMITAGE, P. **Statistical methods in Medical Research.** New York, John Wiley and Sons., 1974.

BAHAMONDES, L.; TREVISAN, M.; ANDRADE, L.; MARCHI, N.M.; CASTRO, S.; DIAZ, J.; FAUNDES, A. – The effect upon the human vaginal histology of the long-term use of the injectable contraceptive depo-provera. ***Contraception*, 62:23-7, 2000.**

BARBOSA, R.M. & VILLELA, W.R. - Sterilisation and sexual behavior among women in São Paulo, Brazil. ***Reprod. Health Matters*, 5:36-46, 1995.**

- BEKSINSKA, M.E.; REES, H.V.; DICKSON-TETTEH, K.E.; MGOGI, N.; KLEINSCHMIDT, I.; McINTYRE, J.A. – Structural integrity of the female condom after multiple uses, washing, drying, and re-lubrication. *Contraception*, **63**:33-6, 2001.
- BERQUÓ, E.; BARBOSA, R.M.; KALCKMANN, S. - **Relatorio final da pesquisa: Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos.** CEPRAP –NEPO/UNICAMP – CN DST/AIDS/MS – UNAIDS, 1999. 61p.
- BLOCKER, M.E. & COHEN, M.S. – Biologic approaches to the prevention of sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus - *Infect. Dis. Clin. North Am.*, **14**: 983-9, 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Boletim Epidemiológico**, 1997. 44p.
- BRASIL. Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde, 1996. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil , BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc. Março 1997.
- BUCHALA, C. M.; CARVALHO, M. H. M.; FERNANDES, M. E. L.; VIEIRA, E. M.; D'ÂNGELO, PINOTTI, J. A.. Aceitabilidade do Preservativo Feminino entre Mulheres Atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil. *Rev. Ginecol. Obstet.*, **9**: 12-8, 1996.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- Update: AIDS among women - United States,1994. *Morb. Mortal. Wkly Rep.*, **44**:81-4,1995.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – The Global HIV and AIDS Epidemic, 2001- United States,2001. *Morb. Mortal. Wkly Rep.*, **50**: 434-9, 2001.

- CHAISSON, R.E.; KERULY, J.C.; MOORE, R.D. - Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease. **New. Engl. J. Med.**, **333**:751-6, 1995.
- CHIRQWIN, K.D.; FELDMAN, J.; AUGENBRAUN, M. - Incidence of venereal warts in human immunodeficiency virus - infected and uninfected women. **Infected Dis.**, **172**:235-8, 1995.
- CHOI, K.H.; ROBERTS, K.J.; GOMEZ, C.; GRINSTEAD, O. – **Women Health**, **30**:53-70, 1999.
- CHU, S.Y.; HAMMET, T.A.; BUEHER, J.W. - Update: Epidemiology of reported cases of AIDS in women who report sex only with other women, United States, 1980-1991. **AIDS**, **6**:518-9, 1992.
- DE VINCENZI, I. - A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners- **New Eng. J. Med.**, **331**:341-6, 1994.
- DE VINCENZI, I.; JADAND, C.; COUTURIER, E.; BRUNET, J.B.; GALLAIS, H.; GASTAUT, J.A.; GOUJARD, C.; DEVEAU, C.; MEYER, L. – Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. **AIDS**, **11**:333-8, 1997.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C.- Epi Info, Version 5.0: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.
- DECLARATION DE HELSINKI - **Bol. Of Sanit. Panam**, **108**:626-37, 1990.
- DIAZ, T.; SCHABLE, B.; CHU, S.Y. - Relationship between use of condoms and other forms of contraception among human immunodeficiency virus - infected women. **Obstet. Gynecol.**, **86**: 277-82, 1995.

