



Artigo Original

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA RELACIONADOS AO PRESERVATIVO FEMININO

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE RELATED TO THE FEMALE CONDOM

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA RELACIONADOS CON EL CONDÓN FEMENINO

Ruanna Lorna Vieira Fernandes¹, Escolástica Rejane Ferreira Moura², Aline Rodrigues Feitoza³, Danielle Rosa Evangelista⁴, Mônica Oliveira Batista Oriá⁵

Os objetivos deste estudo foram investigar Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de mulheres em relação ao Preservativo Feminino (PF) antes e após uma intervenção educativa e identificar o número de mulheres que aderiu ao uso do método. Pesquisa quase-experimental do tipo antes e depois envolvendo 35 mulheres. A coleta de dados se deu com Inquérito CAP (pré-teste), intervenção educativa, fornecimento de três PF e aplicação do Inquérito CAP (pós-teste) 30 dias após a intervenção. Os resultados do Pré-teste indicaram que 17 (48,6%) mulheres tinham Conhecimento Moderado; 12 (34,3%) apresentaram Atitude Inadequada; e 34 (97,1%) tinham Prática Inadequada. O Pós-teste revelou Conhecimento Adequado (n=30; 85,3%); Atitude Moderada (n= 21; 62,9%) e Prática Substancial (n=19; 55,9%). Doze (35,3%) participantes relataram intenção de continuar o uso do PF. Conclui-se que as mulheres estão dispostas a utilizar o PF, desde que haja uma intervenção educativa eficaz, resultando também na melhora dos marcadores CAP.

Descritores: Preservativos Femininos; Anticoncepção; Planejamento Familiar.

The purposes of this study were to investigate Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of women in relation to the Female Condom (FC) and identify the number of women who adhered to the use of the method. Quasi-experimental research was performed using the before and after method involving 35 women. Data collection occurred with KAP pre-test, educational intervention, supply and implementation of three FC and KAP post-test 30 days after the intervention. The results of the pre-test indicated that 17 (48.6%) women had Moderate Knowledge; 12 (34.3%) showed Poor Attitude, and 34 (97.1%) Bad Practice. The post-test revealed Adequate Knowledge (n = 30, 85.3%); Moderate Attitude (n = 21, 62.9%) and Substantial Practice (n = 19, 55.9%). Twelve (35.3%) participants reported intention to continue the use of FC. We conclude women are willing to use the FC, since there is an effective educational intervention, resulting also in an improvement of KAP markers.

Descriptors: Female Condoms; Contraception; Family Planning.

Los objetivos del artículo fueron investigar Conocimiento, Actitud y Práctica (CAP) de mujeres cuanto al condón femenino, antes y después de intervención educativa, e identificar el número de mujeres que adhirieron a la utilización del método. Investigación cuasi experimental, pre y post, con 35 mujeres. Los datos fueron obtenidos con el estudio de CAP (pre test), intervención educativa, oferta de tres condones femeninos y cuestionario de CAP (post test), 30 días después de la intervención. En el pre test, 17 (48,6%) mujeres presentaron conocimiento moderado, 12 (34,3%) mala actitud, 34 (97,1%) habían practicado. El post-test indicó adecuado conocimiento (n = 30, el 85,3%); actitud moderada (n = 21, 62,9%) y práctica importante (n = 19, 55,9%). Doce (35,3%) participantes informaran intención de continuar con el uso del condón femenino. Las mujeres estuvieron dispuestas a usarlo, mediante intervención educativa eficaz, con resultado también en la mejora de los marcadores de CAP.

Descritores: Condomes Femeninos, Planificación Familiar; Anticoncepción.

*Artigo extraído da monografia de conclusão do curso "Conhecimento, atitude e prática de mulheres relacionados ao preservativo feminino", apresentada à Universidade Federal do Ceará, em 2010.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. Docente do Instituto Centro de Ensino Tecnológico - CENTEC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: ruannavieira@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br. Pesquisadora CNPq.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: alinerfeitoza@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: enfadanielle@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Post-Doctor, University of Virginia. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: monica.oria@ufc.br

INTRODUÇÃO

O Preservativo Feminino foi criado pelo dinamarquês Lasse Hessels, em 1984, representando um meio alternativo potencialmente eficaz de anticoncepção e de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para que as mulheres mantenham a sua independência quanto à prática sexual com dupla proteção⁽¹⁾. A eficácia do Preservativo Feminino, no primeiro ano de uso, pode variar entre 79% e 95%, a depender das condições de uso, ou seja, esporádico e incorreto ou consistente e correto, respectivamente⁽²⁾.

