

MARIA EUGÊNIA LEMOS FERNANDES

AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO *MARKETING SOCIAL* DE
PRESERVATIVOS MASCULINOS E DE AÇÕES JUNTO DO SETOR
PÚBLICO PARA O AUMENTO DO ACESSO E DO USO DE
PRESERVATIVOS, COMO ESTRATÉGIA NA PREVENÇÃO DO
HIV/AIDS/DST NO BRASIL, POR UM PARTICIPANTE

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública, da
Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Cássio de Moraes.

São Paulo
2003

U.L. Moraes

~~Acredito~~ que "a epidemiologia tenha a
responsabilidade de gerar conhecimentos,
informações e tecnologias que embasem as
políticas de prevenção e controle das
doenças e outros eventos na saúde

Muitos trabalhos "científicos" fazem um
grande esforço, altamente genuíno, de
dar respostas certíssimas para questões
irrelevantes

~~A Pro~~ Existe necessidade de se
produzir conhecimentos, ~~relevantes com o~~
~~propósito de~~ e documentar procedimentos
e conhecimentos relevantes com a necessidade
de se realizar prevenção em larga
escala em resposta aos agravos da
saúde.

Fernandes, Maria Eugênia Lemos

Avaliação da contribuição do *Marketing social* de preservativos masculinos e de ações junto do setor público para o aumento do acesso e do uso de preservativos como estratégia na prevenção do HIV/Aids/DST, no Brasil, por um participante. Maria Eugênia Lemos Fernandes. São Paulo, 2003.

Tese (Mestrado – Infecções e Saúde Pública) – Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa -
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

1. Aids 2. *Marketing social* 3. Preservativos Masculinos 4. Ações em políticas públicas 5. Propostas

11

A epidemiologia moderna começa a apresentar sinais de esgotamento, reduzindo sua capacidade de apresentar contribuições mais significativas, no sentido de entender e solucionar os complexos problemas sanitários, mesmo das sociedades desenvolvidas. 11

Maurício Barreto.

11 A epidemiologia tem estado cumprindo sua missão de desvendar o método científico necessário para construir os conhecimentos que devem fundamentar a missão básica da saúde pública de prevenção das doenças e promoção de saúde das populações (Shy 1997). A população passou a ser, apenas, uma série de indivíduos enumerados, com o objetivo de dar poder e significância aos testes estatísticos.

MARIA EUGÊNIA LEMOS FERNANDES

AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO *MARKETING SOCIAL* DE PRESERVATIVOS MASCULINOS E DE AÇÕES JUNTO DO SETOR PÚBLICO PARA O AUMENTO DO ACESSO E DO USO DE PRESERVATIVOS, COMO ESTRATÉGIA NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS/DST NO BRASIL, POR UM PARTICIPANTE

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Presidente e Orientador.....

2º examinador.....

3º examinador.....

São Paulo, de

de 2003

Responsabilizá o indivíduo pela ocorrência dos vários males e pela prevenção dos fatores de risco. Os fatores sociais e econômicos passam a ser minimizados e as relações entre a saúde e a política tendem a ser desprezadas.

Acredito que este meu trabalho por ser prático e não se limitar na epidemiologia tradicional ou medicina lida causado descontentamento. A produção do saber e o desenvolvimento do conhecimento deve ser para promover as mudanças necessárias para fundamentar as práticas de promoção à saúde.

O meu trabalho visa buscar novas abordagens metodológicas, ^{operacionais} inovadoras, amargues não só com vistas a produção de conhecimento mas com vistas a produção de resultados em larga escala. Acredito que o meu trabalho contribui

A meu pai, colega e amigo José Penna Fernandes, que mesmo ausente continua sendo imprescindível fonte de referência.

A Ayko Takemoto Lourenço Bulhões, que apesar de ter nos deixado está impressa nas entrelinhas deste trabalho, por tudo que fizemos juntas para tornar o preservativo mais acessível à população brasileira.

A Jonathan Mann que me ensinou que pensar, refletir, ousar e expressar os frutos das nossas reflexões constituem um direito humano inalienável do qual não devemos abrir mão.

A David Capistrano Filho por demonstrar que saúde pública se faz com grandeza!

A meus pacientes com Aids por terem me mobilizado, pelo sofrimento que os acometia, a trilhar os caminhos da prevenção.

Meu afeto, meu carinho, minha gratidão e minhas saudades!

para o desenvolvimento de novas estratégias
que fuessem como base esforços que
combatarem o reconhecimento de
fatores como desigualdades em saúde ^{de nível} ~~qualidade~~
Isolha de e combinação de ^{apartados} ~~intervenções~~
~~o avalias~~ documentação e avaliação
das ações em saúde.

O SUS tem como princípio que a
sociedade ~~indivíduo~~ deve ter entre os
seus direitos sociais (nem sempre respeitados)
o acesso equitativo aos serviços de saúde.
Isto significa que a sociedade deveria, por
princípio, assumir a responsabilidade pela
prevenção dos agravos de qualquer indivíduo,
independentemente de sua origem (class social,
mercado geográfica, idade ^{etc}) ^{raça, orientação} ~~sexo~~ ^{sexual}.
Acredito que este direito é mais "legitimado"
quando se desiste tratamento ou cura,
no tocante à proteção, ou seja a prevenção,
existe um menor grau de consenso sobre
sua constituição como um direito social.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Manifesto minhas estima e gratidão a todas elas.

A José Cássio de Moraes, por sua dedicação na orientação deste trabalho, colaborando imensamente para que fosse concluído.

A Mário Covas (*in memoriam*), governador de São Paulo (1995-2001), pela redução do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS) nos preservativos em 1996, seguido do apoio do Estado de São Paulo à isenção do ICMS sobre os preservativos em setembro de 1997.

Ao Prof. Adib Jatene por ter me ensinado desde do início dos anos 80 que o problema fundamental da saúde é o acesso.

Ao Prof. Fernando José de Nóbrega, pelo apoio, amizade e conselhos em diferentes fases da minha vida profissional.

Ao Eduardo Jorge, por facilitar o contato com a bancada da saúde.

Ao Prof. Roberto Gambini, pelo constante apoio e estímulo à minha carreira.

A Carlos Ferreiros, pela generosidade, entusiasmo e grandeza que sempre teve em compartilhar os conhecimentos adquiridos na execução de programas de "*Marketing social*" de preservativos masculinos no Zaire, na Etiópia, no Brasil, o que sem dúvida foi fundamental para meu aprendizado sobre o assunto.

Ao Prof. José Aristodemo Pinotti, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (1987-1990), por ter formulado o convite a DKT Internacional para estabelecer um programa de "*Marketing social*" de preservativos no Brasil.

Ao professores Peter Lamptey, William Schellstede, Sheila Mitchell e demais funcionários da Family Health International, com sede em Washington, EUA, pelo apoio ao meu trabalho durante os anos do projeto Aids Control and Prevention Project (AIDSCAP 1992-1997).

À Fundação John Catherine MacArthur, pela bolsa individual que recebi no período de 2001 a 2002.

Aos professores da Pós-Graduação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da equipe de trabalho da Secretaria da Área de Concentração em Infectologia, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, pelo constante apoio e estímulo durante a Pós-Graduação.

Aos companheiros de trabalho Maria Aparecida Ribeiro, Ana Claudia Borja Ribeiro Lima, Ivan Fini, Aparecida Verdu Caminoto, João Batista Aguiar Ribeiro, Adarcy Pareja, Ataneide Alves Barros, Rosa Resegue, Cleide Suely Brogna, Tatiana Dowbor e Vera Lúcia Costa Silva, pelo apoio, amizade e estímulo para que eu finalizasse este trabalho.

Aos parceiros das Organizações não-governamentais que trabalharam com garra na realização de projetos para populações com comportamento de risco, aumentando a adoção de práticas de sexo seguro.

A Phillip D. Harvey, presidente da DKT Internacional, pelo pragmatismo e por não ter medido esforços, no começo dos anos 90, para tornar possível um programa de "*Marketing social*" de preservativos no Brasil.

A equipe da DKT do Brasil – Robert Perez, Roberto Bisca, Márcio Clemente, Domingos João Spina, Simone Martins – pelo compromisso em expandir o acesso da população brasileira a preservativos comercializados através de programas de "*Marketing social*".

Conforme afirma Goldbaum em 1997
cabe à epidemiologia, através do
seu patrimônio conceitual e
metodológico, desmudar as desigual-
dades em saúde, transformando o
conhecimento produzido em
fundamentos para estratégias que
possam reduzi-las.

"Por melhor que sejam as intenções
e por mais consistente que sejam os
argumentos disponíveis, a capacidade
de se prevenir o resultado dos intervenções
que se implementam é, em geral, baixo"
Barreto. 1998. Contudo o seu trabalho provoca
o seguinte:
"Repensar a forma de abordar a
prevenção constitui-se um dos grandes
desafios de uma epidemiologia da saúde
coletiva"

A Antonio Luis Carvalho Leme, do setor de documentos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela colaboração na análise de microdados da PNAD.

A Ana Maria Aratagy Pluciennik, da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, pela contribuição e apoio na isenção do ICMS sobre os preservativos em São Paulo.

A Antonio Cortazzo, do Instituto de Pesos e Medidas do Estado de São Paulo (IPEM), pela sua luta no controle da qualidade dos preservativos no país.

Aos parceiros do setor privado José Araújo e José Newton, da Indústria Nacional de Látex; Hamilton Bonventi e à equipe da Blowtex; Marilene Zampieri, José Gondim e Sonia Mindler da Johnson & Johnson, pelas suas relevantes contribuições na melhoria da qualidade do produto no Brasil, e compromisso na transferência ao consumidor dos benefícios fiscais da isenção dos impostos sobre os preservativos.

Aos colegas da Falcon Bauer e ao Comitê da Associação Brasileira de Normas Técnicas para Preservativos, Controle de Qualidade e Distribuição, pelo contínuo aprendizado sobre o controle da qualidade de preservativos masculinos.

Aos parceiros do setor público federal, estadual e municipal pelas informações e colaboração na execução das ações deste projeto, em especial aos Secretários de Estado da Fazenda, no período de 1997 a 2002, e a todos os membros do CONFAZ/COTEPI (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Fazenda/ Conselho Técnico das Secretarias de Estado da Fazenda), que tornaram a isenção do ICMS sobre os preservativos possível – a eles a minha admiração.

A Eliana Lima, Ana Claudia Borja, Ivan Fini e Cida Ribeiro pela grande colaboração nas diferentes fases deste trabalho.

À Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, pelo relevante apoio na isenção dos impostos sobre os preservativos no país.

À Central Única dos Trabalhadores, pela colaboração na defesa da isenção dos impostos sobre os preservativos e pela enorme colaboração na coleta de assinaturas por abaixo-assinados.

A Eliane Dal Colleto, Antônio Benedito Pagani da ACNielsen, pelas informações sobre preservativos masculinos.

A Ebe Martha Gimenes, Marcos Pazzini e Armando Lourenço da Target Marketing, pelas informações sobre o mercado de consumo no Brasil.

A José Ruben de Alcântara Bonfim e amigos da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) pela colaboração na revisão deste trabalho.

A Maria Aparecida Faria Marcondes Bussolotti pela colaboração e apoio na revisão final deste trabalho.

À minha mãe por ter me iniciado nos caminhos da espiritualidade, pela coragem, sentimento e afeto dedicados à educação dos filhos e pelos princípios que nos inculuiu de ajuda ao próximo.

A Vasco Carvalho Pedrosa de Lima, meu esposo, companheiro, amigo e colega, pelo seu apoio incondicional ao meu trabalho e à minha carreira.

Ao apoio, ainda, das seguintes instituições,

- ACNielsen, empresa que pesquisa mercado, pelos dados quantitativos de preservativos vendidos no Brasil e regiões gratuitamente, no período estudado.(1992-2002)

O ~~modelo~~ de Marketing social ^{as ações de} ~~na~~ ^{pequenos} ~~para~~ ^{pequenos} ~~para~~ ^{pequenos}
operacionalização como intervenção na
sua operacionalização ~~na~~ ~~já~~ ~~na~~
eram mais um modelo, ^{a ser testado}, mas sim ~~a~~ ~~uma~~
realidade com toda a sua complexidade,
que durou 10 anos.

~~O epidemiologista adequado à atuali~~
O profissional envolvido com saúde
coletiva na atualidade deve buscar
participar de ~~ex~~ ~~per~~ ~~nu~~ ~~cia~~ ~~s~~ ~~in~~ ~~ve~~ ~~do~~ ~~ra~~ ~~s~~ ~~que~~ ~~se~~
constituam em contribuições para
O desenvolvimento de novas possibilidades
de prevenir os agravos de saúde
e minimizar o sofrimento humano

O meu trabalho buscou implementar
uma alternativa à prática farmacêutica
usando o exemplo do Zaire ~~que~~ ~~foi~~ ~~um~~ ~~país~~
~~com renda per capita < que US 100 dólares).~~
~~que~~ ~~foi~~ ~~implementado~~. Ao ser implementada em um
país como o Brasil a estratégia temeria massiva
mente identificar outros obstáculos como alto
custo do produto devido aos impostos,

- *Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID)*, pelo financiamento do programa de "Marketing social" no Brasil, durante 10 anos (1992-2002); e pelo financiamento das atividades de prevenção ao HIV/Aids/DST, implementadas pela Associação Saúde da Família, através de convênio com a Family Health International no período de 1992 a 1997.
- *BEMFAM*, empresa de "Marketing social" de preservativos, pelo fornecimento dos dados de vendas de preservativos aos municípios brasileiros.
- *Blowtex*, empresa fabricante de preservativos masculinos, pelo fornecimento dos dados de venda no período estudado, pela doação de preservativos para distribuição gratuita junto a populações com maior vulnerabilidade, e compromisso de repasse da isenção dos impostos ao consumidor.
- *DKT do Brasil*, empresa de "Marketing social" de preservativos, pelo fornecimento contínuo e sistemático dos dados de venda, produtos utilizados na promoção dos preservativos, pela troca contínua de informações e apoio às atividades de isenção dos impostos sobre os preservativos.
- *Johnson e Johnson*, fabricante de preservativos masculinos no Brasil, pelo fornecimento dos dados de venda no período de 1992 a 2002, adicionado ao apoio do departamento jurídico na isenção dos impostos sobre os preservativos, e pelo fornecimento de preservativos para distribuição gratuita durante as intervenções educativas realizadas pela Associação Saúde da Família.
- *Indústria Brasileira de Látex*, fabricante de preservativos masculinos no Brasil, por tornar disponíveis os dados de venda, pela troca de informações sobre o controle de qualidade ao preservativo no Brasil, pelo compromisso de repassar os benefícios da isenção dos impostos sobre os preservativos ao consumidor, assim como apoio a diversas ações de promoção do uso de preservativos, voltadas para populações carentes na cidade de São Paulo.
- *Target Marketing S/C Ltda*, pelo fornecimento gratuito de dados sobre consumo no Brasil.

o que nos levou a mudanças
após de políticas públicas.

A implementação desta intervenção
~~só foi possível após da intervenção~~ só
foi possível após repetidos e reiterados
esforços junto aos ^{secretários da Fundação de} 27 estados brasileiros, ao
~~na mudança da visão a quo, com~~
objetivo de mudar a visão que prevalece
e é sempre melhor. Na ótica da
prevenção a ~~for~~ renúncia fiscal foi
insignificante quando comparada com
os gastos com o tratamento.

Principalmente nos últimos 10 anos.
~~nos últimos anos~~ se tem debatido sobre
a "incapacidade" da Saúde Coletiva ~~de~~ ^{de} ~~publicar~~ ^{governos,}
~~em proporcionar~~ ^{laboratórios de pesquisa,} ~~respostas~~ ~~suficientes~~ ~~para~~
~~atender~~ ~~em~~ ~~uma~~ ~~disponibilidade~~ ~~na~~ ~~vacina~~
~~para~~ ~~o~~ ~~HSV~~ ~~em~~ ~~larga~~ ~~escala.~~ ~~Em~~ ~~disponibilizar~~
uma vacina para a prevenção do HSV/AIDS
em larga escala.

Para o êxito da construção do SUS, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, a PAIXÃO, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável. (...) é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos à nossa frente.

É preciso, além disso, CORAGEM pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-conceitos, enfim, idéias que não têm mais suporte na realidade. Não podemos ser escravos de nada, nem mesmo de nossas próprias idéias.

David Capistrano da Costa Filho

Dados research^{valorizar} ~~em~~ ~~dependente~~ ~~mente~~ da
criação ~~fundadora~~ da ~~contenúdos~~
que resultaram da aplicação, ~~de~~ utilização
e incorporação de ~~teorias~~, métodos e conteúdos,
que respondem às nossas necessidades
de implementar ações de saúde
pública em larga escala seja
para AIDs ou para qualquer
outro agravo de saúde

não cabe ao meu académico
promover uma revisão e atualização
das informações guardadas na prática.
De acordo com Milton Santos "há
um conjunto de preconcitos que
impedem de pensar, não sei como
convencer um administrador a estimular
as pessoas a pensar" (Cadenos Le Monde
Diplomatique, 2001). "A Universidade é
cada vez mais requisitada, sobretudo a
reproduzir modelos velhos" ~~Você não pode~~

SUMÁRIO

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE MAPAS

RESUMO / ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO

~~PG 18~~

1.1 CONCEITOS E HISTÓRICO DO "MARKETING SOCIAL"

1.2 A EPIDEMIA DE AIDS NO MUNDO

1.3 A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

1.4 TECNOLOGIAS NA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS: NA SITUAÇÃO ATUAL. ONDE ESTAMOS?

1.4.1 MICROBICIDAS

1.4.2 VACINAS

1.4.3 O PRESERVATIVO MASCULINO: A ÚNICA "VACINA" EXISTENTE

1.4.3.1 O CONTROLE DE QUALIDADE DOS PRESERVATIVOS NO BRASIL

1.4.4 O PROGRAMA DE "MARKETING SOCIAL" DE PRESERVATIVO NO BRASIL

1.5 O MERCADO BRASILEIRO DE PRESERVATIVOS

2 PROPÓSITOS

~~PG 58~~

2.1 PROPÓSITO PRINCIPAL

2.2 PROPÓSITOS CORRELATOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

~~PG 60~~

3.1 PROPÓSITO DE NÚMERO 1

3.2 PROPÓSITO DE NÚMERO 2

3.3 PROPÓSITO DE NÚMERO 3

3.4 PROPÓSITO DE NÚMERO 4

3.5 PROPÓSITO DE NÚMERO 5

3.6 PROPÓSITO DE NÚMERO 6

~~Trabalhar e não com categorias~~

~~Expo~~

Nos últimos 20 anos trabalhando com a epidemia da AIDS no Brasil pude verificar que o ~~result~~ acúmulo de tarefas, atribuições e compromissos do ~~cotidiano~~ cotidiano no ~~faz~~ contribuiriam de forma relevante para que ~~a primeira~~ o primeiro grupo de linha de frente em resposta a epidemia da AIDS no Brasil, ~~parte~~ da qual eu sou parte, ~~nos~~ publicasse. Foramos graças a Deus considerados mais atores do que autores de artigos científicos.

Acredito que este exemplo caiu como uma luva ~~na~~ ~~po~~ ~~para~~ ~~o~~ ~~para~~ a pós-graduação da USP-CPE.

Os Institutos de pesquisa da SES-SP são compostos por atores, fazedores e implementadores de ações.

Ao longo de 10 anos que trabalhei na SES-SP com um agravio de saúde

4 RESULTADOS

~~PG 69~~

4.1 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 1

4.2 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 2

4.3 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 3

4.4 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 4

4.5 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 5

4.6 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 6

5 DISCUSSÃO

~~PG 84~~

6 CONCLUSÕES

~~PG 94~~

APÊNDICE

~~PG~~

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

~~PG~~

ANEXOS / ENCARTES

~~PG~~

hoje aprendi rapidamente que temos
seres múltiplos. ~~Ora~~ Ora atitudes pautes,
Ora insinuando outros, Ora formulando,
Ora normalizando, Ora representando,
Ora militando, Ora sistematizando,
Ora querendo entender, Ora explicando
o entendido. Uma escola de constante
aprendizado da política de saúde,
dos seus orgãos e das suas limitações
que também nos limitavam a aplicabilidade
do nosso saber e de fazer
o que deveria ser padrões que
deveria ser feito para bravar as
a expansão da epidemia.

Anos 80. pouco recurso ~~→ muito esforço~~
de um pequeno para o enfrentamento
da epidemia.

~~Outro mal que~~ Além dos poucos
recursos nos bloqueando a implementação
de ações tuas que convivem frequentemente
com a baixa valorização do capital
humano da SES-SP.

Esta cultura de desvalorização dos
talentos, dos quadros é antiquíssima
muito manéira.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AIDSCAP	Aids Control and Prevention Project (Projeto de Prevenção e Controle da Aids)
ASF	Associação Saúde da Família (ONG)
BEMFAM	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar do Brasil
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CDC	Center for Diseases Control (Centro de Controle de Doenças)
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONFAZ	Conselho dos Secretários de Estado da Fazenda
COTEPI	Conselho Técnico dos Secretários de Estado da Fazenda
CUT	Central Única do Trabalhador
CN	Coordenação Nacional
DKT do Brasil	Empresa sem fins lucrativos de <i>Marketing Social</i> de Preservativo no Brasil
DHS	Demographic Health Survey – Pesquisa em demografia e Saúde
DIR	Direção Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FHI	Family Health International
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
I.I.	Imposto de Importação
INAL	Indústria Nacional do Látex
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEM	Instituto de Pesos e Medidas
I.P.I.	Imposto sobre Produto Industrializado
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ISO	International Standards Operations

~~Chama atenção o fato de em um~~

~~país~~

é sabido que Carlos Chagas não recebeu o prêmio nobel por conta de outro brasileiro que aplicou a sua energia em desclamar o colega. Bom exemplo este que ~~o país~~ faz o 5º país do mundo em tamanho e população, nunca ter tido um prêmio nobel.

Considero nas duras proporções este um sério problema de saúde coletiva ou pública.

Mas vamos aos fatos. Achei muito legal a ideia de se ter uma pós graduação dos Institutos de Pesquisa para valorizar ~~o quadro~~ e possibilitar que os atores de saúde procedentes dos institutos de pesquisa possam desenvolver suas habilidades para implementar adequadamente pesquisas prioritárias no âmbito do SUS. (Tarifa mínimamente do atendente ao Instituto da Saúde J.)

Também achei proeminente o fato de alguns atores poderem relevar a(s) experiência(s) no papel e

JSI	John Snow Incorporation
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PN-DST/Aids	Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/Aids
PSI	Population Services International
PIS/PASEP	Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
UNAIDS	United Nations Aids Programme (Programa de Aids das Nações Unidas)

compatilhar o apreendido adquirido
nos ~~serviços de saúde, consequentes do~~
"fazer" cotidiano. no, na fúscula da
vida neste "fazer" cotidiano. Possibilitar
sem olhar quali-quantitativo de intervenções e
pesquisas ~~revalorizando~~ e possibilitando
uma reflexão do cotidiano e ~~atualizado~~
fazer, Impulso do seridador da saúde.

Em com este olhar apliquei um projeto
que foi ~~de~~ desde o seu início ~~indicado~~
(ano 2000) indicado pelo meu orientador
para ~~de~~ indicado. Para minha surpresa e
perplexidade nos últimos dois meses as
regras do jogo mudam, ~~costado~~ eu
~~dentro dos meus limitados títulos~~

~~Por~~ Por que ~~seridador~~ que o meu
~~trabalho~~ ~~de~~ ~~ser~~ ~~com~~
tenho ~~antes~~ e ~~lucidez~~ da ~~contribuição~~ ~~do~~
trabalho ~~em~~ ~~questão~~!

em 1991 ^{defini prático} ~~saí~~ pelo ~~serviço~~ da ~~cabecaria~~ do ~~dente~~ do
do hospital e do ambulatório, ~~saí~~ da
cabecaria do ~~dente~~ para ~~realizar~~ ~~prevenção~~
em larga escala. Um ~~desafio~~ ^{em} ~~para~~ ~~uma~~ ~~em~~
profissional com ~~forçada~~ e ~~pé~~ na ~~clínica~~.

Tivac

LISTA DE GRÁFICOS [COLOCAR PÁGINAS]

- GRÁFICO 1** – Número absoluto de casos novos de Aids por ano de diagnóstico (notificados e estimados) no Brasil no período de 1991–2002.
- GRÁFICO 2** – Casos de Aids notificados na subcategoria Homossexual/Bissexual, segundo ano de diagnóstico, Brasil, 1980-2002.
- GRÁFICO 3** – Percentual de casos de Aids notificados na subcategoria Homossexual/Bissexual, segundo ano de diagnóstico, Brasil, 1980 a 2002*.
- GRÁFICO 4** – Casos de Aids notificados na subcategoria Heterossexual, segundo o ano de diagnóstico, Brasil, 1980 a 2002.
- GRÁFICO 5** – Percentual de casos de Aids notificados na subcategoria Heterossexual, segundo o ano de diagnóstico, Brasil, 1980 a 2002.
- GRÁFICO 6** – Percentual dos casos de Aids em maiores de 19 anos, segundo escolaridade informada, Brasil, 1985 a 2000.
- GRÁFICO 7** – Razão de sexo dos casos de Aids notificados, Brasil, 1983 a 2002.
- GRÁFICO 8** – Venda de preservativos masculinos, através de "Marketing social" de preservativos, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 9** – Venda de preservativos masculinos, pelos principais produtores e importadores, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 10** – Venda de preservativos masculinos, através de "Marketing social" de preservativos no mundo, 1992 – 2001.
- GRÁFICO 11** – Venda de preservativos masculinos no Brasil, de acordo com dados da ACNielsen, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 12** – Distribuição gratuita de preservativos masculinos no Brasil, pelo Ministério da Saúde, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 13** – Aumento do mercado de preservativo em porcentual por área geográfica, segundo ACNielsen, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 14** – Custo médio do preservativo masculino em dólares americanos ao consumidor, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 15** – Quantitativo de pontos de venda pesquisados pela ACNielsen na categoria de preservativos masculinos, no período de 1995 a 2002.
- GRÁFICO 16** – Evolução das vendas de preservativos masculinos, segundo produtores e importador, Brasil, 1992 a 2002.
- GRÁFICO 17** – Evolução de vendas de preservativos masculinos na região Nordeste, Brasil, 1992 – 2002.
- GRÁFICO 18** – Evolução das vendas de preservativos masculinos nos Estados de Minas Gerais, Espírito Santo e interior do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1992 – 2002.

~~Esta~~ experiência na cabedira do doente me
propiciou ~~na busca de novos conhecimentos na~~
~~Saúde Coletiva~~ um contínuo penso de urgência,
que nunca me abandonou nos novos trilhos que endeu
da saúde pública.

Também este plano de urgência ~~me~~ direcionou-me
desde cedo (1985) na busca de "alternativas"
de ~~prevenção~~ na prevenção.

GRÁFICO 19 – Evolução das vendas de preservativos masculinos no Grande Rio de Janeiro, Brasil, 1992 – 2002.

GRÁFICO 20 – Evolução das vendas de preservativos masculinos na Grande São Paulo, Brasil, 1992 – 2002.

GRÁFICO 21 – Evolução das vendas de preservativos masculinos no interior do Estado de São Paulo, Brasil, 1992 – 2002.

GRÁFICO 22 – Evolução das vendas de preservativos masculinos nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, 1992 – 2002.

GRÁFICO 23 – Evolução das vendas de preservativos masculinos nos Estados de Mato Grosso do Sul e Goiás, e no Distrito Federal, Brasil, 1992 – 2002.

GRÁFICO 24 – Renda per capita em reais e sua relação em US\$, Brasil, 1994 - 2002.

GRÁFICO 25 - Preservativos masculinos comercializados, e distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde no Brasil, 1992-2002.

GRÁFICO 26 – Projeção de infecções pelo HIV realizada por técnicos do Banco Mundial no início dos anos 90, considerando a realização ou não de intervenções.

GRÁFICO 27 – Gastos evitados pelas intervenções na área de prevenção ao HIV/Aids no Brasil, no período de 1995 a 2001.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- QUADRO 1- Número de pacientes com HIV/Aids que recebem anti-retrovirais (1997-2002) *pg.* 40
QUADRO 2 - Uso de preservativo no Brasil na população em geral e em diferentes grupos- alvo, em estudos e pesquisas nacionais realizados no período de 1992-2002. *pg.* 46
QUADRO 3 - Modelo de risco proporcional hipotético no uso de preservativo. *pg.* 51
QUADRO 4 - Necessidade de preservativo para proteção. *pg.* 53
QUADRO 5 - Áreas ACNielsen que obedecem à divisão geo-política de Estados e Municípios. *pg.* 64

TABELA 1 - Venda de preservativos masculinos, em milhões de unidades, comercializados pelo "Marketing social" de preservativos no Brasil no período de 1992 – 2002. *pg.* 69

TABELA 2 - Dados de venda de preservativos, em milhões de unidades, no Brasil, no período 1992 – 2002. *pg.* 70

X TABELA 3/- Crescimento do mercado de preservativos masculinos, em milhões de unidades, no Brasil, em diferentes áreas geográficas ACNielsen. Ano de referência 1992; ano de término 2002. *pg.* 71

TABELA 4 - Evolução total das vendas de preservativos masculinos no mundo, em milhões, através do *Marketing social* de preservativos, no período de 1992 a 2001. *pg.* 73

X TABELA 5/- Resumo de Campanhas de Promoção de Preservativo veiculadas pela televisão, feitas pelo PN-DST/Aids do Ministério da Saúde (1990-2002). *pg.* 73

X TABELA 6/- Leis aprovadas que contribuíram para o aumento do acesso e uso de preservativo no Brasil durante o período (1990-2002). *pg.* 77

X TABELA 7/- Análise das reduções e isenções dos impostos sobre os preservativos no Brasil, obtidas no período de 1992-2002. *pg.* 79

X TABELA 8/- Disponibilidade por ano de preservativos masculinos 1992 a 2002. *pg.* 82

p.

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - Número estimado de adultos e crianças no mundo com HIV/Aids até o final de 2002. ~~pg.~~35

MAPA 2 - Estimativa do número de infectados pelo HIV na faixa etária de 15 a 49 anos (Brasil, 2000) ~~pg.~~38

MAPA 3 - Distribuição espacial de municípios com pelo menos um caso de Aids registrado, por períodos (Brasil, 1980 - 2001) ~~pg.~~39

MAPA 4 - Áreas de Nielsen para pesquisa de mercado. ~~pg.~~63

RESUMO

Descrita inicialmente em 1981 entre homossexuais, nos Estados Unidos, a Aids é hoje a quarta causa de morte no mundo. Causada pelo vírus HIV, a sua principal forma de transmissão é através das relações sexuais. No Brasil, a maioria dos casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde está ligada à transmissão sexual. Em razão de a infecção pelo HIV (e a Aids) não ter tratamento curante, e de não existir prevenção por vacina, e microbicidas tópicos eficientes, resta às pessoas sexualmente ativas, ou a monogamia mútua por toda a vida para o casal não infectado, ou o uso do preservativo como único método disponível na redução do risco de infecção. Em 1992, o acesso ao preservativo masculino no Brasil através do mercado era extremamente limitado. Visando aumentar o acesso aos preservativos masculinos no Brasil, iniciou-se uma intervenção que incluía a implementação de programa de "Marketing social" de preservativos e uma série de ações na área de políticas públicas, a fim de aumentar o acesso da população ao principal meio de prevenção da transmissão sexual do HIV. Este trabalho tem como finalidade avaliar a contribuição da intervenção na expansão do mercado brasileiro, para expandir, por sua vez, o acesso e o uso do preservativo masculino no país como estratégia de prevenção da transmissão sexual do HIV. Partiu-se da premissa que a introdução de um preservativo de qualidade e custo acessível, através do *Marketing social*, aliado à isenção dos impostos sobre o produto, ter-se-ia uma expansão do mercado e o conseqüente aumento do acesso e uso. Para responder aos propósitos, analisou-se o crescimento do mercado de preservativos masculinos no período de 1992 a 2002, pelos seguintes métodos: 1) análise dos dados de vendas da DKT do Brasil, empresa sem fins lucrativos responsável pelo programa de "Marketing social" de preservativos no país, no mesmo período (1992-2002); 2) análise dos dados de vendas de preservativos fornecidos pelos principais produtores e importador, no período de 1992 a 2002; 3) análise das principais ações de políticas públicas que contribuíram para a diminuição do custo dos preservativos masculinos ao consumidor, no período estudado; 4) análise dos dados da ACNielsen para verificar o crescimento regional da venda de preservativos masculinos no mesmo período; 5) análise dos dados da ACNielsen para verificar a diminuição do custo do preservativo ao consumidor, no período de 1992-2002. 6) análise do uso *per capita* de preservativos entre homens na faixa etária entre 15 a 59 anos de idade. Durante estes dez anos, o mercado de preservativos no país cresceu de 58 milhões de unidades vendidas em 1992 para mais de 453,8 milhões de unidades vendidas até dezembro de 2002, e o seu preço médio ao consumidor diminuiu de US\$ 1 a unidade em 1992, para US\$ 0,19 em 2002. As intervenções feitas para se expandir o mercado de forma sustentada, assim como a contribuição na prevenção de novos casos de HIV e sugestões para o aprimoramento do acesso de uso de preservativos masculinos foram tratadas.