- DILLEY, J.W.; WOODS, W.J.; McFARLAND, W. – Are advances in treatment changing views about high-risk sex? **New Engl. J. Med.**, **337**:501-2, 1997.
- DREW, W.L. - Evaluation of the virus permeability of a new condom for a woman. **Sex Transm Dis**, **17**:110-2, 1990.
- EDLIN, B.R.; IRWIN, K.L.; FARUQUE, S.; McCOY, C.B.; WORD, C.; SERRANO, Y.; INCIARDI, J.A. ; BOWSER, B.P.; SCHILLING, R.F.; HOLMBERG, S.T. - Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. **New Engl. J. Med.**, **331**:1422-7, 1994.
- ELIAS, C.J. & COGGINS, C. - Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. **AIDS**, **10**(suppl 3):S43-S51, 1996.
- FARLEY, T.M.N.; ROSENBERG, M.J.; ROWE, P.J.; CHEN, J.H.; MEIRIK, O. - Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. **Lancet**, **339**:785-8, 1992.
- FARR, M.G.; GABELNICK, M.A.H.; STURGEN, K.; DORFLINGER, L. – Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. **Am. J. Public Health**, **84**:1960-4, 1994.
- FONTANET, A.L.; SABA, J.; VERAPOL, C.; SAKONDHAVAT, C.; BHIRALEUS, P.; RUGPAO, S.; CHOMGSOMCHAI, C.; KIRIWAT, O.; TOVANABUTRA, S.; DALLY, L.; LANGE, J.; ROJANAPITHAYKORN, W. – Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. **AIDS**, **12**:1851-9, 1998.
- GALAVOTTI, C. & SCHNELL, D.J. - Relationship between contraceptive method choice and beliefs about HIV and pregnancy prevention. **Sex. Transm. Dis.**, **21**:5-7, 1994.

- GIR, E. & DUARTE, G. – Alterações sociais e da sexualidade decorrentes da infecção pelo HIV-1 entre mulheres. **J. Bras. Doenças Sex. Trans., 9**:42-5, 1997.
- GOLLUB, E.L. & STEIN, Z.A. – Commentary: the new Female Condom – item 1 on a Women’s AIDS Prevention Agenda. **Am. J. Public Health, 83**: 498-500, 1993.
- GREGERSEN, E. & GREGERSEN, B. – The female condom: a pilot study of the acceptability of a new female barrier method. **Acta Obstet. Gynecol. Scand., 69**:73-7, 1989.
- HOWE, J.E.; MINKOFF, H.L.; DUERR, A.C. - Contraceptives and HIV. **AIDS, 8**: 861-71,1994.
- JOHNSTONE F.D. - Contraception for HIV - Infected Women. **J. Int. Ass. Phys. AIDS Care, 3**:10-3, 1997.
- KALCKMANN, S.; VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E.; ANKRAH, M. - Projeto Beija- Flor: Impressões de uso do preservativo feminino por mulheres de São Paulo. **Rev. CRSMNADI, 3**:9-15, 1998.
- KALICHMAN, S.C.; ROMPA, D.; CAGE, M. – Factors associated with female condom use among HIV-seropositive women. **Int. J. STD AIDS, 11**:798-803, 2000.
- KALER, A. – “It’ s some kind of women’s empowerment” : the ambiguity of female condom as a marker of female empowerment. **Scienc. Med., 52**:783-96, 2001.
- KESSEL, E. - Pelvic inflammatory disease with intrauterine device use: a reassessment. **Fertil. Steril., 51**:1-11,1989.