A borda externa do Preservativo Feminino recobre parte da vulva, oferecendo maior eficácia na prevenção das DST do que o condom masculino, visto que este protege apenas o corpo peniano e a mucosa do canal vaginal, permanecendo regiões da vulva e do púbis vulneráveis à transmissão de microrganismos. Possuindo maior índice de adesão em mulheres que conhecem o próprio corpo e que têm domínio do uso correto, o Preservativo Feminino é considerado método ideal, pois oferece dupla proteção, é de fácil colocação e não há características clínicas que contra-indicam o uso⁽³⁾.

Outras características relevantes são o fato de não interromper a relação sexual, pois pode ser inserida horas antes do seu início; pode ser utilizada com vários tipos de lubrificantes, inclusive aqueles à base de óleo; sua matéria prima, o poliuretano, é hipo-alergênico; pode aumentar o prazer feminino, pois a borda externa estimula o clitóris durante a relação sexual⁽⁴⁾.

Em março de 2008 foi apresentado, pela Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 3088/08 que trata do fornecimento gratuito de Preservativo Feminino pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁾: em programas que já promovam o condom, no intuito de garantir o acesso da população a métodos modernos, sendo o Brasil um dos

primeiros países a inserir o Preservativo Feminino no leque de métodos disponíveis na rede pública. Contudo, o método é ausente ou escasso nas unidades de saúde, em geral, e enfermeiros e médicos estão pouco preparados para promover o uso e a segura adesão⁽³⁾.

Estudo realizado com onze médicos e quinze enfermeiros dos dez centros de saúde da família de Fortaleza-CE que prestam atendimento na área de prevenção e tratamento das DST encontrou que, indiferentemente à categoria, estes profissionais apresentaram déficit de conhecimento com relação às características básicas do Preservativo Feminino e modo de colocação (valores de p de Fisher maiores que 10%)⁽³⁾. Todavia, houve associação entre conhecer os passos de colocação do Preservativo Feminino e ser do sexo feminino ($p = 0,034$). A promoção do método é pouco realizada por esses profissionais que justificaram com os motivos: preço elevado do insumo, a unidade não oferece o método, a mulher desconhece o método ou não vai aderir ao mesmo (pré-julgamento) e maior acesso ao condom⁽³⁾.

Portanto, apesar das características positivas do Preservativo Feminino o acesso a este método ainda é insuficiente, tanto pela falta do insumo nas unidades quanto pela falta de promoção do seu uso por parte dos profissionais. Doravante ao exposto, foram elaborados os seguintes objetivos: avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de mulheres em relação ao Preservativo Feminino antes da realização de uma intervenção educativa; identificar a proporção de mulheres que aderiram ao uso do Preservativo Feminino após a intervenção educativa; e verificar o CAP relacionado ao Preservativo Feminino após a intervenção educativa e uso do Preservativo Feminino.

MÉTODO

Pesquisa quase-experimental do tipo antes e depois a qual se define pela execução de uma intervenção em um grupo de indivíduos que constituem seu próprio controle no estudo⁽⁶⁾. Logo, a educação em saúde para a promoção do uso do Preservativo Feminino consistiu na intervenção e as mesmas mulheres foram caso e controle do estudo.

Foi realizada no Centro de Desenvolvimento Familiar/Centro de Parto Natural (CEDEFAM/CPN), órgão vinculado à Universidade Federal do Ceará. A população foi composta por mulheres que se encontravam em sala de espera para Consulta de Enfermagem em Planejamento Familiar e/ou Prevenção do Câncer de Colo do Útero. Participaram todas as mulheres, a partir de 18 anos, com vida sexual ativa que relataram interesse em participar da pesquisa após exposição prévia sobre os procedimentos do estudo pela pesquisadora, ainda na sala de espera, no início dos atendimentos.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2010, conforme o Fluxograma das Fases do Estudo (Figura 1). Após a apresentação inicial sobre o estudo, as mulheres interessadas em participar foram entrevistadas individualmente em uma sala reservada. O primeiro encontro com as mulheres envolvia as Fases 1, 2 e 3: aplicação de Inquérito CAP pré-teste, estratégia educativa e fornecimento de exemplares de PF, respectivamente. Já o segundo encontro com as participantes do estudo (consulta de retorno) envolveu as Fases 4 e 5: concessão de impressões pessoais sobre o Preservativo Feminino e aplicação de Inquérito CAP pós-teste. No primeiro encontro foram dispensados aproximadamente 50 a 60 minutos para cada participante. Já no segundo o tempo das entrevistas variou de 20 a 30 minutos