Palavras chaves: 1. Aids 2. *Marketing social* 3. Preservativos Masculinos 4. Ações em políticas públicas 5. Propostas

ABSTRACT

Initially described in the U.S., in 1981, as a "among homosexuals" disease, AIDS is presently the forth cause of death in the world. Caused by the HIV virus, its predominant mode of transmission is sexual. In Brazil, most of the AIDS cases reported to the Department of Health are sexually related. Considering that there is no cure for the HIV infection (and AIDS), neither a preventive vaccine nor efficient topical microbicides, sexually active individuals have to choose between a lifetime of mutual monogamy for the non-infected couples or condom use, as the sole available method for reducing the risk of infection. In 1992, the access to male condoms in Brazil was extremely limited. Aiming at expanding this access to male condoms in Brazil, an intervention was implemented including the implementation of a Social Marketing Program for condoms as well as a series of actions concerning public policies, in order to increase access of the general public to the most important method for preventing the HIV sexual transmission. This study aims at assessing the contribution of this intervention for increasing the access to male condom in the country as a mean of preventing HIV sexual transmission. Our basic premise was that the introduction of high quality condom at accessible price through Social Marketing, together with exemption of taxes on condom would expand the market and consequently increase the access and use of condom. For that purpose, the growth of male condom market was analyzed during the period of 1992 and 2002 using the following methods: 1) analysis of DKT do Brasil sales data, a non-profit organization responsible for the Social Marketing Program of condoms in the country, during the above mentioned period; 2) analysis of condom sales data provided by the main manufacturers and importer during the same period; 3) analysis of the major public policy actions which contributed for the reduction of male condom retail price during the above mentioned period; 4) analysis of ACNilsen's data to check the regional growth of male condom sales during the same period; 5) analysis of ACNilsen's data to check the reduction of male condom retail price during the same period; 6) analysis of per capita condom use among men between 15 and 59 years old. During these 10 years, the sales market increased from 58 millions units sold in 1992 to more than 453.8 millions until December 2002. The average retail price was reduced from US\$ 1 per unit in 1992, to US\$ 0.19 in 2002. The interventions implemented aiming at a sustainable market growth, contributions for the prevention of new HIV cases and suggestions for increasing access and use of male condoms were analyzed.

Keywords: 1. Aids 2. Social Marketing 3. Male Condoms 4. Public Policies 5. Recommendations

1.1 CONCEITOS E HISTÓRICO DO *MARKETING SOCIAL*¹

"Marketing social" é a aplicação de tecnologias do Mercado Comercial para analisar, planejar, executar e avaliar programas elaborados, para influir no comportamento de populações específicas, com o propósito de melhorar o bem-estar das pessoas e da sociedade em que vivem (Andresen, 1995).

A definição de *"Marketing social"* é semelhante à de Marketing Comercial, conforme descrito por Kother e Armstrong (1994). A principal diferença é a finalidade do *"Marketing social"*, que tem como fundamento influir nas pessoas, especialmente aquelas com baixa condição socioeconômica, para levarem uma vida mais saudável.

O setor privado também influi no comportamento de seus clientes, levando-os a comprar refrigerantes, eletrodomésticos, cigarros, cervejas e outros produtos. Os resultados no setor privado são medidos através das vendas e da posição que um determinado produto ocupa no mercado, em uma dada região ou país. O *"Marketing social"* introduz nas suas ações a educação da população, a fim de motivá-la a adotar um comportamento saudável com a provisão de produtos e serviços de relevância para a populações de baixa renda. Também usa a rede comercial existente para distribuir os seus produtos. Os produtos e serviços promovidos pelo *"Marketing social"* devem ter uma marca, que seja sedutora, de baixo custo, com qualidade, e devem estar disponíveis no mercado para a população em situação de pobreza. Em muitos países, o preço do produto vendido através desta estratégia é mais barato do que o seu custo de produção, portanto para tornar o programa possível tem de contar com a colaboração de doadores.

Por meio de uma marca específica, o produto é promovido com a utilização de múltiplos meios de comunicação, que podem incluir desde os meios de comunicação em massa até a intervenção face a face, especialmente com grupos populacionais mais vulneráveis (Andreasen, 1995; Goldberg et al, 1997; Harvey P.D., 1999).

O *"Marketing social"* tem a capacidade de atingir grande número de pessoas, usando os canais de vendas de outros produtos, ou seja, utiliza a rede comercial existente em um determinado país ou região. Essa estratégia tem sido utilizada em saúde, para promover preservativos na prevenção ao HIV, outros contraceptivos no planejamento

¹ Nos documentos de origem desta tese (Anexos/Encartes), a expressão comparece como "mercadologia social"

↓
T

familiar, e também na promoção de vitaminas, sal iodado, reidratação oral e redes protetoras contra picadas de mosquitos, usadas particularmente para prevenção da malária entre crianças. Para viabilizar o programa, os produtos são adquiridos com a colaboração de doadores, a preços competitivos, e são vendidos a custo subsidiado à população. O preço do produto é indispensável para se agregar valor, pois se trabalha com a premissa de que se produtos relevantes para a saúde forem dados gratuitamente, eles poderão não ser valorizados e, muitas vezes, não utilizados.

Ao longo dos anos estes programas de "*Marketing social*" de preservativos têm sido implementados por organizações sem fins lucrativos que usam o retorno de suas vendas para cobrir parte dos custos técnicos, operacionais e administrativos, o que ajuda a reduzir de maneira geral os custos do programa, podendo em parte facilitar a sua sustentabilidade (Harvey P.D., 1999).

Contudo, a experiência demonstra que na maioria dos países, onde há programas de "*Marketing social*" de preservativos, estes não são auto-sustentáveis. Com o advento da epidemia da Aids, os investimentos em programas de *Marketing social* têm crescido como estratégia de prevenção ao HIV/Aids, em diversos países (Gráfico 10).

O "*Marketing social*" de serviços pode ser de planejamento familiar, de aconselhamento e teste sorológico para o HIV, sempre com um nome, ou seja, uma marca.

O Population Services International, organização que trabalha com "*Marketing social*", estabeleceu 12 centros de teste voluntário para o HIV, no Zimbábue, África, que foram batizados de New Star. Uma vez estabelecidos estes centros passaram a atender uma média de 4.000 novas pessoas por mês (www.psi.org).

O "*Marketing social*" tem sido estratégia utilizada para diminuir o abuso do álcool ou aumentar, por exemplo, o uso de cintos de segurança. Todas estas ações podem ser medidas. A diminuição do uso do álcool pode ser avaliada pela diminuição de vendas de bebidas e o uso de cinto de segurança pode ser verificado pela redução de mortes nos acidentes de automóvel. (Andreasen, 1995). A maioria das ações de "*Marketing social*" usa os meios de comunicação para persuadir as pessoas a se comportarem de forma diferente (Andreasen, 1994; Goldberg et al, 1997; Harvey P.D., 1997). Com base no conhecimento da clientela; o *Marketing social*, influi no comportamento das pessoas, levando-as a agir concretamente ao adquirir ou adotar um produto, comportamento, ou freqüentar um serviço que irá beneficiá-lo diretamente e, também, a sociedade na qual

estão inseridos (Andreasen, 1995). Portanto, podem ser muito efetivos na redução de uma determinada doença ou diminuição da sua mortalidade.

Dados da Population Services International informam que em 2002 os programas de "*Marketing social*" preveniram 5,6 milhões de casos de gravidez indesejada, 25.000 casos de malária em crianças e um número estimado de 500.000 novos casos de infecção pelo HIV (<http://www.psi.org>).

Por mais de 35 anos, as técnicas de "*Marketing social*" vêm progredindo em vários países com distintos contextos culturais. Estes programas têm sido utilizados na área da saúde, da segurança e do meio ambiente (Goldberg et al., 1997).

O modelo mais antigo de *Marketing social* de preservativo é o de planejamento familiar.

Em 1964, Peter King e colaboradores começaram a refletir sobre como poderiam resolver o problema da expansão populacional na Índia, onde 12 milhões nasciam por ano. Na ocasião, o governo indiano estava extremamente preocupado com a repercussão do crescimento populacional. Autoridades públicas questionavam como introduzir o uso de métodos contraceptivos para 500 milhões de indianos.

Obtidos em clínicas específicas e recomendados por médicos especialistas na Índia, os métodos contraceptivos estavam fora do alcance da maioria da população. O governo indiano, consciente do problema, estava preocupado em desenvolver estratégias com o propósito de diminuir o crescimento populacional. Com apoio da Fundação Ford, Peter King e outros colaboradores do Massachusetts Institute of Technology e da Universidade Harvard, dos Estados Unidos, iniciaram o processo de discussão com cientistas e autoridades hindus sobre o problema do crescimento populacional.

Essas reuniões e discussões culminaram com a construção dos principais eixos estratégicos de um programa de *marketing social* e resultaram na realização do primeiro programa voltado para o planejamento familiar em Nova Délhi, nos anos de 1966 e 1967 (Harvey, 1999).

Apesar de os primeiros programas de "*Marketing social*" de preservativos terem sido realizados no final dos anos 60, a designação "*Marketing social*" surgiu em 1971, com Phillip Kotter. Hoje, os programas de "*Marketing social*" de preservativos existem em 61 países, oferecendo proteção às populações que adquirem o produto nos mais diversos pontos de venda, como: farmácias, supermercados, lojas de conveniência, padarias, barbearias, salão de beleza, bares, boates, saunas gays, bordéis, bancas de jornal, vendedores ambulantes, floriculturas (Ferreiros et al., 1997; Harvey; 1997).

Em 1987, com base na experiência de *marketing social* de preservativos masculinos na área de planejamento familiar, foi estabelecido o primeiro programa de prevenção ao HIV/Aids, no Zaire, que serviu mais tarde de modelo para todos os outros programas de "*Marketing social*" de preservativos, na prevenção do HIV/Aids (Harvey;1997; Merson; 1992).

Foi em 1989, durante a Conferência Internacional de Aids, realizada de 4 a 9 de junho, em Montreal, Canadá, que se deparou com um pôster: "*Marketing Social* de Preservativos no Zaire", que com entusiasmo era apresentado pelo diretor do programa no Zaire, o Sr. Carlos Ferreiros (Van Der Does et al., 1989).

Naquela época, dirigia o Programa de Prevenção de Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e um dos grandes desafios era o acesso ao único método de prevenção da transmissão sexual do HIV - o preservativo.

Sendo de um país com recursos bastante limitados para responder aos agravos de saúde, chamou a atenção o fato de um país pobre como o Zaire estar vendendo enorme volume de preservativos. O preço do preservativo ao consumidor no Zaire era aproximadamente um centavo do dólar, ou seja, um custo inferior ao de sua produção. Imediatamente foram pedidos esclarecimentos de como funcionava o programa. A primeira reflexão foi a seguinte: se um programa como este funciona em um país pobre como o Zaire, por que não no Brasil, onde há um problema considerável de alocação de recursos para a distribuição gratuita de preservativos? Outro aspecto muito interessante do trabalho era o fato de que os preservativos eram vendidos nos pontos mais remotos do país, a preços acessíveis à população pobre. Durante as explicações iniciais sobre o programa de "*Marketing social*" no Zaire, refletiu-se sobre o nascente Sistema Único de Saúde, que já estava sobrecarregado e, mesmo que não estivesse, não deveria ser o grande responsável pelo acesso aos preservativos masculinos, como forma de prevenção da Aids para toda população. À medida que o Sr. Carlos Ferreiros explicava, ficava-se mais convencida que esta poderia ser uma importante estratégia para a prevenção do HIV/Aids no Brasil. Imediatamente indagou-se ao Sr. Carlos Ferreiros, como se poderia ter um programa semelhante no Brasil. Soube-se que o "*Marketing social*" de preservativos no Zaire era executado pela Population Services International, com recursos da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional. O Sr. Ferreiros informou, ainda, que o programa no Zaire era altamente subsidiado, pois tinham que dispor de um produto acessível, com qualidade e de baixo preço, e concluiu: "No Zaire

quanto mais se vende, mais se perde, pois os preservativos precisam ser acessíveis à população".

Durante os três dias da conferência que se seguiram à apresentação do pôster sobre a experiência do Zaire, prosseguiu-se o contato com o Sr. Carlos Ferreiros, para apreender as noções básicas do primeiro programa de *marketing social* de preservativos na prevenção ao HIV/Aids. Como todo bom profissional, o Sr. Carlos Ferreiros descrevia o seu trabalho com grande entusiasmo. Explicou que o programa era composto de quatro componentes fundamentais: produto, preço, promoção e distribuição (Andreasen, 1995; Goldberg et al., 1997; Harvey, 1999).

O primeiro componente é o produto e a qualidade – Custo e qualidade são componentes que têm um efeito crítico sobre qualquer programa de "Marketing social". Além de questões sobre o preço e o poder aquisitivo, os profissionais envolvidos têm de enfrentar o raciocínio do consumidor de que geralmente preço baixo significa má qualidade, pois concentram seus esforços em disponibilizar produtos de qualidade aos menos favorecidos (Ferreiros, 1988).

Originária do serviço público, inicialmente, perguntou-se-lhe por que cobrar alguma coisa, afinal?

O segundo componente de um programa de "Marketing social" é o preço - O motivo pelo qual é imprescindível cobrar alguma coisa é que os programas não podem existir sem a participação dos varejistas e o único meio de envolver os varejistas é gerando algum lucro para eles. O consumidor deve pagar um preço para o varejista ou não existirá a participação do sistema comercial. Vários estudos confirmam que quanto mais baixo os preços, maiores as vendas. Portanto, uma diferença fundamental entre o "Marketing social" e o comercial é o preço (Lewis, 1986; Harvey, 1994; Ciszewski, 1994; Ferreiros, 1998). Outra diferença fundamental diz respeito à distribuição gratuita, quando os preservativos são dados de graça são freqüentemente desperdiçados, e freqüentemente não há disciplina nos registros, e nem sempre os preservativos distribuídos gratuitamente serão usados. Os beneficiários podem achar que se trata de um produto de baixa qualidade em razão de ser ofertado (Harvey, 1999; UNAIDS, 2001). Também a logística de distribuição gratuita pode ser complexa pela irregularidade na compra e distribuição (Gráfico 12).

Com a intrigante questão do preço, voltou-se a perguntar quanto deveria custar o preservativo comercializado através do “*Marketing social*”, em uma região?

“O preservativo precisa atender ao padrão ‘um por cento’ na determinação do preço ao consumidor”, explicou Ferreiros, “o padrão ‘um por cento’, refere-se ao fato de que o suprimento anual de preservativos não deverá custar mais que um por cento do produto nacional bruto (PNB) anual *per capita*.”

Em relação aos preservativos, que são mais sensíveis às alterações de preço que outros contraceptivos (Lewis, 1986; Ciszewski et al., 1994; Harvey, 1994), a pesquisa sugere que 100 preservativos (um suprimento médio anual) não devem custar mais que 1% do PNB *per capita*.

Solicitou-se, então, que explicasse melhor. Exemplificou:

“num país com U\$ 300 de PNB, um lote de 100 preservativos (média de relações sexuais casal ano) deve custar ao consumidor no máximo U\$ 3 por ano, ou apenas U\$ 0,03 por preservativo, ou 9 centavos por um pacote com três unidades no varejo.” (Barberis et al., 1997; Ciszewski et al. 1994; Harvey, 1994; Lewis, 1986)

Muito bem, mas aqueles pacientes que procuram os serviços públicos com infecções sexualmente transmitidas, inclusive o HIV, devem receber preservativos gratuitos, não concorda?

“Concordo em parte, pois considero a distribuição gratuita, a comercial e a distribuição de preservativos através do “*Marketing social*” complementares, com algumas diferenças: o preservativo gratuito deve ser distribuído por serviços de saúde que atendam pessoas com doenças de transmissão sexual, incluindo HIV, o mercado comercial visa ao lucro e a sua existência é importante para a diversidade de opções do produto no mercado, e finalmente o “*Marketing social*” de preservativos é uma operação sem fins lucrativos, com a finalidade de reduzir os novos casos de infecção pelo HIV, principalmente nos países em desenvolvimento, populosos, com grande contingente de pessoas pobres naturalmente vulneráveis à infecção pelo HIV. No “*Marketing social*” temos que usar o nosso poder de persuasão para convencer as pessoas a adotarem práticas sexuais seguras, portanto, não estamos só preocupados com vendas.”

Então, tomou em suas mãos dois preservativos absolutamente iguais e perguntou: "este custa um centavo de dólar e este não custa nada, qual você acha que é o melhor?" Argumentou que a experiência de *"Marketing social"* demonstrava que as pessoas achavam que um produto com um valor atribuído era melhor do que o gratuito, e a chance de comprar e usar era maior do que quando os preservativos eram distribuídos gratuitamente. Outro aspecto importante, ressaltou,

"é que quando um cliente paga um pequeno valor por um produto com o dinheiro, ninguém está forçando esta pessoa a participar de uma ação [e completou], se uma pessoa usa o dinheiro para comprar um produto, ela está realizando um ato voluntário, pois está convencida que precisa do produto em questão. No caso da distribuição gratuita o produto é fornecido, mas não há garantia de que será usado."

Quando há dinheiro envolvido, o controle melhora substancialmente. Os registros financeiros estão sujeitos à auditoria, sendo mais difíceis de serem adulterados. Além disso, a venda é um excelente mecanismo pelo qual os gerentes podem avaliar seus programas.

Outro aspecto fundamental de um programa de "Marketing social" se refere à distribuição do produto. Os programas têm a capacidade de atingir milhões de consumidores, através de milhares de pontos comerciais em pouco tempo. O uso da rede comercial existente permite uma distribuição rápida de produto e informação, inclusive nos considerados canais alternativos de venda. No Zaire, os preservativos foram vendidos e promovidos em boates, pequenas mercearias, quiosques, embarcações, dentre outros. Só assim se pode atingir um grande número de pessoas e ter como resultado final o acesso ao preservativo pela população e, conseqüentemente, acesso à prevenção ao HIV/Aids/DST.

Estudos têm demonstrado que, com frequência, produtos distribuídos gratuitamente são desperdiçados. O controle logístico de produtos distribuídos gratuitamente é comumente inadequado (Harvey, 1999; UNAIDS, 2001). Na Índia o Ministério da Saúde realizou um estudo para analisar a distribuição gratuita de 860 milhões de preservativos masculinos. Este estudo conclui que mais de 50% dos preservativos distribuídos gratuitamente eram desperdiçados. Dentre os achados para verificar as causas do desperdício, o fato de ser gratuito era percebido pela população

como sendo um produto de qualidade suspeita (UNAIDS, jan. 2001). Na experiência de distribuição gratuita no Brasil, pôde-se verificar mais tarde, em 1990, que os preservativos doados pelo governo dos Estados Unidos à BENFAM, da marca Aladan, para serem distribuídos gratuitamente eram vendidos em prostíbulos da cidade de São Paulo. Testemunhou-se isso quando se desenvolveu um estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV entre trabalhadoras do sexo, na cidade de São Paulo, e, pelo menos neste caso, não estava havendo desperdício. Anos mais tarde verificou-se que muitos preservativos distribuídos gratuitamente em ocasiões como Carnaval, jogos de futebol e outras reuniões populares poderiam virar balões.

À medida que o Sr. Ferreiros explicava os problemas socioeconômicos e de promoção no Zaire, mais se ficava impressionada com o programa. Vender qualquer produto no Zaire parecia um desafio. A infra-estrutura para distribuição do produto era precária, e ações inovadoras e criativas foram estabelecidas por uma equipe dedicada, treinada e comprometida, que trabalhava fazendo chegar o preservativo masculino a vilas e zonas rurais através de rios, cavalos e vendedores ambulantes espalhados por todo o país (Harvey, 1999, *Le Monde*, 1990).

O quarto componente de um programa de "Marketing social" é a promoção do produto. Cada país deve analisar e utilizar o seu potencial criativo na promoção do produto, aproveitando toda e qualquer oportunidade de divulgação do uso correto e consistente do preservativo. No Zaire, os preservativos eram promovidos através de uma série de atividades educativas para aumentar as vendas e o uso do produto; toda e qualquer oportunidade é usada para promover o preservativo e educar a população para o seu uso adequado. O programa do Zaire utilizou múltiplos meios de comunicação, como o rádio, a televisão, grupos musicais e teatrais, participação em eventos para educar a população no uso de preservativos. Promotores treinados faziam aconselhamento e intervenções face a face, nas áreas urbanas e rurais (Harvey, 1997; 1999).

No Zaire, um grupo do Instituto de Medicina Tropical da Bélgica, liderado por Peter Piot, está observando uma diminuição de novas infecções pelo HIV entre as prostitutas, afirmou Ferreiros.

A esta altura da conversa já se estava interessada em saber quanto custava e como poderia conseguir recursos para fazer um programa semelhante no Brasil.

Explicou-me, então, que um programa de *"Marketing social"* recupera parte dos custos investidos, o que permite reinvestir no programa. Dependendo do país pode ser

até uma operação sustentável, mas na maioria das vezes depende sistematicamente de doações para que o programa tenha continuidade (Harvey,1999). Outro aspecto é o fato de que à medida que se expande, o programa requer novos recursos. A Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional doava os recursos para o desenvolvimento do programa no Zaire, e, também, era uma fonte importante na doação de recursos para outros programas voltados para planejamento familiar. O programa do Zaire foi o primeiro voltado para a prevenção da Aids, esclareceu o Sr.Ferreiros. Em todo recurso doado por um governo há decisões políticas que envolvem este processo, completou o diretor do programa .

Três anos mais tarde, em 23 de junho de 1992, o diretor-geral do Programa de Prevenção e Controle da Aids da Organização Mundial da Saúde, o médico Michael H. Merson, durante o Primeiro Fórum em HIV/Aids, organizado pelo Congresso Norte-Americano, apresentou durante a conferência o exemplo do "*Marketing social*" de preservativos no Zaire.

Transcreve-se trecho extraído de sua conferência:

"Deixe-me compartilhar com vocês seis exemplos de intervenções e programas que demonstraram ser muito efetivos na prevenção com relação ao HIV/Aids. Na promoção de preservativos, o Zaire executou um programa de "*Marketing social*" de preservativos com o qual o produto foi promovido através de campanhas intensivas, empregando embalagens atrativas, oferecidas em cada ponto de venda existente no país. Como resultado deste esforço, a venda de preservativos no Zaire aumentou de 500.000 unidades vendidas em 1997 para mais de 18 milhões em 1991, um resultado extraordinário. Outros programas de "*Marketing social*" de preservativos na África estão sendo feitos em Camarões, Quênia, Marrocos e Zimbábue."(Merson,1992)

Apesar de hoje existirem programas de "*Marketing social*" de preservativos em 61 países, o rápido aumento nas vendas alcançadas no Zaire continua sendo um recorde até então não alcançado. (Harvey, 1999)

De acordo com uma análise feita pela Family Health International, os 18 milhões de preservativos vendidos no Zaire preveniram aproximadamente 20 mil novos casos de transmissão do HIV no período de 1987 a 1991(Harvey, 1997). Em 1994, um estudo de coorte entre 531 trabalhadoras do sexo, negativas para o HIV, no Zaire, reporta que o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis aliado à promoção e ao uso de

preservativos masculinos, aumentou em 68% aos 36 meses de acompanhamento, com conseqüente diminuição das novas infecções pelo HIV. No final de três anos de intervenção, nas mulheres que foram a mais de 90% das consultas agendadas, a incidência foi de 2,7 % por 100 mulheres, contra 7,1% em mulheres que foram a 76% - 90% das consultas agendadas (Laga et al., 1994).

Foi ainda em 1989, durante a Conferência de Montreal, que se começou a instigar o Sr. Carlos Ferreiros a respeito da possibilidade de se desenvolver um programa de "*Marketing social*" de preservativos masculinos em resposta à epidemia de Aids no Brasil. As conversas em Montreal começaram a render frutos no mesmo ano.

Foram feitos contatos com a Population Services International e a DKT International, ambas organizações sem fins lucrativos, com larga experiência em programas de "*Marketing social*" de contraceptivos em diferentes países, logo após a conferência. Em fins de outubro de 1989, houve a primeira reunião com o Sr. Phillip Harvey, presidente da DKT International e o Sr. Richard Frank, presidente da Population Services International, para discutir a possibilidade de execução de um programa semelhante ao do Zaire, no Brasil. A falta de preservativos no Brasil, tanto para distribuição gratuita quanto para vendas a preço acessível ao consumidor, como um caminho para enfrentar a epidemia de Aids, ocupou as discussões iniciais realizadas em Washington, D.C. Ao fim da visita à sede da DKT International e da Population Services International, o Sr. Phillip Harvey declarou que, para começar a fazer um estudo sobre a possibilidade de um programa de "*Marketing social*" de preservativos, precisava de carta-convite oficial do governo federal ou do governo estadual.

De volta ao Brasil, trouxe diversos prospectos e resumos de trabalhos que ilustravam o desenvolvimento de programas de "*Marketing social*" de preservativos em vários países, na área de planejamento familiar, mas se trazia de fato, como modelo, o programa do Zaire como resposta à epidemia de Aids naquele país.

O então secretário de Estado da Saúde, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (1987-1990) concordou em enviar uma carta-convite à DKT Internacional, após analisar os resultados da experiência de "*Marketing social*" de preservativos no Zaire.

A carta logo chegou às mãos do presidente da DKT International, que contratou um consultor para fazer, no Brasil, um estudo de viabilidade do potencial programa.

Estava-se no final de 1989, quando o Sr. Robert Perez, consultor da DKT International, chegou ao Brasil. Em 1989 o Brasil era o quarto país do mundo em número de casos de Aids comunicados à Organização Mundial da Saúde, entretanto, os estudos

de soroprevalência demonstravam que a prevalência do HIV era relativamente baixa. A epidemia estava concentrada entre homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas. Contudo, estudos de soroprevalência entre as trabalhadoras do sexo já apontavam prevalências entre 10% - 28% nos grandes centros urbanos na região Sudeste do país (Lurie P. et al., 1995) E os dados de vigilância epidemiológica indicavam um número crescente de casos de Aids entre os usuários de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, 1999).

Desde 1987, verificou-se um aumento intenso de casos de Aids entre as mulheres e concomitantemente um aumento significativo da notificação dos casos de Aids relacionados à transmissão sexual.

De qualquer forma, o que lhe interessava sobremaneira era o fato de o Brasil ser o quinto país do mundo em população, com uma epidemia do HIV/Aids em franca expansão.

O Sr. Robert Perez queria informações sobre a situação do país em relação ao acesso e uso de preservativos, assim como o seu preço ao consumidor. Em poucas palavras foi-lhe explicado que os suprimentos de preservativos, para distribuição gratuita eram irregulares e praticamente inexistentes. Quanto ao mercado local, sabia-se que os preservativos masculinos eram muito caros para a maioria da população. Nessa ocasião, tanto órgãos do governo como as organizações não-governamentais, envolvidas diretamente em atividades de prevenção ao HIV/Aids, reconheciam ser a falta de preservativos para distribuição gratuita um dos grandes obstáculos à prevenção do HIV/Aids no Brasil.

Durante esta primeira viagem ao Brasil, o consultor Sr. Robert Perez obteve dados suficientes e argumentos precisos para convencer a DKT International a estabelecer um programa de "*Marketing social*" de preservativos.

Diante dos fatos, a decisão foi tomada, e com recursos da DKT Internacional providenciou-se o estabelecimento de um programa de "*Marketing social*" de preservativos no Brasil. O Sr. Robert Perez, que falava português, pois já havia morado no Brasil, foi contratado para dar início ao novo programa. Inicialmente pesquisou a possibilidade de adquirir o preservativo masculino em indústrias no Brasil. A idéia era comprar o produto e embalar sob marca criada especificamente para o programa de "*Marketing social*", mas se verificou que o custo do preservativo nacional era muito alto e optou-se por importar o produto. Os recursos da DKT deveriam ser empregados da forma

mais racional possível, dispondo-se do maior número possível de preservativos para a população

Em 1990, a DKT Internacional testou diversos nomes para definir uma marca de preservativo para o programa de "*Marketing social*" de preservativos no Brasil. Um dos nomes testados foi Prudence, que acabou sendo a marca preferida pelo público durante os testes. No mesmo ano, a DKT do Brasil foi registrada como organização sem fins lucrativos com a missão reduzir a transmissão sexual do HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmitidas entre a população sexualmente ativa no Brasil, pela disponibilidade na colocação dos preservativos (Ferreiros et al., 1997).

O programa de "*Marketing social*" incluiu outros propósitos específicos como o de criar interesse e gerar aumento do uso de preservativos entre a população sexualmente ativa e de baixa renda, aumentando a distribuição de preservativos em áreas urbanas e arredores, tendo em vista a prevenção DST/Aids (Harvey, 1999; Ferreiros, 1988).

Feitos e definidos a missão e os objetivos da DKT no Brasil, em 1991 introduziu-se o preservativo masculino Prudence no mercado, marca de preservativo de látex de baixo custo. Com um preço sugerido ao consumidor entre US\$ 0,20 e US\$ 0,30 por preservativo, o produto foi desde o início direcionado à população brasileira de baixa renda (Ferreiros et al., 1987).

Em outubro de 1991, a Family Health International ganha a concorrência para realizar ações de prevenção e controle da Aids em 50 países (Family Health International, 1992). Após processo seletivo, recebeu-se a proposta de dirigir o programa no Brasil, considerado pela Family Health International, uma das prioridades. Definiram-se planos estratégicos e de desenvolvimento do Projeto AIDSCAP no Brasil, da Family Health International, financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, que trabalharia com os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, enfocando populações específicas, consideradas epidemiologicamente mais vulneráveis, tendo sido escolhido o "*Marketing social*" de preservativos, já iniciado pela DKT, como uma das principais estratégias de apoio às intervenções voltadas para trabalhadoras do sexo, pessoas com doenças sexualmente transmissíveis e os seus parceiros sexuais, homens que fazem sexo com outros homens e os caminhoneiros (Weiss et al., 1992). Para implementar o programa no Brasil, a Family Health International assina convênio com a Associação Saúde da Família, uma ONG com sede em São Paulo. Em maio de 1992, como parte do acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial, o Ministério da Saúde através da Coordenação Nacional de DST/Aids solicitou a minha colaboração e de outros

dois consultores, para o desenvolvimento de um projeto sobre preservativos, como parte do componente de prevenção para ser submetido pelo Ministério da Saúde ao Banco Mundial (Ferreiros et al., 1992).

No documento elaborado para o Ministério da Saúde fez-se um diagnóstico da situação do HIV/Aids no país, com uma análise da situação dos diversos aspectos que envolvem o acesso e o uso de preservativos (Ferreiros et al., 1992).

Até maio de 1992, ano de referência do início do trabalho, um total de 25.280 casos de Aids foram notificados ao Ministério da Saúde, e de acordo com estimativas do Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, aproximadamente 425.000 pessoas estariam infectadas pelo HIV (Ferreiros et al., 1992).

Nessa época, os dados epidemiológicos já apontavam um crescimento do número de casos de Aids entre a população menos favorecida sob o aspecto socioeconômico, especialmente entre a população urbana pobre.

Com uma renda *per capita* de 2.540 dólares, em 1992, o Banco Mundial classificava o Brasil como de renda média alta (*upper middle income*), contudo fazia ressalva para o fato de o país ter grande disparidade na distribuição de renda (World Bank, 1993; World Bank, 1996). No ano de 1992, a inflação foi de 1,152% e o salário mínimo era de 60 US\$ por mês. O dólar era reajustado a cada dia. Para enfrentar a epidemia de Aids no Brasil tanto o governo brasileiro quanto o Banco Mundial estavam dando prioridade às ações de prevenção por ser a opção mais barata (World Bank, 1993). Documentos elaborados na época mencionam o grave problema do acesso e uso de preservativo pela população brasileira (Ferreiros et al., 1992; Ministério da Saúde, 1992; World Bank, 1993).

O preço do preservativo masculino, o mais importante meio para a prevenção ao HIV/Aids, variava de 0.70 US\$ a 1US\$ por unidade ao consumidor, portanto era muito caro para a maioria dos brasileiros (Ferreiros et al., 1992; Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 1992; World Bank, 1993). Em pesquisa realizada em 202 pontos de venda na região metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo Baixada Fluminense, Campo Grande, Madureira, Méier, Tijuca, Centro, Copacabana, Ipanema, Leblon, Barra da Tijuca, Jacarepaguá, Niterói e São Gonçalo, reporta-se que os preservativos masculinos foram encontrados com preços entre Cr\$ 63.000 (US\$0.93) a Cr\$ 125.000 (US\$1.84), o que significava se usado, pelo menos duas vezes por semana, custaria ao cidadão brasileiro entre US\$ 7.44 a US\$ 14.72, ou seja, um custo muito alto para a maioria da população brasileira (Fox & Associados Ltda, 1993).

O preservativo masculino, como método contraceptivo, não era promovido nem estimulado pelos serviços de saúde, já que sua efetividade para prevenir a gravidez não era considerada aceitável quando comparada a outros métodos como o hormonal e o DIU. Uma vez que o modelo de planejamento familiar adotado no país privilegia métodos de grande eficiência, o preservativo continuou sendo promovido apenas nas campanhas de prevenção da Aids (Vieira et al., 1992).

Durante os anos 80, o Ministério da Saúde recebeu doações esporádicas de preservativos masculinos da Organização Mundial da Saúde. A distribuição gratuita era deficiente e os problemas logísticos eram evidentes diante das necessidades de se fazer prevenção em larga escala. Além das doações da OMS, o setor público estava na dependência de outras doações para distribuição. Em 1990, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo recebeu 1 milhão de unidades de preservativos doados pela JOICEF (uma instituição não-governamental japonesa). Em 1991, fez uma compra pontual de meio milhão de preservativos; em 1992, a Fuji Látex, fábrica de preservativos no Japão, doou 300.000 unidades de preservativos à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Outra fonte de distribuição gratuita de preservativos no Brasil era a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), que recebia preservativos doados do governo norte-americano. No ano de 1990, a BEMFAM distribuiu 14,5 milhões de unidades de preservativos em 1.773 municípios de treze Estados diferentes (Ferreiros et al., 1992; Anexo IV).

A produção de preservativos no país em 1991 foi estimada em 42 milhões de unidades vendidas e o preço ao consumidor variava de US\$ 0,70 a US\$ 1 por preservativo, geralmente vendidos em pacotes com 3 ou 12 unidades. Um total adicional de 3,3 milhões de unidades eram vendidas por importadores, sendo 1,3 milhões vendidas pelo programa de "*Marketing social*" de preservativos iniciado em novembro de 1991. Portanto, o mercado total de preservativos para o ano de 1991 estava estimado em 45,3 milhões de unidades (Ferreiros et al, 1992).