- KREISS, J.; NGUGI, E.; HOLMES, K.; NDINGA-ACHOLA, J.; WAIYAKI, P.; ROBERTS, P.L.; RUMINJO, I.; SAJABI, R.; KIMATA, J.; FLEMING, T.R. - Efficacy of nonoxinol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. **JAMA**, **268**:477-82, 1992.
- KUHN, L.; DENNY, L.; POLLACK, A.; WRIGHT, T.C. – Use of the long-acting injectable contraceptive Depo Provera and integrity of the cervical epithelium. . In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998. (23462)
- LACHENBRUCH, PA. On the sample size for studies based upon McNemar's test. *Statistics in Medicine*, 11: 1521-25, 1992.
- LANDERS, D.V. & SWEET, R.L. - Reducing mother to infant transmission of HIV - The door remains open. **New Engl. J. Med.**, **334**:1664-5, 1996.
- LANDESMAN, S.H.; KALISH, L.A; BURNS, D.N.; MINKOFF, H.; FOX, H.E.; ZORRILLA, C.; GARCIA, P.; FOWLER, M.G.; MOFFENSON, L.; TUOMALA, R. - Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. **New Engl. J. Med.**, **334**:1617-23, 1996.
- LAZZARIN, A.; SARACCO, A.; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A. ITALIAN STUDY GROUP ON HIV HETEROSEXUAL TRANSMISSION - Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency virus. Risks factors related to sexual behavior, man's infectiousness, and woman's susceptibility. **Arch. Intern. Med.**, **151**:2411-6, 1991.
- LEOCÁDIO, E.; SCHIRMER, J.; VIOLA, R.; DIAZ, J., GALVÃO, L.-O Condom Feminino: Um Grupo de Consulta Para o Seu Uso no Brasil: relatório Final. **Femina**. **6**:521-4, 1998.

- LINDSAY, M.K.; GRANT, J.; PETERSON, H.B.; WILLIS, S.; NELSON, P.; KLEIN, L. – The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeat pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, **85**:675-9, 1995.
- MACALUSO, M.; KEKAGHAN J.; ARTZ, L.M.; AUSTIN, H.; FLEENOR, M.; HOOK, E.W.; VALAPRIL, T. – Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk. *Sex. Transm. Dis.*, **26**:450-8, 1999.
- MACALUSO, M.; DEMAND, M.J.; ARTZ, L.M.; HOOK, E.W. – Partner type and condom use. *Aids*, **14**:537-46, 2000.
- MADRIGAL, J.; SCHIFTER, J.; FELDBLUM, J. – Female condom acceptability among sex workers in Costa Rica. *AIDS Educ. Prevent.*, **10**:105-13, 1998.
- MAGALHÃES, J.- **Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica.** Campinas, 1998. [Tese - Mestrado Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP].
- MANE, P. & AGGLETON, P. - Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R.M. & PARKER, R. - **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro, 1999.
- MARSEILLE, E.; KAHN, J.G.; BILLINGHURST, B.; SABA, J. – Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STDs in commercial sex workers in rural South Africa. *Soc. Sci. Med.*, **52**:135-48, 2001.
- MARKS, G.; BURRIS, S.; PETERMAN, T.A. – Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: the need for personal and collective responsibility. *AIDS*, **13**:297-306, 1999.

- MBORI-NGACHA, D.; NDUATI, R.W.; JOHN, G.C.; MWATHA, A.K.; BWAYO, J.; KREISS, J.C. – Determinants of contraceptive use and fertility decision-making among HIV-1 infected women. In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998.
- MORRISON, C.S.; RICHARDSON, B.A; De-KIGONDU, C.S.; SINIE, S.K.; DEVANGE, D.; OVERBAUGH, J. KREISS, J.K. – Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998.
- MUSABA, E.; MORRISON, C.S.; MUSONDA, R.S.; WONG, E.L. – Long-Term of the female condom among cpouples at high risk of Human Immunodeficiency Virus infection in Zambia. ***Sex. Transm. Dis.***, **25**:260-4, 1998.
- NUWAHA, F.; FAXELID, E.; HÖJER, B. – Predictors of condom use among patients with sexually transmitted diseases in Uganda. ***Sex. Transm. Dis.***, **26**: 491-5, 1999.
- PUROHIT, A; DUGGAN, J.; WALERIUS, H.; CHAKRABORTY, J.; CARTER, M.; CARTER, S.; KHNUDER, S. - Current contraceptive practices and safer sex practices in a well-motivated Cohort of HIV-infected women. In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998.
- RHIND, G. & JAMES, N.J. – A cross-sectional descriptive of factors influencing reproductive decision making in women with HIV infection. In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998.
- ROSENBERG, M.J.; DAVIDSON, A.J.; CHEN, J.H., JUDSON, F.N.; DOUGLAS, J.M. – barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: a comparison of female-dependent methods and condoms. ***Am. J. Public Health***, **82**: 669-74, 1992.