A Fase 1 da entrevista baseava-se na investigação de dados sociodemográficos e gineco-obstétricos, além do Inquérito CAP pré-teste elaborado pela pesquisadora. Nesta etapa, a participante expunha seu conhecimento prévio sobre as características do Preservativo Feminino (modo de uso correto, grau de proteção, local de inserção, dentre outras); sua atitude frente ao método (quais os motivos para usar ou não usar, e se já conversou com o parceiro sobre o método); bem como se já utilizou o Preservativo Feminino e com que frequência este foi utilizado. As impressões pessoais a cerca do método também foram registradas neste instrumento pré-teste.

Já na Fase 2, a pesquisadora realizava uma estratégia de Educação em Saúde sobre o Preservativo Feminino. Neste momento eram esclarecidas todas as características do método e seu modo correto de uso. As dúvidas remanescentes de cada participante também foram esclarecidas nesta fase. Para auxiliar no processo ensino-aprendizagem foram utilizados modelo pélvico e exemplar de Preservativo Feminino. As técnicas corretas de colocar e retirar o condon eram demonstradas pela pesquisadora e repetida pela participante como forma de validar o aprendizado.

O fornecimento de preservativos, na Fase 3, se limitou a três unidades porque dispúnhamos apenas de cento e dez Preservativos Femininos e desejávamos obter o maior número possível de participantes. O retorno foi agendado para trinta dias após a intervenção tanto para que houvesse tempo suficiente para utilizar os preservativos fornecidos como para coincidir com a data de retorno das pacientes para pegar o resultado do exame citológico do colo uterino, o que reduziria as taxas de absenteísmo da pesquisa.

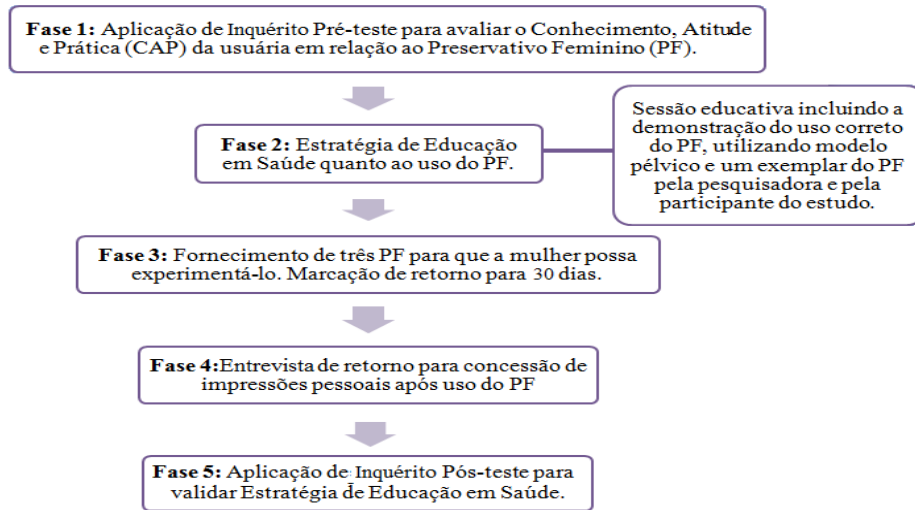


Figura 1 - Fluxograma das fases do estudo.

Na Fase 4, durante a entrevista de retorno, a participante era estimulada a relatar suas impressões pessoais acerca do método. Os dados obtidos foram registrados no instrumento CAP de retorno. Já na Fase 5, foi aplicado Inquérito CAP pós-teste, de forma a identificar se houve mudanças no Conhecimento, Atitude e Prática dessas participantes quanto ao Preservativo Feminino.

Diante da inexistência de uma escala prévia que permitisse a classificação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de mulheres em relação ao Preservativo Feminino, foram elaborados, com base na experiência das pesquisadoras, os Critérios para Classificação do CAP das participantes (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios de Classificação do Conhecimento, Atitude e Prática sobre Preservativo Feminino.