Os produtores locais argumentavam que o custo ao consumidor era caro em razão aos seguintes problemas: primeiro, o custo de produção do preservativo na fábrica era de US\$ 0,30 por preservativo; segundo, incidiam sobre os preservativos masculinos (matéria-prima, embalagem e produto) uma miríade de impostos, tais como IPI, I.I, ICMS (Ferreiros et al., 1992; Ministério da Saúde, 1992).

Uma análise de mercado verificou que a despeito do fato de existirem mais de 100.000 pontos de venda no país, os preservativos podiam ser encontrados em somente

30.000 que eram, primordialmente, farmácias e alguns supermercados (Ferreiros et al., 1992).

Segundo a análise da legislação da época, pôde-se verificar que o município de São Paulo obrigava que motéis e hotéis da cidade tivessem disponíveis os preservativos, contudo, na prática, a lei estava ainda restrita ao papel (Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 2000). (Anexo I)

Em 1992, existiam quatro fábricas de preservativos no país: a Johnson & Johnson, a Indústria Nacional de Artefatos de Látex (INAL), a Blowtex e a Meno; esta última estava fechando as portas (Ferreiros et al., 1992).

Em contrapartida, o preservativo Prudence, comprado na Ásia, custava US\$ 0,07 a unidade. Isso sem contar os impostos sobre o produto e também os decorrentes do transporte, desembarque e armazenagem no porto de Santos, além de teste lote a lote para o adequado controle de qualidade, custos estes que seriam agregados ao preço final ao consumidor.

Assim, o preservativo Prudence poderia chegar ao consumidor ao preço sugerido de US\$ 0,20 a US\$ 0,30, considerando todos os custos de operação e impostos, ou seja, a metade do custo dos preservativos disponíveis no mercado (Ferreiros et al., 1997).

De acordo com os produtores locais, após as campanhas de 1988 e 1989 que promoviam o uso de preservativos, o mercado brasileiro havia passado por uma retração, pois nos anos de 1990 e 1991, por causa de problemas financeiros o governo brasileiro não realizou campanhas de promoção ao uso de preservativos. Como consequência, o mercado de preservativos diminuiu, seguido de aumento do seu preço ao consumidor (Ferreiros et al., 1992).

Em 1992, identificou-se outro agravo: uma grande discussão sobre a qualidade dos preservativos que gerou uma falta de confiança do consumidor no produto, repercutindo na diminuição das vendas (IDEC, 1996).

Em linhas gerais, era esta a situação dos preservativos no Brasil quando se iniciou a implementação da intervenção que consta no plano estratégico, por nós elaborado, e que faz parte do Anexo I.

Em 1992, como primeiro produto desta intervenção colaborou-se com, o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/Aids, na elaboração do documento "Propostas de medidas fiscais e tributárias para a expansão do mercado de preservativos no Brasil" (Ministério da Saúde, 1992).

Diversos outros produtos e resultados foram obtidos através da nossa intervenção, que teve como objetivo expandir o acesso e uso de preservativos no Brasil em resposta à epidemia de HIV/Aids. Inicialmente, a intervenção foi desenhada para um período de cinco anos, 1992-1997, ocasião em que se expandiu por mais cinco anos, ou seja, até dezembro de 2002 (Anexo I).

Seríamos capazes de desenvolver um programa de *Marketing social* bem-sucedido? O setor público abriria mão da receita gerada pelos impostos sobre os preservativos com objetivo de torná-lo mais barato ao consumidor? Se sim, estes benefícios seriam repassados pelos fabricantes e importadores ao consumidor? Estas medidas seriam capazes de expandir o mercado em regiões de baixo poder aquisitivo e baixo *per capita* no país?

1. 2 A EPIDEMIA DA AIDS NO MUNDO

Até dezembro de 2002 o Programa de Aids das Nações Unidas informou que 42 milhões de homens, mulheres e crianças estavam vivendo com Aids em todo o mundo, sendo atualmente a principal causa de morte na África subsaariana e a quarta causa de morte no mundo. Somente no ano de 2002 a Aids ceifou a vida de aproximadamente 3.1 milhões de pessoas. Um total de 5 milhões foram infectados pelo HIV somente no ano de 2001. O número total de crianças que perderam um dos pais ou ambos com Aids totaliza a cifra de 14 milhões (UNAIDS, 2002).

Mapa 1



Considerada um dos mais devastadores problemas de saúde pública, a Aids vem causando enorme repercussão sobre a mortalidade infantil revertendo estatísticas decorrentes de anos de esforços na sua redução em toda parte. Em muitos países a epidemia está comprometendo intensamente a esperança de vida ao nascer; por exemplo, hoje, na África subsaariana é de 47 anos, mas sem a epidemia da Aids seria de 62 anos. Nos 45 países mais acometidos pela epidemia no mundo estima-se que entre 2000 e 2020, por causa da ausência de vacina, e da falta de acesso à terapia anti-

retroviral e de execução de programas de prevenção em larga escala, cerca de 68 milhões de pessoas irão morrer mais cedo em decorrência da epidemia da Aids (UNAIDS, 2002).

Apesar dos esforços, as proporções da crise da Aids superaram as piores previsões mais sombrias de uma década atrás. Atualmente, dezenas de países estão experimentando uma situação trágica relacionada à epidemia do HIV/Aids, e em muitos outros a epidemia está se expandindo rapidamente, como é o caso da Índia e da China, países com população acima de 1 bilhão, o que impõe novos desafios para um controle.

Na próxima década, sem tratamento e cuidados efetivos, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas terão morrido de Aids. Hoje, a Aids representa um dos maiores problemas que a humanidade está enfrentando. Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV. Em vários países, a epidemia do HIV/Aids tem significado menos renda, dissolução de famílias, e conseqüente aumento da pobreza daqueles que já são economicamente frágeis (UNAIDS, 2002).

O avanço da epidemia do HIV/Aids em países em desenvolvimento, gerou um impacto enorme no setor da saúde; países, com orçamentos limitados têm enfrentado graves problemas em decorrência da epidemia (UNAIDS, 2000; UNAIDS, 2002).

À medida que a infecção pelo HIV evolui para Aids, há um aumento do número total de internações relacionadas com o HIV/Aids, o que tende a complicar esta situação, pois intensifica as desigualdades entre o Norte e o Sul. Existe o consenso de que para o enfrentamento das conseqüências geradas pela epidemia mundial, precisamos, urgentemente, alocar os recursos necessários, a fim de se dar acesso aos modelos de prevenção que deram certo, em uma escala global. As estratégias de intervenção abrangentes, integradas, que já demonstraram resultados almejados urgem ser imediatamente expandidas (UNAIDS, 2002).

Considerando que a maioria dos casos de HIV/Aids em todo o mundo foi resultado de infecção adquirida, e que continua sendo transmitida através das relações sexuais, faz-se necessário expandir as estratégias e intervenções que propiciem o acesso sustentável ao preservativo, uma prioridade dos programas de prevenção e controle à Aids em diferentes países (Van der Does et al., 1989; Merson, 1992; UNAIDS, 2001; Lamptey, 1995; Harvey, 1999; UNAIDS, 2002).

Quando usado corretamente, o preservativo é meio eficiente de prevenir a infecção por HIV em mulheres e homens. Sem o apropriado acesso ao preservativo, muitas das outras estratégias de prevenção, tais como: comunicação para a mudança de

comportamento, educação reprodutiva e sexual nas escolas, perdem muito sua eficiência. O programa de prevenção à Aids das Nações Unidas estima atualmente que entre 6 e 9 bilhões de preservativos são distribuídos gratuitamente ou vendidos por ano, através do setor público e comercial, número consideravelmente inferior aos 24 bilhões de preservativos necessários para a prevenção da transmissão sexual do HIV (UNAIDS, 2002). O Fundo de População das Nações Unidas prevê que o número de preservativos necessários para a prevenção do HIV/Aids e outras ISTs irá dobrar nos próximos 15 anos. Estima-se que os custos com aquisição de preservativos irão aumentar de US\$ 239 milhões em 2000, para US\$ 557 milhões em 2015. Este total não inclui custos com treinamento logístico e não inclui a realização de aconselhamento e educação para o uso de preservativos (UNAIDS, 2002).

O aumento do acesso e disponibilidade de preservativo pode aumentar o seu uso (UNAIDS, 2002; Population Services International, 2002). No entanto, o acesso não é a única determinação para o uso do produto em discussão. Em uma análise recente de estudos realizados em oito países da África, foi observado que as atitudes em relação ao uso do preservativo também dependem do tipo de relação interpessoal. Em relações maritais e regulares, muitos disseram que não usavam preservativos, pois "confiavam" nos parceiros (UNAIDS, 2002). No entanto, dados epidemiológicos recentes divulgados pela United Nations Aids Programme mostram um incremento importante de número de casos de Aids entre mulheres casadas (UNAIDS, 2002).

A promoção e o uso de preservativos são mais bem-sucedidos quando fazem parte de um programa abrangente que integra desde a educação e conscientização a respeito do HIV/Aids, até saúde sexual, sexualidade humana e treinamento com metodologias interativas que levem em consideração as relações de gênero em uma dada cultura e/ou país (Family Health International, 1992; Fernandes et al., 2001). Na Tailândia a estratégia de uso geral do preservativo entre as trabalhadoras do sexo tornou-se mundialmente conhecida como uma das mais eficazes providências quanto à prevenção do HIV. O programa envolveu a participação das trabalhadoras do sexo, seus clientes, autoridades públicas, donos de motéis e a polícia. Estudos recentes realizados neste país apontaram uma redução significativa da transmissão do HIV (Merson, 1992; UNAIDS, 2002).

O Programa Global de Aids da Organização Mundial de Saúde e o Programa de Aids das Nações Unidas promovem a realização de programas de "Marketing social" de preservativos, como uma das estratégias básicas para a prevenção do HIV/Aids/DST em

todo o mundo (UNAIDS, 2001; UNAIDS, 2002). A OMS descreve que o "*Marketing social*" de preservativos vem sendo utilizado com êxito em vários países (UNAIDS, 2001; UNAIDS, 2002). De acordo com Bernhard Swartlander, diretor da OMS, no Departamento de HIV/Aids, uma resposta global à pandemia do HIV/Aids deve ter como estratégia imprescindível o "*Marketing social*" de preservativos, as campanhas de mídia, e a distribuição de preservativos à população (UNAIDS, 2002).

De acordo com Nelf Walker, Assessor sênior em estatística, modelos e projeções do Programa de Aids das Nações Unidas, "se não for feita uma intervenção abrangente e em larga escala, poderemos chegar a ter 45 milhões de novas infecções pelo HIV até o final da década de 2000" (UNAIDS, 2002).

1.3 A EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

Uma ampla disseminação do HIV no país teve início em fins da década de 1970. O primeiro caso de Aids notificado foi em 1980. De 1980 até dezembro de 2002, um total de 257.780 casos de Aids foram notificados ao Ministério da Saúde, Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/Aids (Ministério da Saúde, 2002) (ver gráficos de 1 a 7).

De acordo com o Programa de Aids das Nações Unidas (UNAIDS), estima-se que o Brasil tenha 610.000 pessoas infectadas pelo HIV, sendo, portanto, o segundo país nas Américas em número de casos de HIV/Aids (UNAIDS, 2002). Um estudo feito pelo PN/DST/Aids estimou 10 milhões de novos casos de IST por ano no Brasil. (Ministério da Saúde, 2002).

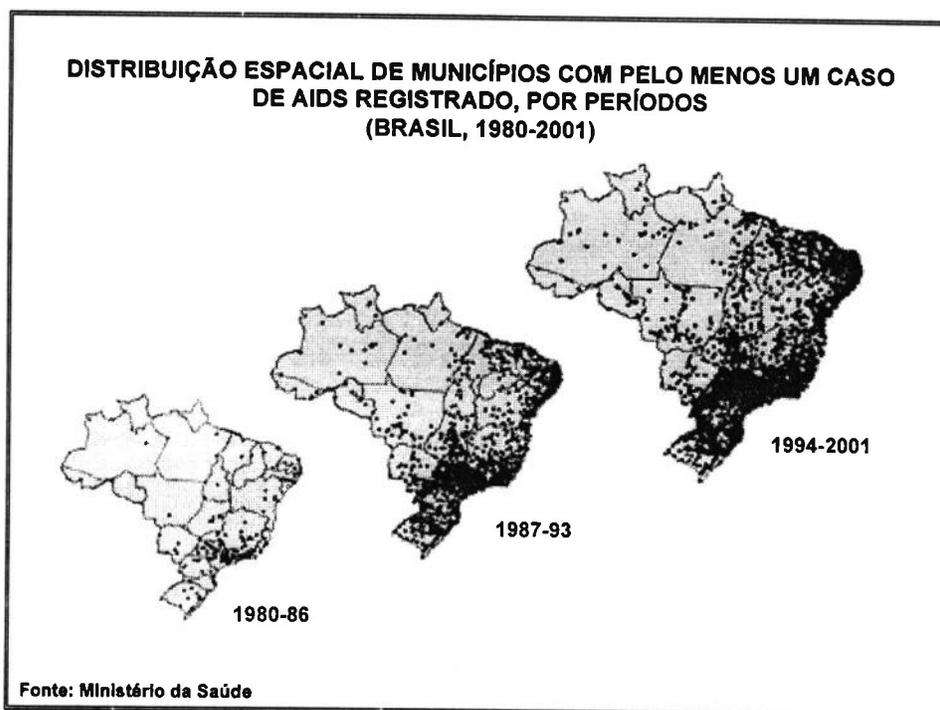
MAPA 2



Dados epidemiológicos e estudos feitos no país mostram que a forma predominante de transmissão do HIV é a sexual. Dados do Ministério da Saúde, PN-DST/Aids apontam que em 2002 a subcategoria heterossexual atingiu a cifra de 65,8%, seguida da homossexual/bissexual com 18,5%, que juntas somam 84,3% dos casos de Aids notificados (Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 2002).

Dos 5.561 municípios, 3.340 notificam casos de Aids. Embora a maioria dos casos de Aids esteja concentrada na região Sudeste, o HIV continua a se expandir para áreas do interior do país, o que significa novos desafios para seu controle e prevenção. Estudos também demonstram que os casos de HIV/Aids estão se espalhando para municípios pequenos com menos de 50.000 habitantes (Ministério da Saúde – 2000)

MAPA 3



Em 2000, 16.477 amostras de sangue foram analisadas em 140 serviços de pré-natal, como parte de um programa de vigilância sentinela de grávidas. A prevalência da infecção pelo HIV nestas clínicas foi de 0,61% (Ministério da Saúde, 2001). Quando desmembrada de acordo com o tamanho da população urbana, a prevalência em cidades com mais de um milhão de habitantes foi de 1,25%. Em cidades com população entre 50.000 e 200.000, foi de 0,50%; e em cidades com menos de 50.000 habitantes, de 0,22%. Com base neste estudo, estima-se que em 2000 existiam 597.443 pessoas de ambos os sexos, entre 15-49 anos, com infecção pelo HIV no país, o que corresponde a uma incidência de 0,65% (Ministério da Saúde, 2000).

Entre março de 1997 e outubro de 2001, sete trabalhos de vigilância sentinela foram realizados com a finalidade de definir a prevalência da infecção pelo HIV entre

pacientes com doenças sexualmente transmissíveis. Um total de 41.229 pacientes foram testados, sendo em média 5.890 pacientes provenientes de uma média de 32 clínicas por estudo, e a frequência média de HIV durante este período foi de 2,9% (Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 2002).

Em um estudo foi verificada uma forte correlação entre o aumento de número de casos de Aids e a baixa escolaridade no Brasil, especialmente na região Sudeste, onde a epidemia é mais antiga (Fonseca, 1999).

O Brasil é reconhecido pelo seu comprometimento político e técnico na resposta à epidemia da Aids. Durante a década de 1990, dois empréstimos foram tomados junto ao Banco Mundial para catalisar a resposta ao HIV/Aids/DST. O primeiro empréstimo foi implementado de março de 1994 a dezembro de 1998. O valor total era de US\$ 250.000.000, sendo US\$160 milhões oriundos do Banco Mundial e 90 milhões do governo como contrapartida.

O segundo empréstimo foi assinado em dezembro de 1998, no valor de US\$ 300 milhões, dos quais 165 milhões eram provenientes do Banco Mundial e 135 milhões do governo como contrapartida.

Estes empréstimos representaram uma decisão relevante do governo na luta contra o HIV/Aids/DST. No entanto, eles abarcaram apenas 9% de todas as despesas relativas ao HIV/Aids/DST no país (Basso C. R., 2002)

Em 1991, o sistema brasileiro de saúde pública deu início à distribuição gratuita de Zidovudina para infectados com HIV/Aids e em 1996, o presidente Fernando Henrique Cardoso promulgou o Decreto nº 9.113, de 13 de novembro, que determinou a distribuição gratuita e universal da terapia anti-retroviral às pessoas vivendo com HIV/Aids. Atualmente, o tratamento anti-retroviral é totalmente custeado pelo Ministério da Saúde. Desde 1997, o número de pessoas com HIV/Aids que recebem este tratamento tem aumentado sistematicamente.

Quadro 1-Número de pacientes com HIV/Aids que recebem anti-retrovirais (1997-2002)

ANO	Nº DE PACIENTES
1997	35.900
1998	55.600
1999	73.000
2000	87.500
2001	105.000
2002	120.000

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

A curva de gasto do governo com tratamento anti-retroviral tem sido ascendente: US\$ 34 milhões em 1996; US\$ 224 milhões em 1997; US\$ 305 milhões em 1998; US\$ 336 milhões em 1999; US\$ 303 milhões em 2000; US\$ 232 milhões em 2001; US\$ 266,7 milhões em 2002. Logisticamente, o país enfrentou o desafio de realizar uma estratégia para distribuir e acompanhar o tratamento anti-retroviral através do sistema de saúde pública. Atualmente, o Brasil possui 424 unidades de distribuição de fármacos anti-retrovirais localizadas em hospitais públicos e Centros de Saúde, onde os pacientes podem receber gratuitamente a medicação (Galvão, 2002). O Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/Aids (PN-DST/Aids) executou em 1998, um sistema para controlar eletronicamente os registros de distribuição dos remédios e rastrear as suas prescrições. Com propósito de garantir confidência, o acesso ao banco de dados do tratamento anti-retroviral é limitado, e os pacientes não são revelados. Para garantir o acesso aos fármacos anti-retrovirais, o país tem aumentado sistematicamente a produção nacional de produtos anti-retrovirais. Até o final de 2001, o país estava produzindo sete dos catorze fármacos usados no tratamento de infectados por HIV/Aids (Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 2002).

Estudos preliminares na Europa sugerem que muitas pessoas em tratamento de HIV/Aids estão voltando a ter comportamentos de risco, como fazer sexo sem proteção e compartilhar agulhas e seringas ao usar drogas injetáveis (*Folha de S. Paulo, Caderno Ciência, 2003*)

Outro problema apontado em um estudo realizado na Europa demonstrou que em cada dez pacientes, ou seja, 10% dos pacientes estudados, recentemente infectados com o vírus da Aids têm linhagens de vírus resistentes a pelo menos um fármaco anti-retroviral. A resistência viral tem sido vista há muito tempo como um sério problema em áreas como São Francisco (EUA), onde mais de um quarto dos pacientes tem vírus com resistência aos fármacos anti-retrovirais. Os achados do estudo realizado na Europa exigem que novos produtos farmacêuticos sejam desenvolvidos o tempo todo. Fatos que aliados à facilidade de mutação do HIV, conhecida de longa data, impõem outros desafios ao controle e à prevenção da Aids no mundo (*Folha de S. Paulo, Caderno Ciência, 2002*). Se de um lado se deve continuar lutando para se fornecer fármacos anti-retrovirais em países do terceiro mundo, de outro, deve-se continuar dando ênfase às ações de prevenção pelas razões mencionadas.

O Brasil tem sido reconhecido internacionalmente por ter conseguido estabelecer uma política de acesso universal à terapia anti-retroviral, o que requereu a instalação de

requintado sistema logístico para distribuição de terapia anti-retroviral desde 1996 (Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, 2002). No caso de preservativos masculinos, produto indispensável à prevenção sexual do HIV, mesmo sendo muito mais baratos que os fármacos anti-retrovirais, a logística de sua distribuição gratuita na década de 1990 não teve o tratamento símil ao dado à medicação anti-retroviral no Brasil (Gráfico 12). Diferentemente de outros países em desenvolvimento, o PN-DST/Aids não colaborou no financiamento de Programa de "Marketing social" ou de ONGs envolvidas com esta estratégia (Ministério da Saúde, 2002).

Os dados da Pesquisa Demográfica em Saúde (DHS), implementada pela BEMFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil) em 1986, mostram que apenas 5% da população entrevistada informava o uso do preservativo, ou seja, uma utilização muito baixa para responder à crescente necessidade, já na época, de realizar prevenção ao HIV/Aids.

Em 1994, a *Revista Playboy*, em parceria com o Ibope, realizou uma pesquisa para analisar o comportamento sexual de 1.600 homens em 10 capitais brasileiras tendo verificado que somente 9% dos homens entrevistados referiam usar preservativos sempre (*Revista Playboy*, 1994) (Quadro 2).

Em 1996 a pesquisa DHS reportou que apenas 4% das mulheres de 15 a 49 anos, em união sexual, neste ano, referiram usar o preservativo como método anticoncepcional e que 15% dos homens em união conjugal informavam o uso de preservativos (Badiani et al., 1997). Na mesma pesquisa verificou-se que o uso de preservativo aumentava com a escolaridade e com a diminuição da idade, caracterizando-se por ser um método de solteiros, jovens e privilegiados, ao passo que a epidemia atinge hoje principalmente as mulheres, pobres e, muitas vezes, com apenas um só parceiro (Badiani et al., 1997) (Quadro 2).

Estudo sobre o comportamento sexual dos brasileiros realizado em 1999, pelo Ministério da Saúde e o CEBRAP reportou que 48% dos jovens fazia o uso do preservativo durante a primeira relação sexual. Neste estudo, também, o baixo grau de escolaridade estava diretamente relacionado a falta de uso do preservativo, especialmente entre as mulheres (Berquó et al., 2000) (Quadro 2).

Achados de estudo realizado nas Forças Armadas Brasileiras ilustram resultados semelhantes, pois militares com o ensino básico incompleto apresentavam uma alta porcentagem de infecção pelo HIV (Szwarcwald et al., 2000) (Quadro 2).

Quadro 2 - Uso de preservativo no Brasil na população em geral e em diferentes grupos-alvo, em estudos e pesquisas nacionais realizados no período de 1992-2002

ANO	CATEGORIA	GRUPO ETÁRIO	ESTUDO	ÍNDICE DE USO DO PRESERVATIVO %
1993	1 600 homens de 10 capitais do Brasil que referem usar o preservativo sempre	15-49	IBOPE/ <i>Revista Playboy</i>	9
1996	3 644 trabalhadores de todo o país entrevistados nos locais de trabalho que referiram usar o preservativo sempre	Não consta	MS/ PN- DST/Aids e CGT	25
1996	Uso de preservativo em adultos nas últimas relações sexuais com parceiros não regulares (12 meses)	15-49	DHS	Homens 31,0 Mulheres 11,0
1996	Jovens nas últimas relações sexuais	15-19	DHS	Homens 6,1 Mulheres 3,4
1996	Jovens nas últimas relações sexuais	15-24	DHS	Homens 60,0 Mulheres 31,0
1999	Uso de preservativo em adultos nas últimas relações sexuais com parceiros não regulares	16-65	MS/PN-DST/Aids Berquó et al.	64,0
2000	Proporção de homens usando preservativos com trabalhadoras do sexo nos últimos 12 meses	17-20	Forças Armadas PN- DST/Aids	17,4

Fonte: Ministério da Saúde, CEBRAP, BEMFAM, *Revista Playboy/ibope*.

O uso do preservativo também encontrou outras barreiras nos anos 1990 que refletiu a falta de acesso continuado aos serviços de saúde, problemas logísticos para compra, controle de estoque, armazenagem e distribuição destes produtos.

No período de dezembro de 2000 a abril de 2001, o Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, realizou um estudo através de *telemarketing*, com objetivo de avaliar a distribuição gratuita de preservativos masculinos no país. Foram realizadas entrevistas por telefone com questionário estruturado, em 1849 instituições, sendo: 1.145 unidades básicas de saúde, 164 ONGs, 165 clínicas de DST, 152 serviços de atendimento especializado, 145 centros de testagem anônima e 77 estabelecimentos prisionais no país. O estudo revelou que 56% das unidades básicas de saúde (UBS) faziam a distribuição de preservativos. Um total de 29% (UBS) relatou que não recebe o

produto, outras 30% reportaram que a distribuição está centralizada em outros serviços de saúde, e 5% revelaram que a distribuição de preservativos não faz parte do programa. Um total de 59% das unidades básicas de saúde relatou que o preservativo era distribuído para a população em geral, e 37% revelaram que o produto era distribuído para mulheres como parte do planejamento familiar. Um total de 31% das UBSs entrevistadas reportou que distribuíam o preservativo para a população adolescente. O estudo identificou que um número reduzido de UBSs faziam a distribuição de preservativos às populações consideradas prioritárias para o PN-DST/Aids (portadores do HIV/ DST, trabalhadoras do sexo, e homens que fazem sexo com outros homens). A grande demanda por preservativos nas unidades básicas de saúde era de mulheres e adolescentes. O mesmo estudo revela que 63% das instituições observaram períodos de falta de preservativos (Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, 2001).

Estudo qualitativo realizado no Estado de São Paulo pela coordenação Estadual de DST/Aids, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, avaliou a distribuição gratuita de preservativos masculinos em 9 das 24 direções regionais de saúde (DIR), através da realização de entrevistas com informantes-chave no final dos anos 1990. O estudo concluiu que existem sérios problemas com relação aos diversos aspectos que envolvem o manuseio apropriado do preservativo em diversas instâncias do SUS. Entre elas destacam-se as seguintes: verificou-se que os profissionais de saúde não consideram o preservativo como um dos instrumentos mais importantes na prevenção de DST/Aids. A maioria dos profissionais entrevistados declarou ter uma atitude passiva perante a falta de preservativos, o que é um fenômeno freqüente na rede pública de saúde do Estado de São Paulo. Profissional entrevistado destaca: "não há preocupação clara em garantir a continuidade de seu fornecimento. Dentre os inúmeros itens que costumam faltar nos serviços de saúde, o preservativo acaba sendo apenas mais um".

Depoimentos de vários representantes de municípios tocam neste dilema da procura *versus* oferta - "a gente dá quando elas pedem, mas a gente não incentiva, explica, ou orienta as mulheres quanto à importância do preservativo, se fizermos isso, o estoque não vai dar". Outro depoimento menciona também o problema do acesso ao produto: "quando falta, peço para a população estar retornando na unidade para ver se já chegou".

Alguns profissionais questionam os critérios de distribuição afirmando ter dificuldade em saber para quem dispensar o preservativo gratuitamente e quem deveria pagar por ele.

“Esta questão não foi, até agora, discutida pelos Programas Estaduais e Nacional de DST/Aids.”

“Sabemos que as mulheres sob risco não fazem parte de nenhum grupo especial: são donas de casa, mulheres casadas que adquirem a infecção através de seus parceiros fixos. Estas mulheres, em geral de baixo poder aquisitivo, freqüentam os serviços públicos de saúde, passam pelo pré-natal, consultas ginecológicas, e portanto, nestes momentos seria fundamental orientar quanto ao uso de preservativos.”(Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo et al, 2001)

O problema logístico também pode ser identificado no seguinte depoimento:

“O Ministério às vezes manda preservativos, mas sem nenhuma regularidade, nunca se sabe a quantidade” (Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo et al, 2001).

Pelas razões que são parcialmente mencionadas acima, nos anos 1990, a maioria da população teve de contar basicamente com o mercado como única fonte de obtenção de preservativos masculinos (Gráfico 25). Desde 1994 o Estado de São Paulo vem reunindo esforços, a fim de adquirir preservativos destinados à distribuição gratuita em complemento às compras do Ministério da Saúde. Mesmo assim estudo realizado identificou uma série de problemas neste processo. Com relação aos demais Estados a distribuição gratuita ficou na maioria das vezes na dependência do plano federal. O Gráfico 12 demonstra o processo de aquisição e distribuição de preservativos pelo PN-DST/Aids nos anos 90. Interessante notar que no nosso país os esforços obtidos para garantir o acesso à terapia anti-retroviral não foram semelhantes para garantir o acesso gratuito ao preservativo.

Desde os anos 1980, existe um consenso internacional que uma das estratégias mais importantes na prevenção da transmissão do HIV é o acesso adequado a preservativos (CDC,1988;Vessey et al., 1988). Dados apresentados na 14ª Conferência Internacional sobre Aids, em Barcelona, de 7 a 12 de julho de 2002, indicam que

globalmente necessita-se de embarcar em um renovado e intenso esforço para a prevenção do HIV/Aids no mundo. Grandes esforços têm sido feitos por parte das autoridades públicas e da sociedade civil organizada para manutenção da política de acesso universal às drogas anti-retrovirais, todos reconhecem os benefícios e a necessidade de manutenção desta política cujo êxito se expressa na redução da mortalidade, da morbidade e do número de internações por Aids no país. Esforços semelhantes seriam importantes para garantir o acesso ao principal insumo da prevenção: o preservativo masculino.

Nesse sentido, desde o final dos anos 90 o PN-DST/Aids tem realizado compras relevantes do produto e tem aprimorado o processo de compras e distribuição do produto no país (Ministério da Saúde , 2002).

A UNAIDS considera que o acesso aos preservativos devem ser garantidos como parte dos programas de prevenção e controle da Aids em diferentes países (UNAIDS, 2002).

1.4. TECNOLOGIAS NA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS: A SITUAÇÃO ATUAL. ONDE ESTAMOS?

1.4.1 MICROBICIDAS

O microbicida é um tipo de “preservativo químico” auto-administrado, podendo constituir uma opção para a prevenção de infecções tanto para homens quanto para mulheres que encontram dificuldade em persuadir seus parceiros sexuais a usar preservativo. Aplicado na vagina ou no reto, o microbicida visa prevenir a infecção por HIV e possivelmente outras infecções transmitidas sexualmente por vírus ou bactéria. Pode ser produzido em várias formas farmacêuticas, tais como: gel, creme, supositório, esponja ou outras, e também pode possuir propriedades contraceptivas (espermicida) (Population Council, 2001; UNAIDS, 2002).

O produto ideal deveria ser inodoro e insípido, portanto imperceptível ao parceiro sexual que se nega a usar outros meios de proteção. Depois do fracasso do experimento com nonoxinol-9 em gel na fase III que avalia a eficácia, calcula-se que 56 novos produtos estejam em vários estádios de desenvolvimento, desde pré-clínicos até a fase III. Embora nenhuma empresa farmacêutica de grande porte tenha investido até o momento no desenvolvimento de um microbicida, a pesquisa deste modo de prevenção obteve recentemente apoio financeiro da Fundação “Bill e Melinda Gates”. Apesar dos esforços já realizados não há nenhum microbicida disponível eficaz na prevenção relativa ao HIV/AIDS (UNAIDS, 2002).

1.4.2 VACINAS

A pesquisa com a finalidade de encontrar uma vacina contra o HIV tem progredido nos últimos dez anos. Infelizmente este progresso não foi suficiente para as pessoas que precisam se beneficiar de uma vacina da maneira mais rápida possível. Mesmo que as pesquisas atuais possam ser bem-sucedidas, é pouco provável que surja uma vacina contra a Aids disponível em larga escala antes do fim década (2001-2010). Atualmente, entre US\$ 400-500 milhões estão sendo investidos anualmente em pesquisas para obtenção de vacinas contra o HIV, sendo a maior parte deste investimento em pesquisa básica. Há várias instituições envolvidas num esforço global para o desenvolvimento desse imunizante, inclusive o NIH (US National Institute of Health – Instituto Nacional de

Saúde do EUA), a IAVI (International Aids Vaccine Initiative – Iniciativa Internacional pela Vacina contra Aids), o CDC (US Centers for Diseases Control and Prevention – Centro para o Controle e a Prevenção de Doenças dos EUA), o órgão sanitário francês "Agence Nationale de Recherche sur le Sida" (Agência Nacional Francesa de Pesquisa da Aids), a Comunidade Europeia (Eurovac Programme), e várias empresas farmacêuticas e de biotecnologia.

Programas nacionais de pesquisa de vacina contra a Aids estão sendo realizados em vários países, incluindo Austrália, Canadá, Japão, Brasil, China, Cuba, Haiti, Índia, Quênia, Tobago, Reino Unido, Estados Unidos e Uganda. Apesar de toda esta atividade, as peculiaridades do vírus HIV tornam a busca por uma vacina muito difícil e cara. Dez subtipos do vírus HIV-1 já foram identificados e distribuídos em diferentes partes do mundo; o HIV ataca diretamente as células brancas do sangue, que centralizam as respostas imunológicas do organismo, tornando-o incapaz de controlar infecções e prevenir doenças.

O desenvolvimento de uma vacina contra o HIV é um processo árduo., uma vacina utilizável ainda deve demorar vários anos. Muitos desafios para se conseguir uma vacina são parecidos com os relacionados à expansão do acesso à terapia anti-retroviral: acesso, custo, efeitos colaterais, dentre outros. Portanto, uma vez em posse de uma vacina eficaz, muitos serão os desafios que deverão ser enfrentados de forma a torná-la disponível para a comunidade internacional, em especial nos países gravemente atingidos pela epidemia (UNAIDS, 2002).

1.4.3 O PRESERVATIVO MASCULINO: A ÚNICA "VACINA" EXISTENTE

A maior parte dos preservativos masculinos é feita de borracha de látex natural. A base de proteção de um método de barreira é que esta barreira tem que ser intacta. Os preservativos masculinos constituem uma barreira entre os indivíduos, e assim podem reduzir a troca de fluidos corpóreos durante as relações sexuais. Quando usados de modo constante e correto nas relações sexuais, os preservativos de látex são eficientes na prevenção da transmissão sexual do HIV e podem reduzir o risco de se contrair outras DSTs (por exemplo, gonorréia, clamidiose e tricomoníase). A análise de diversos estudos demonstra que os preservativos são 90% a 95% dos casos efetivos na prevenção da transmissão sexual do HIV. Os preservativos quando usados de forma correta e

consistente diminuem a transmissão sexual do HIV de homens para mulheres, em aproximadamente 95% (Lillie et al., 2002).

