

# Conhecimento e Promoção do Uso do Preservativo Feminino por Profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine

Knowledge and Fostering of the Female Condom by Professionals of the STD/HIV Reference Units of Fortaleza-CE: the female condom needs to get out of the shop windows

## **Nancy da Silva Oliveira**

Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin.

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544, Vila União, CEP 60410-790, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: nannassol@gmail.com

## **Escolástica Rejane Ferreira Moura**

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. Filomeno Gomes, 80, apto 401, Jacarecanga, CEP 60010-280, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

## **Tatiane Gomes Guedes**

Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde

Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Anti-Drogas (CA-PES-AD) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

Endereço: Rua Ciro Monteiro, 264, apto 403, Cambéba, CEP 60833-432, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: tatigguedes@yahoo.com.br

## **Paulo César de Almeida**

Estatístico, Doutor em Saúde Pública, Docente da do Centro de Ciências da Saúde / Universidade Estadual do Ceará.

Endereço: Av. Paranjana, 1700, Itaperí, CEP 60740-000, Fortaleza, CE, Brasil

E-mail: pc49almeida@gmail.com

## **Resumo**

Estudo descritivo-exploratório realizado nas 10 instituições públicas de referência para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis do município de Fortaleza-CE. Objetivou-se identificar o conhecimento de médicos e enfermeiros com relação ao preservativo feminino; verificar a dinâmica de promoção do método adotada por esses profissionais e averiguar a associação entre conhecer a colocação do preservativo feminino com as variáveis profissão e sexo. Participaram do estudo 26 dos 57 profissionais, ficando a amostra composta de 11 médicos e 15 enfermeiros, que se fizeram presentes nas unidades no período da coleta de dados e que aceitaram participar livremente do estudo. Os dados foram coletados por meio de questionário, de janeiro a março de 2006. Foram organizados em tabelas contendo apenas os valores absolutos, haja vista ser pequeno o tamanho da amostra. Os testes de *Fisher* e de *Fisher-Reeman-Halton* foram realizados para verificar a existência de associação entre variáveis. Os profissionais, indiferentemente à categoria, apresentaram déficit de conhecimento com relação às características básicas de método e modo de colocação (valores de *p* de Fisher maiores que 10%). Todavia, houve associação entre conhecer os passos de colocação do preservativo feminino e sexo feminino ( $p = 0,034$ ). A promoção do método é pouco realizada por

esses profissionais pelas seguintes razões: preço elevado do insumo, a unidade não oferece o método, a mulher desconhece o método ou não vai aderir a ele, e o maior acesso ao uso do preservativo masculino, razões que merecem ser banidas do discurso profissional.

**Palavras-chave:** Preservativos femininos; Conhecimento técnico; Desempenho profissional.

## Abstract

This exploratory-descriptive study took place in the 10 public reference institutions for treating sexually transmitted diseases in the city of Fortaleza, state of Ceará. The goal was to identify the doctors' and nurses' knowledge related to the female condom; to investigate the way these professionals foster its use; and also to investigate the association between knowing how to use the female condom and the variables profession and sex. Twenty-six of the 57 professionals took part in the project. The sample is made up of 11 doctors and 15 nurses who were present in the institutions during the period of data collection and who freely accepted to take part in this study. The data were collected through a questionnaire from January to March 2006. They were organized in tables that contain only the absolute figures, as the sample is small. Fisher and Fisher-Reeman-Halton tests were carried out in order to investigate the existence of association between variables. The professionals, independently of the category, presented little knowledge related to the basic characteristics of the method and how to fit it (Fisher's *p* values above 10%). However, there was an association between knowing the steps to fit the female condom and feminine sex ( $p = 0.034$ ). Those professionals hardly foster the implementation of this condom. They attributed this fact to the high price, to the fact that the unit does not offer it, to the belief that women do not know about it or will not use it, and to the fact that the male condom is much more used and easier to get. Those reasons should be banned from the professionals' discourse.

**Keywords:** Female Condoms; Technical Knowledge; Professional Performance.

## Introdução

De 1980 até junho de 2006, o Brasil acumula 433.067 casos de AIDS, sendo o país mais habitado e o que possui maior índice de pessoas com HIV na América Latina, correspondendo a aproximadamente 1,8 milhões de pessoas infectadas. Nesse cenário, um aspecto preocupante é a feminização da doença, cuja incidência aumentou de 9,3, em 1996, para 14,2, em 2005, salientando que nas mulheres com mais de 30 anos houve aumento em todas as faixas etárias, desde 1990 (Brasil, 2006a).