Conhecimento	Atitude	Prática
Já ouviu falar sobre Preservativo Feminino e conhece pelo menos duas características que o diferencia do preservativo masculino; (1 ponto)	Apresentou como motivação para uso do Preservativo Feminino a prevenção de DST; (1 ponto)	Refere ter utilizado o Preservativo Feminino em, no mínimo, uma relação sexual na vida; (1 ponto)
Sabe que o Preservativo Feminino previne a gravidez não desejada e a transmissão de DST; (1 ponto)	Apresentou como motivação para uso do Preservativo Feminino a prevenção de gravidez não desejada; (1 ponto)	Refere ter utilizado o Preservativo Feminino, pelo menos uma vez, nos últimos 60 dias; (1 ponto)
Conhece os cuidados necessários para o uso correto do Preservativo Feminino; (1 ponto)	Relatou tentativa de negociação do uso do Preservativo Feminino com o parceiro. (2 pontos)	Refere ter utilizado o Preservativo Feminino, pelo menos uma vez, nos últimos 30 dias; (1 ponto)
Sabe que o Preservativo Feminino deve ter distribuição gratuita nas unidades do SUS. (1 ponto)		Refere ter utilizado o Preservativo Feminino em todas as relações sexuais nos últimos 30 dias. (1 ponto)

A soma de pontos em cada item CAP variou entre 0 e 4, sendo classificados, em ordem crescente, como

Conhecimento, Atitude ou Prática Inadequada (0), Limitada (1), Moderada (2), Substancial (3) ou

Adequada (4). Apenas um item da Atitude, o que trata da negociação entre o casal para o uso do Preservativo Feminino, valeu 2 pontos, visto que a mulher precisa, inicialmente, estar consciente dos benefícios do uso do Preservativo Feminino para sentir-se capaz de conscientizar o parceiro.

Os dados coletados foram analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS versão 19.0 para Windows). Os resultados, obtidos após análise estatística simples, foram organizados em tabelas e gráficos, sendo enriquecidos com o discurso de algumas participantes, que foram codificadas de forma a preservar seu anonimato. Foram respeitadas as

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres de acordo com as variáveis sociodemográficas e gineco-obstétricas. CEDEFAM/CPN - UFC. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Variáveis (N=35)	N	%
Escolaridade		
Não estudou	1	2,9
4ª a 6ª Série ensino fundamental	6	14,1
7ª a 8ª Série ensino fundamental	5	14,3
1º ao 3º Ano ensino médio	19	54,2
Ensino técnico	1	2,9
Ensino superior incompleto	3	8,6
Renda Familiar (em salário mínimo)		
<1	4	11,4
1 a 2	21	60,0
2 a 4	4	11,4
4 a 6	5	14,3
6 a 8	1	2,9
Situação Conjugal		
Mora com o parceiro	19	54,3
Tem parceiro fixo, mas não mora junto	15	42,9
Mora com parceiro e tem caso extraconjugal	1	2,9
Nº de Filhos		
Nenhum	12	34,2
1	7	20,0
2	5	14,3
3	8	22,9
4 ou mais	3	8,6
Método anticoncepcional em uso		
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	3	8,6
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	7	20,0
Pílula só de Progestágeno (PP)	1	2,9
Preservativo Masculino	7	20,0
Método da Lactação com Amenorréia (LAM)	1	2,9
Ligação Tubária	6	17,1
AOC e Preservativo Masculino	2	5,7
AIC e Preservativo Masculino	1	2,9
Preservativo Masculino e Ligação Tubária	1	2,9
Nenhum método	6	17,1

RESULTADOS

Participaram das Fases 1, 2 e 3, 35 mulheres e, das Fases 4 e 5, 34 mulheres. A idade das participantes variou entre 18 e 54 anos, com média de 32 anos e mediana de 36 anos. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico da população estudada.

A Tabela 2 mostra a comparação entre o conhecimento das mulheres em relação ao Preservativo Feminino, na Fase 1 e Fase 5 (antes e após a sessão educativa e o uso do Preservativo Feminino, respectivamente).

Tabela 2 - Distribuição do número de participantes de acordo com o conhecimento sobre Preservativo Feminino nas Fases 1 e 5 do Fluxograma do Estudo. CEDEFAM/CPN - UFC. Fortaleza, CE, Brasil, 2010.