No entanto, por não cobrirem todas as áreas expostas, os preservativos são mais eficazes na prevenção de infecções transmitidas por fluidos de mucosas (tais como: gonorréia, clamidiose, tricomoníase e a infecção pelo HIV) que as infecções transmitidas pelo contato pele-pele, tais como: vírus da herpes simples (HSV), papilomavírose (HPV), sífilis e cancro (CDC, 2002).

Além do mais, os preservativos podem prevenir a exposição do pênis às secreções e tecidos cervicais e da vagina sob condições parecidas. O formato do preservativo, sua espessura e outras especificações, inclusive a própria formulação do látex, foram projetados de forma a criar um produto de fácil colocação (sobre o pênis), com mínima possibilidade de deslizamento ou rompimento durante intercursos vaginais, de maneira a se conseguir que contenha no seu interior os fluidos coletados.

Existem provas documentando a eficiência do preservativo masculino na prevenção da transmissão sexual do HIV. Dados publicados em vários estudos mostram uma redução significativa da transmissão do HIV entre sujeitos que declaram "sempre" usar o preservativo. Estes dados comprovam a eficiência dos preservativos na prevenção da transmissão do HIV em homens e mulheres que têm intercurso vaginal (Allen et al., 1992; Anderson et al., 1996; Davis et al., 1999; Vicenzi et al., 1994; Furimara, 1971; Laga et al., 1994). Além disso, quatro estudos epidemiológicos também concluíram que o uso do preservativo masculino de látex pode reduzir o risco de gonorréia em homens (Workshop, 2001).

A FDA (U.S. Food and Drug Administration – Administração de Alimentos e Fármacos dos EUA) permite que produtores rotulem o preservativo de látex para uso durante intercurso sexual pênis-vagina da seguinte forma: "se usado corretamente, o preservativo de látex irá ajudar a reduzir o risco de transmissão da infecção por HIV (Aids) e de muitas outras doenças sexualmente transmissíveis". A eficiência de preservativos depende das condições nas quais o usuário recebe o produto, o que irá proporcionar proteção de acordo com as condições de uso. A eficiência depende especialmente das características do produto. A efetividade depende das características do produto e dos procedimentos de utilização do usuário (Dallabeta G. et al, 1997; Workshop Summary, 2001)

O HIV é encontrado no sangue e praticamente em todos os tecidos e fluidos do corpo. O estágio da doença assim como co-infecções como outras DSTs podem

aumentar a difusão do HIV nas secreções genitais, aumentando ainda o risco de transmissão. O HIV/Aids pode ser sexualmente transmissível por via anal, pênis-vaginal e oral. O maior índice de transmissão é por via anal. Além disso, secreções provenientes de lesões ulceradas (associadas a outras DSTs) no pênis, também, podem ser fonte de transmissão de HIV/Aids do homem infectado para a mulher não infectada, e lesões ulceradas também podem ser uma fonte de transmissão de HIV/Aids de homens infectados para não infectados (Dallabeta G. et al, 1997; Workshop Summary, 2001)

Davis e Weller (1999) referem que o HIV é a única DST sobre a qual uma metanálise formal foi editada. Esta análise na qual constam apenas estudos longitudinais ou de grupo ("coorte") usou os critérios, a seguir, para selecionar estudos relacionados ao uso do preservativo e prevenção de HIV/Aids:

- A amostra incluía indivíduos sorodiscordantes, sexualmente ativos, casais heterossexuais;
- A condição de infecção pelo HIV foi determinada pela sorologia (de forma que a exposição ao HIV era conhecida);
- A coleta de dados incluiu declaração sobre o próprio uso do preservativo;
- O estudo permitia acompanhamento longitudinal do parceiro não infectado.

Um total de 12 estudos foi enquadrado nas exigências acima. A metanálise apontou a direção da transmissão (de homem para mulher, de mulher para homem, e não declarado) e data do início da participação no estudo. O uso do preservativo foi classificado em três categorias: sempre (uso constante nas relações sexuais), algumas vezes e nunca. Entre os participantes que declararam sempre usar o preservativo, em 12 estudos a soroconversão foi de 0,9 em 100 pessoas por ano. Entre aqueles que declararam nunca usar preservativos, a incidência estimada de HIV/Aids em 7 estudos foi de 6,7 soroconversões em 100 pessoas por ano (Davis et al., 1999).

Davis e Weller calculam que os preservativos proporcionaram uma redução de 85% no risco de transmissão do HIV/Aids quando os índices de infecção entre pessoas que declararam sempre usar e nunca usar o preservativo foram comparados.

Os estudos demonstram que se os preservativos forem embalados e armazenados corretamente, eles manterão sua integridade física por muitos anos. Pesquisas também mostram que vários tipos de preservativos masculinos foram testados em laboratório com a exposição a grandes concentrações de HIV. Os resultados demonstraram que preservativos são barreiras muito eficientes à passagem do vírus. Preservativos intactos são em essência impermeáveis a agentes infectantes de DSTs (inclusive a do menor

vírus sexualmente transmissível, o da hepatite B) (CDC, 1993). Aplicando-se os resultados de testes de laboratório, o risco proporcional hipotético de exposição ao sêmen foi calculado e encontra-se a seguir.

Quadro 3 - Modelo de risco proporcional hipotético no uso de preservativo

OCORRÊNCIA DURANTE O USO DE PRESERVATIVO	EXPOSIÇÃO AO SÊMEN (VOLUME, MÉDIA PROVÁVEL EM RELAÇÃO À OCORRÊNCIA)	RISCO PROPORCIONAL COMPARADO COM A FALTA DE USO
Não usou o preservativo	3,3 mL	1,0
Usou o preservativo, mas houve rompimento	1mL X 2/100	0,006
Usou o preservativo, não houve rompimento, mas possui um furo invisível (de acordo com o teste de água)	10^{-2} mL X 1/400	0.000008
Usou o preservativo, não houve rompimento, não se identificaram furos visíveis, mas é permeável ao vírus	6×10^{-6} mL X 0.23	0.00000004
Usou o preservativo, este não rompeu, não houve vazamento	0	0

(Workshop Summary, 2001)

Se um preservativo, por exemplo, se rompe durante o intercuro, o volume de fluido do vazamento é aproximadamente um terço do total ejaculado, isto é, 1 mL. Assim, considerando-se o índice de 2% de rompimento ou deslizamento durante o uso, o risco proporcional de exposição ao sêmen relacionado ao infreqüente rompimento (comparado à falta de uso do preservativo) seria de 0.006 (1mL X 2/100/3,3mL). Portanto, o uso do preservativo, mesmo em caso de rompimento ou deslizamento resultaria em enorme redução de exposição.

Estes dados mostram a forte probabilidade de eficiência do preservativo quando usado corretamente, e quando não ocorre deslizamento ou rompimento, desde que a etiologia da transmissão da DST esteja associada ao conteúdo da pré-ejaculação e aos fluidos seminais ou à cobertura de lesões no pênis.

Índices de rompimento do preservativo durante intercuro sexual e retirada são baixos nos Estados Unidos (isto é, aproximadamente dois rompimentos em 100 preservativos usados). As falhas dos preservativos de modo geral resultam mais do uso

não regular ou incorreto do que do seu rompimento (CDC, 2002). A população deve ser instruída a usar o preservativo de modo correto. As recomendações, a seguir, garantem o uso correto do preservativo masculino:

- Use um novo preservativo para cada um dos atos de intercurso sexual (isto é, oral, vaginal e anal);
- Segure o preservativo com cuidado para evitar que seja danificado com unhas, dentes ou objetos cortantes;
- Coloque o preservativo quando o pênis estiver ereto e antes de qualquer contato genital com a parceira ou parceiro;
- Use somente lubrificantes à base de água (isto é, geléia KY, Astroglide, Aqualube e glicerina) em preservativos de látex. Lubrificantes à base de óleo (isto é, vaselina, gordura, óleo mineral, óleo de massagem, loções para corpo e óleo de cozinha) podem danificar o látex.
- Garanta uma lubrificação adequada durante o intercurso sexual.
- Segure o preservativo de modo firme contra a base do pênis quando for retirar, e retire-o com o pênis ainda ereto, de forma a evitar deslizamento e escorrimento do conteúdo.

Para um preservativo ser totalmente eficiente ele deve permanecer no pênis durante o intercurso sexual e não romper. No entanto, os preservativos algumas vezes escorregam ou rompem durante o uso. Estudos feitos mostram uma estimativa de rompimento do preservativo de 0,4% – 2,3%; os índices de deslizamento variaram entre 0,6% e 1,3%.

A combinação de falhas do método (deslizamento e rompimento) é estimada em 1,6% - 3,6%. Os fatores que contribuem para o deslizamento e/ou escorrimento e rompimento estão relacionados ao hábito de uso e conhecimento do usuário, incluindo a experiência do usuário, escolha do tamanho do preservativo (largura) e uso correto do lubrificante. Com o aumento da educação e da experiência, os índices de deslizamento e/ou escorrimento e de rompimento tendem a cair (Dallabeta G. et al, 1997; Messiah A., 1997). A informação sobre o uso correto e constante do preservativo na prevenção da gravidez, também, tem contribuído positivamente no reconhecimento da importância do uso consistente do preservativo. Aproximadamente em 3% dos casais que declararam uso correto e consistente do preservativo houve a ocorrência de gravidez indesejada durante o primeiro ano de uso (Hutchings et al, 1995; Jones E.F. et al, 1989).

Estudo qualitativo entre meninos e meninas de rua em São Paulo, Brasil, demonstrou a necessidade de se desenvolver um preservativo masculino de menor tamanho. Embora esta possibilidade tenha sido pesquisada pela OMS, não obtivemos nenhum resultado concreto no desenvolvimento do produto (Fernandes et al, 1991).

Estudos clínicos recentes de casais monogâmicos usando preservativo masculino de látex, como método contraceptivo por seis meses, mostraram índices de 6,3% de gravidez e 1,1% com uso consistente.

Índices de falha podem alcançar 14% dos casais durante o primeiro ano de uso, o que inclui uso inconsistente, uso incorreto, rompimento e deslizamento (Davis K.R. et al, 1999).

Quadro 4 – Necessidade de preservativo para proteção *uso de casais*

FONTE	NÚMERO NECESSÁRIO PARA PROTEÇÃO ANUAL	MÉDIA
Hutchings and Saunders (1985)	120	100
IPPF (1988-1989)	100	
Governo do Paquistão (1990)	100	
USAID (1991)	150	
Davies and Louis (1977)	62	
King et al./Governo da Índia (1964)	72	
Chemicovsky and Anson (1993)	74,6	
Trussel et al. and the National Opinion Research Center (1995)	83	
USAID (1997)	120	

Fonte: Harvey, 1999.

Com base no número de relações sexuais por semana reportados por casais heterossexuais em diferentes estudos realizados em diversos países se estabeleceu a necessidade de preservativos para oferecer proteção por casal/ano (Quadro 4). A média de preservativos necessária para oferecer proteção para um casal/ano foi de 100 preservativos. No Brasil estudo de comportamento sexual realizado por Berquó e colaboradores identificou uma média de 3 relações sexuais por semana, ou seja, em média 144 relações sexuais/ano. Contudo, para fins de análise utilizamos a média internacional. *80-10*

No Brasil, o Ministério da Justiça, através do INMETRO, estabeleceu um sistema de controle da qualidade para os produtores de preservativos masculinos. No início dos anos 90, o Brasil seguia a Norma ISO 4074 para o controle de qualidade dos preservativos, posteriormente foi desenvolvida uma norma brasileira. Atualmente todos os fabricantes de preservativos fazem uma amostra de cada lote produzido e testam o produto com relação a furos, através de exame visual utilizando teste eletrônico e de vazamento de água. Cada preservativo de látex produzido no país é testado eletronicamente com relação a furos antes de ser embalado. Os produtores também testam lotes com relação a propriedades físicas usando testes de ar e de tensão (força). O INMETRO também exige colocação do prazo de validade do preservativo na embalagem, além do selo de certificação do INMETRO. No caso dos preservativos importados, estes são testados lote a lote em laboratórios acreditados pelo INMETRO.

1.4.3.1 O CONTROLE DE QUALIDADE DOS PRESERVATIVOS NO BRASIL

A discussão sobre o controle de qualidade dos preservativos no Brasil intensificou-se a partir de 1990. Atualmente, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), órgão regulamentador dos produtos de saúde, adotou a certificação compulsória de preservativos masculinos. Esta atividade é executada pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial).

Nos anos 1990, houve várias controvérsias envolvendo o INMETRO e o controle de qualidade dos preservativos no Brasil. Inicialmente em 1990, o IDEC avaliou o controle de qualidade dos preservativos masculinos, e com base na norma brasileira de então, todas as amostras atenderam aos critérios da norma vigente. Em julho de 1991, o IDEC testou mais quatro marcas: Blowtex, Elite, Duotex, Menno e Preserv, e apenas a Menno não atendeu inteiramente à norma brasileira. Ainda em 1991 o IDEC resolveu testar os preservativos masculinos em laboratório da Holanda. Os achados da época classificaram como ruins três marcas: Jontex, Menno e Blowtex. O preservativo da marca Preserv foi considerado razoável e apenas a marca Olla teve um resultado geral considerado bom (IDEC, 1996). Divulgados estes resultados próximo ao período do Carnaval no Brasil, o único tipo de produto para prevenção ficou sob forte contraversão na mídia. Em 1996 o IDEC avaliou o mercado de preservativos masculinos no país e concluiu que, embora tivesse melhorado o controle de qualidade dos preservativos masculinos, necessitava-se de aprimoramento para cumprir com todos os requerimentos da norma brasileira

(Relatório IDEC, outubro 1996). O debate sobre a qualidade de preservativos masculinos e o aumento de demanda pelo produto contribuiu de forma relevante para uma melhoria do controle de qualidade dos preservativos masculinos no país. Os produtores investiram na modernidade de suas fábricas, e atualmente todos obtiveram o certificado da ISO 9001/9002 e o certificado de boas práticas de produção.

Atualmente, os padrões brasileiros para preservativos incluem especificações detalhadas quanto a vazamento (furos), tensão, testes de ar e diretrizes para embalagem, validade, dentre outros. Quanto aos preservativos importados, estes são obrigados a testes lote a lote, por laboratórios creditados pelo INMETRO, e também são feitas auditorias, sistemáticas e periódicas, por especialistas nas fábricas nacionais.

Além disso, três laboratórios foram certificados pelo INMETRO para controlar a qualidade dos preservativos masculinos: INT, no município do Rio de Janeiro, SGS do Brasil e Falcon Bauer, estes no município de São Paulo. Todos os laboratórios estabeleceram comissões independentes visando à garantia da qualidade dos preservativos. Estas comissões incluem representantes do setor privado, do setor público, organizações não-governamentais, entidades de defesa do consumidor e profissionais dos laboratórios.

Anualmente, cerca de quatro reuniões são feitas nas sedes dos laboratórios envolvidos com o controle da qualidade de preservativos, com o propósito de se discutir assuntos relacionados à qualidade dos preservativos.

1.4.4 O PROGRAMA DE *MARKETING SOCIAL* DE PRESERVATIVO NO BRASIL

Em 1989, a DKT Internacional foi convidada pelo governo do Estado de São Paulo para desenvolver um programa de "*Marketing social*" de Preservativos. Em 1991, o mercado brasileiro de preservativos atingiu aproximadamente 45 milhões de unidades vendidas por ano, com preços por preservativo variando de U\$ 0,70 a U\$ 1. A um só tempo, a incidência de transmissão de HIV e o número de casos de Aids aumentaram extraordinariamente e o governo federal tomou a iniciativa de negociar o primeiro empréstimo do Banco Mundial para combater a epidemia de HIV/Aids no Brasil (World Bank, 1993). As operações de "*Marketing social*" de preservativo no país começaram com recursos da DKT. Depois disso, no período de 1992-2002, a USAID participou de aproximadamente 5% do orçamento total da DKT (Ferreiros et al., 1997). Os fundos

doados pela USAID catalisaram os esforços da DKT para vender preservativos masculinos a preços acessíveis. Tendo em vista que os preservativos nacionais eram caros, a DKT importou preservativos, criou uma marca chamada Prudence e começou a promovê-la de forma intensiva no valor de U\$ 0,30 a U\$ 0,20 ao consumidor até 1997; com a isenção do ICMS sobre os preservativos masculinos. Dados da ACNielsen revelam o decréscimo do preço do preservativo Prudence ao consumidor a partir de 1997. Caiu para US\$ 0.17, tendo chegado a US\$ 0.15 no final de 2002, atribuída esta queda adicional no preço devido à alta do dólar em relação ao real (ACNielsen, 2002).

Nestes dez anos, a DKT decidiu anunciar pouco na mídia eletrônica em razão dos altos custos da TV. Assim, a DKT optou por divulgar sua marca junto de populações em risco e de baixa renda, através do desenvolvimento de parcerias com várias ONGs.

Os preservativos da DKT foram oferecidos para as ONGs a preços muito especiais, ou mesmo doados conjuntamente com materiais educativos, visando apoiar as intervenções educativas junto à população. Uma série de ONGs no país foi envolvida nos esforços de "*Marketing social*". Por exemplo, a DKT forneceu preservativos para a Barong, que foram vendidos e promovidos em muitas praias e parques pelo Estado de São Paulo. A Barong operava num *trailer* móvel, no qual foi colocado um preservativo inflável de dois metros (Cavalheiro T. et al, 1999). Os preservativos Prudence, também, patrocinaram eventos especiais no Carnaval, festival de inverno, feiras municipais, e outras ONGs, tais como: Aliança Luz no Ceará, no Nordeste; um grupo de prevenção ao HIV/Aids da favela Rocinha no Rio de Janeiro; com o Grupo Corsini em Campinas; CETAD em Salvador, o grupo Arco-Iris em Brasília e o grupo É de Lei em São Paulo. Atualmente, a DKT trabalha com uma série de preservativos masculinos como o Prudence, Prudence plus (com hortelã, morango etc.), Affair e o preservativo feminino Reality, introduzido no mercado nacional em 1998. Marcas adicionais foram introduzidas a preço mais elevado e têm como propósito subsidiar de forma sustentável a marca Prudence comercializada através de "*Marketing social*" (www.dktinternational.org).

A introdução de uma marca por "*Marketing social*" no país contribuiu para aumentar a competição e expandir o mercado local. No Brasil, em 1992, a regra de 1 por cento permitiu a venda de preservativos para o consumidor por US\$ 0.25 centavos por unidade (*per capita* PNB US\$ 2 540) (Harvey, 1994). Entretanto, considerando as desigualdades sociais e diferenças regionais no PNB *per capita*, o custo ideal do preservativo é US\$ 0,15. Dados da ACNielsen em 2002 mostram que os produtos de "*Marketing social*" de preservativo estão sendo vendidos ao preço de US\$ 0.15, ou seja, já

atingiu o custo ideal sendo acessível inclusive a populações de baixa renda (ACNielsen, 2002).

Em 1996, a BEMFAM iniciou um programa de "*Marketing social*" de preservativos cuja principal clientela tem sido os municípios brasileiros. De 1996 até dezembro de 2002/ a BEMFAM vendeu 62.208.439 unidades de preservativos para os municípios, que ps distribuiu gratuitamente. Em 2002 como parte de projeto de promoção do uso de preservativos na região Sul do país, a BEMFAM veiculou 852 comerciais na TV, 300 anúncios no rádio, 106 outdoors, 7 propagandas em revistas de circulação nacional, promovendo o preservativo PROSEX. Um total de 49 000 exemplares de materiais educativos e 120 000 preservativos masculinos foram distribuídos durante as atividades promocionais nos estados da região Sul do país. De acordo com um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (Programa Nacional de Aids), a BEMFAM é responsável por 7% das vendas de preservativo a preços subsidiados para os municípios no país (Ministério da Saúde, 2001).

A John Snow Incorporated (JSI) importa preservativos da Durex. No fim da década de 1990 e no começo do ano 2000, a JSI venceu a licitação internacional do Ministério da Saúde e foi a maior fornecedora de preservativos para o Ministério da Saúde (PN-DST/Aids). Em 2002 deu início no Rio de Janeiro a um programa de *Marketing social* de preservativos, com a marca Hora H, voltado para a população adolescente (www.promundo.org.br)

1.5 O MERCADO BRASILEIRO DE PRESERVATIVO

Um total de três empresas produz preservativos no Brasil: Johnson & Johnson, Indústria Nacional de Látex Ltda (INAL) e Blowtex. Todo o látex usado para a produção de preservativos é importado, principalmente da Malásia. A Johnson & Johnson produz a marca Jontex, a Inal produz Olla, Microtex, Lovetex e outras marcas com nomes de times de futebol brasileiros, e a empresa Blowtex que vende os preservativos marca Blowtex. O mercado de preservativos no Brasil conta com a participação de preservativo importado da DKT Internacional, que vende as marcas Prudence, Prudence Plus, Affair e Reality (preservativo feminino). A Blausiguel vende as marcas Preserv e Saúde. O Preserv é a marca comercial vendida nos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. O preservativo da marca Saúde é comercializado pela empresa nas licitações públicas.

Existem outros importadores menores, com uma participação ainda restrita no mercado, como é o caso da BEMFAM que vende o preservativo Prosex, utilizando também o *marketing social*, e outras marcas, tais como: Falcon, Eros e outras menores.

Neste trabalho a análise vai se concentrar nos principais produtores e importador que juntos representam 90% do mercado nacional de preservativos.

O período de dez anos, aqui analisado, foi caracterizado por um aumento relevante na capacidade nacional de produzir preservativos. Os três produtores nacionais expandiram, modernizaram e aumentaram consideravelmente as suas vendas em resposta à demanda. Além disso, atualmente, várias empresas importam preservativos, especialmente da Ásia.

2 PROPÓSITOS

2.1 PROPÓSITO PRINCIPAL

Avaliação da contribuição do "Marketing social" de preservativos na expansão do mercado brasileiro como estratégia de prevenção ao HIV/Aids no Brasil.

Em 1992, partimos ^{u-se} da hipótese ^{de} que a introdução do "Marketing social" de preservativos masculinos, ^{ela} através ^{da} da disponibilização de um produto de boa qualidade e vendido ^a de preço acessível, expandiria o mercado de preservativo masculino no Brasil. Também ^{se} tínhamos ^{da} como hipótese que ^{se} retirássemos ^{da} dos impostos sobre os preservativos ^{geraria} teríamos uma diminuição do preço ao consumidor. Pressupúnhamos ^{se} que estas ações combinadas expandiriam o acesso e o uso do produto no Brasil, com conseqüente acesso à prevenção ao HIV/Aids/DST (Ferreiros et al, 1992; Ministério da Saúde, 1992).

2.2 PROPÓSITOS RELACIONADOS

2.2.1 Analisar as vendas, o preço, as atividades de promoção, a distribuição e o produto (preservativo masculino) comercializados pelo "Marketing social" no período de 1992 a 2002 no Brasil;

2.2.2 Analisar o crescimento do mercado de preservativos no país no período de 1992 a 2002;

2.2.3. Analisar o crescimento do "Marketing social" de preservativos no mundo;

2.2.4 Registrar as campanhas veiculadas pela televisão realizadas pelo Ministério da Saúde na promoção do uso de preservativo masculino no país, no período de 1992 a 2002;

2.2.5 Informar a repercussão das ações estratégicas executadas junto ao setor público quanto à diminuição do preço do preservativo masculino e aumento do seu acesso ao consumidor no Brasil;

2.2.6 Calcular a disponibilidade *per capita* de preservativos na população masculina entre 15 a 59 anos de idade no Brasil, durante o período de 1992 a 2002.

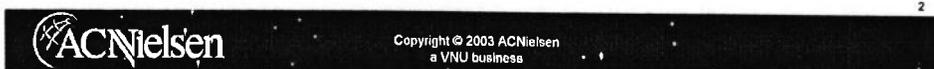
3 MATERIAL E MÉTODOS

Uma variedade de métodos e dados secundários foram coletados de diferentes fontes e utilizados para monitorar o programa de "Marketing social" de preservativos, o mercado comercial de preservativos, e as intervenções realizadas para aumentar o acesso sustentável ao preservativo masculino, como estratégia de prevenção ao HIV/Aids, no período de 1992 a 2002 no Brasil. Esses métodos serão aqui sumarizados. De janeiro de 1992 até dezembro de 2002 esta intervenção analisou os dados epidemiológicos incluindo os estudos sentinela, as projeções de novos casos de infecção pelo HIV/Aids/DST, para monitorar as tendências da epidemia no país. Com objetivo de analisar o conhecimento, as práticas, o comportamento e as atitudes em relação ao HIV/Aids, pesquisas de base nacional foram consultadas objetivando monitorar a mudança de comportamento, a percepção de risco individual para aquisição do HIV/Aids e o uso do preservativo no Brasil. Para monitorar o programa de "Marketing social" e o comércio de preservativos no Brasil, no período de 1992 a 2002, foram utilizados dados quantitativos e qualitativos. Dados quantitativos incluíram a compilação das vendas de preservativos a cada mês de cada fábrica (INAL, Johnson & Johnson e Blowtex), e vendas mensais da DKT do Brasil, responsável pelo programa de "Marketing social" de preservativos durante 10 anos. Os três fabricantes e a DKT do Brasil representam 90% do mercado de preservativos no Brasil. Os controles de venda e o sistema de registro de quantas unidades foram vendidas foram cuidadosamente estabelecidos por profissionais devidamente treinados, pois o sistema era auditado rotineiramente do ponto de vista técnico e financeiro. No setor privado estes registros foram indispensáveis e fazem parte do processo que envolve o controle da qualidade, garantindo assim a precisão do dado de venda coletado. Vale a pena mencionar que todas as firmas brasileiras que participaram deste estudo possuem o certificado de controle da qualidade ISO (International Standards Operations) 9001/9002 e o GMP (Good Manufacturing Practices/ Boas Práticas de Produção), estabelecidos pelas normas ISO e pela ANVISA, respectivamente. A coleta de dados deste estudo, que inclui um período de dez anos; foi enormemente facultada pela relação de confiança estabelecida ao longo dos anos pelo pesquisador e o setor privado, e também, em razão da presença prévia de um sistema adequado de registros e controle das informações em cada uma das fábricas de preservativos e da empresa de "Marketing social" de preservativos, a DKT do Brasil. (www.blowtex.com.br; www.inal.com.br; www.jnjbrasil.com.br)

Os dados quantitativos a respeito do preço do preservativo ao consumidor assim como o crescimento de venda do produto em cada uma das regiões durante dez anos (1992-2002) foram obtidos junto à ACNielsen. A ACNielsen é uma multinacional com extensa experiência na pesquisa de mercado e trabalha coletando informações em pontos de vendas nas áreas geográficas estabelecidas pela ACNielsen (Mapa-4). A empresa vende serviços que analisam a posição de outras firmas privadas no mercado. A área em branco do Mapa reflete grande território geográfico, contudo representa apenas 14,1% da população brasileira e somente 8,2% do potencial de consumo. Portanto, esta área é excluída da coleta de dados da ACNielsen, e, conseqüentemente, da análise que se faz de cada uma das regiões. Vale a pena mencionar que a distribuição espacial dos casos de Aids no Brasil (Mapa 3) demonstra que a maioria dos casos de Aids está concentrada nas áreas geográficas onde se dá a coleta de dados da ACNielsen. Assim a análise dos dados de crescimento de venda de preservativos masculinos por região, fornecidos pela ACNielsen, constitui um excelente instrumento de acompanhamento e avaliação do mercado de consumo e uso de preservativos por região no país.

MAPA 4 - Áreas de Nielsen para pesquisa de mercado

7 Áreas ACNielsen



O acompanhamento do preço e a expansão do mercado de preservativos por região, assim como a análise destes dados ao longo de dez anos, teriam sido impensáveis sem o uso dos dados secundários da ACNielsen. Os dados são coletados pela ACNielsen a cada dois meses em pontos de venda nas sete regiões geográficas de Cobertura ACNielsen:

- **Por áreas geográficas ACNielsen** (chamadas "Áreas ACNielsen" por todo o mercado)

A cobertura geográfica da ACNielsen é detalhada por sete áreas. Excluem-se desse levantamento os seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Essa área, coberta pela ACNielsen, abrange 85,9% da população brasileira e 91,8% do potencial de consumo nacional.

Quadro 5 - Áreas ACNielsen que obedecem à divisão geopolítica de Estados e Municípios

ÁREA I	Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.
ÁREA II	Minas Gerais, Espírito Santo e Estado do Rio de Janeiro (excluindo-se os municípios contidos na Área III).
ÁREA III	Grande Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Nilópolis, São Gonçalo e São João de Meriti.
ÁREA IV	Grande São Paulo: São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Guarulhos, Osasco, Embu e Taboão da Serra.
ÁREA V	Interior do Estado de São Paulo (excluindo-se os municípios contidos na Área IV).
ÁREA VI	Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
ÁREA VII	Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal.

- **Por tipos de lojas** (específico para Categorias Preservativos Masculinos):
 - **Auto-serviço:** são lojas que têm como característica principal a existência de "check-out", ou seja, balcão na saída da loja com caixa registradora, terminal de ponto de venda, máquina de calcular ou qualquer outro equipamento que permita a soma e conferência das compras. Além disso, deverá ter carrinhos ou cestas à disposição dos clientes.

- **Tradicionais:** são lojas onde a presença de um vendedor ou balconista é necessária.
- **Farmácias:** são os estabelecimentos (farmácias e drogarias) registradas como tal junto aos Conselhos Regionais de Farmácias, cuja principal atividade seja a venda de remédios, produtos cosméticos, de toalete ou de higiene pessoal. Podem ter características tanto de auto-serviços quanto tradicionais.

Além dos dados ACNielsen este trabalho contou com a cooperação da empresa privada Target Marketing Ltda. para obtenção de dados de avaliação do potencial de consumo no Brasil e por região, permitindo assim uma análise mais refinada do mercado de consumo por categoria nas diferentes regiões brasileiras.

Como parte da intervenção, documentos com objetivo de advocacia foram elaborados e podem ser parcialmente encontrados como parte do Anexo III.

A coleta de dados, também, envolveu a verificação de todas as leis, decretos e resoluções promulgados no período estudado, que influíram na disponibilidade dos preservativos ao consumidor.

Este estudo combina a análise de dados quantitativos e qualitativos com o objetivo de verificar os resultados das intervenções realizadas para aumentar o acesso e uso de preservativos por meio de "*Marketing social*", e da redução e/ou isenção dos impostos sobre os preservativos no Brasil.

Para cada um dos propósitos deste estudo foi estabelecida uma sistemática para coleta e análise dos dados.

3.1 PROPÓSITO DE NÚMERO 1

Analisar as vendas, os preços, as atividades de promoção, a distribuição e o produto comercializado pelo *marketing social* no período de 1992 a 2002 no Brasil

Os dados sobre produto, preço, distribuição, promoção e vendas de preservativo masculino comercializados pelo programa de "*Marketing social*" de preservativos masculinos foram coletados de registros, relatórios, materiais de promoção obtidos junto da DKT do Brasil e da Associação Saúde da Família, no período de 1992 a 2002. Considerando que o programa de "*Marketing social*" de preservativos no país teve o seu início na segunda metade de novembro de 1991, tomou-se 1992 como referência para a

análise do envolvimento do mercado de preservativos. Dados foram coletados e analisados até dezembro de 2002. Registros de vendas foram compilados a cada mês durante 12 meses no período de dez anos. O preço do preservativo ao consumidor foi obtido em relatórios de dados sobre preservativos masculinos emitidos pela ACNielsen (Gráfico 14). A ACNielsen é uma empresa privada multinacional que vende serviços a outras instituições quanto à distribuição do produto, posição no mercado e preço ao consumidor (Mapa 4) [Conforme já mencionado, a coleta de dados pela ACNielsen tem paralelo com a distribuição espacial dos casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde (Mapas 3 e 4)].

3.2 PROPÓSITO DE NÚMERO 2

Analisar o crescimento do mercado de preservativos no país, no período de 1992 – 2002

Os dados de venda de preservativos masculinos no país no período de 1992 a 2002 foram obtidos junto da Johnson & Johnson, Indústria Nacional de Artefatos de Látex e da Blowtex, produtores nacionais de preservativos, e DKT do Brasil, que em conjunto representam 90% das vendas de preservativos em todo país.

Todas as empresas foram informadas sobre este estudo e convidadas a participar com o fornecimento ano a ano das vendas de preservativos no país no período de dez anos. Ficou acordado entre o pesquisador e as firmas particulares que os dados seriam utilizados preservando sua confidência, ou seja, não haveria vínculo entre as quantidades de venda com o nome específico da empresa.

O único dado de venda analisado em separado será o de vendas de preservativos comercializados pelo "Marketing social", os dados de vendas da DKT do Brasil estão disponíveis no *site* da DKT Internacional.

Termo de confidência foi assinado entre as fábricas e o pesquisador. O termo permite a utilização dos dados de vendas sem vínculo ao nome do produtor. Ficou acordado o uso das seguintes denominações: empresa 1, empresa 2 e empresa 3.

Também se coletou dados através da ACNielsen, o que permitiu uma análise do crescimento regional das vendas de preservativos masculinos (Mapa 4).

3.3 PROPÓSITO DE NÚMERO 3

Analisar o crescimento do *marketing social* de preservativos no mundo, no período de 1992 a 2001, como estratégia de prevenção ao HIV/Aids

Os dados de vendas de preservativos comercializados em 61 países do mundo por meio de programas de "*Marketing social*" de preservativos, no período de 1992 a 2001, foram obtidos junto à DKT Internacional.