RUDIN, C.; LAUBEREAU, B.; LAUPER, U. – Attitudes towards childbearing and adherence to safer sex rules in a cohort of HIV infected women. In: 12<sup>TH</sup> WORLD AIDS CONFERENCE, Geneva , June 28-July 3. 1998.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CAMPINAS. Número especial. **Boletim epidemiológico**, 2000. 4p.

SARACCO, A.; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A. - Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. **J. Acquir. Immun. Def. Syndr.**, **6**:497-502, 1993.

SCHEFFE, H. – **The analysis of variance**. John Wiley Professio, New York, 1999. 477p.

SCHNELL, D.J.; GAVALOTTI, C.; FISHHEIN, M.; CHAN, D.K.S – Measuring the adoption of consistent use of condoms using the stages of change model. **Public Health Rep.**, **III**:57-68, 1996.

SEKADDE-KIGONDU, C.; MWATHE, E.G.; RUMINJO, J.K.; NICHOLS, D.; KATZ, K.; JESSECHY, K.; LIKU, J. – Acceptability and discontinuation of depo-provera, IUCD and combined pill in Kenya. **East Afr. Med. J.**, **73**:786-94, 1996.

SIMONSEN, J.N.; PLUMMER, F.A.; NGUGI, E.N. - HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. **AIDS**, **4**:139-44, 1990.

SINEI, S.K.; MORRISON, C.S.; SEKADDE-KIGONDU, C.; ALLEN, M.; KOKONYA, D. – Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. **Lancet**, **351**:1238-41, 1998.

- SOPER, D.E.; BROCKWELL, N.J.; DALTON, H.P. - Evaluation of the effects of a female condom on the female lower genital tract. **Contraception**, **44**:21-9, 1991.
- SPIRA, A.; BAJOS, N.; DUCOT, B. – Trends in sexual behavior. Analyse des comportements sexuels em France. **Sex. Transm. Dis.**, **21(Suppl 2)**:S14-8, 1994.
- TRUSSELL, J. – Contraceptive efficacy of the female condom. **Contraception**, **58**:147-8, 1998.
- VOELLER, B.; COULTER, S.L.; MAYHAN, K.G. – Letters to the editor: Gas, dye and viral transport through polyurethane condoms. **J. Am. Med. Assoc.**, **266**:2986-7, 1991.
- WARWICK, D.P. & LININGER, A.C. - Introduction. In: WARWICK, D.P. - **The sample survey: theory and practice**. New York, Mc Graw Hill, 1975. p.4-19.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The female condom: a review. UNDP/ UNFPA/ WHO/ World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Geneva, 1997.

## **8. Bibliografia de Normatizações**

---

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.  
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4<sup>a</sup> ed.,  
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.  
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade  
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98.

## 9. Anexos

---

### 9.1. Anexo 1 - Triagem de voluntárias

Vamos realizar um estudo para ver a adaptação e opinião das mulheres vivendo com HIV em relação ao condom feminino. Este questionário é para saber se você poderia e gostaria de participar deste estudo.

---

1. Você teria interesse em conhecer a camisinha feminina?

Sim ( ) Não ( )

2. Você tem interesse em experimentar a camisinha feminina?

Sim ( ) Não ( )

3. Você tem infecção por HIV confirmada?

Sim ( ) Não ( )

4. Você teve atividade sexual no último mês?

Sim ( ) Não ( )

5. Você poderá retornar em outras 4 consultas mensais em função do estudo?

Sim ( ) Não ( )

6. Você tem interesse em participar voluntariamente deste estudo?

Sim ( ) Não ( )

**Se respondeu SIM a todas as perguntas, a voluntária pode ser admitida.**

8. Se necessário, podemos ligar ou fazer visita domiciliar?

Sim ( ) Não ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data da triagem: \_\_/\_\_/\_\_

