

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e
habilidade no uso do preservativo feminino

por

Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva

Belo Horizonte
Maio/2014

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR

C.G.A.PAIVA

2014

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no
uso do preservativo feminino

por

Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção
do Título de Mestre em Ciências
na área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientação: Virgínia Torres Schall

Coorientação: Carina de Souza Margonari

Belo Horizonte

Maio/2014

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

P142s Paiva, Cláudia Gersen Alvarenga de
2014

Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no uso do preservativo feminino / Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva. – Belo Horizonte, 2014.

XV,112 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 121-127

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis/prevenção & controle 2. Saúde Sexual 3. Preservativos Femininos/utilização 4. Comportamento Contraceptivo I. Título. II. . Schall, Virgínia Torres (Orientação). III. Margonari, Carina de Souza (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 616.951

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no
uso do preservativo feminino

por

Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Carina de Souza Margonari (Presidente)

Profa. Dra. Vânia de Souza

Profa. Dra. Denise Nacif Pimenta

Suplente: Prof. Dr. Cristiano Lara Massara

Dissertação defendida e aprovada em: 12/05/2014

*"Ninguém nasce feito,
é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos"*

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos, marido, filhos e amigos.
Pois sem eles, eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela vida maravilhosa, pelas pessoas que encontrei no caminho.....

À Dra. Virgínia Schall, pelo carinho com que me recebeu. Por compartilhar sua vasta experiência, criatividade e o dom de perceber e dar vida aos pequenos detalhes. Por dedicar-me seu tempo e energia e envolver-me nessa trama contagiante que é a pesquisa.

Carina Margonari, que soube me conduzir com maestria e me ensinou, entre muitas coisas a espontaneidade. Exerceu sua paciência, mostrou-me o momento de parar de ler para escrever e parar de escrever para defender.

Valéria Falcão, que sempre ao lado, literalmente, não mediu esforços para ajudar no que eu precisasse. Pensava alto comigo para que tudo ficasse mais claro e eu pudesse concluir o raciocínio.

Tatiana Chama, que chegou há pouco e com muita boa vontade colaborou com a análise dos dados, revisou comigo a epidemiologia e torceu por mim.

Professor João Jardim, que se dispôs a conversar quando eu não sabia ainda que caminho seguir. E a partir daí, ideias foram surgindo.

Aline Sodré, a moça da cara boa e que só sabe dizer sim, com sua mania de organização e eficiência foi meu braço direito.

Isabela Brito, que percebendo meu quase desespero em não conseguir local para desenvolver a pesquisa, teve a brilhante ideia de contactar uma ex colega, chefe do RH de um dos hotéis. E ainda, ao precisar de um intervalo, lá estava ela para “colocarmos o assunto em dia”.

Poliana Pedro, dona de um belo sorriso, sempre por perto, apoiando.

Suellen, Camila, Camilla, Helena, Viviane, professor Ulisses. Colegas do Laesa, que conheceram a pesquisa e torceram.

Cristiano Massara, por ter possibilitado minha entrada num dos hotéis.

Nuzia Santos, que sempre dedicada e prestativa, orientou-me nas referências além de incentivar as colegas da ESP para participarem da pesquisa.

Dorinha, Andréa, Luciene, Paula, Júlia e Luis, que não mediram esforços para que a pesquisa acontecesse, motivando as funcionárias e liberando-as para mim.

Às mulheres que participaram da pesquisa, bem como os seus parceiros, que encararam o desafio, experimentaram o novo insumo e ainda permitiram que eu entrasse em seus universos.

À Coordenação Municipal de DST/Aids pela doação dos preservativos femininos utilizados no estudo.

Vânia Souza, Betânia Gonçalves, Denise Pimenta, Celina Modena e mais uma vez o Cristiano Massara, por terem prontamente atendido ao convite para conhecer e avaliar esse estudo.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou pelo suporte.

Aos meus pais, que sempre valorizaram o estudo, acreditaram e torceram por mim. Pelo apoio, carinho e presença.

Aos meus irmãos, que mesmo distantes fisicamente, não me deixaram só. Me ouviram, torceram e moram no meu coração.