Variáveis	Fase 1		Fase 5	
	N=35	%	N=34	%
Já ouviu falar sobre PF				
Não	3	8,6		
Sim	32	91,4	34	100,0
Para que serve o PF				
Não sabe	2	5,7		
Evitar gravidez não planejada	2	5,7		
Evitar transmissão de DST	1	2,9		
Evitar gravidez não planejada e DST	30	85,7	34	100,0
Local de inserção				
Não sabe	6	17,1		
Canal vaginal	28	80,0	34	100,0
Útero	1	2,9		
Oferece proteção vulvar				
Não sabe	12	34,3		
Não	1	2,9	1	2,9
Sim	22	62,9	33	97,1
Qual o preservativo mais resistente				
Não sabe	15	42,9	1	2,9
Masculino	4	11,4	1	2,9
Feminino	16	45,7	31	91,2
PF causa alergia				
Não Sabe	12	34,3		
Sim	18	51,4	4	11,8
Não	5	14,3	30	88,2
Momento adequado para colocar o PF				
Não sabe	6	17,1		
Após a penetração	1	2,9		
Antes da penetração	28	80,0	34	100,0
Momento adequado para retirar o PF				
Não sabe	9	25,7		
Logo após a ejaculação	13	37,1	15	44,1
No término do coito	13	37,1	19	55,9
Pode ser usado em mais de uma relação sexual				
Sim	1	2,9		
Não Sabe	1	2,9	1	2,9
Não	33	94,3	33	97,1
Pode ser usado concomitante ao preservativo masculino				
Não Sabe	11	31,4		
Sim	8	22,9	2	5,9
Não	16	45,7	32	94,1
Onde buscaria o PF				
Não buscaria	2	5,7		
Não sabe	7	20,0		
Farmácias privadas	2	5,7	4	11,8
Postos de saúde	22	62,9	29	70,6
Farmácias privadas e postos de saúde	2	5,7	1	2,9
Distribuição gratuita do PF nas UBS				
Não sabe	16	45,7		
Não	6	17,1	2	5,9
Sim	13	37,1	32	94,1

Legenda: PF (Preservativo Feminino), DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Uma das participantes declarou ter procurado antes o Preservativo Feminino em unidade de saúde próxima a sua residência, mas recebeu a informação de que o mesmo não tinha distribuição nos postos de saúde.

Todas as mulheres do estudo relataram, durante a Fase 1, a intenção de usar o Preservativo Feminino, porém a importância de usá-lo nem sempre estava acompanhada de motivação. Como importância de uso, 27 (77,1%) mulheres citaram a prevenção de DST e gravidez não planejada; a prevenção de irritação vulvar foi citada por uma participante (2,9%) e autonomia feminina quando o homem não quiser utilizar o condom foi citado por duas (5,7%) mulheres; 15 (42,9%) mulheres citaram a prevenção de DST e gravidez não planejada como motivação para o uso do Preservativo Feminino, sendo também mencionados: *curiosidade; vontade de experimentar; saber a diferença para o preservativo masculino; mais confortável que o preservativo masculino; minha amiga já usou e gostou; e dúvida quanto à fidelidade do parceiro.*

A avaliação das participantes quanto ao Preservativo Feminino, na Fase 1, variou entre impressões neutras (n=13; 27,1%), positivas (n=13; 27,1%) e negativas (n=22; 45,8%), antes da intervenção. Os termos mais citados foram: *não sei; não penso nada; difícil de colocar; protege contra doenças; e foi uma boa ideia.*

Após a intervenção observou-se redução das impressões neutras (n=5; 6,3%), redução das negativas (n=31; 39,2%) e aumento das avaliações positivas (n=40; 50,6%) sendo mais frequentes os termos: *gostei; meu parceiro gostou; proteção; ruim; desconfortável; e difícil de usar.*

Na Fase 5, a maioria das participantes (n=32; 94,2%) citou a prevenção de DST e gravidez não planejada como importância do uso do Preservativo Feminino. Das 34 mulheres que chegaram à segunda etapa da pesquisa, uma (2,9%) declarou ter a intenção,

mas não sabia se continuaria o uso, pois estava na dependência da decisão do companheiro; e 12 (35,3%) mulheres afirmaram intenção de uso do Preservativo Feminino, sendo citados como critérios de motivação: *prevenção de DST e gravidez não desejada, porque gostei e quero continuar usando, porque achei legal e porque ainda não experimentei.* Após intervenção quatro (11,8%) mulheres não haviam conversado com seus parceiros sobre o uso do Preservativo Feminino.

Na Fase 1, uma (2,9%) participante já tinha utilizado o Preservativo Feminino. Já na Fase 5, das 34 participantes, 21 (61,8%) haviam utilizado o Preservativo Feminino pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Porém, destas, duas (5,7%) mulheres o utilizaram em todas as relações sexuais.