3.4 PROPÓSITO DE NÚMERO 4

Registrar as campanhas de massa realizadas pelo Ministério da Saúde, na promoção do uso de preservativo masculino no país, no período de 1992 a 2002

O registro retrospectivo das campanhas foi obtido junto ao Ministério da Saúde. Todas as campanhas de massa, veiculadas pela televisão, que promoveram o uso do preservativo foram compiladas no período estudado.

3.5 PROPÓSITO DE NÚMERO 5

Informar as ações estratégicas desenvolvidas no setor público quanto à diminuição do custo de preservativo masculino e aumento de seu acesso ao consumidor no país

Realizou-se revisão da legislação nos planos estadual, federal e municipal pertinente aos preservativos masculinos, iniciando nos anos 1980 até 2002.

A análise dos artigos publicados na mídia impressa sobre o custo dos preservativos no Brasil foi também realizada.

Adicionalmente foi registrada toda a legislação editada no *Diário Oficial da União*, que concedeu a isenção e/ou redução de impostos sobre os preservativos masculinos. Toda a legislação foi cuidadosamente registrada e pode ser encontrada no Anexo III.

O acompanhamento da diminuição do preço médio do preservativo ao consumidor, após a obtenção da isenção do ICMS, assim como a expansão do mercado inteiro, foi realizado através dos relatórios da ACNielsen e pelos dados de vendas fornecidos por produtores e importadores; e dados de consumo fornecido pela Target Ltda.

3.6 PROPÓSITO DE NÚMERO 6

Calcular a disponibilidade *per capita* de preservativos na população masculina entre 15 e 59 anos de idade, no Brasil, durante o período de 1992 a 2002

A análise da disponibilidade de preservativo masculino *per capita*, no país, foi calculada com base no número total de preservativos vendidos a cada ano, levando em consideração a população masculina entre 15 anos e 59 anos de idade, por microtabulação dos dados da PNAD, no período da pesquisa.

Considerando que no ano de 1994 a PNAD não foi calculada e levando-se em conta a taxa anual de aumento da população de de 1,6 (IBGE,2002), multiplicou-se a população masculina na faixa etária estudada, levando-se em conta os dados da PNAD de 1993. Para o cálculo da estimativa da população masculina em 2002, aplicou-se a taxa média de crescimento anual de 1,32 (IBGE,2002).

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados, a seguir, respondem aos Propósitos estabelecidos em Material e Métodos.

4.1 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 1

Analisar as vendas, os preços, as atividades de promoção, a distribuição e o produto comercializado pelo *marketing social* no período de 1992 a 2002 no Brasil

Tabela 1 - Venda de preservativos masculinos, em milhões de unidades, comercializados pelo "Marketing social" de preservativos no Brasil, no período de 1992 – 2002

ANO	NÚMERO DE UNIDADES VENDIDAS
1992	3,1
1993	6,8
1994	11,6
1995	18,3
1996	26,9
1997	33,6
1998	41,4
1999	42,1
2000	55,8
2001	64,1
2002	63,0

Fonte: DKT International / DKT do Brasil

No período de 10 anos as vendas de preservativos através da "Marketing social" aumentaram em 1.932% (Gráfico 8). No ano de 2002 notamos uma ligeira queda nas vendas que talvez possam ser explicadas pelo aumento da distribuição gratuita de preservativos adquiridos pelo Ministério da Saúde. No ano de 2002 o PN-DST/Aids distribuiu gratuitamente 140 milhões de unidades de preservativos masculinos no Brasil. (Ministério da Saúde, 2002). Outro fator que eventualmente pode ter contribuído foi o aumento das vendas do preservativo Prosex, vendido a preço subsidiado pela BEMFAM na região sul do país (BEMFAM, 2002. Não editado)

4.2 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 2

Analisar o crescimento do mercado de preservativos no país, no período de 1992 – 2002

Tabela 2 - Dados de venda de preservativos, em milhões de unidades, no Brasil, no período 1992 – 2002

ANO	EMPRESA 1	EMPRESA 2	EMPRESA 3	EMPRESA 4	TOTAL
1992	7,5	3,1	25,0	22,4	58,0
1993	16,1	6,8	30,0	27,2	80,0
1994	22,9	11,6	30,0	28,0	92,4
1995	29,2	18,3	87,4	36,5	171,3
1996	36,9	26,9	104,0	40,0	207,8
1997	33,0	33,6	119,5	42,2	228,4
1998	45,9	41,4	133,0	52,7	273,0
1999	49,5	42,1	169,5	55,5	316,6
2000	50,0	55,8	170,8	80,3	356,9
2001	64,5	64,1	197,5	93,8	420,0
2002	55,4	63,0	203,4	132,0	453,8
TOTAL	410,9	366,6	1.185,1	610,5	2.573,0

Fonte: Dados de vendas de preservativos fornecidos por produtores e importador. Nota: Os três primeiros anos (1992, 1993 e 1994) da empresa 3 foram estimados com base nos dados da ACNielsen.

O mercado geral de preservativos masculinos no Brasil de natureza comercial e os vendidos através do "Marketing social" aumentaram progressivamente ano a ano ao longo de 10 anos.(682%) (Gráfico 9 e 16). Embora a distribuição gratuita pareça ter afetado o programa de *marketing social* da DKT no ano de 2002, esta distribuição não comprometeu o crescimento do mercado de preservativos como um todo (Gráficos 12 e 25). Estimativas feitas no início dos anos 90 reportam que a capacidade de venda de preservativos masculinos no Brasil é de aproximadamente 550 milhões de unidades (levando-se em consideração um mercado maduro), portanto, acredita-se que o mercado brasileiro poderá crescer ainda em 100 milhões de unidades vendidas (Ferreiros et al., 1992). Após atingir a cifra estimada, a tendência será de estabilização das vendas. Em 1998 verificou-se um aumento médio das vendas pelas empresas, da ordem de 109%, fato que pode ser explicado pela isenção do ICMS sobre os preservativos masculinos, em setembro de 1997.

Tabela 3 - Crescimento do mercado de preservativos masculinos, em milhões de unidades, no Brasil, em diferentes áreas geográficas ACNielsen. Ano de referência 1992; ano de término 2002.

ÁREA	POPULAÇÃO POR REGIÃO	UNIDADES VENDIDAS 1992	UNIDADES VENDIDAS 2002	% AUMENTO
Área I – Nordeste	47.741.711	3,65	37,08	1016 %
Área II – Sudeste		6,99	36,28	519 %
Área III - Grande Rio	72.412.411	2,50	15,54	622 %
Área IV – São Paulo		10,66	29,68	278 %
Área V – Interior de São Paulo		8,76	33,13	378 %
Área VI – Sul	25.107.616	8,29	29,94	361 %
Área VII – Centro Oeste	11.636.728	3,20	21,74	679 %

Fonte: ACNielsen, IBGE census 2000

A venda de preservativos masculinos cresceu em todas as áreas geográficas ACNielsen (Gráficos 11, 13, 17 a 23). O Nordeste, a segunda região mais populosa do país e a região de menor renda *per capita*, apresentou um crescimento nas vendas de preservativos de 1 016%. Este resultado de crescimento das vendas na região é de grande relevância na medida em que, em estudo realizado em 1996, o Nordeste foi considerado região prioritária para a realização de programas de prevenção ao HIV/Aids. O estudo identificou diversos pontos críticos em relação à vulnerabilidade da população ao HIV/Aids no Nordeste, dentre eles: os baixos níveis de percepção de risco e uso de preservativos, e os piores indicadores de saúde e de qualidade de vida (BEMFAM, 1997). A diminuição do preço do preservativo masculino no Brasil parece ter sido fundamental para o aumento das vendas de preservativos no Nordeste, onde o mercado era pouco expressivo em 1992.

Embora o Estado de São Paulo seja o mais populoso da União e seja um dos epicentros da epidemia, observa-se um crescimento do mercado de preservativos proporcionalmente menores na Grande São Paulo e no interior, em parte devido ao fato de representar desde o início dos anos 90 um dos principais mercados do país. A segunda região de menor crescimento de vendas foi a região Sul do país, região considerada prioritária pelo Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, na medida em que se identifica aí o maior crescimento de novos casos de HIV/Aids no país.

O crescimento na região da Grande Rio reflete um mercado imaturo no ano de 1992. O crescimento do mercado nesta região é de suma importância por se tratar de área com grande concentração de casos de HIV/ Aids. O relevante aumento de vendas na

região Centro-Oeste vem ao encontro da necessidade de aumentar o acesso e uso do produto em regiões do interior do país.

A análise das vendas de preservativos masculinos por região permite monitorar, do ponto de vista prático, a adesão ao uso de preservativos, que em conjunto com a análise epidemiológica fornece referenciais precisos que podem ser utilizados na elaboração de estratégias de prevenção, levando-se em consideração as particularidades regionais .

4.3 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 3

Analisar o crescimento do *marketing social* de preservativos no mundo, no período de 1992 a 2001, como estratégia de prevenção ao HIV/Aids

Tabela 4 - Evolução total das vendas de preservativos masculinos no mundo, em milhões de unidades, através do "Marketing social" de preservativos, no período de 1992 a 2001.

Ano	Vendas em milhões
1992	554
1993	618
1994	566
1995	706
1996	783
1997	939
1998	1.006
1999	1.157
2000	1.231
2001	1.381

Fonte: DKT International

Com o advento e expansão da epidemia do HIV/Aids no mundo o uso da estratégia para disponibilizar preservativos masculinos através do *Marketing social* cresceu e em 2001 atingiu a cifra de 1,3 bilhões de unidades vendidas. A UNAIDS estima que serão necessários 24 bilhões de unidades por ano através do mercado, *Marketing social* e distribuição gratuita em resposta à epidemia do HIV/Aids.

4.4 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 4

Registrar as campanhas de massa realizadas pelo Ministério da Saúde, na promoção do uso de preservativo masculino no país, no período de 1992 a 2002

Uma publicidade eficiente é a chave para o acesso bem-sucedido ao uso de preservativos. A mesma legislação que rege a publicidade de produtos de consumo em geral, regula a publicidade e a promoção de preservativos. O anunciante precisa oferecer um benefício e divulgar uma informação útil. A publicidade de êxito com preservativos pode ser avaliada pelo aumento na sua venda. No Brasil, durante a década de 1990, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/Aids realizou 23 campanhas promovendo o uso de preservativos como um meio de prevenção ao HIV/Aids na TV; estas campanhas maciças foram episódicas e exigiram investimentos vultosos por parte do poder público. Além disso, o uso de preservativos foi promovido em painéis, cartazes, panfletos, leques, adesivos, chapéus, chaveiros e por meio da atuação de educadores do setor não-governamental e governamental como parte de projetos financiados, principalmente, pelo Ministério da Saúde e por agências de cooperação internacional. No período de 1999 a 2002, o PN- DST/Aids financiou a implementação de um total de 1.988 projetos de prevenção a Aids, voltados para diferentes públicos: para homens que fazem sexo com outros homens, trabalhadoras do sexo, usuários de drogas injetáveis, populações confinadas, adolescentes, homens e mulheres. Estes projetos foram implementados com a colaboração de mais de 600 ONG's de todo país. De acordo com o Ministério da Saúde, um total de 458 instituições foram cadastradas no PN-DST/Aids para distribuição de preservativos. No período de 1998-2002 o Ministério da Saúde investiu aproximadamente R\$ 32 milhões em campanhas que promoveram o uso do preservativo. O Programa Nacional também tem trabalhado em conjunto com outros Ministérios, como da Educação, Justiça, Trabalho, Assistência Social, dentre outros (Ministério da Saúde, 2002).

Tabela 5 - Resumo de Campanhas de Promoção de Preservativo veiculadas pela televisão e feitas pelo PN-DST/Aids do Ministério da Saúde (1990-2002)

ANO	SLOGAN	ÁREA TEMÁTICA	POPULAÇÃO ALVO
1994		Promoção de preservativo	Mulheres
1994	Se você ama, você cuida.	Promoção de preservativo	Mulheres
1994	Preserve sua vida. Se você ama, você cuida.	Prevenção do uso de drogas	Usuário de drogas injetáveis

*A. Lima
2002*

Continuação

ANO	SLOGAN	ÁREA TEMÁTICA	POPULAÇÃO ALVO
1994	<i>Prevenção das DSTs</i>	Prevenção de DSTs, promoção de preservativo, sinais e sintomas de DSTs	População em geral
1994	Você precisa aprender como fazer sexo na era da Aids.	Promoção de preservativos /prevenção do uso de drogas	Jovens
1994	Não se arrisque, previna-se contra o vírus.	Troca de agulhas, promoção de preservativo	Usuário de drogas injetáveis
1994	Você precisa aprender como fazer sexo na era da Aids.	Promoção de preservativo	Adolescentes do sexo feminino
1995	Sexo seguro	Uso de preservativo	Homens heterossexuais
1995	Sexo seguro	Promoção de preservativo	Homens heterossexuais com múltiplas parceiras
1995	Sexo seguro	Promoção de preservativo	Turistas estrangeiros no Carnaval
1995	Se você ama, você cuida.	Sexo seguro, promoção de preservativo e transmissão perinatal do HIV	Mulheres entre 15 e 40 anos de idade
1996	Colocar camisinha na alegria é sexo seguro	Sexo seguro, Promoção de preservativo durante o Carnaval	População em geral
1996	Eu acredito que sou a única mulher na vida dele.	Promoção de preservativo/ sexo seguro	Mulheres monogâmicas
1996	Sexo seguro é felicidade geral.	Sexo seguro, uso de preservativo	Turistas estrangeiros durante o Carnaval
1997	<i>Prevenção da Aids durante o Carnaval</i>	Prevenção da Aids durante o Carnaval, promoção de preservativo	População em geral
1998	Sem camisinha não tem Carnaval.	Promoção de preservativo	População em geral
1998	Os jovens, a força da mudança	Promoção de preservativo	Jovens em idade sexualmente ativa
1999	Viver sem Aids só depende de você.	Promoção de preservativo durante o Carnaval	População em geral/mulheres
1999	Escute, aprenda e viva sem Aids	Promoção de preservativo	Jovens em idade sexualmente ativa
2000	Prevenir é tão fácil quanto pegar	Promoção de preservativo	População em geral
2000	Não leve Aids para casa	Promoção de preservativo	Casais estáveis
2000	Onde está a Aids? (período de Carnaval)	Promoção de preservativo	População em geral
2001	Não importa com quem você transa, não importa como. Use camisinha.	Promoção de preservativo	População heterossexual
2001	Não importa de que lado você está, use camisinha.	Promoção de preservativo	População em geral
2002	Nesse Carnaval não fique maluco, use camisinha.	Promoção de preservativo	Jovens usuários de álcool
2002	Não discrimine os homossexuais.	Promoção de preservativo	Homossexuais

Fonte: Ministério da Saúde. PN-DST/Aids, 2002.

Pesquisas realizadas nos anos 90 permitem analisar e monitorar a adesão e uso de preservativos assim como o conhecimento, as práticas e atitudes em relação ao HIV/Aids no país. Dentre as pesquisas realizadas, a de demografia em saúde entrevistou 12.612 mulheres de 15-49 anos e 2.949 homens de 15-49 anos, das regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul do país, no ano de 1996. com os seguintes resultados: das mulheres entrevistadas, 99,6% já tinham ouvido falar de Aids e 80,8% referiram que a principal forma de evitar a Aids era através do uso de preservativos; 12,6% referiram que uma pessoa de aspecto saudável pode estar com o vírus da Aids; 80% reportaram não ter nenhum ou pequeno risco de adquirir o HIV e 52,1% reportaram não ter feito nenhuma mudança na sua vida para evitar o HIV; 99,4% reportaram conhecer o preservativo e 65,5% referem como fonte de obtenção do produto a farmácia. Com relação aos homens, 99,1% reportaram já ter ouvido falar sobre a Aids; 81% identificaram o uso de preservativos como a principal forma de prevenção da Aids e a maioria reportou que a Aids não tem cura; 84,8% referiram pequeno ou nenhum risco de pegar a Aids e 52,1% referiram não ter mudado o comportamento para evitar a Aids; 99,3% dos homens informaram conhecer o preservativo e 82,5% referiram a farmácia como fonte de obtenção. Nesta mesma pesquisa, a maior realizada nos anos 90, observou-se baixa frequência de uso do preservativo por toda população entrevistada (BEMFAM, 1997). Claramente, esta pesquisa e outras realizadas no período apontavam para a necessidade de aprimoramento e ampliação das estratégias de comunicação. Nesse sentido, identificar, romper barreiras e incorporar os achados de pesquisas nas nossas estratégias de comunicação constituem passo fundamental para se avançar na prevenção ao HIV/Aids no Brasil. Envolver e persuadir as empresas de mídia e os formadores de opinião a participar ativamente na veiculação de anúncios e mensagens, considerando as características de diferentes públicos, regiões geográficas e a epidemiologia da infecção pelo HIV, compreende ação necessária na descentralização da resposta à epidemia no Brasil. Embora se considere pertinente a promoção do sexo seguro de forma contínua, através de múltiplos meios de comunicação, é preciso também estimular a adoção de atitudes e comportamentos favoráveis ao uso do preservativo.

Como parte desta estratégia é preciso convencer os profissionais da saúde integrantes do SUS, sobre a importância crucial dos aspectos logísticos que envolvem a compra, promoção, armazenamento e distribuição gratuita dos preservativos masculinos. Além das campanhas de promoção do sexo seguro para diferentes públicos, num país desigual como o Brasil, é necessário aprimorar as estratégias de comunicação com o

setor político, na manutenção dos incentivos fiscais, com objetivo de diminuir o preço do produto ao consumidor. Pesquisas de comportamento, práticas e atitudes devem colaborar no planejamento, execução e na avaliação das estratégias de comunicação .

4.5 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 5

Informar as ações estratégicas desenvolvidas no setor público quanto à diminuição do custo de preservativo masculino e aumento de seu acesso ao consumidor no país

Tabela 6 - Leis aprovadas que contribuíram para o aumento do acesso e uso de preservativo no Brasil, durante o período (1990-2002)

LEI Nº	ABRANGÊNCIA	DATA	RESUMO
5.999	Estado da Bahia	23 / 11 / 1990	Obriga o fornecimento de preservativos masculinos em hotéis, motéis, <i>drive in</i> e semelhantes
4.205	Estado do Espírito Santo	17 / 5 / 1995	Obriga a distribuição gratuita de preservativo masculino aos hóspedes de hotéis, motéis, pensões e análogos
6.440	Município de Poços de Caldas – Minas Gerais	9 / 5 / 1997	Obriga o fornecimento gratuito de preservativos masculinos por motéis e estabelecimentos semelhantes de Poços de Caldas
1.531	Estado da Paraíba	27 / 11 / 1991	Obriga os motéis e hotéis ao fornecimento gratuito de 4 preservativos masculinos aos usuários
2.296	Estado do Piauí	23 / 3 / 1994	Determina que motéis forneçam gratuitamente 2 unidades de preservativos masculinos
847	Município de Niterói – Rio de Janeiro	29 / 8 / 1990	Determina que em hotéis de Niterói esteja disponível em cada quarto, uma caixa de preservativos masculinos, em lugar visível
4.598	Município de Natal – Rio Grande do Norte	10 / 1 / 1995	Autoriza o comércio de preservativos em bancas de jornal e floriculturas na cidade de Natal
6.426	Município de Porto Alegre -- Rio Grande do Sul	21 / 7 / 1989	Obriga o fornecimento gratuito de preservativos masculinos aos freqüentadores de motéis e análogos em Porto Alegre
3.646	Município de Guarulhos – São Paulo	13 / 8 / 1990	Obriga a todos os hotéis e motéis o fornecimento de preservativos masculinos em Guarulhos
860	Município de Santos – São Paulo	24 / 4 / 1992	Obriga a todos os hotéis e motéis a distribuição gratuita de dois preservativos, por hóspede, em Santos
10. 873	Município de São Paulo – São Paulo	20 / 7 / 1990	Obriga o fornecimento gratuito de preservativos masculinos aos freqüentadores de motéis e estabelecimentos análogos na cidade de São Paulo.
11.601	Estado da Paraíba	27 / 11 / 1991	Obriga motéis e hotéis ao fornecimento gratuito de 4 preservativos masculinos aos usuários do estabelecimento
10. 449	Brasil	10 / 5 / 2002	Fica autorizado o comércio de preservativos de borracha em qualquer estabelecimento comercial, independente de sua natureza
10.931	Estado de São Paulo	17 / 10 / 2001	Exige que preservativos sejam fornecidos gratuitamente em motéis, hotéis e <i>drive in</i>

O advento da Aids no Brasil e no mundo gerou uma série de leis com vista a externar as políticas de saúde em resposta à epidemia. Na área de prevenção da transmissão sexual, mais especificamente, a preocupação com o acesso e a qualidade dos preservativos masculinos no Brasil gerou uma série de leis, normas e decretos. Este trabalho coletou informações sobre a legislação, decretos e normas na área de preservativos, no período de 1990 a 2002. A Tabela 6 reflete apenas as leis que foram aprovadas no período do estudo. No início dos anos 90, convidada pelo vereador Adriano Diogo, participou-se de reunião para discutir a Lei número 10 863. A experiência de interação com o legislativo foi um processo educativo. Por desconhecimento, o técnico da saúde muitas vezes não se sente à vontade para procurar o legislativo, e este por sua vez, muitas vezes, desconhece as necessidades de uma determinada comunidade. A Aids gerou uma aproximação entre o legislativo, os técnicos do SUS, e a sociedade civil organizada, na promulgação de uma série de leis. Também aproximou os técnicos do SUS e das ONGs dos órgãos reguladores e de controle da qualidade dos preservativos. Nos anos 90, passou-se a integrar o grupo da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, na discussão da norma brasileira para o controle de qualidade dos preservativos e de comitês dos laboratórios Falcon Bauer e SGS. No início dos anos 90, o preservativo não era tratado como insumo importante para a prevenção do HIV. O produto era tratado como qualquer outro insumo passível de controle da qualidade; neste sentido, a participação desta pesquisadora e de outros representantes da sociedade civil organizada contribuiu para que os técnicos da qualidade tivessem um olhar voltado para as urgências da prevenção ao HIV/Aids no Brasil. Mesmo os membros do setor privado passaram a ter um olhar muito além dos lucros.

Neste período de 10 anos ocorreu um aprimoramento do controle da qualidade do produto nacional e importado; novas leis, normas e decretos foram elaborados e implementados com a participação e a colaboração do setor público, privado e não-governamental. Atualmente, tem-se no país um preservativo de qualidade que tem contribuído com a agenda nacional de prevenção ao HIV/Aids. A regulamentação, a regulação e a normatização dos preservativos masculinos foram fatores decisivos no período estudado.

Tabela 7 - Análise das reduções e isenções dos impostos sobre os preservativos no Brasil, obtidas no período de 1992-2002

TIPO DE IMPOSTO	Valores Básicos 1992	INSTÂNCIA DE DECISÃO	Dezembro 2002
	PORCENTUAL		RESULTADOS %
Imposto de importação (I.I.)	40%	Governo federal	Em 1994, redução para 20%. Em 1997, redução para 13%. Em 2001, redução para 12,5%
IPI	15%	Governo federal	Isenção no primeiro semestre de 1994 0%
ICMS	18%	Ministério da Fazenda através do Conselho dos Secretários de Fazenda de 27 Estados	Em 1996 houve redução de 18% para 7%. Em setembro de 1997, ocorreu a primeira isenção total. Revisão periódica durante reuniões anuais; isenção aprovada até dezembro de 2003.
CONFINS (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social)	3%	Governo federal	Mantido
PIS/PASEP	0,65%	Governo federal	Mantido

A isenção dos impostos sobre os preservativos foi um longo, árduo e complexo processo. Inicialmente percebida como um processo simples, a isenção dos impostos (IPI, II e ICMS) sobre os preservativos demandou tempo, dedicação, e aprimoramento do entendimento dos níveis de decisão sobre o assunto.

Achava-se que por ser tão clara a necessidade de diminuir o preço do preservativo ao consumidor como estratégia de prevenção ao HIV/Aids no país, a obtenção da isenção seria de fácil execução. A experiência demonstrou o oposto. Teve-se que trabalhar no âmbito federal para a obtenção da isenção do IPI e da redução do imposto de importação. A despeito dos esforços, não se conseguiu a isenção do PIS/PASEP por parte da Receita Federal. Dada a complexidade da isenção, por exemplo, no caso do ICMS teve-se que elaborar e enviar documentos sucintos para todos os Secretários de Estado da Fazenda e da Saúde de 27 estados brasileiros com clara justificativa do benefício que seria gerado pela isenção. A documentação enviada, a cada ano, era acompanhada por telefonemas e solicitação de apoio. Sabia-se que para a obtenção da isenção do ICMS todos os representantes do conselho fazendário teriam que votar favoravelmente. Qualquer voto contrário inviabilizaria a isenção do imposto. Muitos estados consideravam a epidemia um

problema dos estados da região Sudeste e Sul; portanto, não queriam abrir mão da receita gerada pelo recolhimento dos impostos.

Aos poucos foi-se obtendo o apoio da FIESP, que enviou correspondência apoiando o nosso pleito para a Presidência da República, Ministros da Saúde e da Fazenda. Obteve-se apoio de outras ONG's trabalhando com HIV/Aids no país, das centrais sindicais, da comunidade científica, dos formadores de opinião, e o mais importante, de legisladores e senadores. Foram organizados três grandes abaixo-assinados. O primeiro foi entregue e protocolado no Ministério da Fazenda em 2 de dezembro de 1994, solicitando a isenção do ICMS, IPI e imposto de importação, mas sem resultados. O segundo abaixo-assinado, contendo 5 309 assinaturas de políticos (assinam mais de 60% dos prefeitos eleitos no Estado de São Paulo, senadores, deputados, vereadores), líderes de opinião, artistas, centrais sindicais (CUT, CGT e Força Sindical), ONG's Aids e sociedade civil organizada (Anexo VI). Este segundo documento foi entregue diretamente ao Ministro da Saúde durante audiência na presença de representantes de três centrais sindicais, celebridades, representantes da sociedade civil organizada, representante do programa de DST/Aids do Estado de São Paulo, representantes de organismos de cooperação internacional e a mídia. Este segundo colaborou enormemente com a isenção do ICMS em 1997. A isenção do ICMS é decidida pelo CONFAZ/COTEPI que se reúne no Ministério da Fazenda. A isenção do ICMS obtida em setembro de 1997 ficou atrelada a avaliações periódicas. Para ser mantida, verificava-se se o benefício da isenção estava ou não sendo repassado ao consumidor. Portanto, a cada ano participava-se das reuniões do CONFAZ/COTEPI, a fim de oferecer subsídios para a discussão da manutenção da isenção do ICMS sobre os preservativos masculinos. Para estas reuniões teve-se que aprender a apresentar dados que demonstrassem claramente o custo e benefício da isenção. Com frequência cada estado queria saber o quanto cada um teria que renunciar de arrecadação com preservativos. Este cálculo era impossível de ser realizado, pois não existem dados que permitam verificar as vendas por estado. Aos poucos foi-se obtendo a confiança dos representantes. Como sinal desta credibilidade, em 1998, quando foi lançado o preservativo feminino, os representantes do CONFAZ/COTEPI de todos os estados e os técnicos do Ministério da Fazenda externaram o interesse de conhecer o produto, e por iniciativa do grupo, isentaram também o preservativo feminino do ICMS.

Outro benefício gerado pela isenção do ICMS foi a diminuição do custo do preservativo nas licitações públicas. Declaração do programa de DST/Aids do Estado de

São Paulo reporta que em 1994/1995 a cotação média dos preservativos no âmbito das licitações era de R\$0.20. Em 1996 a Secretaria adquiriu o produto no valor de R\$0.14 a unidade. Em 1997, o preço foi de R\$0.10 e em 1998, R\$0.09 a unidade. Ou seja, ocorreu uma diminuição também no preço dos preservativos adquiridos pelo setor público para distribuição gratuita (Aratangy, A.M., 1998).

Atualmente um abaixo-assinado com 300.000 assinaturas solicita a isenção de todos os impostos sobre a matéria-prima, produto e embalagem. Se aprovado, poderá diminuir ainda mais o preço do preservativo ao consumidor no Brasil, o que poderá tornar o preservativo fabricado no Brasil competitivo no mercado internacional. Desta forma, o Brasil poderá contribuir com os esforços globais na prevenção ao HIV/Aids.

4.6 RESULTADOS REFERENTES AO PROPÓSITO DE NÚMERO 6

Calcular a disponibilidade *per capita* de preservativos na população masculina entre 15 e 59 anos de idade, no Brasil, durante o período de 1992 a 2002

A Tabela 8 mostra a disponibilidade de preservativos no Brasil de 1992 a 2002 (uso *per capita*). Para fins de cálculo apenas as vendas de preservativos masculinos foram consideradas. Não se incluíram os dados referentes à distribuição gratuita no cálculo de uso *per capita*.

Tabela 8 - Disponibilidade por ano de preservativos masculinos - 1992 a 2002

ANO	MERCADO ESTIMADO E NÚMERO DE PRESERVATIVOS VENDIDOS EM MILHÕES DE UNIDADES	AQUISIÇÃO DE PRESERVATIVOS PELO MS/PNDST/AIDS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA EM MILHÕES DE UNIDADES	TOTAL ESTIMADO DA POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 15 E 59 ANOS DE IDADE	USO PER CAPITA (APENAS AS VENDAS DE PRESERVATIVO)
1992	58	-	41.312.155	1,33
1993	78	18	42.034.528	1,9
1994	92,4	18,8	42.707.080	2,16
1995	171,3	20	43.961.281	3,8
1996	207,8	-	45.085.228	4,6
1997	228,4	44,7	45.962.542	4,9
1998	273	-	47.137.776	5,7
1999	316,6	53,5	49.102.813	6,5
2000	356,9	200	49.750.970	7,17
2001	420	228,2	51.206.366	8,2
2002	453,8	300,0	51.882.260	8,7

Fonte: IBGE/PNAD; dados de vendas das fábricas.

Notas: 1) Durante 1994, nenhuma PNAD foi feita para calcular o total da população masculina entre 15 e 59 anos de idade. Assim, a taxa anual de aumento da população masculina de 1,6% (IBGE Brasil em números, vol. 10, 2002) foi multiplicada pelos dados de 1993. 2) A estimativa baseou-se nas tendências históricas do PNAD e não no censo de 2000. 3) Para estimar a população para 2002 aplicou-se a taxa média de crescimento anual de 1,32% (IBGE Brasil em figuras, vol.10, 2002).

Embora a Tabela 8 cite o quantitativo de preservativos masculinos distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, PN-DST/Aids, o cálculo do uso *per capita* somente considerou os preservativos que foram vendidos. Ao longo de 10 anos o uso *per capita* de preservativos masculinos foi calculado levando-se em conta a população masculina, obtida através da microtabulação da PNAD. O uso *per capita* aumentou ano a ano no período de 1992 a 2002.

5 DISCUSSÃO

Com mais de 170 milhões de habitantes, o Brasil é a 12ª economia do mundo, caracterizada por grande desigualdade na distribuição da renda, mais de 30% dos brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza.

De 1991 a 2000, a distribuição de renda piorou em 3 654 (66.3%) dos municípios brasileiros. Pelos dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Brasil tem a sexta pior distribuição de renda do planeta. Mesmo assim, a qualidade de vida medida pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) melhorou em 99,9% das cidades do país. Dos 30 piores índices de qualidade de vida no país, 25 municípios ficam no Nordeste (PNUD, 2000).

No contexto econômico, a economia nacional experimentou profundas modificações nos anos 90. No período de 1990 até meados de 1994, o país teve altos índices de inflação, uma média de 1% ao dia. A cotação do dólar era diferente a cada dia. Em julho de 1994 foi estabelecido o plano real que abaixou a inflação para menos de 4%, em conseqüência, valorizou-se o câmbio, aumentaram os salários reais da classe média e seu consumo; contudo, de forma geral os resultados da economia brasileira nos anos 90 foram decepcionantes. O Brasil continuou semi-estagnado, a dívida externa, dívida interna e o desemprego cresceram.

Em janeiro de 1999 houve a primeira desvalorização do câmbio, e com a adoção da política de liberdade cambial, o real desvalorizou-se 60% em relação ao dólar. No mesmo ano, o preço do petróleo começou a subir e teve um aumento de 130%, o que influiu negativamente no mercado. A população sofreu o primeiro impacto no seu poder de compra. Em 2001, o real teve uma desvalorização de 32%. A título de ilustração, a gasolina aumentou 113%, as tarifas de táxi 30% e os cortes de cabelo 2,4%. Novamente em 2002, o dólar subiu no segundo semestre com diminuição do poder de consumo da população no Brasil (IBGE, 2002).

A despeito do poder de compra do brasileiro ter diminuído no período estudado (1992-2002), o mercado de preservativos continuou a crescer e a se expandir (Tabela 2, Gráficos 9 e 24). Pesquisas demonstraram que o brasileiro pôde encontrar o preservativo em mais de 203 373 pontos de venda no Brasil (Gráfico 15). No período de 1992 a 2002, o setor comercial foi a principal fonte de preservativos (Gráficos 9, 12 e 25). De acordo com a pesquisa demográfica em saúde feita em 1996, 65,5% das mulheres e 82,5% das pessoas entrevistadas obtiveram seus preservativos do setor privado, mais especificamente de drogarias e farmácias (Badiani et al., 1997).

Existem, aproximadamente, 40.000 estabelecimentos farmacêuticos no país, três vezes mais *per capita* do que a OMS considera necessário (FNUAP, relatório 21). As redes de farmácias chegam a pequenas cidades no interior do país, e nas áreas urbanas podem ser encontradas duas ou três farmácias em um mesmo quarteirão. Todas as drogarias e farmácias vendem preservativos masculinos. Nos anos 1990, também, observou-se um aumento de venda de preservativos masculinos em supermercados, lojas de conveniência, e pontos de vendas alternativos no Brasil (ACNielsen, 2002).