O uso de preservativo masculino e feminino (PF) são meios eficazes de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do HIV. O preservativo masculino é utilizado por aproximadamente 45 milhões de casais em idade reprodutiva, em todo o mundo, como método de prevenção de DST/HIV e de proteção anticoncepcional adicional (World Health Organization - Who, 1990). Todavia, uma limitação do método para as mulheres está na dependência do uso pelo parceiro, afetando seu direito de livre escolha, quando ele não aceita utilizá-lo. Nesse contexto, cresce a necessidade de disponibilização do preservativo feminino (PF) na rede pública de saúde, como forma de ampliar as possibilidades de proteção da população feminina e diminuir a desigualdade de gênero, uma vez que permite também à mulher praticar o sexo seguro.

Para responder a essa demanda, o Ministério da Saúde passou a fornecer, a partir do ano 2000, em programas de prevenção, o preservativo feminino. Porém, a meta inicial foi atender mulheres mais vulneráveis à pressão de parceiros, à desigualdade social e de gênero e à violência sexual e doméstica, compreendendo as profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis ou parceiras soropositivas de usuários, ou parceiras de soropositivos, e mulheres com DST (Brasil, 2006b). Para se ter uma idéia da necessidade do preservativo feminino, em Fortaleza, levantamos pelos menos dois dos grupos prioritários, mulheres soropositivas e profissionais do sexo. Desde 1983 foram notificados 4.605 casos de HIV/AIDS no município, sendo que, na população acima de 13 anos, foram notificados no período 4.516 casos, com 3.360 (75%) entre homens e 1.156 (25%) entre mulheres, salientando-se que, desde 1997, o percentual de casos em mulheres vem au-

mentando 10% a cada ano (Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2006). Segundo a Associação das Prostitutas do Ceará (Aproce), dados de 2006 indicavam 3.500 mulheres associadas, quando o número real é bem superior.

Até o final de 2006 permaneceu a negação desse direito a milhares de mulheres, a quem, inegavelmente, o risco é maior, bem como às que não possuem o referido perfil. Esse aspecto foi constatado em visitas efetuadas às unidades de saúde participantes deste estudo, mesmo sendo de referência para DST/HIV. Nesse sentido, o Ministério da Saúde mantém o discurso de “fortalecer a idéia de co-responsabilidade das mulheres no suprimento deste insumo” (Brasil, 2005, p. 20), desfecho que contraria a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos assegurados na Constituição Federal.

O *Reality* foi o primeiro preservativo feminino disponível no Brasil. É fabricado pela *Female Health Company* (FHC) e consiste em um dispositivo transparente, macio, resistente, que tem como matéria-prima o poliuretano. Mede 17 cm de comprimento, 7,8 cm de diâmetro de 0,42 mm a 0,53 mm de espessura. Possui dois anéis flexíveis de borracha, um menor, móvel, que ocupa a porção interna do preservativo, encaixando-se no colo uterino e o outro maior, fixo, que compõe a borda externa do PF, protegendo a vulva durante o uso. Vem pré-lubrificado com fluido neutro, siliconado, não espermicida, conhecido como “dimethicone”, facilitando tanto a sua colocação quanto a penetração do pênis durante o ato. Foi aprovado em 1993 pela *Food and Drug Administration* (FDA), órgão que controla os alimentos e medicamentos nos Estados Unidos. (Magalhães e col., 2003).

Segundo a Agência de Notícias AIDS, a DKT do Brasil lançou, recentemente, o preservativo feminino *L'amourá*, o primeiro preservativo feminino de látex do Brasil. As principais vantagens desse PF, apontadas por um estudo realizado pelo Conselho de Saúde da Família da Califórnia (CFHC), com casais na cidade de Los Angeles, foram a facilidade na colocação e na retirada; o conforto, pois não compromete a sensibilidade, não possui cheiro forte, e não faz barulho durante a relação; as instruções que acompanham o produto são claras e de fácil entendimento e o preço é acessível, a embalagem com duas unidades custa em média 40% menos do que os preservativos femininos de

poliuretano atualmente no mercado (Agência de Informação Frei Tito para a América Latina - Adital, 2006).