As 13 (38,2%) mulheres que não fizeram uso do Preservativo Feminino, após a intervenção, justificaram: *eu não quis; meu parceiro não quis; eu e meu parceiro não quisemos; tentei usar, mas não consegui colocar; e achei que não saberia colocar, mas não tentei.*

Entretanto, daquelas que fizeram o uso, mas descontinuaram, ou seja, 19 (56,1%) mulheres, os motivos apresentados para a descontinuidade foram: *eu não gostei; eu e meu parceiro não gostamos; meu parceiro não gostou; e acabaram as camisinhas e não tive tempo de pegar mais.*

Quanto aos resultados do Inquérito CAP na Fase 1, o grau de conhecimento das participantes sobre o Preservativo Feminino foi variado, ocorrendo predominância do conhecimento moderado (n=17; 48,6%), conforme Figura 2A. No entanto, na Fase 5, as 34 (100%) participantes apresentaram conhecimento substancial (n=5; 14,7%) ou adequado (n=29; 85,3%).

A atitude das participantes frente ao Preservativo Feminino, segundo pontuação nos Critérios de Classificação CAP, também foi diversificada na Fase 1 do estudo, na qual predominaram atitude inadequada (n=12; 34,3%) e atitude moderada (n=13; 37,1%). A

variedade de atitude também foi verificada na Fase 5, porém sendo mais prevalente a atitude moderada (n=21; 61,8%) e a atitude adequada (n=8; 23,5%), como constatado na Figura 2B.

Quanto à prática de uso do Preservativo Feminino quase todas as mulheres (Figura 2C) na Fase 1

classificaram-se como prática inadequada; após a intervenção e entrega dos Preservativos Femininos (Fase 5), mais da metade apresentou prática substancial ou adequada (n=19; 55,9% e n=2; 5,9%, respectivamente).

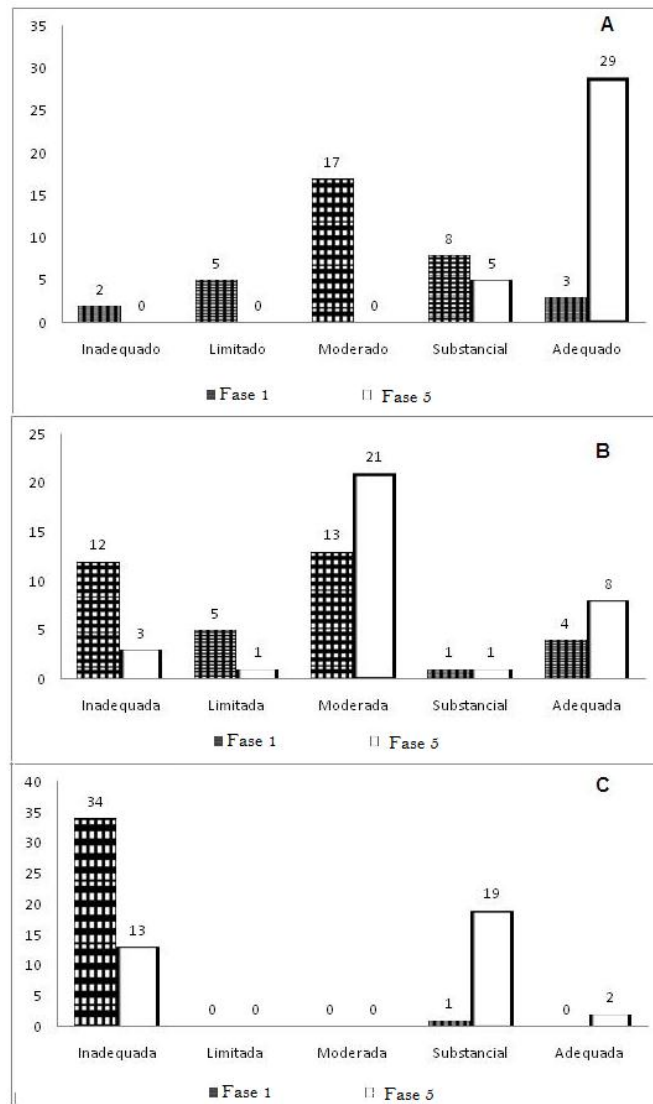


Figura 2 - Conhecimento (A), atitude (B) e prática (C) das mulheres sobre o Preservativo Feminino de acordo com o Fluxograma das Fases do Estudo – Fases 1 e 5. CEDEFAM/CPN – UFC.