A implementação do programa de "*Marketing social*" de preservativos masculinos veio catalisar a expansão do mercado através do aumento da competição e da oferta de um produto de boa qualidade e de baixo custo (Ferreiros, 1997). Por meio da implementação de uma série de estratégias, a DKT do Brasil lançou em 1992 o preservativo masculino da marca Prudence ao custo sugerido de US\$0.20 ao consumidor (Harvey P.D., 1999). Estudos realizados na época reportavam que o preço do preservativo masculino ao consumidor era de US\$ 0.70 a US\$ 1.00 (Banco Mundial, 1993; Ferreiros et al., 1992; Fox & Associados, 1992; Ministério da Saúde, 1992, FNUAP, relatório 21), contudo, dados da ACNielsen para o mesmo período reportavam que o custo médio do preservativo masculino ao consumidor era de US\$0.45 (ACNielsen, 1992). É preciso ter em perspectiva esta grande variação no preço registrada por fontes diferentes, na avaliação dos resultados obtidos. Considerando que o preço de US\$ 0.70 a US\$ 1,00 foi citado diversas vezes por diferentes fontes, este trabalho tomou como referência os preços entre US\$ 0.70 e US\$ 1.00, e não outro dado para a análise dos dados. Embora em 1992 o programa de "*Marketing social*" estivesse disponibilizando o preservativo masculino ao custo sugerido de US\$ 0.20, muitas vezes, foi encontrado no mercado por US\$ 0.30. Em 1992, havia uma inflação de 1% ao dia, e o preço dos produtos ao consumidor era difícil de ser controlado. No primeiro ano, a DKT do Brasil vendeu 3.1 milhões de unidades de preservativos masculinos. As vendas de preservativos vendidos através do "*Marketing social*" aumentaram, ano a ano, de 1992 até 2001, com ligeira queda em 2002 (Gráfico 8). Essa queda, talvez, possa ser atribuída à compra de 300 milhões de preservativos masculinos em 2002, pelo Ministério da Saúde, para distribuição gratuita. Até dezembro de 2002, 140 milhões de preservativos masculinos foram distribuídos pelo Ministério da Saúde (PN-DST/Aids, 2002). Em 2002, a DKT do Brasil vendeu 63 milhões de unidades a US \$0.15 a unidade (DKT do Brasil, 2002; ACNielsen), o que representa menos que o previsto na regra do 1% *per capita*. Em 1992, a renda *per capita* era de US\$ 2 680, em 1994 a renda *per capita* atingiu o valor de

US\$ 7 231, e em 2002, ano de finalização deste trabalho, a renda *per capita* foi de US\$ 2.590,00 (World Bank, 1993; Banco Central, 2000; IPEA, 2002) (Gráfico 24). Tendo como base que um cidadão deve gastar não mais que 1% *per capita*, por ano, para comprar 100 preservativos sociais, o preço do preservativo brasileiro vendido via "Marketing social" e também comercial já atende à regra. Em 2002, o custo médio do preservativo ao consumidor foi de US \$0.19, ou seja, US\$ 0.06 a menos que o requerido através da regra 1% (Lewis, 1986; Ciszewski et al., 1994; Harvey, 1999; ACNielsen, 2002) (Gráfico 14). O grande crescimento das vendas, especialmente no Nordeste, região com a segunda maior população do país e o menor *per capita*, retrata a importância da redução do preço ao consumidor (Tabela 3). No período estudado, o programa de "Marketing social" teve como papel aumentar a competição; e, com isso, alavancou a expansão do mercado de 58 milhões de unidades vendidas em 1992 para 453,8 milhões de unidades vendidas em 2002 (Tabela 2, Gráfico 9).

Para responder o aumento da demanda por preservativos masculinos no Brasil todos os fabricantes realizaram investimentos consideráveis na expansão e modernização da indústria nacional. Mesmo sendo um produto de importância estratégica na prevenção ao HIV/Aids, os fabricantes não receberam qualquer incentivo da parte do governo brasileiro. Poderiam, por exemplo, ter sido facilitados empréstimos junto ao BNDES. Contudo, a despeito de terem sido feitos investimentos consideráveis pelo setor privado, este fato não repercutiu no aumento do preço do produto ao consumidor (Gráfico 14).

De acordo com Phillip Harvey, considerando que os preservativos masculinos são efetivos em 90% na prevenção da transmissão do HIV, e que em uma população com uma soroprevalência de 1% a cada um milhão de preservativos vendidos/ usados, previnem-se 111 novas infecções pelo HIV. Com base nesta proposta, tendo em conta que a prevalência média do HIV na população brasileira nos anos 90 foi de 0.5%, pode-se fazer um cálculo aproximado de quantas infecções foram prevenidas. Se em uma população com 1%, previnem-se 111 novas infecções, em uma população com 0.5%, seria possível prevenir 55 novas infecções a cada um milhão de preservativos masculinos vendidos, no Brasil. Portanto, se ao longo de 10 anos, um total de 2.573.000.000 de unidades de preservativos foram vendidas, e estas vendas representam 90% do mercado, um total de aproximadamente 141 515 novas infecções pelo HIV podem ter sido prevenidas (Harvey, 1999).

Contudo, a quantidade de preservativo necessária para a cobertura das relações sexuais de alto e/ou médio grau de exposição ao HIV de homens sexualmente ativos e

para o atendimento dos casais que usam o preservativo como método anticoncepcional, gira em torno de 1,2 bilhões de unidades por ano no Brasil (Ministério da Saúde, 2002).

No período de 10 anos, o "*Marketing social*" de preservativos no Brasil vendeu 366 milhões de unidades, portanto, de acordo com a proposta de Harvey, neste período um total de 18 300 novos casos de infecção pelo HIV foram prevenidas (Tabela 1).

Em 1993 o Banco Mundial estimou que sem intervenções efetivas até o ano 2001 o Brasil teria um total de 1.2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (World Bank, 1993) (Gráficos 26 e 27). Em 2002, a UNAIDS estimou que 610.000 brasileiros estavam infectados pelo HIV (UNAIDS, 2002). Portanto, de acordo com as estimativas do Banco Mundial, um total de 590 000 novas infecções foram prevenidas no período. Tendo ciência de que as drogas anti-retrovirais têm a propriedade de reduzir drasticamente a concentração do vírus presentes no sangue e nas secreções genitais, as estimativas feitas não levaram em consideração este fator. Contudo, tanto as estimativas propostas por Philip Harvey quanto as realizadas pelo Banco Mundial, no início dos anos 90, não levaram em consideração o acesso à terapia anti-retroviral. Além da terapia anti-retroviral existem outros aspectos que dificultam estimar o número de novas infecções prevenidas através de um modelo matemático, dentre eles, o fato as pessoas que compram os preservativos têm diferentes níveis de risco para o HIV. Por exemplo, em uma dada população, que proporção de preservativos é vendida para indivíduos de alto, médio e baixo risco para o HIV? O uso de preservativos por uma trabalhadora do sexo de baixa renda, que tem diversos parceiros por dia, é proporcionalmente muito mais importante na prevenção do HIV/DST do que, por exemplo, o uso de preservativos por um casal heterossexual, em uma população onde a prevalência do HIV é baixa. Quem são as pessoas que compram os preservativos? Novos estudos, feitos em pontos de venda, poderiam colher dados para conhecer o perfil do consumidor dos preservativos.

Não se identificou nenhum modelo matemático que permitisse estimar quantas infecções foram prevenidas pela venda de preservativos, devido à complexidade de fatores envolvidos.

No entanto, estudos de *coorte* realizados no Zaire, Tailândia, Ruanda demonstram o impacto do uso de preservativos na diminuição dos novos casos de HIV/DST em diferentes grupos populacionais (UNAIDS, 2002; Laga et al., 1994; Dallabeta et al., 1997).

A despeito do sucesso e dos resultados obtidos através de *Marketing social* de preservativos, o seu potencial continua sendo subestimado (Tabela 4). Sabe-se que através do uso do *marketing social* pode-se mudar o comportamento de adolescentes em

uma determinada região urbana nos Estados Unidos; ou de mulheres na Índia; de profissionais da saúde; ou dos próprios funcionários envolvidos com a implementação de um programa de *marketing social*. Apesar da abrangência com a qual pode ser utilizado, poucos profissionais da área percebem o seu potencial. Muitos governos não apóiam os programas de *marketing social* (Harry, P.D.1999). Por exemplo, o governo brasileiro não apoiou e nem estimulou as ONG's brasileiras a se envolverem com esta estratégia, que seria de grande importância como parte das estratégias de sustentabilidade das ações de prevenção. Nesse sentido, a realização de seminários, fóruns e oficinas regionais, para discutir os princípios, conceitos e experiências, seria de grande importância.

Ao longo dos anos observou-se, também, que os programas de "*marketing social*", com frequência, são confundidos com propaganda social. Apesar de o "*marketing social*" utilizar a propaganda, esta é apenas parte de uma ação muito mais ampla. Devido ao comprovado sucesso dos programas de *marketing social* de preservativos masculinos na prevenção ao HIV/Aids, tem crescido ao longo dos anos o apoio de doadores norte-americanos e europeus na implementação de programas em diversos países (Gráfico 10). Este crescimento tem sido, no entanto, insuficiente para aumentar a colaboração para se distribuírem 24 bilhões de unidades de preservativos masculinos no mundo; a falta de recursos para expandir a estratégia em larga escala é o principal problema (Harvey, 1999; UNAIDS, 2002).

O crescimento das vendas de preservativos no Brasil foi em grande parte propiciado pelas ações de prevenção ao HIV/Aids, realizadas com recursos do Ministério da Saúde (Tabela 5). Nos período de 1994 a 1998, o Brasil aplicou US\$ 102.7 milhões em programas de prevenção ao HIV/Aids/DST. Durante este período, além das campanhas maciças na televisão, o programa nacional trabalhou em parceria com ONG's na implementação de projetos de intervenção educativa, voltados para diferentes públicos alvo, de estabelecimento de centros de aconselhamento e testagem para o HIV, e compra de preservativos para distribuição gratuita (World Bank, 1993; Ministério da Saúde, 1998). A partir de 1988 até dezembro de 2002, o Ministério da Saúde financiou a realização de 1.988 projetos de intervenção educativa voltados para trabalhadoras do sexo (357), assentamentos rurais e garimpos (72), caminhoneiros (34), adolescentes (286), trabalhadores no local de trabalho (34), homens que fazem sexo com outros homens (275), mulheres (203), populações confinadas (67), povos indígenas (66), moradores de rua (144), e usuários de drogas injetáveis (356). O Ministério da Saúde também envolveu outros Ministérios, como o da Educação, Justiça, Trabalho, Defesa, dentre outros, nas

ações de prevenção ao HIV. Neste período, principalmente no final da década de 1990, o PN-DST/Aids aumentou substancialmente a distribuição gratuita de preservativos. Contudo, para o PN- DST/Aids encarar os problemas logísticos da distribuição gratuita de preservativos, investimentos serão necessários para o treinamento logístico de profissionais dos estados e municípios. Estas atividades poderão considerar a colaboração da BEMFAM, no Rio de Janeiro; da Pathfinder no Nordeste; e da FURP em São Paulo; e talvez no Sul do país. Todas estas instituições possuem reconhecido saber na área (FUNAP, Relatório n° 21) (Gráfico 12).

Todas estas ações desenvolvidas com o apoio do Ministério da Saúde no Brasil colaboraram com o aumento da compra de preservativos, que foi da ordem de 782% das vendas no período de 10 anos. Diversas pesquisas realizadas nos anos 90 reportam um aumento progressivo do uso do preservativo no Brasil (*Playboy* et al., 1994; Badiani et al., 1997; Berquó et al., 2000). Grande parte do aumento do uso está refletido no grande aumento das vendas de preservativos através do *marketing social* e do mercado comercial (Tabelas 1, 2 e 3).

Contudo, se todas as pessoas que reportam ^{no entendimento mencionado} fazer o uso de preservativos masculinos, ~~nos estudos realizados~~ realmente o estivessem usando em todas as relações sexuais, será que o mercado brasileiro de preservativos não seria maior? Embora este aspecto não seja objeto deste estudo, seria importante ser considerado no âmbito de outras pesquisas.

Tradicionalmente o preservativo masculino não era promovido nem estimulado pelos serviços de saúde envolvidos com planejamento familiar, já que a sua efetividade para proteger a gravidez não era considerada boa – os métodos adotados eram os de alta eficácia. O crescimento do uso de preservativos se deu em resposta à epidemia da Aids, caracterizada inicialmente por ser uma epidemia masculina. Em resposta ao crescimento entre as mulheres, a integração de ações de prevenção ao HIV/Aids devem ser urgentemente expandidas em larga escala nos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher.

Portanto, é recomendado que as campanhas em curso, com mensagens simples dirigidas a homens e mulheres, devam continuar, para aumentar o conhecimento e o uso correto dos preservativos. O Ministério da Saúde deve considerar a expansão de ações de promoção do uso de preservativos masculinos e femininos através das novelas, programas humorísticos e outros de apelo popular. Também o uso de rádio comunitária e o envolvimento de locutores populares podem ser de grande valia neste processo. Uma

maior aproximação do Ministério da Saúde com líderes de audiência pode facilitar esta promoção. O aumento da adesão ao uso pode ser feito através do monitoramento da venda do produto nas diferentes regiões. Também de grande importância é a continuação de estudos qualitativos e quantitativos quanto à identificação de barreiras e motivações para o uso. Estas pesquisas podem colaborar na produção das campanhas, que devem ser todas feitas com a assistência técnica do PN-DST/Aids às firmas de publicidade. Com a interiorização da epidemia, deve-se pensar em estratégias que integram a promoção da prevenção à Aids na atenção básica, mais especificamente devem-se capacitar as equipes de saúde da família, para levar prevenção porta a porta neste Brasil afora. Contudo, é necessário municiar estas equipes com materiais educativos de apoio, que facilitem as intervenções educativas no domicílio.

As ações de políticas públicas para redução e isenção dos impostos sobre os preservativos masculinos constituíram importante aspecto deste trabalho e foram fundamentais para redução do preço do preservativo no Brasil. Desde o início dos anos 90, esta pesquisadora participou de inúmeras reuniões, intervenções, e na elaboração de documentos, com objetivo de retirar os impostos sobre os preservativos no Brasil. Em documento produzido em 1992, já se projetava:

"A isenção fiscal, em combinação com a expansão do mercado, poderia levar o preço do preservativo do nível atual de US\$ 0.70 a US\$1.00 para US\$ 0.15 a US\$ 0.20, e estaria tornando-o acessível aos grupos sociais mais vulneráveis, que atualmente estão desprotegidos diante da ameaça das DST e da Aids. (Ministério da Saúde, 1992)"

As isenções do ICMS, IPI e a redução do imposto de importação foram fundamentais para tornar o preservativo acessível à população brasileira (Tabela 6; Tabela 7; Gráfico 14). As novas leis promulgadas no período também ilustram os resultados obtidos na área de políticas públicas (Tabela 6). O potencial da retirada dos impostos sobre os preservativos masculinos foi subestimado e muitas vezes incompreendido por técnicos do setor governamental da saúde e por algumas ONGs. Parte em razão de se considerar que, uma vez isento dos impostos, os preservativos não diminuiriam do seu preço ao consumidor, mas, sim, elevariam os lucros dos fabricantes e importadores. Vale a pena lembrar que o benefício da isenção do ICMS foi obtido somente em setembro de 1997. Após a isenção do ICMS, ocorreu relevante redução do preço médio ao consumidor; o benefício da isenção não só foi repassado, como também

aumentou a competição que contribuiu sobremaneira para redução do preço do produto ao consumidor (Gráfico 14). Após a demonstração dos resultados positivos os técnicos oponentes passaram a apoiar a isenção (Minsitério da Saúde, 2002). Se por um lado, na área de tratamento, as drogas anti-retrovirais obtiveram a isenção de todos os impostos, por solicitação feita pelo Ministério da Saúde, por outro, os preservativos não obtiveram tratamento semelhante (Convênio ICMS 51/94). Talvez este fato possa explicar as dificuldades que se teve em obter e manter a isenção do ICMS sobre os preservativos no Brasil, no período aqui estudado. Até o momento a isenção é temporária, e continua sendo sujeita a revisões periódicas, podendo ser cancelada pelo CONFAZ/COTEPI a qualquer momento.

Estudos demonstram que o aumento do preço dos preservativos, mesmo sendo pequeno, reflete em queda substancial da venda do produto. Em Bangladesh a alta do preço dos preservativos masculinos diminuiu as vendas em 29% (Ciszewski et al., 1994). Atualmente o benefício está aprovado até dezembro de 2003. Os preservativos masculinos obtiveram ao longo dos anos a redução do imposto de importação de 40% para 12.5%; a isenção temporária do ICMS de 18% para 0; e a isenção do I.P.I de 15% para 0. Benefícios adicionais na redução do preço e no aumento ao acesso sustentável ao preservativo masculino, e, conseqüentemente, na prevenção ao HIV/Aids/DST, estão na dependência da obtenção de isenções adicionais dos impostos remanescentes sobre a matéria-prima, produto e embalagem. A retirada destes impostos poderá reduzir ainda mais o preço do preservativo ao consumidor, aumentar o seu acesso e uso pela população brasileira, além de torná-lo competitivo internacionalmente. Muitos Secretários de Estado da Fazenda perguntavam, durante as reuniões do CONFAZ: Mas de quanto estamos falando, de perda de receita com a isenção do ICMS sobre o produto? Neste caso específico, o setor público renuncia ao equivalente a 25% do seu preço final. Em dezembro de 1995, antes da isenção, o custo médio do preservativo em São Paulo era de R\$ 0.50, a isenção fiscal correspondia a uma diminuição de arrecadação bruta de R\$ 0.125 por preservativo vendido. A cada milhão de preservativos comercializados com isenção do ICMS, corresponderia, portanto, uma renúncia fiscal de R\$ 125.000,00 (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 1995). Considerando que no período de 1988 a 2002 (período após a isenção do ICMS) um total de 1.823.000.000 unidades de preservativos masculinos foram vendidos, a perda de arrecadação foi de aproximadamente R\$ 227.875.000,00 ou US\$ 75.958.333,00. Considerando que o Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, adquiriu no período de 1998-2002

820 milhões de unidades de preservativos para distribuição gratuita, a isenção do ICMS propiciou uma economia para os cofres públicos de R\$ 102.500.00,00 ou US\$ 34.166,00, na compra de preservativos para distribuição gratuita. Por outro lado, o aumento do acesso e uso de preservativos, preveniu que milhares de indivíduos adquirissem o HIV/Aids no mesmo período. O tratamento de cada paciente com Aids por ano custou, em 2002, US\$ 2.222,00. Portanto, a cada 1.000 casos prevenidos, foram economizados US\$ 2.222.000,00. Embora não possamos precisar exatamente quantos casos novos foram prevenidos pelo uso de preservativo, certamente a venda de 1,8 bilhões de preservativos preveniu mais de 1.000 casos novos de HIV/Aids no período entre 1998-2002. Portanto, é inquestionável o benefício gerado pela isenção do ICMS. O ~~nesso~~ cálculo não considerou os benefícios adicionais da isenção do IPI e redução do II. Outro benefício obtido diz respeito à redução do recurso gasto com a aquisição de preservativos através das licitações públicas realizadas no Brasil. O estado de São Paulo reporta que no início da década de 1994 o preço da unidade era de R\$ 0,30; em 1998, após a isenção, baixou para R\$ 0,09 (Arantangy, 1998).

Novas leis, decretos e uma nova norma de controle de qualidade de preservativos masculinos no Brasil fizeram parte da estratégia de expansão do acesso e uso dos preservativos, com a qualidade desejada no país. Como consequência da implementação de ações integradas e abrangentes, o uso *per capita* de preservativos masculinos aumentou de 1.3 para 8.7 em 2002, em homens entre 15 a 59 anos de idade. Apesar dos resultados aqui apresentados serem significativos, esforços adicionais serão necessários para se continuar a expandir o acesso sustentado ao preservativo masculino, como estratégia básica à prevenção da transmissão sexual do HIV/Aids/DST no Brasil. Em complementação à distribuição através do "Marketing social" e comercial, a distribuição gratuita continuará sendo importante, especialmente, entre os mais pobres. Contudo, para atingir esta população o sistema logístico de distribuição gratuita de preservativos deverá ser aprimorado (Programa Nacional de DST/Aids, 2001; Programa Estadual de DST/Aids em São Paulo et al., 2001).

A Organização Mundial da Saúde tem utilizado as vendas de preservativos (nominador), dividido pela população de homens entre 15 a 59 anos de idade (denominador), para calcular a disponibilidade de preservativos em uma região ou país (OMS, 1994).

Considerando que, até o momento, os preservativos são o mais importante método na prevenção da transmissão sexual do HIV, a expansão do acesso e uso de

preservativos continua sendo a principal estratégia na prevenção da transmissão sexual do HIV no Brasil e no mundo. Sabe-se que o uso de preservativos masculinos, se utilizados de forma correta e consistente, previne a transmissão do HIV. Embora não se possa precisar quantas novas infecções pelo HIV foram prevenidas, a venda considerável de preservativos masculinos a preço acessível colaborou imensamente para que milhares de brasileiros se prevenissem da aquisição do HIV, e os cofres públicos economizassem com gastos com a assistência e o tratamento. Na ausência de vacinas e microbicidas para a prevenção da infecção pelo HIV, os preservativos continuaram tendo um papel fundamental na implementação das ações de prevenção (UNAIDS, 2002).

Nesse sentido, promover o acesso através de estratégias abrangentes é de importância no nosso país e em outras regiões onde o HIV está em franca expansão. Muitos esforços foram feitos, outros serão imprescindíveis. O preservativo continuará sendo um método simples, barato, que necessita de atenção sofisticada.

6 CONCLUSÕES

6.1 O "Marketing social" de preservativos masculinos no Brasil alavancou a competição e facilitou a expansão do mercado de 58 milhões de unidades vendidas em 1992 para 453.8 milhões de unidades vendidas em 2002 (782% de aumento). Este fato foi particularmente relevante no Brasil que tem uma classe média bem estabelecida, e o mercado geral de preservativos era pouco desenvolvido no início dos anos 90. O "Marketing social" de preservativos tem como alvo as classes sociais de baixa renda, enquanto o mercado comercial tem como alvo a classes média e alta. O principal resultado proporcionado pelo "Marketing social" foi o acréscimo do mercado para todas as classes sociais, o que também proporcionou aumento de lucros e empregos no setor privado (fabricantes e importadores) de preservativos masculinos no Brasil. Considerando que ao longo dos anos os programas de planejamento familiar privilegiaram os métodos de grande eficácia, como o uso da pílula anticoncepcional e a laqueadura, o aumento significativo das vendas de preservativos masculinos no país demonstra uma relevante mudança desta prática.

6.2 O preço médio dos preservativos ao consumidor diminuiu de US\$ 1.00 em 1992 para US\$ 0.19, custo médio no mercado em 2002. O preservativo disponibilizado via "Marketing social" diminuiu de US\$0.20 em 1992 para US\$ 0.15 no final de 2002, atendendo assim a norma internacional de acesso a um preservativo social.

6.3 As ações de políticas públicas implementadas através de intervenções abrangentes e multifacetadas, como parte das intervenções realizadas no âmbito deste trabalho, resultaram na redução (II) e na isenção dos impostos (ICMS e IPI) sobre os preservativos masculinos, e estes benefícios foram repassados ao consumidor, o que colaborou com a diminuição do preço do preservativo masculino ao consumidor no Brasil, e facilitou seu acesso e uso. Estas ações foram implementadas junto ao Ministério da Fazenda, Secretarias de Estado da Fazenda, Congresso Nacional e Senado, demonstrando a necessidade de ser trabalhadas questões referentes à saúde de forma intersectorial.

6.4 A economia dos anos 90 foi, de início, inflacionária. Em 1994 foi instituído o plano real com aumento do poder de consumo da população brasileira. Em 1999 houve a primeira desvalorização do dólar frente ao real, e no ano de 2002 teve-se outra crise que refletiu em diminuição do poder de compra do brasileiro. Apesar destes fatores, o mercado de preservativos no Brasil continuou aumentando, em especial, na região Nordeste, a área geográfica com o menor renda *per capita* do país (Gráfico 17).

com a colaboração

do
setor
privado

6.5 O programa de "Marketing social" vendeu um total de 366.6 milhões de preservativos masculinos, no período de janeiro de 1992 a dezembro de 2002.

6.6 Um total de sete novas leis foram aprovadas em âmbito federal, estadual e municipal, facilitando o acesso ao preservativo masculino em um número maior de pontos de venda (Gráfico 15).

6.7 O uso *per capita* do preservativo masculino no Brasil, entre homens na faixa etária entre 15 a 59 anos, aumentou de 1.33 em 1992 para 8.7 em 2002.

6.8 A falta de compreensão da estratégia de *marketing social* pelas autoridades envolvidas com as políticas de saúde pública constituiu um impedimento prático no apoio ao programa de "Marketing social", e apoio à implementação das políticas públicas na isenção dos impostos sobre os preservativos. Outro fator agravante foi o problema logístico na distribuição gratuita de preservativos masculinos pelo Ministério da Saúde, especialmente no período de 1992 a 1999.

6.9 Os resultados obtidos por este trabalho foram possíveis devido ao desenvolvimento de intervenções abrangentes, integradas e multifacetadas. O preservativo, principal insumo à prevenção da transmissão sexual do HIV, é um método simples, barato que exige atenção sofisticada.

Intervenções

6.10. Embora não se possa ~~prever~~ precisar ^{in loco} pelo ~~quanto~~ ^{quanto} ~~novos~~ ^{casos} de ~~HIV/AIDS~~ ^{HIV/AIDS} foram prevenidos, pelo uso de preservativos. Com ~~antes~~ a venda e a distribuição gratuita contribuiriam para que milhares de brasileiros

considerável de preservativos ~~seja~~

93

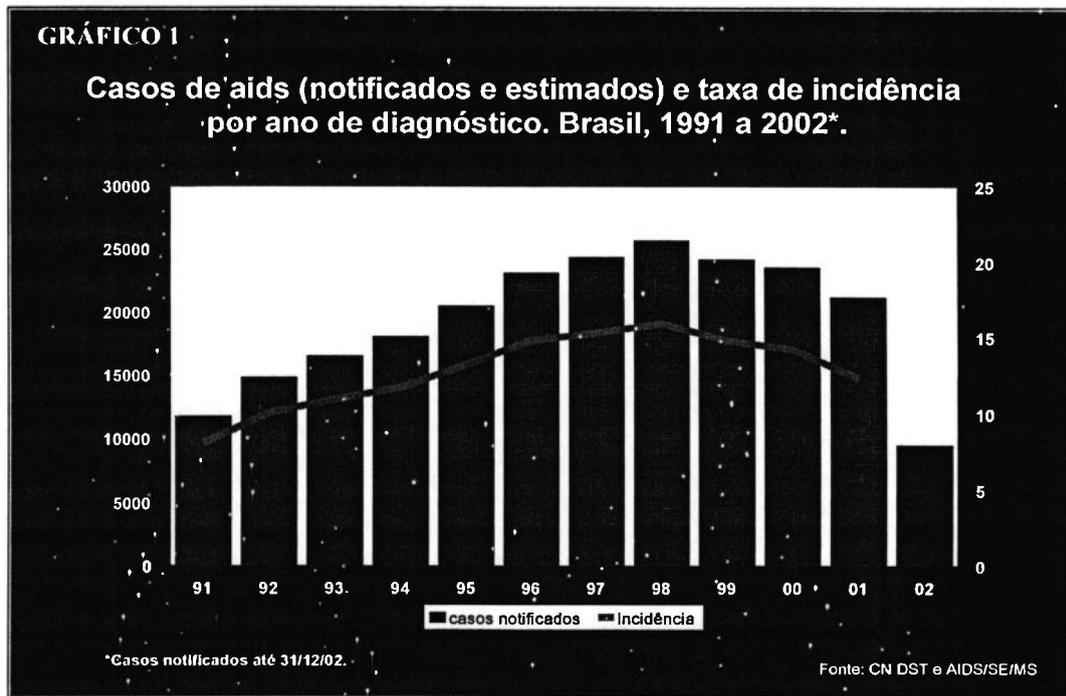
~~ou~~ ~~passar~~ a distribuição gratuita

vendida a preço acessível ~~para~~ ^{para} a distribuição

APÊNDICE

GRÁFICOS

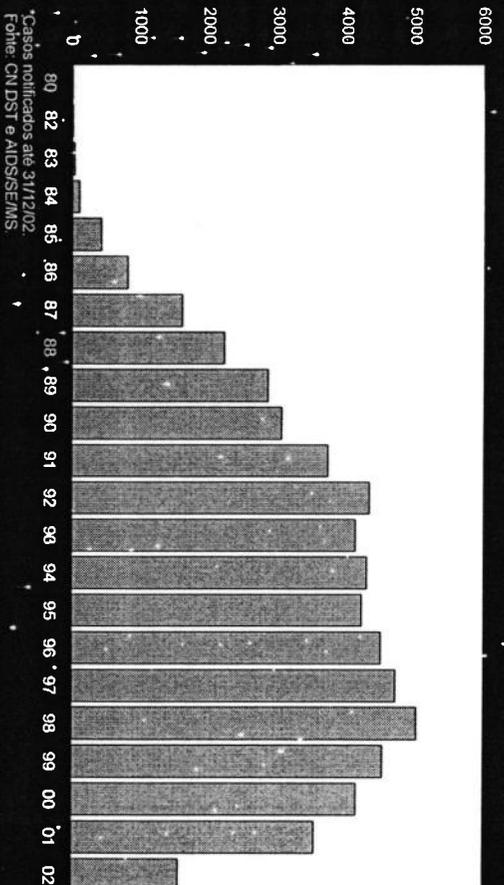
Gráficos de 1 a 27²



² Optou-se pela manutenção de todos os gráficos, embora alguns sejam recorrentes (Gráfico 2, Gráfico 4).

GRÁFICO 2

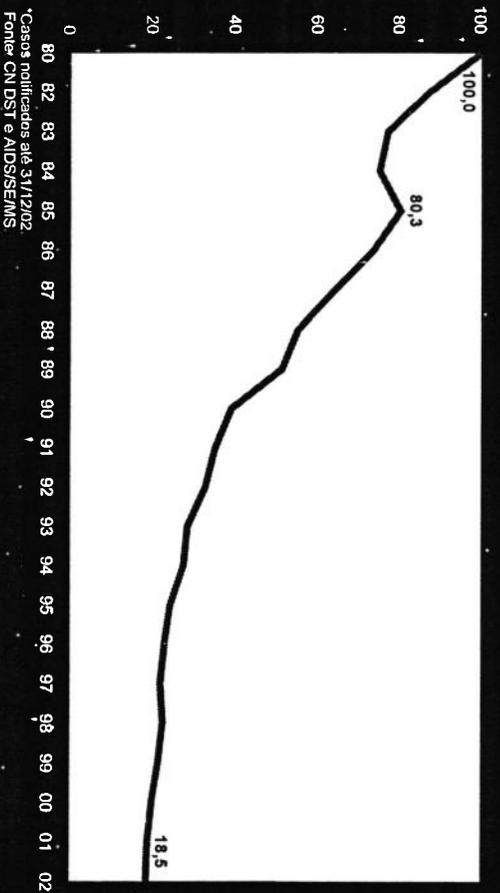
Casos de aids notificados na subcategoria Homo/Bi, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002*.



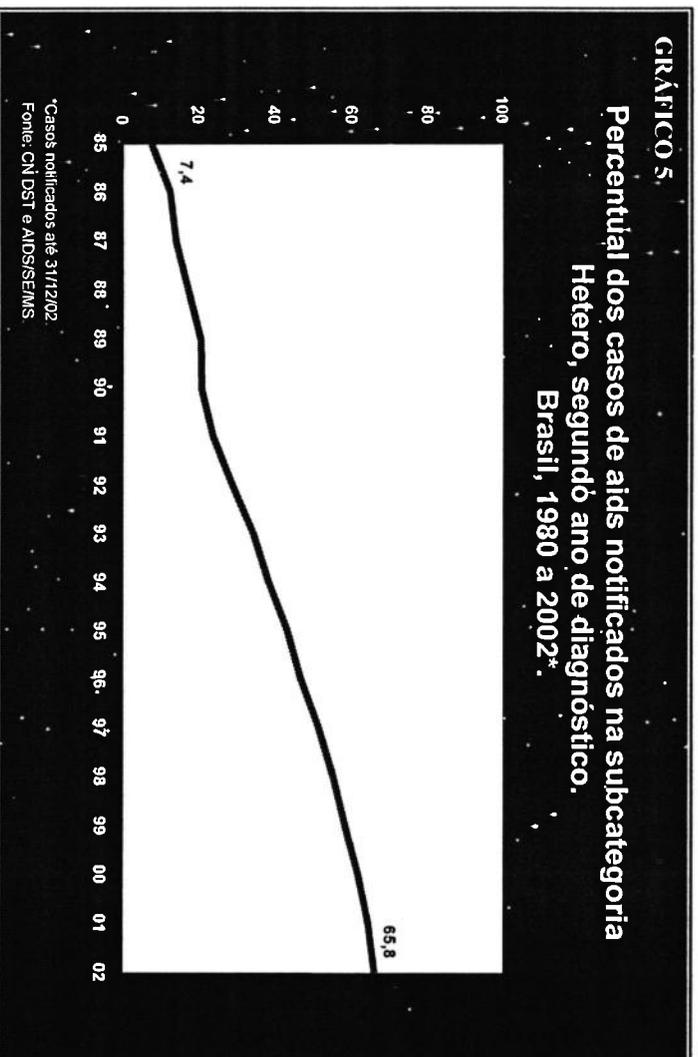
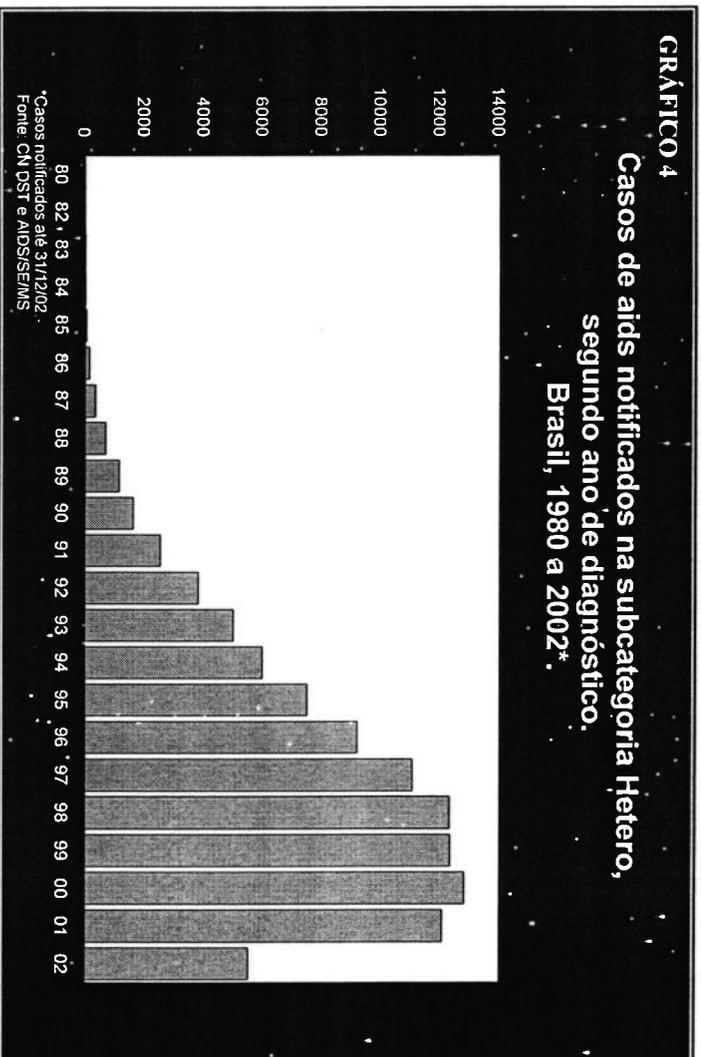
*Casos notificados até 31/12/02.
Fonte: CN/DST e AIDS/SEMS.