Uma terceira modalidade de preservativo feminino está sendo desenvolvida pelo *California Preservation Program* (CPP). É o *Janeswayá*, ainda indisponível no Brasil, que consiste numa calcinha de algodão contendo uma bolsa de látex na área genital. A calcinha cobre inteiramente toda a área genital feminina externa impedindo o contato com o pênis e com os fluidos corporais (Center Communication Program - CCP, 2005).

Não existem condições clínicas que restrinjam o uso do PF, porém é mais aceito por mulheres que conheçam seu corpo e tenham domínio sobre a forma correta de usá-la. Para isso, é importante a orientação correta dos profissionais de saúde, pois as principais barreiras ao uso do PF são as dificuldades de manuseio do método, desconforto e barulho durante a relação sexual (Brasil, 1999). A dificuldade de manuseio é explicada pela pequena ou nenhuma experiência das brasileiras com método de barreira intravaginal, sendo fundamental a oferta de ações educativas na promoção do método (Buchala e col., 1998; Brasil, 1999). Essa realidade é corroborada por diversos autores os quais afirmaram que uma das principais dificuldades da população feminina para utilizar método de barreira é a falta de intimidade com seu próprio corpo, provavelmente por questões culturais e de gênero (Magalhães e col., 2003; Moreira e Araújo, 2004; Santos e col., 2005).

Pesquisa realizada, no Brasil, com 2.453 mulheres sobre a aceitabilidade do preservativo feminino demonstrou elevadas taxas de adesão, de continuidade de uso e de aceitabilidade do método. Após terem participado de grupo para receber informações sobre o *Reality*, 97,1% das participantes manifestaram desejo de experimentar; após 90 dias, 70,1% continuavam usando o método; e 63,3% afirmaram preferir o preservativo feminino ao masculino. A mesma pesquisa identificou, ainda, que 56,2% dos parceiros referiram algumas vantagens desse método, como não apertar o pênis, ser confortável e não ter preocupação com a colocação, e como aspecto negativo afirmaram a interferência na estética: é feio e/ou estranho. (Brasil, 1999).

Levando-se, pois, em consideração a necessidade de fortalecer as mulheres para que tenham condições de exercer o auto-cuidado voltado para a saúde sexual

e reprodutiva e tomarem o preservativo feminino como medida a ser adotada, é necessário oferecer acesso a informação adequada, pautada na discussão e na formação de um pensamento crítico sobre valores sociais, culturais e de gênero. Para isso, profissionais da saúde precisam estar preparados para desenvolver essas atividades, de maneira a estabelecer vínculo e ganhar a confiança das mulheres para que possam ganhar autonomia e defender o direito de acesso ao PF, refletindo sobre sua exposição aos riscos e sua independência da decisão masculina.

De acordo com o exposto, foram levantados os seguintes questionamentos: médicos e enfermeiros que atuam em serviços de referência para o atendimento das DST têm conhecimentos sobre o preservativo feminino? Promovem o método à clientela? Quais meios eles adotam para informar sobre o método? Há associação entre conhecer a colocação do preservativo feminino e categoria profissional ou sexo? Com o propósito de responder a essas questões realizou-se este estudo, visando identificar o conhecimento de médicos e enfermeiros que atuam em unidades de referência para o atendimento em DST, com relação ao preservativo feminino; verificar a dinâmica de promoção do preservativo feminino adotada por esses profissionais; e averiguar a associação entre conhecer a colocação do preservativo feminino com as variáveis categoria profissional e sexo.

## Materiais e Método

Este estudo, descritivo-exploratório, foi realizado nas 10 instituições públicas de referência para atendimento de DST no município de Fortaleza-CE, no período de janeiro a março de 2006. Participaram dele 57 profissionais (enfermeiros e médicos) que atendem na área de DST, pois na dinâmica desses serviços eles eram os que poderiam orientar e informar a clientela por meio de atividades individuais e/ou grupais. A amostra foi constituída por 26 dos profissionais, sendo 11 médicos e 15 enfermeiros, correspondendo àqueles que estavam na unidade no período do estudo e que aceitaram livremente participar.