## 9.2. Anexo 2 -Consentimento Livre e Esclarecido

### Avaliação do uso da camisinha feminina em mulheres vivendo com HIV

Data da entrevista \_\_/\_\_/\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
idade \_\_\_\_ anos, RG \_\_\_\_\_, HC \_\_\_\_\_,  
fui informada de que o estudo sobre o uso da camisinha feminina será realizado no Ambulatório de Infecção Genital II do CAISM/ UNICAMP e que seu objetivo é avaliar a aceitabilidade, a adesão e experiência das mulheres que estão vivendo com HIV, na utilização deste método para proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e nova carga viral do HIV.

Fui informada de que este é um novo método de anticoncepção e proteção que já foi estudado em muitas mulheres brasileiras e que já é vendido nas farmácias no Brasil. Os estudos anteriores mostraram que as mulheres brasileiras gostaram desta camisinha, mas que têm algumas dificuldades iniciais para aprender como utilizá-la. Esta dificuldades tendem a se reduzir com um treinamento inicial, os esclarecimentos dos pesquisadores e conversa com outras mulheres também participando do estudo.

Receberei informações iniciais e um treinamento sobre como usar o condom feminino. Fui informada de que serei entrevistada várias vezes e que farão perguntas sobre alguns dados pessoais ( idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, moradia), minha vida sexual e reprodutiva, métodos anticoncepcionais e para prevenção de DST/ AIDS e sobre como utilizei e minha opinião e de meu parceiro sobre a camisinha feminina e a masculina.

Sei que terei que comparecer ao Ambulatório cinco vezes e que o estudo compreende um tempo total de cinco meses. Receberei oito preservativos femininos e 12 preservativos masculinos por mês.

Sei que este estudo poderá contribuir para futuras orientações de mulheres em condição similar à minha e melhor avaliação da camisinha feminina e que meus dados pessoais não serão divulgados, sendo guardado total sigilo sobre os mesmos.

Poderei abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejudicar o meu tratamento neste Hospital. Receberei um reembolso para os meus gastos nas visitas necessárias para o estudo (5 visitas), no valor de R\$ 10,00 por visita.

Fui informada também, de que poderei procurar o Ambulatório para tirar dúvidas, sempre às sextas- feiras, no período da manhã ou ligar para telefone 7889304 e falar com Drs. Jarbas ou Eliana ou Psic. Andréa. Em outros horários ou períodos, poderei procurar Dra. Eliana no telefone 7889304.

Aceito, assim orientada, participar do estudo.

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Paciente:

\_\_\_\_\_

Assinatura

Nome: \_\_\_\_\_

Pesquisador:

\_\_\_\_\_

Assinatura

Nome \_\_\_\_\_

Telefone do Ambulatório: (19) 7887616

### 9.3. Anexo 3 – Questionário de admissão

#### Assinar o Consentimento Livre e Esclarecido e entregar cópia à voluntária

DATA da entrevista \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

#### PARTE I - DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Qual a sua data de nascimento?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Qual o último ano em que você frequentou a escola?

\_\_\_ série do \_\_\_\_\_ grau

3. Qual o seu estado civil?

|1| Solteira,

|2| Casada

|3| Viúva

|4| Separada/Divorciada

4. Qual é seu estado marital?

|1| não vive junto

|2| vive junto

5. Você trabalha fora atualmente?

[ ] Sim

[ ] Não

Se respondeu SIM na questão 5, responda as questões 6 e 7.