GRÁFICO 3

Percentual de casos de aids notificados na subcategoria homo/bissexual, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002*.



*Casos notificados até 31/12/02.
Fonte: CN/DST e AIDS/SEMS.



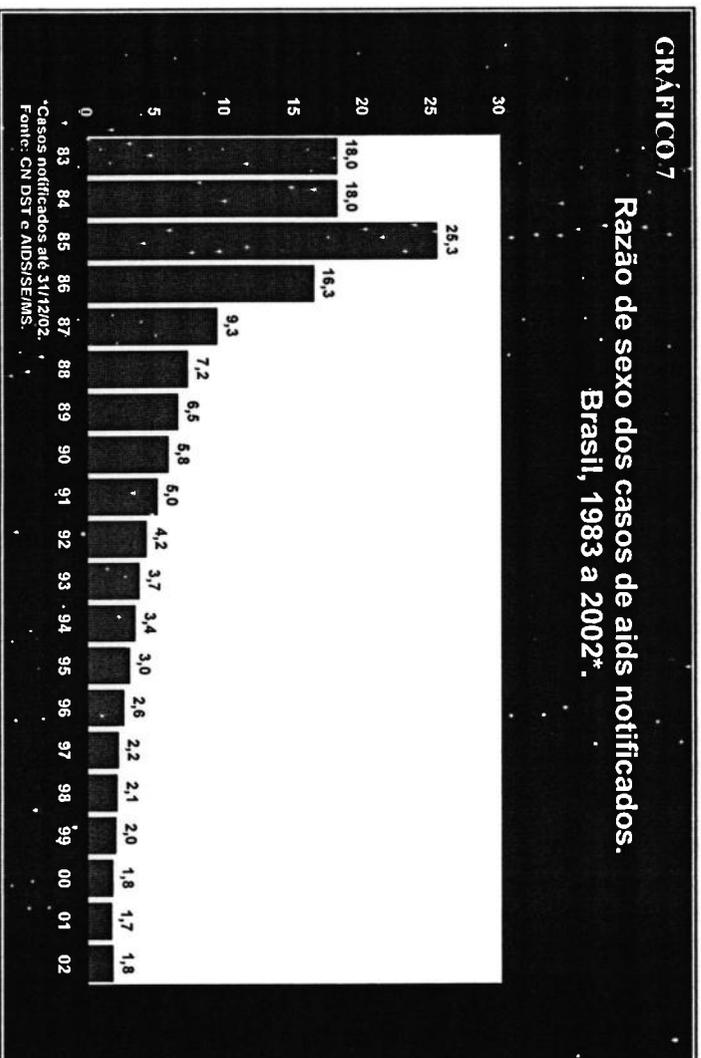
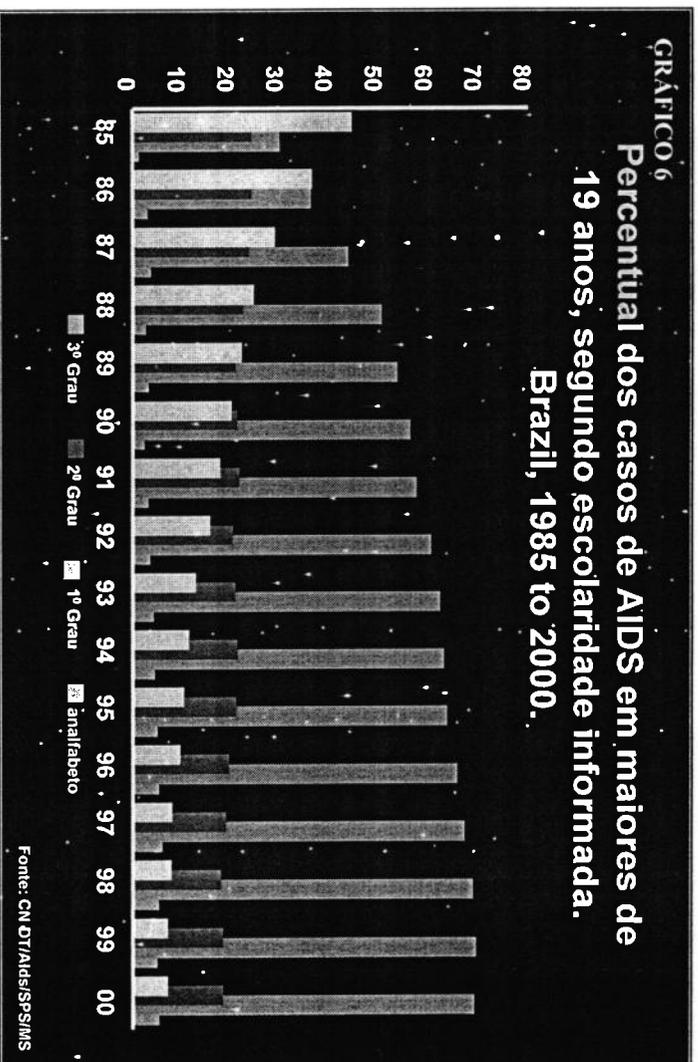
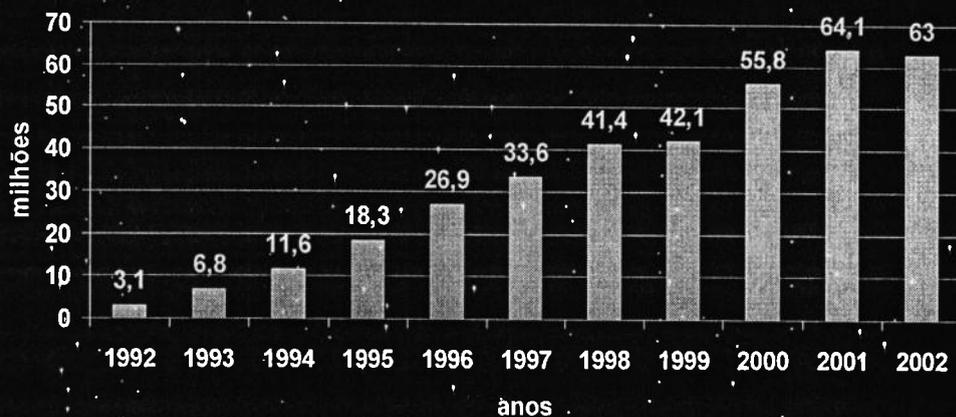


GRÁFICO 8

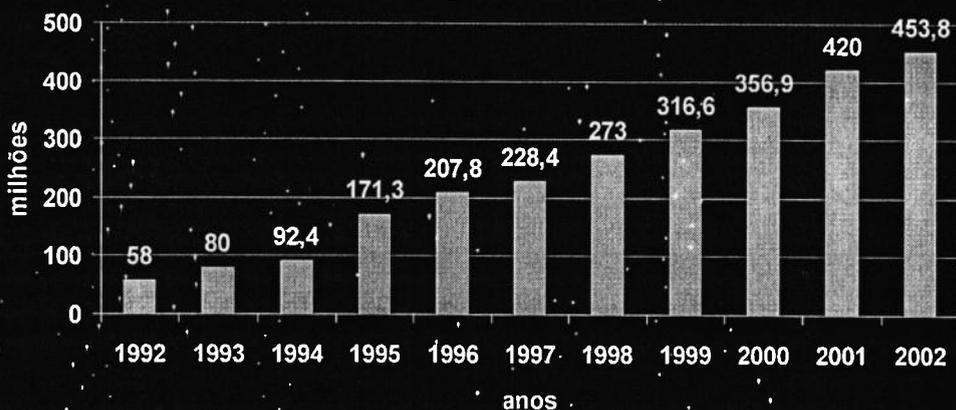
Evolução das vendas de preservativos masculinos no programa de marketing social de preservativos da DKT no Brasil, no período de 1992 a 2002



Fonte: DKT Internacional

GRÁFICO 9

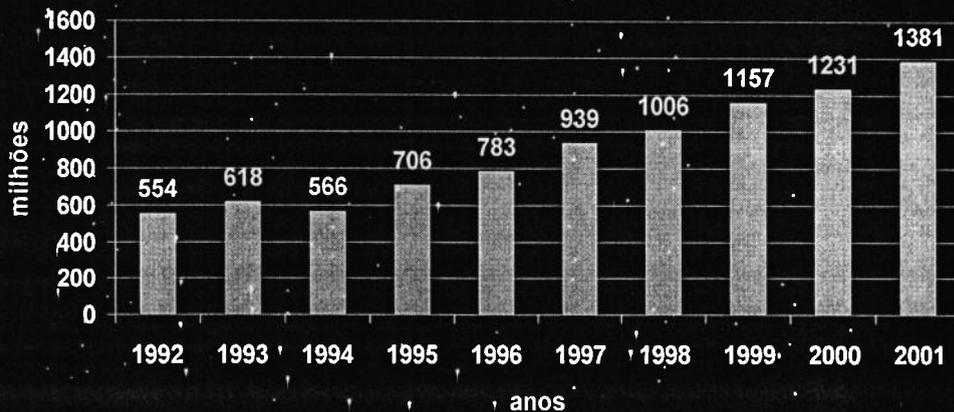
Evolução total das vendas de preservativos masculinos no Brasil, segundo principais fabricantes e importadores, no período de 1992 a 2002



Fonte: Empresas de preservativos

GRÁFICO 10

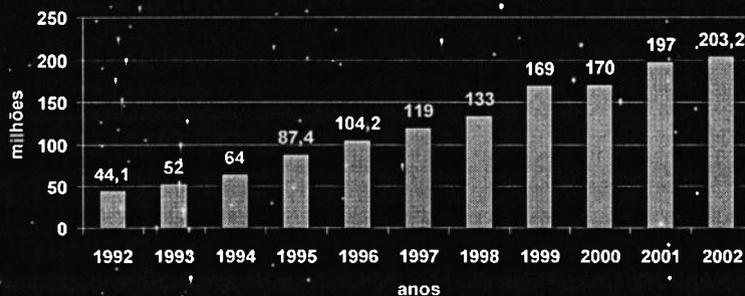
Evolução total das vendas de preservativos masculinos no mundo, em milhões de unidades, através do Marketing Social de preservativos, no período de 1992 a 2001



Fonte: DKT International

GRÁFICO 11

Evolução total das vendas de preservativos masculinos no Brasil, segundo dados da A. C. Nielsen, no período de 1992 a 2002



Fonte: A.C. Nielsen

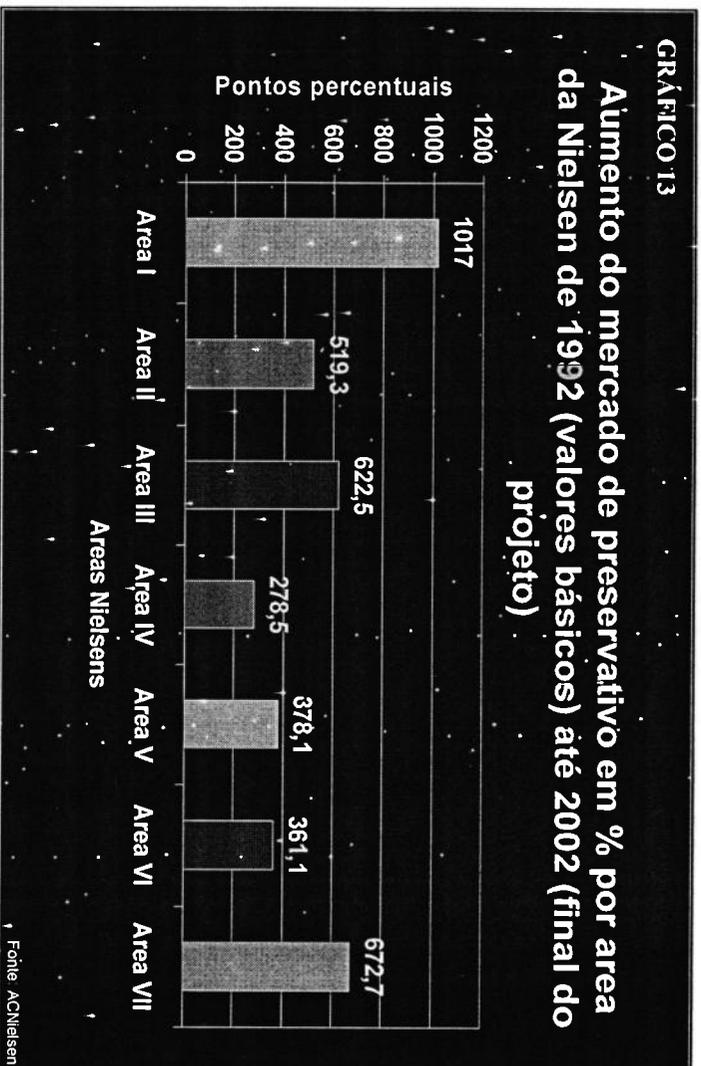
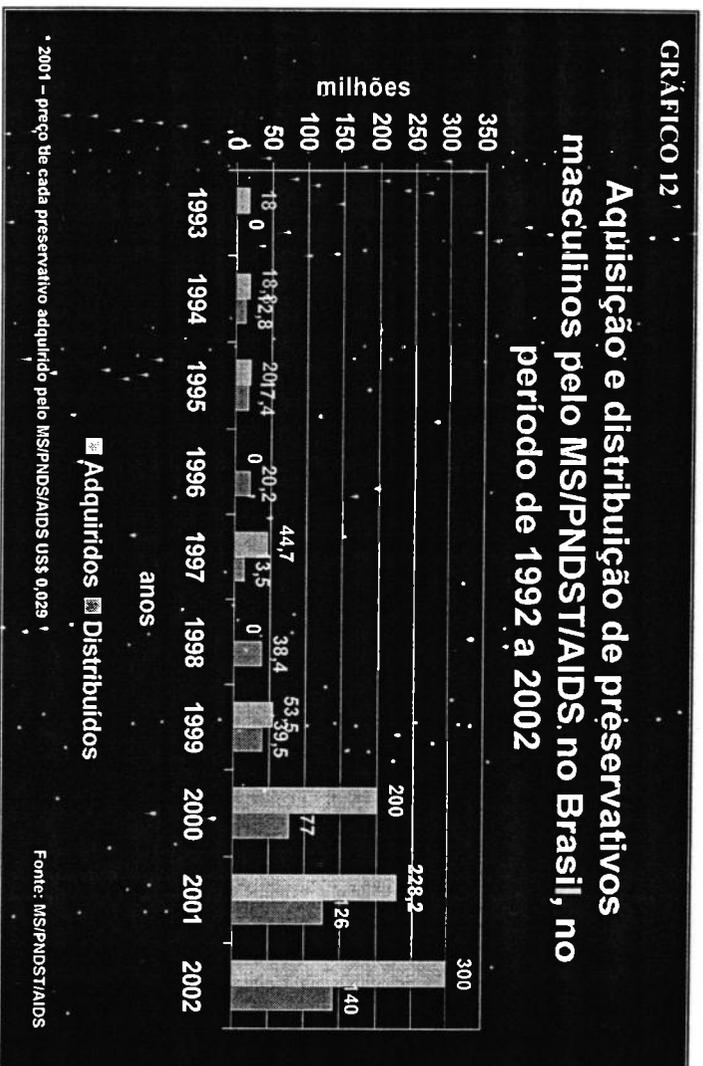
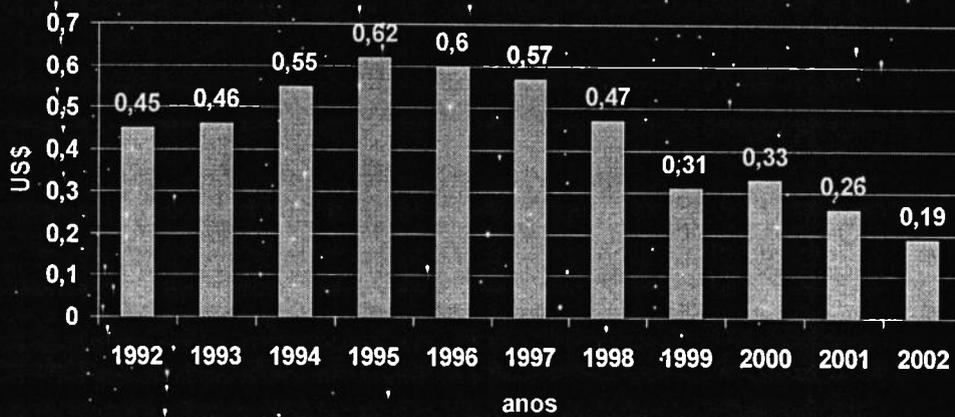


GRÁFICO 14

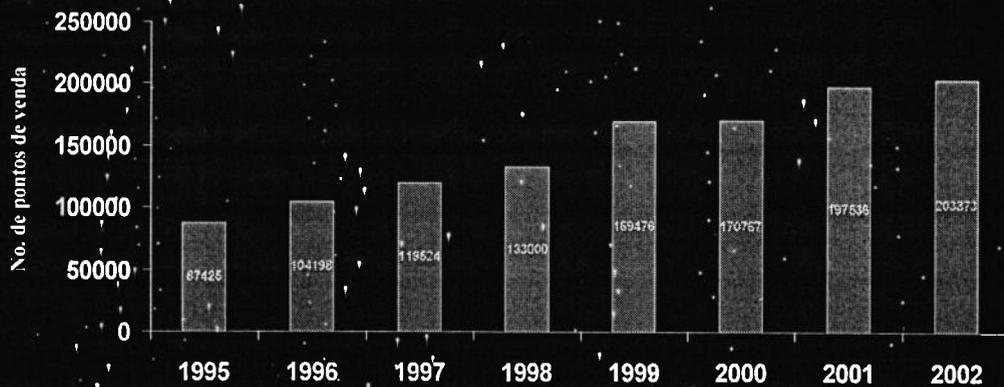
**Evolução do preço médio do preservativo masculino
(em US\$) no Brasil, no período de 1992 a 2002**



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 15

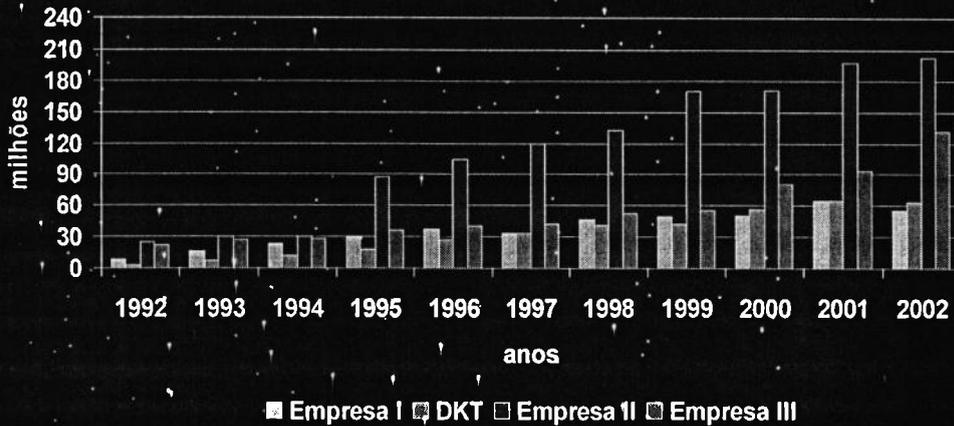
**Quantitativo de pontos de venda pesquisados pela A C
Nielsen na categoria de preservativos masculinos no
período de 1995 a 2002**



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 16

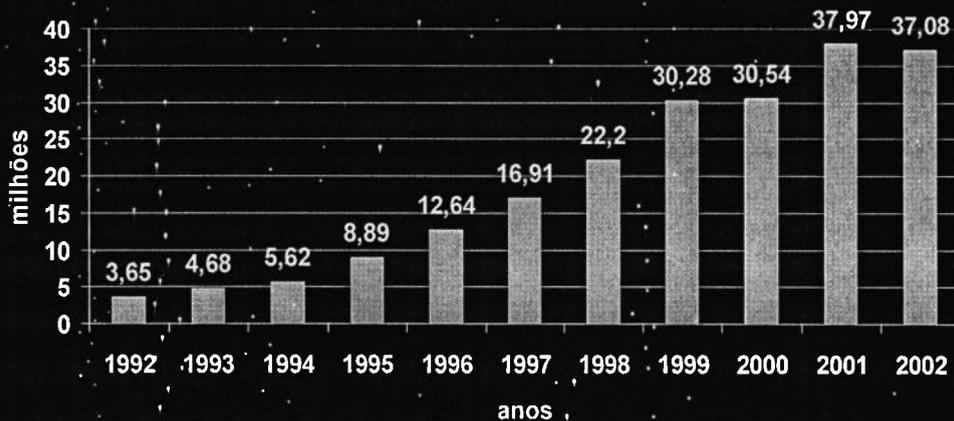
Evolução das vendas de preservativos masculinos no Brasil, segundo quatro grandes empresas, no período de 1992 a 2002



Fonte: Empresas de preservativos

GRÁFICO 17

Evolução das vendas de preservativos masculinos no Nordeste, no período de 1992 a 2002

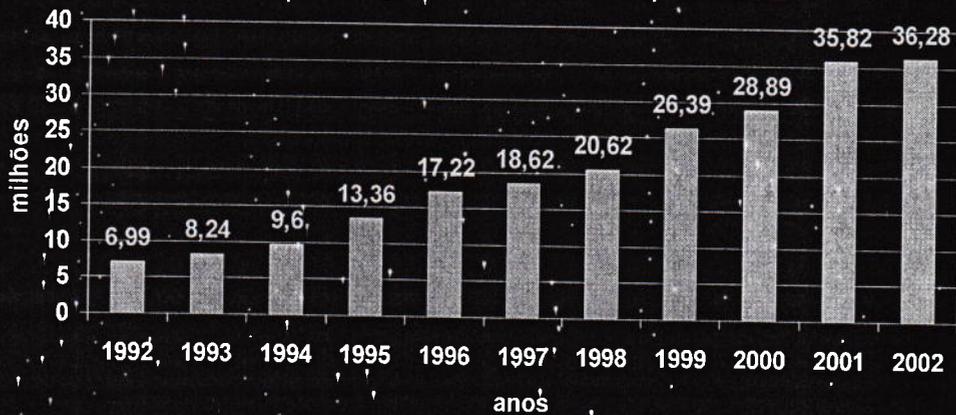


* nota: Inclui estados- CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA.

Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 18

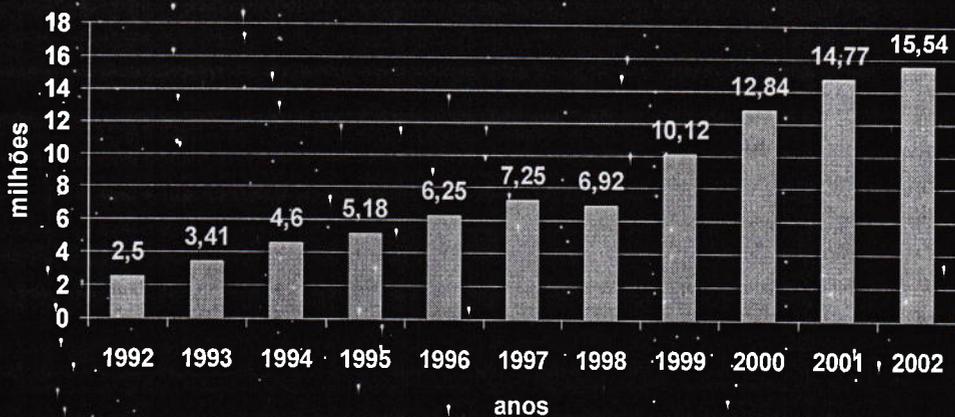
Evolução das vendas de preservativos masculinos em Minas Gerais, Espírito Santo e Interior do Rio de Janeiro, no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 19

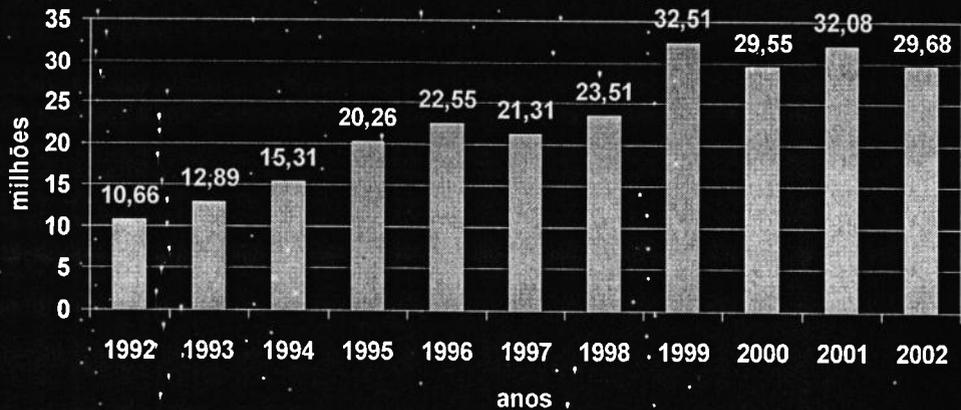
Evolução das vendas de preservativos masculinos na área 3 Nielsen's (Grande Rio de Janeiro), no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 20

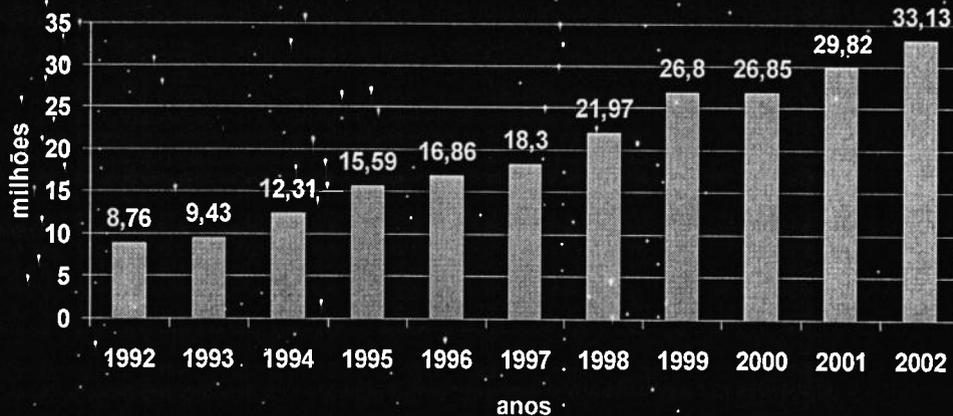
Evolução das vendas de preservativos masculinos na area 4 Nielsen's (Grande São Paulo) , no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 21

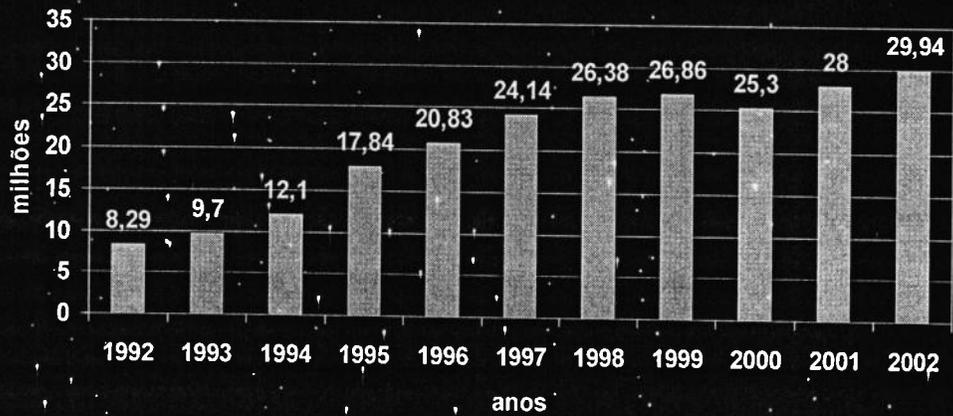
Evolução das vendas de preservativos masculinos na area 5 Nielsen's (Interior de São Paulo) , no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 22

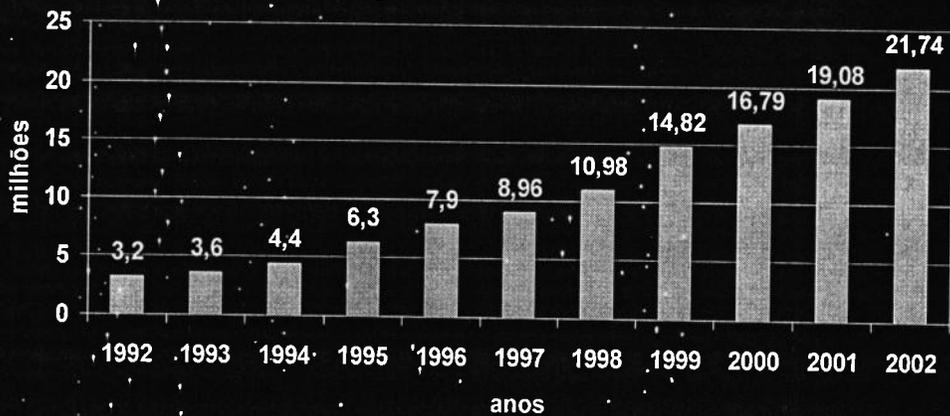
Evolução das vendas de preservativos masculinos na área 6 Nielsen's (Rio Grande do Sul, Sta. Catarina e Paraná), no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 23

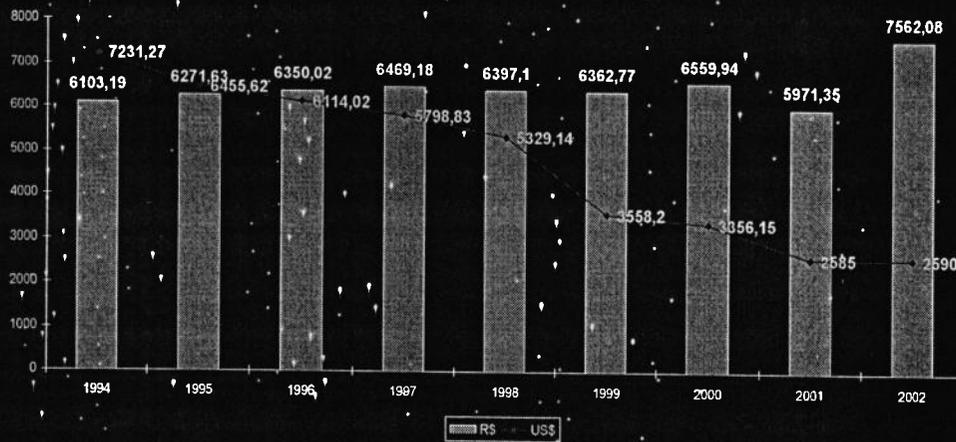
Evolução das vendas de preservativos masculinos Estados de Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal no período de 1992 a 2002



Fonte: ACNielsen

GRÁFICO 24

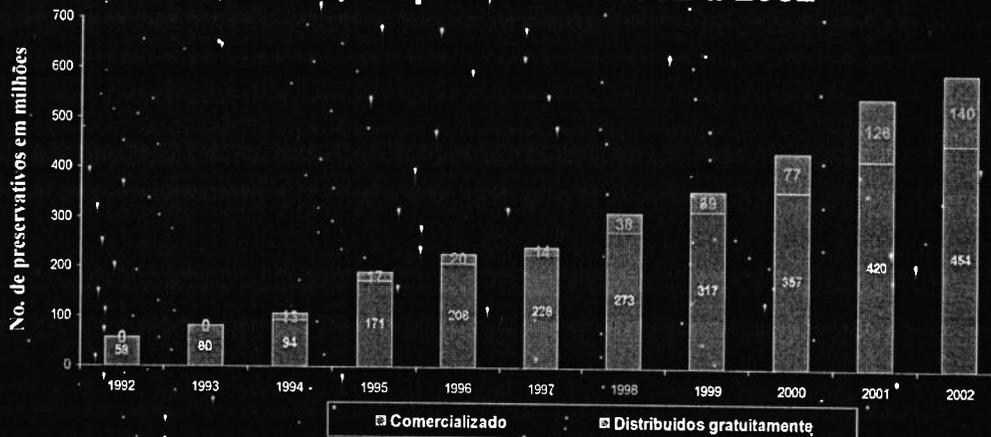
Renda per capita em Réais e a sua relação em US\$ no período de 1994 a 2000



Fonte: Banco Central e IPEA

GRÁFICO 25

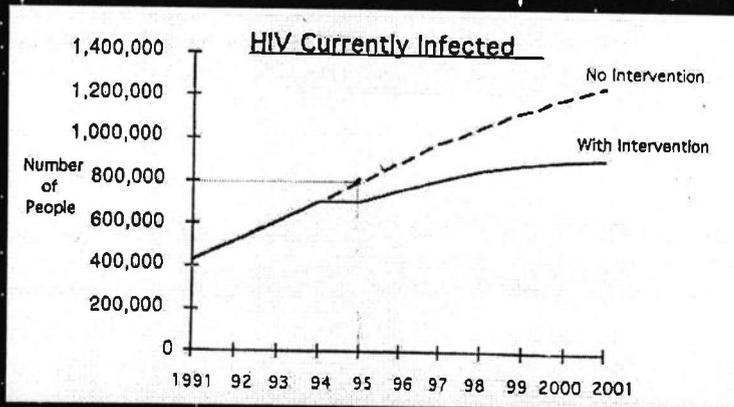
Preservativos masculinos comercializados, e distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde no Brasil, no período de 1992 a 2002



Fonte: Ministério da Saúde, fabricantes nacionais e DKT

GRÁFICO 26

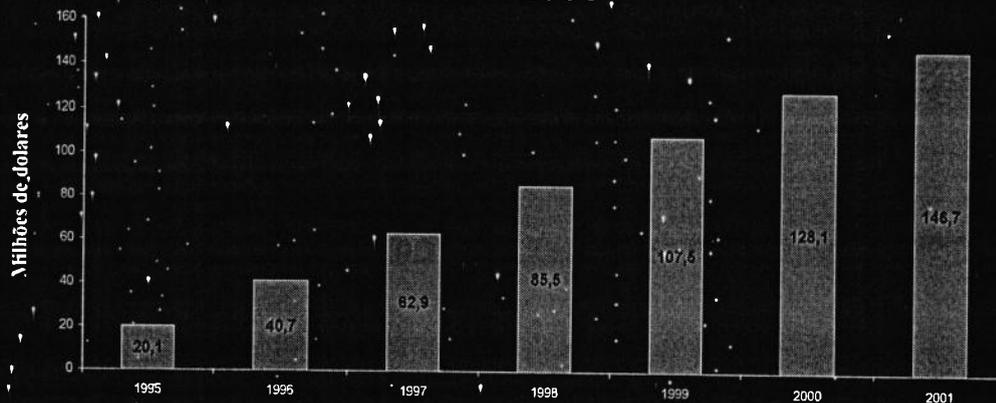
Projeção de infecções pelo HIV realizada por técnicos do Banco Mundial no início dos anos 90 considerando a realização ou não de intervenções



Fonte: Banco Mundial

GRÁFICO 27

Gastos evitados pelas intervenções na área de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil, no período de 1995 a 2001



*Total de gastos evitados no período de (1995-2001) = US\$ 591 milhões

Fonte: Banco Mundial

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.C. Nielsen's. Relatórios estatísticos de vendas e preços de preservativos masculinos no Brasil. De janeiro de 1992 a dezembro de 2002 (não editado).