Os dados foram coletados pela aplicação de um questionário estruturado, preenchido pelos próprios

profissionais, solicitando dados pessoais (idade, sexo, tempo de formação e tempo de atuação em DST); auto-avaliação quanto a conhecer ou não o preservativo feminino e a fonte de obtenção desse conhecimento; teste de conhecimento sobre características e passos de colocação do preservativo; promoção ou não do método e os seus motivos. Os dados foram organizados em tabelas contendo apenas os valores absolutos, pois trata-se de uma amostra pequena. Os testes de *Fisher* e de *Fisher-Reeman-Halton* foram realizados para verificar a existência de associação entre variáveis.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (Comepe) da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e dos seus direitos como participantes, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao concordarem em participar voluntariamente do estudo. Os gerentes das unidades de referência para DST foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, que transcorreu com a anuência do Secretário de Saúde do Município.

## Resultados

A idade dos participantes variou entre 25 e 57 anos, predominando a faixa etária de 25-35 anos entre os médicos e 36-46 anos entre as enfermeiras. Na categoria médica, seis eram do sexo feminino e na categoria de enfermeiro a totalidade, do sexo feminino. O tempo de formação para ambas as categorias variou entre um e 30 anos e o tempo de atuação na área de DST/HIV variou de um a 27 anos, predominando 10-18 anos para os médicos e 1-9 anos para as enfermeiras.

Observa-se na Tabela 1 que oito dentre os 11 médicos se auto-avaliaram com bom conhecimento sobre o preservativo feminino, enquanto seis das 15 enfermeiras assim o fizeram. Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,130$ ). Também não se encontrou associação estatística entre o meio de obtenção do conhecimento sobre preservativo feminino e os profissionais ( $p = 0,449$ ). Ambos obtiveram-no tanto por leitura (iniciativa própria) quanto em eventos científicos.

**Tabela 1 - Distribuição do número de profissionais segundo auto-avaliação de conhecimento sobre o preservativo feminino e fontes de obtenção desse conhecimento. Unidades de referência para DST, Fortaleza-CE, jan./mar. 2006**

Variáveis	Médicos (n = 11)	Enfermeiros (n = 15)	p de Fisher
<b>Auto-avaliação do conhecimento</b>			
Regular	3	9	0,130
Bom	8	6	
<b>Meios de obtenção</b>			
Leitura por iniciativa própria	8	6	0,449
Eventos científicos	5	9	

**Tabela 2 - Distribuição do número de profissionais segundo conhecimento sobre as características do preservativo feminino. Unidades de referência para DST, Fortaleza-CE, jan. /mar. 2006**

Características do preservativo feminino	Médicos (n = 11)		Enfermeiros (n = 15)		p de Fisher
	Sim	Não	Sim	Não	
A matéria-prima é o poliuretano	—	11	4	11	0,113
É mais resistente do que o preservativo masculino	4	7	6	9	1,000
Oferece maior proteção contra as DST, se comparado ao preservativo masculino	3	8	4	11	0,113
É anti-alérgico	6	5	3	12	0,103
É desaconselhado o uso concomitante ao preservativo masculino	9	2	14	1	0,556
Pode ser usado com lubrificante aquoso e oleoso	4	7	1	14	0,128
É de uso único e descartável	11	—	15	—	—

Não houve associação estatística significativa entre o conhecimento das características do preservativo feminino e a categoria profissional, haja vista que todos os valores de p de Fisher foram maiores que 10%. Assim, fez-se uma análise integral, reunindo os 26 (100%) sujeitos. Apenas na característica “É de uso único e descartável” 100% dos profissionais tiveram conhecimento satisfatório, seguido da “é desaconselhado o

uso concomitante ao preservativo masculino” (88,5%). As demais características foram de conhecimento adequado por menos de 40% dos profissionais: “é mais resistente do que o preservativo masculino” (38,5%); “é anti-alérgico” (34,6%); “oferece maior proteção contra as DST, se comparado ao preservativo masculino” (26,9%); “a matéria-prima é o poliuretano” (15,4%); “pode ser usado com lubrificante aquoso e oleoso” (19,2%).

**Tabela 3 - Associação entre conhecer os passos de colocação do preservativo feminino e as variáveis profissão e sexo. Unidades de referência para DST, Fortaleza-CE, jan./mar. 2006**

Variáveis	Conhecimento adequado dos passos de colocação		p de Fisher
	Sim	Não	
<b>Profissão (n = 26)</b>			
Enfermeiros	14	1	0,128
Médicos	7	4	
<b>Sexo (n = 26)</b>			
Masculino	2	3	0,034
Feminino	19	2	

O conhecimento dos profissionais sobre os passos de colocação do preservativo feminino foi verificado em um exercício no qual eles profissionais numeraram no questionário de coleta de dados a seqüência correta das etapas de colocação.