DISCUSSÃO

As novas alternativas na prática da contracepção e, também, prevenção de DST/HIV/AIDS são de grande interesse das mulheres⁽⁸⁾. Este interesse se dá pelo fato de que, no Brasil, há uma relativa carência quanto à variedade dos métodos ofertados na rede pública⁽⁹⁾.

Levando-se em consideração essa precária variedade de métodos ofertados pela rede pública, observou-se que a maioria das participantes usava contraceptivo hormonal injetável combinado e/ou preservativo masculino e/ou laqueadura tubária

(62,9%), diferentemente de outras regiões do país, como no Rio de Janeiro, onde os métodos mais comumente utilizados são o AOC isoladamente e AOC associado ao preservativo masculino, 36,7% e 26,7%, respectivamente⁽¹⁰⁾; já em São Luis, os métodos mais citados foram preservativo masculino (80,3%) e AOC (10,2%), isolada ou concomitantemente⁽¹¹⁾.

Nosso estudo indica que os melhores resultados quanto ao conhecimento da variedade de métodos foi obtido pelas mulheres com nível Técnico e Superior Incompleto, o que corrobora com o estudo realizado em Campinas, São Paulo, o qual identificou que o maior acesso à informação sobre planejamento familiar das classes mais privilegiadas também conduziria ao empoderamento mais eficaz, na busca por métodos que melhor se adaptem ao seu estilo de vida⁽¹²⁾. Nessa perspectiva, duas participantes já haviam procurado utilizar o Preservativo Feminino antes do início da pesquisa e, coincidentemente ou não, apenas uma, a que possuía melhor condição financeira e educacional, conseguiu obter o método para utilizá-lo.

Percebeu-se crescimento significativo quanto ao conhecimento das mulheres sobre o Preservativo Feminino após a intervenção, o que permite afirmar que esta tenha sido eficaz. É essencial para o aprendizado deste método não apenas o ensino passo a passo do modo de colocação do mesmo, mas também sobre suas características, adotando, estratégias criativas que despertem o interesse das mulheres, em grupo ou individualmente⁽³⁾.

A dificuldade de acesso da população em geral ao Preservativo Feminino não se dá apenas pela falta do método nas unidades, mas, também, pelo desconhecimento dos profissionais quanto às características do mesmo, o que os leva a não promovê-lo como método seguro na dupla proteção, além de disseminar mitos e criar barreiras, influenciando de

forma negativa e negando à população, o seu poder de escolha consciente e orientada⁽³⁾.

Quanto à atitude das mulheres frente ao Preservativo Feminino, foi característico na Fase 1, anterior à intervenção educativa, que a motivação para utilizá-lo era experimentar um novo método e a curiosidade sobre o desconhecido, bem mais do que pela dupla proteção oferecida. Tal resultado também foi obtido em pesquisa realizada em São Paulo-SP com 24 homens acerca do uso do Preservativo Feminino⁽⁸⁾.

A taxa de mulheres com intenção de continuidade do uso do Preservativo Feminino após a intervenção (n=12; 35,3%) foi semelhante à média encontrada na literatura, entre 36% e 69%, do 1º ao 3º mês de estudo⁽⁸⁻¹³⁾. Estes três meses iniciais são essenciais para que o casal se adapte ao novo método, seja este de barreira, comportamental ou hormonal. Desta forma, sugere-se que novos estudos sobre o tema possam ampliar o período de intervenção e fornecimento de maior quantidade de Preservativos Femininos para avaliar melhor a receptividade e adesão ao método.

Ressalta-se que algumas mulheres argumentaram não ter iniciado ou continuado uso do Preservativo Feminino devido a não aceitação do parceiro associada à dificuldade das mulheres em negociar com o parceiro o uso de um método anticoncepcional que tenha a participação deste, o que tem sido identificado em outros estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Também foi citado como motivo para a descontinuidade de uso do Preservativo Feminino o fato de os insumos fornecidos na pesquisa terem sido usados, e a mulher não ter tido tempo para retornar ao CEDEFAM/CPN, no seu horário de funcionamento para pegar mais preservativos.