Albert AE, Warner DL, Hatcher RA, Trussell J, Bennett C. Condom use among female commercial sex workers In: Nevada's legal brothels. Am J Public Health 1995 Nov;85(11):1514-20. ✓

Allen S, Tice J, Van der Perre P, Serufilira A, Hudes E, Nsengumuremyi F, Bogaerts J, Lindan C, Hulley S. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. BMJ 1992 Jun 20; 304(6842):1605-9. ✓

Anderson JE, Wilson R, Doll L, Jones TS, Barker P. Condom use and HIV risk behaviors among U.S. adults: data from a national survey. Fam Plann Perspect 1999 Jan-Feb;31(1):24-8. ✓

Anderson JE, Brackbill R, Mosher WD. Condom use for disease prevention among unmarried U.S. women. Fam Plann Perspect 1996 Jan-Feb;28(1):25-8. ✓

Andreasen AR. Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1995.

Bankole A, Darroch JE, Singh S. Determinants of trends in condom use in the United States, 1988-1995. Fam Plann Perspect 1999 Nov-Dec;31(6):264-71. ✓

Barberis M, Harvey P.D. Costs of family planning programmes in fourteen developing countries by method of service delivery. J Biosoc Sci 1997 Apr; 29(2):219-33. ✓

Badiani R, Quental I, Santos EM. DST/AIDS e a Pesquisa nacional sobre demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS;1997.

Basso CR. O programa nacional de DST/AIDS no SUS. In: Negri B, D'Avila AL (orgs): O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1986.

BEMFAM. Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem- Estar Familiar no Brasil, junho 1999.

Berquó E. (Coord). Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento(CEBRAP); outubro de 2000. (Série Avaliação nº 4).

Calderon R, Pielemeier N, Fontes M, Ostifield M, Hsu LN, Wasek G, Mobley S, Fernandes ME, pimenta MC, Ramos MC. AIDSCAP Brazil Implementation Plan. 11 January 1993 as approved by USAID/Brazil (not edited).

Carey RF, Lytle CD, Cyr WH. Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sex Transm Dis* 1999 Apr; 26(4):216-20.

Cavalheiro T, Pinheiro J, Peixoto M, Silva NA. Condom use habits among Young people on vacation. In: Fernandes MEL, D'Angelo LAV, Vieira EM, O'Grady Marg (orgs): Rapid response initiatives to HIV/AIDS prevention in Brazil. São Paulo: Associação Saúde da Família, 1999.

Centers for Disease Control and Prevention. Trends in sexual risk behaviors among high school students -- United States, 1991-1997. *MMWR* 1998; 47:749-752.

Centers for Disease Control Update: Barrier Protection Against HIV infection and Other Sexually Transmitted Diseases. *MMWR*. 1993; 42(30):589-591.

Centers for Disease Control Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1995. *MMWR* 1996; 45(SS-4):Table 28:67.

Centers for Disease Control Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1997. MMWR 1998; 47(SS-3):73.

Centers for Disease Control. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. MMWR. 1988; 37: 133-137.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines. MMWR 2002; 51/Nr. RR6.

Ciszewski RL, Harvey PD. The effect of price increases on contraceptive sales in Bangladesh. J Biosoc Sci 1994 Jan;26(1):25-35.

Committee on adolescence. Condom availability for youth. Pediatrics 1995; 95: 281-285.

Committee on adolescence . Contraception and Adolescents. Pediatrics 1999; 104:1161-1165.

Condom Social Marketing: Brazil Final Report of the Access of the AIDSCAP Subprojects to Condom Social Marketing. Quantitative Research (First Wave 1994, Second Wave 1995 and Third Wave 1996) São Paulo: Projeto AidsCAP, Associação Saúde da Família; July 1996 (not edited).

Convênio ICMS no 51/94. Referente à isenção de todos os impostos sobre drogas anti-retrovirais e princípios ativos (matéria-prima). (disponível em: <http://www.fazenda.gov.br>).

Coordenação Estadual DST/AIDS. Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Avaliação da Distribuição de preservativos pela rede de serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. Maio 2001. (não editado).

Dallabeta G, Laga M, Lamptey P (Orgs.) Controle de doenças sexualmente transmissíveis. Manual de planejamento e coordenação de programas. Prefácio de Peter Piot. Tradução de Luis ES Moraes, Marisa Conde, Sergio N Melloe, Francisco Reis

Vianna. Rio de Janeiro: Editora Te Cora/Associação Saúde da Família (AIDS Control and Prevention Project - AIDSCAP - Family Health International), 1997.

Darrow WW. Condom use and use-effectiveness in high-risk populations. Sex Transm Dis 1989 Jul-Sep; 16(3):157-60. ✓

Davis KR, Weller SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. Fam Plann Perspect 1999 Nov-Dec; 31(6):272-9. ✓

De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. N Engl J Med 1994 Aug 11;331(6):341-6. ✓

Diário Oficial da União. Decreto no 1388, de 16 de março de 1994.

_____. de 17/12/98. Convênio ICMS 116/89.

_____. de 07/01/99. Convênio ICMS 116/89.

_____. de 31/12/99. Convênio ICMS 116/89.

_____. de 30/04/2001. Convênio ICMS 116/89

_____. de 31/10/2001. Convênio ICMS 116/89.

_____. de 31/21/2001. Convênio ICMS 116/89.

_____. de 31/12/03. Convênio ICMS 116/89.

_____. Lei no 10.931. de 17 de outubro de 2001

_____. Lei no 10.449. de 9 de maio de 2002.

DKT do Brasil. Relatórios dos dados estatísticos do Programa de "Marketing Social" de preservativos no Brasil - 1992-2002. (não editado).

DKT International Statistics on condom social marketing - 1992-2001. (available at: <http://www.dktinternational.org>).

Donald M, Harvey PD. The impact of price reductions on condoms sales in Haiti. DKT Reports/Findings 1992 Suppl;(1).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. Am J Public Health 1997 Apr;87(4):558-66.

Elias CJ, Heise L. The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for women. New York: The Population Council; 1993. (Programs Division Working Papers no.6)

European Commission. External relations directorate-General. Latin America Directorate. Mercosul and Chile Unit. Brazil Desk. Federative Republic of Brazil- European Community. Country strategy Paper 2001-2006 and National Indicative Programme 2002-2006. (disponível em: <http://europa.eu.int/comm/external-relations/brazil/esp/index.htm>)

Evans BA, Kell PD, Bond RA, MacRae KD. Heterosexual relationships and condom-use in the spread of sexually transmitted diseases to women. Genitourin Med 1995 Oct; 71(5):291-4.

EXAME. Cadê o poder dos oligopólios? 9 de setembro de 1998.

Family Health International. The AIDSCAP technical Strategy. 1992. (not edited).

Fernandes MEL. Final Report of the Project Integrating HIV/AIDS Education and Prevention in low-income Communities in São Paulo city, Brazil. São Paulo: Associação Saúde da Família; June 2001 (não editado).

Fernandes MEL. Monitoring and evaluation monthly reports of the project on condom taxes exemption for the MacArthur Foundation Scholarship Program, September 2000 until December 2002. São Paulo; 2003 (not edited).

_____. A isenção dos impostos sobre os preservativos no Brasil. São Paulo: outubro 1997.(não editado).

_____. Vieira EM, D' Angelo LAV. Final Report for the AIDSCAP Program in Brazil. September 1992 to August 1997. Available at <http://www.fhi.org>.

_____. Involving the private sector in HIV/AIDS Prevention in Brazil. In: Makinwa B, O'Grady M (Ed) FHI/UNAIDS Best Practices in Prevention Collection HIV/Aids. USA: Family Health International/UNAIDS ; 2001. p.307-326)

_____. Camargo I, Abbud N, Ayres C, Cecchini G, Hugles V, Lima V, Ferreira A. HIV infection among street kids in São Paulo. Brasil: One more form of violence. In: 7th International Conference on AIDS. Florença, 1991, Florence, Italy. June . Abstract Book. Vol. 1.

Ferreros C, Fernandes MEL. Brazil Condom Social Marketing Project. Final Report for the period 1993 – May 1997. São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health Internatinal/DKT do Brasil; July 1997.(not edited).

Ferreros C, Comfort M, Fernandes MEL. Condom procurement and distribution. AIDS and STD control project. A proposal of the Brazilian Ministry of Health to the World Bank. Brasília: Ministry of Health; July 1992.

Ferreros C. Relatório para uma Nação: O desafio do *Marketing Social*. São Paulo: DKT do Brasil. 1998.

Fishbein M, Pequegnat W. Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. Sex Transm Dis 2000 Feb;27(2):101-10.

Fitch JT, Stine C, Hager WD, Mann J, Adam MB, McIlhaney J. Condom effectiveness: factors that influence risk reduction. Sex Transm Dis 2002 Dec;29(12):811-7.

Fiumara NJ. Effectiveness of condoms in preventing V.D. N Engl J Med 1971 Oct 21;285(17):972.

Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect 1999 Feb;75(1):3-17.

Folha da Tarde. Camisinha cara atrapalha combate à AIDS no Brasil. São Paulo, 28 de janeiro de 1994.

Folha de S. Paulo. ONG quer isenção de imposto para camisetas. São Paulo, 9 de outubro de 1992.

_____. Relações sexuais são 100 milhões por dia. São Paulo, 5 de maio de 1993.

_____. Atraso no orçamento prejudica compra de 18 milhões de preservativos. São Paulo, 16 de agosto de 1993.

_____. Venda de preservativo cresce 10%. São Paulo, 22 de janeiro de 1994.

_____. Camisinha cara barra luta anti-AIDS. São Paulo, 28 de janeiro de 1994.

_____. SP precisa de 177 milhões de camisinhas. São Paulo, 7 de março de 1994.. Carnaval é época de liberdade conjugal. São Paulo, 18 de fevereiro de 1996.

_____. Ceará usa linguagem local contra a AIDS. São Paulo, 22 de dezembro de 1996.

_____. Economia causará derrota tucana, diz Bresser. Caderno Especial Eleições. São Paulo, 23 de outubro de 2002.

Folha de S. Paulo. Governo faz proposta para baratear remédio. Caderno Cotidiano. São Paulo, 17 de julho de 2003.

_____. HIV resiste em 10% dos europeus infectados. Caderno Ciência. São Paulo, 17 de julho de 2003.

Fortenberry JD, Brizendine EJ, Katz BP, Wools KK, Blythe MJ, Orr DP. Subsequent sexually transmitted infections among adolescent women with genital infection due to Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, or Trichomonas vaginalis. Sex Transm Dis 1999 Jan; 26(1):26-32.

Fox & Associados Ltda. Feasibility study for the Marketing of condoms in Brazil by Bemfam. Rio de Janeiro, 16 July, 1993. (not edited).

_____. Summary report. Condom retailer research. Metropolitan Rio de Janeiro. July, 1993. (not edited).

Free MJ, Srisamang V, Vail J, Mercer D, Kotz R, Marlowe DE. Latex rubber condoms: predicting and extending shelf life. Contraception 1996 Apr;53(4):221-9.

Frezieres RG, Walsh TL, Nelson AL, Clark VA, Coulson AH. Breakage and acceptability of a polyurethane condom: a randomized, controlled study. Fam Plann Perspect 1998 Mar-Apr;30(2):73-8.

_____. Evaluation of the efficacy of a polyurethane condom: results from a randomized, controlled clinical trial. Fam Plann Perspect 1999 Mar-Apr;31(2):81-7.

Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. Fam Plann Perspect 1999 Mar-Apr;31(2):56-63.

Fundo de População das Nações Unidas. Necessidades contraceptivas e de gerenciamento logístico no Brasil. Relatório Técnico no 21. New York: FNUAP.

Furstenberg FF Jr, Geitz LM, Teitler JO, Weiss CC. Does condom availability make a difference? An evaluation of Philadelphia's health resource centers. *Fam Plann Perspect* 1997 May-Jun;29(3):123-7.

Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002 Dec 7;360(9348):1862-5.

Grady WR, Tanfer K. Condom breakage and slippage among men in the United States. *Fam Plann Perspect* 1994 May-Jun;26(3):107-12.

Goldberg ME, Fishbein M, Middlestadt SE. (Ed.) *Social Marketing. Theoretical and Practical Perspectives*. Mahwah (NJ): Laurence Erlbaum Associates Publishers;1997.

Government of Pakistan, Population and Welfare Division, Summarized in Internal USAID correspondence. September 23, 1990.

Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, Li X, vanCott T, Quinn TC. Rakai Project Team. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001 Apr 14;357(9263):1149-53.

Guimarães MD, Munoz A, Boschi-Pinto C, Castilho EA. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *Am J Epidemiol* 1995 Sep 1;142(5):538-47.

Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DC. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1994 Jul 23;344(8917):243-5.

Harvey PD. Social marketing of condoms. (available at <http://www.dktinternational.org/article>).

_____. Let every child be wanted. How social marketing is revolutionizing contraceptive use around the world. Westport, Connecticut: Auburn House; 1999.

Harvey PD. The impact of condom prices on sales in social marketing programs. *Stud Fam Plann* 1994 Jan-Feb;25(1):52-8.

_____. Advertising affordable contraceptives: The social marketing experience. In: Goldberg ME, Fisbein M, Middlestadt SE (Ed). *Social marketing. Theoretical and practical perspectives*. Mahwah, NJ, Laurence Erlbaum Associates Publishers; 1997. p.147-169.

Hausser D, Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents? *Pediatrics* 1994 Apr;93(4):580-5.

IBGE. *Brasil em números*. Rio de Janeiro, 2002;10:1-377.

IBGE. *Tabulação especial de microdados da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios - 1992-2002*.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. *Relatório de Avaliação de preservativos masculinos*. 23 de outubro de 1996. (não editado).

Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. *Dados estatísticos séries históricas. 1992-2002*. (disponível <http://www.ipea.gov.br>).

Isto é. 40% dos brasileiros adultos jamais compraram este produto. 19 de janeiro de 1994. nº 1268.

Joffe A. Adolescents and condom use. *Am J Dis Child* 1993 Jul;147(7):746-54. Review.

Jones EF and Forrest JD. Contraceptive Failure in the United States: Revised Estimates from the 1982 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1989; 21(3):103-109.

_____. Contraceptive Failure Rates Based on the 1988 NSFG. *Fam Plann Perspect* 1992; 24(1):12-19.

John Hopkins Communication Program. Paying for Family Planning. Population Reports Series 1991 Nov;(39).

John Hopkins University. Condoms. Now more than ever. Population Reports series H 1990 Sep;(8).

Jornal do Brasil. Preservativo caro impede combate a AIDS. 28 de Janeiro de 1994.

Judson FN et al. In Vitro Evaluations of Condoms with and Without Nonoxynol 9 As Physical and Chemical Barriers Against Chlamydia Trachomatis, Herpes Simplex Virus Type 2, and Human Immunodeficiency Virus. Sex Transm Dis 1989; 16(2):51-55.

Kamenga M, Ryder RW, Jingu M, Mbuyi N, Mbu L, Behets F, Brown C, Heyward WL. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling center in Zaire. AIDS 1991 Jan;5(1):61-7

Laga M, Alary M, Nizila N, Manoka A. T, Tuliza M, Behets F, Goeman J, St.Louis M, Piot P. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. Lancet 1994; 344:246-48.

Lamprey P. Prevention of the sexual transmission of HIV: A comprehensive Approach. Presented at the third USAID HIV/AIDS Prevention Conference 7-9, 1995. (not edited)

Lawson ML, Maculuso M, Bloom A, Hortin G, Hamammomd KR, Blackwell R. Objective markers of condom failure. Sex Transm Dis 1998 Sept; 25(8):427-432.

Le Monde. SIDA: lucurd'espoir à Kinshasa. Mercredi 24 october 1990.

Lewis MA. Do contraceptive prices affect demand? Stud Fam Plann 1986 May-Jun;17(3):126-35.

Lurie, Peter, Fernandes MEL, Hugles V, Arevalo, EI, Hudes ES, Reingold, A, Hearts, N, Group, Instituto Adolfo Lutz. Socioeconomic status and risk of HIV1, syphilis and

hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. AIDS. 1995 Jun; 9 Suppl 1: S31-7.

Lytle CD, Duff IE, Fleharty B, Bidingre RL, Cyr WH, Routson LB. A sensitive method for evaluating condoms as virus barriers. J AOAC Int 1997; Mar-Apr; 80(2):319-324.

_____. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. Sex Transm Dis 1997 March; 24(3):161-164.

_____. Lack of Latex Porosity: A Review of Virus Barrier Tests. J Rubb Res 1999; 2 (1):29-39.

Macaluso M, Kelaghan J, Artz L, Austin H, Fleenor M, Hook EW 3rd, Valappil T. Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk. Sex Transm Dis 1999 Sep;26(8):450-8.

Macaluso M, Lawson L, Akers R, Valappil T, Hammond K, Blackwell R, Hortin G. Prostate-specific antigen in vaginal fluid as a biologic marker of condom failure. Contraception 1999 Mar;59(3):195-201.

Merson MH. Overview of HIV/AIDS pandemic: response and most urgent needs. Washington, congressional forum on the HIV/AIDS pandemic. June, 23, 1992. (not edited).

Messiah A, Dart T, Spencer BE, Warszawski J. Condom breakage and slippage during heterosexual intercourse: a French national survey. French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). Am J Public Health 1997 Mar;87(3):421-4.

Ministério da Fazenda. Relatórios da isenção do ICMS do CONFAZ/COTEPE, setembro 1992 – dezembro 2002. (disponível no site <http://www.fazenda.gov.br>)

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Relatório de implementação e avaliação, 1998 a 2002. Acordo de empréstimo BIRD 4392/BR- projeto AIDS II. Brasília, agosto 2002.

Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil. 2001

_____. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Pesquisa sobre a distribuição de preservativos. 2001. (não editado).

_____. Programa Nacional de DST/AIDS Legislação DST e AIDS no Brasil; colaboração Miriam Ventura da Silva. Edição ver e ampl.- Brasília: Ministério da Saúde, 2000.3v.

_____. Medidas fiscais e legais para expandir o Mercado de preservativos no Brasil. Dezembro de 1992. Brasília. (não editado).

_____. Implementação e avaliação 1988 a 2002 do acordo de empréstimo BIRD 4392/BR – Projeto de AIDS. 2002.

_____. PN DST/AIDS. A experiência brasileira em AIDS. 2002. (disponível no site <http://www.aids.gov.br>)

_____. Boletim Epidemiologia AIDS. Ano XIII nº1. Brasília. Dezembro 1999 a junho 2000.

_____. Boletim Epidemiologia AIDS. Ano XIV nº1. Brasília. Janeiro-março 2001.

_____. Boletim Epidemiologia AIDS. Ano XVI nº1. Brasília. Abril-dezembro 2002.

_____. O perfil da AIDS no Brasil e metas de governo para o controle da epidemia, 2002.

Ministry of Health, National AIDS control Program. Brazilian policy on AIDS. Main results and progress. 1994-2002.(disponível no site <http://www.aids.gov.br>)

Mishell DR Jr. Contraception. N Engl J Med. 1989 Mar 23;320(12):777-87. ✓

Morris BA. How safe are safes? Efficacy and effectiveness of condoms in preventing STDs. *Can Fam Physician* 1993 Apr;39:819-22, 827.

Myers T, Clement C. Condom use and attitudes among heterosexual college students. *Can J Public Health* 1994 Jan-Feb;85(1):51-5.

Novello AC, Peterson HB, Arrowsmith-Lowe JT, Kelaghan J, Perlman JA. From the Surgeon General, US Public Health Service. *JAMA* 1993 Jun 9;269(22):2840.

Oakley D, Bogue EL. Quality of condom use as reported by female clients of a family planning clinic. *Am J Public Health* 1995 Nov;85(11):1526-30.

O'Brien TR, Busch MP, Donegan E, Ward JW, Wong L, Samson SM, Perkins HA, Altman R, Stoneburner RL, Holmberg SD. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 from transfusion recipients to their sex partners. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994 Jul;7(7):705-10.

O Globo. Justa isenção. Quarta-feira, 8 de outubro de 1997.

O Estado de S. Paulo. Confaz vai decidir se retira ICMS dos preservativos. Segunda-feira, 28 de março de 1994.

_____. Coordenador diz que hipocrisia é barreira. 22 de fevereiro de 1998.

Orr DP, Langefeld CD. Factors associated with condom use by sexually active male adolescents at risk for sexually transmitted disease. *Pediatrics* 1993 May;91(5):873-9.

Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA. Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *J Pediatr* 1996 Feb;128(2):288-95.

Pemberton J, McCann JS, Mahony JD, MacKenzie G, Dougan H, Hay I. Socio-medical characteristics of patients attending a V.D. clinic and the circumstances of infection. *Br J Vener Dis* 1972 Oct;48(5):391-6.

Pequegnat W, Fishbein M, Celentano D, Ehrhardt A, Garnett G, Holtgrave D, Jaccard J, Schachter J, Zenilman J. NIMH/APPC workgroup on behavioral and biological outcomes in HIV/STD prevention studies: a position statement. *Sex Transm Dis* 2000 Mar;27(3):127-32.

Peterman TA, Stoneburner RL, Allen JR, Jaffe HW, Curran JW. Risk of human immunodeficiency virus transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. *JAMA*. 1988 Jan 1;259(1):55-8. Erratum in: *JAMA* 1989 Jul 28;262(4):502.

Piccinino LJ, Mosher WD. Trends in contraceptive use in the United States: 1982-1995. *Fam Plann Perspect* 1998 Jan-Feb;30(1):4-10, 46.

Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Soc Sci Med* 1997 May;44(9):1303-12.

Playboy, Matéria especial sobre o comportamento sexual do brasileiro e a AIDS. Janeiro 1994.

Population Council, The case for microbicides. A global priority. Second Edition 2001.

Population Services International. Annual Report 1991/1992. (available at <http://www.psi.org>)

_____. The simple success secret in worldwide family planning: social marketing. (available at <http://www.psi.org>)

Prins M, Hooykaas C, Coutinho RA, van Doornum GJ, van den Hoek AJ. Incidence and risk factors for acquisition of sexually transmitted diseases in heterosexuals with multiple partners. *Sex Transm Dis* 1994 Sep-Oct;21(5):258-67.

Rietmeijer CA, Krebs JW, Feorino PM, Judson FN. Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus. *JAMA* 1988 Mar 25; 259(12): 1851-3.

Revista Cláudia. Preservativo caro demais. Abril 1996

Roddy RE, Cordero M, Ryan KA, Figueroa J. A randomized controlled trial comparing nonoxynol-9 lubricated condoms with silicone lubricated condoms for prophylaxis. *Sex Transm Infect* 1998 Apr;74(2):116-9.

Roper WL, Peterson HB, Curran JW. Commentary: condoms and HIV/STD prevention--clarifying the message. *Am J Public Health*. 1993 Apr;83(4):501-3.

Rosenberg MJ, Davidson AJ, Chen JH, Judson FN, Douglas JM. Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: a comparison of female-dependent methods and condoms. *Am J Public Health* 1992 May;82(5):669-74.

Roumeliotou A, Papoutsakis G, Kallinikos G, Papaevangelou G. Effectiveness of condom use in preventing HIV infection in prostitutes. *Lancet* 1988 Nov 26;2(8622):1249.

Ruiz MS, Gable AR, Kaplan EH, Stoto MA, Fineberg H, Trussell J (editors). *No Time to Lose: Getting More from HIV Prevention*. Washington DC: National Academy Press, 2000.

Saracco A, Musicco M, Nicolosi A, Angarano G, Arici C, Gavazzeni G, Costigliola P, Gafa S, Gervasoni C, Luzzati R, et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993 May;6(5):497-502.

Schirm AL, Trussell J, Menken J, Grady WR. Contraceptive failure in the United States: the impact of social, economic and demographic factors. *Fam Plann Perspect* 1982 Mar-Apr;14(2):68-75.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/AIDS e Departamento de Medicina preventiva da Universidade São Paulo. Avaliação do programa de distribuição de preservativos nos serviços públicos de saúde do Estado de São Paulo. May 2001. (não editado).

Siddiqui NS, Brown LS Jr, Phillips RY, Vargas O, Makuch RW. No seroconversions among steady sex partners of methadone-maintained HIV-1-seropositive injecting drug

users in New York City. AIDS 1992 Dec;6(12):1529-33. Erratum in: AIDS 1993 Mar;7(3):following 444.

Sonenstein FL, Ku L, Lindberg LD, Turner CF, PLack JH. Changes in sexual behavior and condom use among teenaged males: 1988-1995. Am J Public Health 1998 Jun; 88 (6): 956-9.

Soskolne V, Aral SO, Magder LS, Reed DS, Bowen GS. Condom use with regular and casual partners among women attending family planning clinics. Fam Plann Perspect 1991 Sept-Oct; 23(5): 222-225.

Stephen R. A letter to the President and a Memorandum on US. Policy towards Brazil. New York, February, 2001.

Szwarcwald CL, Andrade CL, Castilho EA. [Estimated number of orphans due to maternal AIDS in Brazil, 1987-99] Cad Saude Publica. 2000;16(## Suppl 1):129-34. Portuguese.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Fonseca MGP, Tavares de Andrade CL. A disseminação da epidemia de Aids no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise espacial. Em: Chequer P (coordenação). Sobre a epidemia da Aids no Brasil: Distintas abordagens. Brasília: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999. págs. 55-71.

Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa Jr A, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, Carvalho RFM, Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000; 16(Suplemento 1):113-28.

Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 2000. Brasília: CN-DST/Aids, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_hm/artigo1.htm; acesso em 05/05/2002.

Tanaka M, Nakayama H, Sakumoto M, Matsumoto T, Akazawa K, Kumazawa J. Trends in sexually transmitted diseases and condom use patterns among commercial sex workers in Fukuoka City, Japan 1990-93. *Genitourin Med* 1996 Oct;72(5):358-61.

The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Disease. Eng TR and Butler WT (Eds). Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. Institute of Medicine". Washington, DC. National Academy Press, 1997.

The New York Times. Haitians get message: condoms are a fact of life. New York. Thursday, July 15, 1993.

_____. With social marketing, condoms combat AIDS. New York, Tuesday, September 18, 1990.

Trussell J, Warner DL, Hatcher RA. Condom performance during vaginal intercourse: comparison of Trojan-Enz and Tactylon condoms. *Contraception* 1992 Jan;45(1):11-9.

_____. Condom slippage and breakage rates. *Fam Plann Perspect* 1992 Jan-Feb;24(1):20-3.

Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Stewart FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. *Stud Fam Plann* 1990 Jan-Feb;21(1):51-4.

Trussell J, Contraceptive Efficacy. In: Hatcher RA et al. (Eds.) *Contraceptive Technology*, 1998. Chapter 31:779-844, 17th Revised Ed., Ardent Media, New York, NY.

Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J, Laguardia KD, Stewart F, Wilson TG, Wysocki S et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995 Apr;85(4):494-503.

UNAIDS. Global Directory of Condom Social Marketing Projects and Organizations. January 2001.

_____. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. 2000. Geneva: UNAIDS;

June 2000.

UNAIDS. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. 2002. Geneva: UNAIDS; June 2002.

_____. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Brazil. 2002 Update. (available at <http://www.unaids.org>).

United Nations Development Fund. Human Development Report, 2003.

US Agency for International Development, unpublished memos, September 23, 1990 and September 13, 1991.

USAID. Undated memo, 1997. Couple year protection. 1997

Van Der Does K, Kanera N, Mivumbi N. Social Marketing of Condoms and Spermicides in Kinshasa, Zaire. Population Services International. Poster T.E.P. 60. V International Conference on AIDS. 4-9 de Junho 1989, Montreal. Quebec, Canadá.

Van der Ende ME, Rothbarth P, Stibbe J. Heterosexual transmission of HIV by haemophiliacs. BMJ 1988 Oct 29; 297(6656):1102-1103.

Vieira EM, Fernandes MEL, Díaz J; Kalckmann S, Pluciennick AMA. Anticoncepção em tempos de AIDS. In: Galvão L, Díaz J (orgs): Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Dilemas e Desafios. São Paulo: Editora Hucitec/ Population Council; 1999.

Voeller B, Nelson J, Day C. Viral leakage risk difference in latex. AIDS Res Hum Retroviruses 1994 Jun; 10(6) : 701-10.

Waldvogel B, Monitoramento das mortes pós-AIDS: uma vigilância necessária. Conjuntura Demográfica, 27-28:13-9. São Paulo: Fundação Seade, 1994.

~~Warner~~ ^{Warner} L, Clay-Warner J, Boles J, Williamson J. Assessing condom use practices. Implications for evaluating method and user effectiveness. Sex Trans Dis. 1998 July 25; 25(6):273-277.

Weiss S, Trott M; Ostifield M; Fontes M; Pimenta MC; Fernandes MEL. AIDSCAP Brazil strategic planning. January 1992.

Weller SC, A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. Soc Sci Med 1993; 36:1635-1644.

Wen LM, Estcourt CS, Simpson JM, Mindel A. Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective? Sex Transm Infect 1999 Oct; 75:312-316.

WHO. Evaluation of a National AIDS Programme: a methods package. 1. Prevention of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 1994. WHO/GPA/TCO/SEF/94.1

Workshop. Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention. July 20, 2001. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Department of Health and Human Services. Available at <http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>

World Bank. Staff Appraisal Report N° 11734-BR. AIDS and STI Control Project. October 8, 1993.

_____. Staff Appraisal Report. Health Sector Reform Projects. Reforsus. Report N° 15522-BR. May 21, 1996.

Youssef H, The History of the Condom. J R Soc Med. 1993; 86:226-228.

Zelin JM, Robinson AJ, Ridgway GL, Allason- Jones E, Williams T. Chlamydial urethritis in heterosexual men attending a genitourinary medicine clinic: prevalence, symptoms, condom usage, and partner change. Int J STD AIDS. 1995 Jan-Feb; 6(1):27-30.

Zenilman JM, Weisman CS, Rompalo AM, Elish n, Upchurch DM, Hook EW 3rd, Celetano D. Condom use to prevent incidence STD's: the validity of self-reported condom use. Sex Transm Dis. 1995 Jan-Feb; 22(1):15-21.

Sites Consultados

<http://www.aids.gov.br>

<http://www.bancocentral.gov.br>

<http://www.dkt.com.br/>

<http://www.dktinternational.org>

<http://www.fhi.org>

<http://www.ipea.gov.br>

<http://www.injbrasil.com.br>

<http://www.psi.org>

<http://www.promundo.org.br>

<http://www.usaid.gov>

<http://www.worldbank.org>

ANEXOS / ENCARTES

Os ANEXOS 1, 2, 3, 4, 5 COMPARECEM NESTA

TESE COMO ENCARTES cujo conteúdo
documental tem caráter
demonstrativo

da abrangência da pesquisa e
das ações de políticas públicas e caráter
facilitador do acesso
aos documentos aqui citados.