Apesar de um expressivo número de enfermeiras ter demonstrado conhecimento adequado, não houve associação estatisticamente significativa entre categoria profissional e ter esse conhecimento ( $p = 0,128$ ). Entretanto, ser do sexo feminino apresentou associação estatisticamente significativa no domínio da colocação do preservativo feminino ( $p = 0,034$ ).

De maneira similar, médicos e enfermeiras passam informação sobre o PF ( $p = 0,407$ ), indicam-no ( $p = 1,000$ ) e utilizam meios para isso ( $p = 1,000$ ), ou seja, não foi encontrada associação estatística entre categoria profissional e essas variáveis. Dos 26 profissionais, sete nunca informaram sobre o PF e 24 não indicavam o método, o que representam uma negação dos direitos sexuais e reprodutivos, garantidos constitucionalmente.

Por razões semelhantes, médicos e enfermeiras deixam de indicar o preservativo feminino, não sendo identificada associação entre categoria profissional e as razões para não indicá-lo ( $p = 0,821$ ).

**Tabela 4 - Distribuição do número de profissionais segundo a promoção do preservativo feminino. Unidades de referência para DST, Fortaleza-CE, jan./mar. 2006**

Variáveis	Médicos	Enfermeiros	p de Fisher
Informa sobre o preservativo feminino			
Eventualmente	7	12	0,407
Nunca	4	3	
Indica o preservativo feminino			
Sim	1	1	1,000
Não	10	14	
Meios utilizados para passar informações sobre o método			
Orientação verbal, somente	7	11	1,000 <sup>(1)</sup>
Orientação verbal com apoio audiovisual	2	2	
Não se aplica	2	2	

(1) p de Fisher-Freeman-Halton

**Tabela 5 - Distribuição do número de profissionais quanto aos motivos para não indicar o preservativo feminino. Unidades de referência para DST. Fortaleza-CE, jan./mar. 2006**

Variáveis	Médicos	Enfermeiros	p de Fisher
Preço elevado	3	2	0,821 <sup>(1)</sup>
Não estar disponível na unidade de saúde	2	6	
A mulher desconhece e não aceita	2	3	
O preservativo masculino é mais prático e acessível	1	1	

(1) p de Fisher-Freeman-Halton = 0,821

## Discussão

O perfil dos médicos e enfermeiras participantes do estudo apresenta características pessoais e profissionais favoráveis à atuação adequada na promoção do preservativo feminino, como a maior parte ser do sexo feminino e ter um ano ou mais de profissão e lidando com DST/HIV.

A leitura por iniciativa própria e a participação em eventos científicos são fontes de obtenção de conhecimento sobre PF utilizadas por eles. Apesar de a maioria ter se auto-avaliado como boa conhecedora do método, ambas as categorias demonstraram déficit de conhecimento nas questões sobre as características básicas do preservativo feminino, contrariando a auto-avaliação e o que se espera de profissionais que atuam em unidades de referência para DST/HIV.

Os participantes deste estudo, em geral, não estavam aptos a promover o preservativo feminino, uma vez que desconheciam características fundamentais do método, contribuindo, desta forma, para disseminação de mitos, criação de barreiras ao uso e promoção de insegurança. Conhecer as características e as condições de uso do preservativo feminino é requisito essencial, pois garante ao profissional firmeza e argumentação adequada na promoção do método.

Desconhecimento e despreparo profissional ao lidar com os métodos contraceptivos, inclusive o preservativo feminino, fora discutido por Moura e Sousa (2002), que enfatizaram a precariedade na formação universitária como fator que contribui para esse desfecho. Nesse contexto, Osis e col. (2004) afirmam que a formação dos médicos e enfermeiros se restringe aos aspectos biológicos da reprodução e da concepção, não valorizando o preparo ao lidar com mitos, boatos e valores, ou seja, a desarticulação entre as atividades educativas e clínicas conduz a atenção imprópria.