6. O que você faz? \_\_\_\_\_

7. Quanto você ganha em salário mínimo?

|1| Menos de um salário mínimo

|2| Um salário mínimo

|3| Mais de um até dois salários mínimos

|4| Mais de dois até três salários mínimos

|5| Mais de três até cinco salários mínimos

|6| Mais de cinco salários mínimos

8. Sua família recebe algum auxílio financeiro de familiares, amigos ou associações?

( ) Sim ( ) Não

9. Quanto recebe de auxílio em salário-mínimo?

|1| Menos de um salário mínimo

|2| Um salário mínimo

|3| Mais de um até dois salários mínimos

|4| Mais de dois até três salários mínimos

|5| Mais de três até cinco salários mínimos

|6| Mais de cinco salários mínimos

10. A casa em que você mora :

- 1| É própria? ( ) sim ( ) não  
2| É de tijolo? ( ) sim ( ) não  
3| Tem água encanada? ( ) sim ( ) não  
4| Tem luz elétrica? ( ) sim ( ) não  
5| Tem esgoto? ( ) sim ( ) não

11 Quantas pessoas residem em sua casa?

- [ \_\_ ] adultos (> 18 anos)  
[ \_\_ ] crianças e adolescentes (< 18 anos)
- 

12 Quantas destas pessoas trabalham?

- [ ] adultos (> 18 anos)  
[ ] crianças e adolescentes (< 18 anos)
- 

13 Qual a renda média familiar?

- 1| Menos de um salário mínimo  
2| Um salário mínimo  
3| Mais de um até dois salários mínimos  
4| Mais de dois até três salários mínimos  
5| Mais de três até cinco salários mínimos  
6| Mais de cinco salários mínimos

14. Você tem parceiro fixo?

- ( ) sim ( ) não

Se respondeu sim à pergunta 14 , responda as perguntas 15,16 e 17.

15. Até que ano seu parceiro estudou na escola?

- [ ] não estudou  
[ ] \_\_ série do \_\_\_\_ grau
- 

16 Qual a ocupação do seu parceiro?

- [ ] ele está trabalhando regularmente  
[ ] aposentado  
[ ] afastado  
[ ] desempregado  
[ ] trabalhos eventuais (“bico”)

17 Qual a ocupação atual de seu parceiro ou a do seu último emprego? Descrever a função no trabalho.

---

---

## PARTE II - HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA

### 1. História obstétrica

G   
P   
C   
Ab. Esp.   
Ab. prov.   
FV

### 2. Você gostaria de ter mais filhos?

- |1| Não, mais nenhum  
|2| Sim, mais um  
|3| Sim, mais que um  
|4| Não sabe  
|5| Outros: \_\_\_\_\_

### 3. Fazia uso de algum método de prevenção contra DST/AIDS antes do diagnóstico de infecção pelo HIV? Qual?

---

### 4. Quando (data ou período mais provável) você teve seu diagnóstico de HIV +?

4. 1. Ano \_\_\_\_\_ 4. 2. Mês \_\_\_\_\_ 4.3. Dia \_\_\_\_\_

### 5. Como você acha que adquiriu o vírus?

- |1| Drogas endovenosas  
|2| Transfusão de sangue  
|3| Relação sexual com parceiro fixo  
|4| Relação sexual com parceiro ocasional  
|5| Prática de sexo como profissão  
|6| Não sabe  
|7| Outra maneira. Qual \_\_\_\_\_

### 6. Você tem parceiro fixo?

- |1| Sim |2| Não  
se respondeu Não, passe para a pergunta 10.

### 7. Caso a resposta seja SIM, há quanto tempo estão juntos? \_\_\_\_\_

### 8. Seu parceiro é infectado pelo vírus HIV?

- |1| Sim |2| Não |3| Não sei

### 9. Ele tem relação com outras pessoas além de você?

Outras mulheres? [  ] sim [  ] não  
Outros homens? [  ] sim [  ] não

### 10. Com quantas pessoas você teve relação sexual durante toda a sua vida?

Homens  Mulheres

### 11. Você tem relações com outras pessoas?

Outros homens? (  ) sim (  ) não  
Outras mulheres? (  ) sim (  ) não

12. Com quantas pessoas você teve relação sexual no último ano?

Homens |\_\_|\_\_|\_\_|

Mulheres |\_\_|\_\_|\_\_|

13. Neste último mês, qual o método que você está usando para se prevenir da gravidez (pode assinalar mais de uma opção)

|1| Nenhum

|2| Pílula

|3| Injetável

|4| Implante

|5| Diafragma

|6| Coito interrompido

|7| DIU

|8| Camisinha ou preservativo

|9| Tabela e/ou Billings

|10| Camisinha feminina

|11| Vasectomia

|12| Laqueadura

|13| Outros: \_\_\_\_\_

14. Você e seu parceiro tem usado o preservativo masculino (CM), com que frequência?

|1| Em todas as relações sexuais

|2| Em 50% das vezes

|3| Apenas de vez em quando (menos de 50% das vezes)