Essa dificuldade de retorno ao serviço deve ser considerada nos próximos estudos para que possam ser obtidos melhores resultados, pois a adesão ao método é algo possível de se alcançar como evidenciado em

pesquisa realizada em São Paulo, onde 355 participantes (14,4%) continuaram o uso do Preservativo Feminino após 12 meses de acompanhamento. Participaram do referido estudo 2.469 mulheres que retornavam às unidades de saúde por livre demanda, de acordo com a necessidade pessoal para pegar mais preservativos⁽⁸⁾.

Na Fase 5, treze mulheres (38,2%) relataram não ter iniciado o uso do Preservativo Feminino. Esta porcentagem de desistência é semelhante à encontrada em estudo realizado em Campinas – SP com mulheres soropositivas (31%), tal achado pode indicar que este deve ser o limite médio de rejeição inicial ao método entre casais⁽¹⁶⁾.

Constatou-se também mudança nas percepções das participantes quanto ao Preservativo Feminino, onde na Fase 1 houve significativo número de opiniões negativas ou neutras; e nas Fases 4 e 5 houve uma variedade maior de opiniões de cunho positivo. Portanto, pôde ser confirmada a necessidade de o profissional estar comprometido com o desenvolvimento de atividades de conscientização em saúde, que acarretará em mudança de comportamento, redundando em melhora dos marcadores de saúde, bem como da qualidade de vida dos usuários⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÕES

As mulheres estudadas apresentaram, na Fase 1, Conhecimento, Atitude e Prática inadequada ou limitada quanto ao Preservativo Feminino. Constatou-se a eficácia da intervenção educativa realizada, validada pela ascensão nos Critérios de Classificação CAP das participantes.

Evidencia-se, neste estudo, que muitas mulheres se motivam a utilizar o Preservativo Feminino, após serem devidamente instruídas, sem que haja a influência de mitos comumente difundidos. Neste ponto, corrobora-se a importância de profissionais conscientes e informados quanto ao Preservativo Feminino, aptos a

incluí-lo no leque de métodos oferecidos e de forma a garantir o direito dos usuários em conhecer e decidir sobre qual o melhor método para si.

Sugere-se que o homem seja envolvido em intervenções educativas sobre o Preservativo Feminino, no sentido de facilitar a negociação feminina sobre o método e a adesão masculina ao mesmo.

Destarte, indica-se futuros estudos sobre o tema que incluam nos sujeitos não apenas as mulheres, mas também os homens e os profissionais de saúde envolvidos no planejamento familiar e prevenção de DST/HIV.

REFERÊNCIAS

1. Peters A, Jasen W, Driel F. The female condom: the international denial of a strong potential. *Reprod Health Matters*. 2010; 18(35):119-28.
2. United States Agency for International Development, Johns Hopkins University; World Health Organization. *Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*. Baltimore; 2007.
3. Oliveira NS, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PC. 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. *Rev Saúde Sociedade*. 2008; 17(1):107-16.
4. Santos CL, Pessoa IN, Pereira PFQ, Ferreira TF. Preservativo feminino: uma nova perspectiva de proteção. *Rev Enferm UERJ*. 2005; 13:270-4.
5. Brasil. Câmara dos deputados. PL 3088, de 26 de Março de 2008. Dispõe sobre o fornecimento gratuito de preservativo feminino pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências [Internet]. [citado em 2010 nov 28]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=388135/

6. Hulley SB, Cummins SR, Browner WS. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
8. Kalckmann S, Farias N, Carneiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):132-43.
9. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(1):75-84.
10. Penaforte MCLF, Silva LR, Esteves APVS, Silva RF, Santos IMM, Silva MDB. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em Teresópolis, RJ. *Cogitare Enferm.* 2010; 5(1):124-30.
11. Faray HEFG, Mochel EG. Fatores determinantes da prática de métodos contraceptivos entre universitárias da área da saúde. *Rev Rene.* 2009; 10(4):110-7.
12. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4):479-87.
13. Kalckmann AS. Preservativo feminino: percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo, Brasil. 2006. In: 7HIV-AIDS Virtual Congress, 2006. 7HIV-AIDS Virtual Congress; 2006. [citado em 2010 nov 28]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/300.pdf>
14. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(5):788-94.
15. Vidal ECF, Braga VAB, Silva MJ, Pinheiro AKB. Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. *Rev Rene.* 2009; 10(2):166-74.
16. Magalhães J, Rossi AS, Amaral E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(6):389-95.
17. Beserra EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. *Rev Rene.* 2007; 8(1):18-25.

Recebido: 20/06/2011
Aceito: 20/01/2012