A educação continuada destaca-se como iniciativa a ser desenvolvida não somente nas unidades de referência para DST/HIV, mas também nas unidades de atenção primária, como estratégia de atualização profissional. Ademais, a iniciativa pessoal de buscar conhecimentos novos na área de atuação é dever de todo profissional comprometido com a qualidade de sua prática, o que se confirmou em parte dos sujeitos que participaram deste estudo, que encontraram na

leitura e na participação em eventos científicos fontes de conhecimentos sobre o PF.

Para Bastos (2000) a pressa para que o preservativo masculino tivesse seu uso aprovado como artefato de prevenção de DST e HIV, em particular, a despeito das escassas evidências científicas disponíveis em 1987 não foi igual para o preservativo feminino, que teve sua aprovação atrasada, justificando, em parte, o atraso no conhecimento e na promoção do método.

A literatura afirma que o poliuretano, matéria-prima do PF, é anti-alérgica, mais resistente que o látex e não apresenta fragilidade no contato com lubrificantes de base oleosa e aquosa. Seu anel externo que recobre toda a vulva, bem como sua maior resistência comparada ao látex confere-lhe maior resistência (Magalhães e col., 2003). De acordo com o CCP (2005), nos testes de laboratório, o preservativo feminino de poliuretano demonstrou ser impermeável ao esperma e aos organismos infecciosos, inclusive o HIV. Apesar de serem ainda poucos os dados dos estudos clínicos sobre sua eficácia para a prevenção de doenças, as taxas de eficácia anticoncepcional e de prevenção de doenças parecem ser comparáveis às dos preservativos masculinos. Estão em andamento alguns estudos sobre a reutilização do preservativo feminino, porém ainda é arriscada qualquer tentativa neste sentido, pois organismos infecciosos poderiam colonizar o PF e comprometer a sua integridade (CCP, 2005). O uso simultâneo do PF e o preservativo masculino aumenta o risco de rompimento pelo atrito causado pelo contato dos dois artefatos, sendo desaconselhado (Hatcher e col., 2001). Essa informação precisa ser reforçada na promoção do método, pois alguns usuários levados pelo exagero em se proteger, intuitivamente e com certa lógica, acreditam que dois preservativos protegerão mais que um.

O ensino correto, passo a passo, do modo de colocação do preservativo feminino é condição indispensável para enfermeiros e médicos que atuam com DST/HIV. A colocação do preservativo feminina exige um contato íntimo da mulher com seu órgão genital, condição que desaprova, muitas vezes, o interesse pelo método, cabendo aos profissionais garantirem às mulheres oportunidades de autoconhecimento e de aprendizagem de uso. Sabendo-se disso, é preciso que os profissionais adotem estratégias simples e criativas, que despertem a curiosidade das mulheres e as incen-

tive a buscar conhecimentos. As informações podem ser dadas em pequenos grupos, aproveitando a oportunidade para promover troca de experiências e estimular o autoconhecimento corporal pelo autoque. Deve-se utilizar recursos audiovisuais como apoio, para mostrar a anatomia do órgão e demonstrar a sequência de ações que devem ser seguidas na colocação do PF, por exemplo. São atividades eficazes que podem ser particularizadas pelo profissional que se dispõe a repetir individualmente durante a consulta, orientando o modo de usar e fazendo com que as mulheres demonstrem o que entenderam, através da própria colocação. Dessa forma, os profissionais terão maiores chances de identificar falhas e corrigi-las imediatamente, garantindo o uso correto do método.

O modo correto de colocação do PF deve seguir os seguintes passos: 1) numa posição confortável (em pé com um dos pés sobre um banco ou cadeira, de cócoras ou deitada com os joelhos afastados) a mulher deve dobrar o anel interno do PF e passar a introduzir na vagina; 2) introduzir o dedo indicador no interior do preservativo e empurrá-lo até o colo uterino; 3) posicionar o anel interno de modo que recubra todo o colo; 4) no ato no coito, o pênis deve ser guiado para dentro do anel externo; e 5) após a relação, deve-se enroscar a borda externa do PF, puxá-lo delicadamente fora e jogá-lo no lixo. Pode ser colocado até oito horas antes da relação sexual e não precisa ser retirado imediatamente depois. Deve ser usado em todas relações sexuais antes de qualquer contato da vagina com pênis ou boca (Brasil, 2002).