|4| Nunca

|5| Outros: \_\_\_\_\_

15. Se o uso de preservativo masculino não for em todas as relações sexuais, qual a dificuldade encontrada?

---

---

16. Usou condom masculino na última relação sexual?

[ ] sim

[ ] não

17. Você tem parceiros eventuais?

( ) sim

( ) não

SE respondeu Sim, responda a 18

18. Com que frequência você usa preservativo masculino com seu(s) parceiro eventual?

|1| Em todas as relações sexuais

|2| Em 50% das vezes

|3| Apenas de vez em quando (menos de 50% das vezes)

|4| Nunca

|5| Outros: \_\_\_\_\_

### PARTE III: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DA CAMISINHA FEMININA

1. Você conhece a camisinha feminina?

[ ] sim

[ ] não

2. Você já viu uma camisinha feminina?

[ ] sim

[ ] não

Se SIM a qualquer das perguntas acima, responda às questões 3 a 7. Se NÃO, deixar em branco

3. Como conheceu?

---

---

4. Qual sua opinião atual sobre a camisinha feminina?

---

---

5. Você já usou a camisinha feminina?

sim  não

6. Se já usou, com quem você usou?

parceiro fixo atual  parceiro fixo anterior  
 parceiro eventual ( ) Outros

---

7. Você gostaria de receber para usar a camisinha feminina?

sim  não

8. Seu parceiro atual conhece a CF?

sim  não  não sei

9. Qual a opinião dele sobre a camisinha feminina?

---

---

10. Ele já usou a camisinha feminina com outras parceiras?

sim  não  não sei

**Fim da entrevista**

**Fornecer e explicar como se utiliza o “Calendário para registro de relações sexuais e uso de condons”**

**Fornecer condons masculinos (12 unidades)**

**Agendar retorno em um mês para sessão de treinamento e fornecimento de Condons femininos e masculinos**

#### **9.4. Anexo 4 – Questionário pré-treinamento**

1. A decisão de participar desta pesquisa sobre camisinha feminina foi de quem?

- |1| Da voluntária exclusivamente
- |2| Do(s) parceiro (s)
- |3| Dos dois juntos
- |4| Outro: \_\_\_\_\_

2. Por que decidiu usar a camisinha feminina? (pode dar mais de uma resposta)

- |1| Curiosidade, ver como era
- |2| Porque previne a gravidez e as DST/AIDS
- |3| Porque previne as DST/AIDS
- |4| Porque eu não gosto da camisinha masculina
- |5| Porque o companheiro não gosta/não quer usar a Camisinha masculina
- |6| Porque não se adapta a outros métodos
- |7| Para prevenir a gravidez
- |8| Não sei
- |9| Outra: \_\_\_\_\_

3. Quais as dificuldades encontradas para preencher o calendário de relações sexuais e uso de camisinha?

---

---

**Recolha o calendário de relações sexuais e uso de condom.**

**Entregue 2 unidades de camisinha feminina/semana e 3 de camisinha masculina/semana até o retorno.**

**Forneça novo calendário e reforce orientações de preenchimento.**

**Agende retorno em 30 dias.**

## 9.5. Anexo 5 - Avaliação do Uso dos Condons nas visitas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_

Retorno de  30 dias

60 dias

90 dias

1. Que método anticoncepcional você está utilizando desde a última consulta? (pode responder mais de um).

|1| Nenhum

|2| Pílula

|3| Injetável

|4| Implante

|5| Diafragma

|6| Coito interrompido

|7| DIU

|8| Camisinha ou preservativo

|9| Tabela e/ou Billings

|10| Camisinha feminina

|11| Vasectomia

|12| Laqueadura

|13| Outros: \_\_\_\_\_

2. Como foi a orientação e o treinamento sobre o uso da camisinha feminina recebida na pesquisa?

---

---

3. Você usou a camisinha feminina desde a última visita?

sim (**pule para questão 6**)