O domínio desses passos de colocação e o conhecimento adequado sobre a localização da vagina e do colo uterino são fundamentais para a usuária, pois o método representa uma opção a mais de auto-cuidado à sua saúde sexual e reprodutiva, contribuindo com sua autonomia, elevação da auto-estima, potencialização de sua capacidade de negociação com o parceiro e ampliação de sua capacidade de tomada de decisão. Segundo Citeli (1996) as mulheres, em geral, têm pouca ou nenhuma experiência com métodos de barreira intravaginais, sendo fundamental estimular intervenções educativas, que promovam a adesão e a colocação correta da camisinha feminina nos serviços de saúde.

No geral, a informação e a indicação do preservativo feminino não foi rotina detectada na prática dos profissionais investigados, pois, pelo preço elevado

do insumo, a unidade de saúde não disponibiliza, além de haver falta de interesse das mulheres, em função de elas desconhecerem o método. Essas posturas profissionais não condizem com os direitos reprodutivos e a liberdade de escolha dos indivíduos, que diz ser fundamental que homens, mulheres e/ou casais conheçam todos os métodos anticoncepcionais aprovados no País, para que possam escolher o que é adequado às suas características e às suas condições de vida em cada momento. Hoffman e col. (2004) afirmam que há evidências confiáveis de que a promoção eficaz do PF é possível e que para potencializar sua proteção é preciso esforços consistentes dos serviços, bem como intervenções individuais.

Atividades educativas, realizadas nos serviços de saúde, são importantes para promover as diversas alternativas de prevenção das DST, independentemente do método estar ou não disponível no serviço (Moura e Silva, 2004). Nesse contexto, enfermeiros e médicos que atuam na área de saúde sexual reprodutiva e, particularmente, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento das DST, devem estar bem informados sobre o preservativo feminino, uma vez que são responsáveis pela promoção do método junto às mulheres, incluindo a desmistificação do uso e facilitando sua introdução no cotidiano da população feminina.

O elevado preço do preservativo feminino é realidade (a média de preço em Fortaleza no período da pesquisa era de R\$ 5,70 a unidade), porém isto não justifica sua falta nas unidades de saúde, pois ele poderia ser comprado por mulheres de classe social mais elevada. Por outro lado, à medida que se disseminam informações sobre o método, a tendência é aumentar a demanda, gerando interesses das políticas públicas e de fabricantes, o que é favorável a novas descobertas e baixos preços.

Mesmo que o método ou o preservativo feminino não esteja disponível na unidade de saúde é dever do profissional prestar informações sobre ele, pois cabe à sociedade civil organizada exercer o controle sobre o cumprimento da pactuação para a aquisição do preservativo. A pactuação entre os três níveis de governo estabelece que a aquisição de preservativo é compartilhada, sendo 80% de responsabilidade do nível federal, nas regiões Sul e Sudeste, e 90% nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Brasil, 2006b). Segundo o Ministério da Saúde, o PF está disponível nas prin-



cipais redes de farmácias do País (Brasil, 2005b), o que não está ocorrendo em Fortaleza, uma vez que na ocasião deste estudo buscamos as farmácias locais para levantamento de preço, contatamos seis diferentes redes de farmácias e nenhuma dispunha do preservativo para venda.

A concepção de que a mulher desconhece o preservativo feminino e por isso não faz uso dele é preconceituosa e generalizada e, mesmo que seja real, corresponde exatamente ao objeto a ser trabalhado por médicos e enfermeiros. Alguns estudos são otimistas com relação à aceitação das mulheres ao preservativo feminino, desde que lhes sejam oferecidas as orientações necessárias, destacando-se o de “Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos” realizado no Brasil e já comentado na introdução deste artigo (Brasil, 1999). Estudo realizado em São Paulo sobre os motivos de utilização ou não do PF, identificou preocupações dos homens com o próprio conforto, dificuldades de ereção, ejaculação precoce ou impotência, porém, muitos se mostraram disponíveis e interessados em conhecer o método (Kalckmann, 2006).

Segundo dados do CCP (2005), mulheres da Costa Rica, Indonésia, México, Senegal, Tanzânia e Zimbábue sentem-se satisfeitas com a utilização do PF, pois reconhecem no método uma oportunidade de “poder”, permitindo-lhes expressar interesse pelas relações sexuais, uma vez que se sentem seguras. Na Philadelphia, as mulheres americanas declararam gostar do preservativo feminino, pois além de as proteger, permite-lhes uma sensação natural e poder de iniciativa na prática do sexo seguro.