não

4. Se não usou, diga por quê.

---

---

5. Se não usou, gostaria de continuar tentando utilizar?

sim

não (**encerre a participação da voluntária, após preencher todo o anexo**).

6. Em que momento você tem feito uso da camisinha feminina? (pode ser dada mais de uma resposta)

|1| Em todas as relações sexuais

|2| Só quando o parceiro se recusa a usar a camisinha masculina

|3| Outras situações. Quais?: \_\_\_\_\_

7. O que seu parceiro achou da camisinha feminina?

---

---

8. Alguma vez, seu parceiro se recusou a manter relação sexual usando a camisinha feminina?

|1| Sim

|2| Não

9. Se SIM, por quê?

---

---

10. O que você fez?

- |1| Recusou-se a manter relação sexual
- |2| Manteve relação sexual sem camisinha feminina
- |3| Usou camisinha masculina
- |4| Eu o convenci a usar a camisinha feminina
- |5| Outro: \_\_\_\_\_

11. Sabendo que o preço médio de cada camisinha feminina é de R\$2,00-2,50, você acha que teria condições de comprá-la?

- |1| Sim
- |2| Não
- |3| Não sei

12. Como você tem se sentido em relação à camisinha feminina?

- |1| Muito satisfeita
- |2| Mais ou menos satisfeita
- |3| Um pouco insatisfeita

**As perguntas de 13 a 15 podem ter mais de uma resposta.**

13. Do que você mais gostou na camisinha feminina?

- |1| Eu decido quando usar
- |2| É fácil usar
- |3| Protege das DST/HIV/AIDS
- |4| Protege da gravidez e DST/HIV/AIDS
- |5| Não depende do homem
- |6| Só é usada na relação
- |7| Outra: \_\_\_\_\_

14. O que você menos gostou na camisinha feminina?

- |1| É cara
- |2| Diminui a sensibilidade
- |3| Faz barulho
- |4| É feia
- |5| Tem cheiro ruim
- |6| Parceiro não gostou
- |7| Dificuldade em colocar
- |8| Muito lubrificada (molhada)
- |9| Diminui o prazer sexual
- |10| Outra: \_\_\_\_\_

15. Você encontrou alguma dificuldade no uso da camisinha feminina? (Pode ter mais de uma resposta)

- |1| Nenhuma dificuldade
- |2| Dificuldade para colocar
- |3| Penetração por fora da camisinha feminina
- |4| Rompimento
- |5| Muito lubrificada
- |6| Dificuldade para tirá-la
- |7| Parceiro se recusou a usar
- |8| Desconforto durante a relação sexual
- |9| Faz barulho
- |10| Interferiu diminuindo o interesse sexual
- |11| Interferiu diminuindo o prazer sexual
- |12| Outra: \_\_\_\_\_

16. Você pretende continuar usando a camisinha?

|1| Sim            |2| Não

17. Se não, qual (s) o(s) motivos (s) da descontinuação?

|1| Muito cara

|2| Prefiro a camisinha masculina

|3| Não gostei (especifique por quê: \_\_\_\_\_)

|4| Parceiro não gostou (especifique por quê: \_\_\_\_\_)

|5| Dificuldade para colocar

|6| Dificuldade para comprar

|7| Quero engravidar

|8| Camisinha masculina é mais fácil de colocar

|9| Não tenho mais parceiro sexual

|10| Outros: \_\_\_\_\_

**Fim da entrevista**

Se respondeu a questão 17: ENCERRAR O CASO!