## Conclusão

Médicos e enfermeiros, mesmo trabalhando em unidades de referência para DST/HIV, apresentaram déficit de conhecimento sobre o preservativo feminino. Orientações sobre o método eram oferecidas eventualmente pelos profissionais, não se caracterizando como parte do atendimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Ademais, o limitado conhecimento dos profissionais sobre o método faz com que a promoção do insumo seja negada ou ocorra inadequadamente. Desse modo, os profissionais convivem com oportunidades perdidas de promoção do método, pois, não sendo detentores das informações técnicas atualizadas sobre o mesmo, acabam sem encorajar o uso.

Essa condição é inaceitável para a função que ocupam no tipo de unidade de saúde que atuam.

Levando-se em consideração que as DST/HIV estão entre os problemas de Saúde Pública mais comuns em todo o mundo e sendo o preservativo feminino um dos meios mais seguros para a prevenção, é preciso que os profissionais estejam bem informados sobre o método, a ponto de repassar seguramente e com convicção as informações à clientela, independentemente do serviço oferecer ou não o método, pois o cliente tem o direito de conhecer e de decidir o que é melhor para si.

Este trabalho é um incentivo para que os profissionais que lidam com DST/HIV busquem ter o mais completo conhecimento sobre o preservativo feminino para promover e indicar seu uso com competência, destacando o compromisso, a ética e o respeito à escolha e à tomada de decisão das usuárias, respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos e contribuindo para que o preservativo feminino saia da vitrine para fazer parte do cotidiano delas.

Sugerimos que futuros estudos possam ser conduzidos, no sentido de identificar e desenvolver estratégias eficazes de promoção do preservativo feminino, envolvendo o sujeito masculino na escolha e na adesão ao método.

## Referências

AGÊNCIA DE INFORMAÇÃO FREI TITO PARA A AMÉRICA LATINA (ADITAL). *Desmistificação e segurança*. Fortaleza, 2006. Disponível em: <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=23443>> Acesso em: 9 jul. 2007.

BASTOS, F. I. *A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Rio de Janeiro: ABIA: UERJ, IMS, 2000. (Coleção ABIA).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST* 2006a. Brasília, DF, Ano III, n. 1, 01<sup>a</sup>.-26<sup>a</sup>. semanas epidemiológicas, jan-jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério apresenta metas para aids até 2006 2006b. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=48181> Acesso em: 20 nov. 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de controle das DST*. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aceitabilidade de condom feminino em contextos sociais diversos: relatório final de pesquisa*. Brasília, DF, 1999.
- BUCHALA, C. M. et al. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no centro de referência da saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 12-18, 1998.
- CENTER COMMUNICATION PROGRAM (CCP). Nuevas opciones de anticonceptivos. *Population Reports*, Baltimore, n. 19, p. 17-18, Apr. 2005.
- CITELI, M. T. Saúde reprodutiva e anticoncepção no Brasil pós-60. In: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Núcleo de Estudos de População. *5º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. Campinas: Unicamp, NEPO, 1996. Módulo III, p. 1-24.
- HATCHER, R. A. et al. *Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico*. Baltimore: Johns Hopkins Population Information Program, 2001.
- HOFFMAN, S. et al. The future of the female condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, New York, v. 36, n. 3, p. 120-126, 2004.
- KALCKMANN, S. *Preservativo feminino: percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo, Brasil*. 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/pdf/300.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2007.
- MAGALHÃES, J.; ROSSI, A. S.; AMARAL, E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 12-16, jul. 2003.
- MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, out./dez. 2004.
- MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.
- OSIS, M. J. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, dez. 2004.
- SANTOS, C. L. et al. Preservativo feminino: uma nova perspectiva de proteção. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 270-274, jun. 2005.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA. *Perfil epidemiológico do HIV/aids em Fortaleza*. Fortaleza, 2006. Disponível em: [http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/Noticias\\_Detalhes.asp?noticia=76](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=76) Acesso em: 10 jul. 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Documentos básicos*. 38. ed. Geneva, 1990.

Recebido em: 04/12/2006

Reapresentado em: 10/07/2007

Aprovado em: 01/08/2007