À Humberto, Júlia, José Henrique e Gustavo, meus amores, por me darem o apoio, carinho e incentivo que precisei.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	XIII
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XV
APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 A contracepção e a prevenção	19
1.2 Preservativo Feminino – um direito	21
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Histórico e descrição do Preservativo Feminino	25
3.2 Pressupostos para o uso do Preservativo Feminino.....	27
3.3 Instruções de uso do Preservativo Feminino	28
3.4 Programa do Ministério da Saúde	32
3.4.1 Planejamento Familiar.....	32
3.4.2 Programa Nacional de DST/HIV/Aids.....	34
3.5 Educação em Saúde	36
3.6 Gênero, cidadania e saúde sexual e reprodutiva.....	38
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 Referencial teórico.....	42
4.2 Delineamento do estudo	44
4.3 Elaboração, validação e aplicação dos questionários para investigação do conhecimento geral sobre o preservativo feminino.....	44
4.3.1 Local e perfil das participantes do estudo	44
4.3.2 Desenvolvimento da pesquisa	45
4.3.3 Construção do questionário de sondagem	46
4.3.4 Questionário Piloto.....	47
4.3.5 Aplicação dos questionários	48

4.3.6	Elaboração e aplicação do questionário para a verificação da disponibilidade do PF em rede privada	48
4.3.7	Entrevistas	49
4.3.8	Análise dos dados	49
4.3.9	Aspectos éticos	50
5	RESULTADOS	51
5.1	Pesquisa sobre o conhecimento e uso do PF	51
5.1.1	Respostas do primeiro questionário.....	51
5.1.2	Respostas do segundo questionário	56
5.2	Quanto à disponibilidade do PF	61
5.2.1	Relatos dos profissionais dos estabelecimentos que comercializam o Preservativo	63
5.3	Oficina do preservativo feminino	64
5.4	Comentários sobre a pesquisa de disponibilidade do PF.....	68
6	DISCUSSÃO	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
8	ANEXOS	75
8.1	ANEXO 1: Carta de aprovação do Comitê de Ética	75
8.2	ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
8.3	ANEXO 3: Roteiro de Entrevista	81
8.4	ANEXO 4. Cópia do artigo enviado à Revista da área de Saúde Coletiva	82
8.5	ANEXO 5: Questionário 1 – Piloto.....	96
8.6	ANEXO 6: Questionário 2 – Piloto.....	102
8.7	ANEXO 7: Questionário 1	107
8.8	ANEXO 8: Questionário 2	115
8.9	ANEXO 9: Panfleto.....	120
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Preservativo Feminino da marca Prudence Lamour®.	26
Figura 2. Preservativo feminino distribuído pelo MS e da marca Della®.	27
Figura 3: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino da marca Prudence L'amour®.	29
Figura 4: Encarte do preservativo feminino da marca Prudence L'amour®.....	30
Figura 5: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino da marca Della®.	31
Figura 6: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino distribuído pelo Ministério da Saúde.	32
Figura 7: Aprendizagem Significativa – Ausubel, 1978	42
Figura 8: Oficina PF, demonstração da colocação na prótese feminina.....	65
Figura 9: Material utilizado na Oficina sobre o PF realizada em dois Hotéis.....	66
Figura 10: Preservativo Feminino utilizado na Oficina realizada em dois Hotéis.	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas e econômicas das respondentes do estudo habilidade e percepções sobre o PF, 2013	52
Tabela 2: Comportamento sexual, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013.....	53
Tabela 3: Uso e informações sobre o Preservativo Feminino, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013	54
Tabela 4: Realização do teste para HIV/Aids, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013.....	54
Tabela 5: Características da população de estudo segundo conhecimento do preservativo feminino.....	55
Tabela 6: Percepções após uso, estudo sobre habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013.....	57
Tabela 7: Comercialização de preservativos femininos em rede varejista de farmácias e em sex shops segundo Regional Administrativa, Belo Horizonte,2013	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFHC	Health Council of California Family (Conselho de Saúde da Família da Califórnia)
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Female Condom (condom feminino)
FDA	Food and Drug Administration
FHC	Female Health Company
HIV	Human Immunodeficiency virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV	Human Papillomavirus (Papiloma vírus humano)
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PF	Preservativo Feminino
PAM	Plano de Ações e Metas
PM	Preservativo Masculino
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher e da Criança
SDPF	Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

RESUMO

As DSTs estão entre os problemas de Saúde Pública mais comuns em todo o mundo e o Preservativo Feminino (PF) é uma das alternativas que possibilita as relações sexuais protegidas. O objetivo dessa pesquisa foi investigar a habilidade e as percepções da mulher sobre o preservativo feminino a partir de diferentes orientações para o uso, bem como a disponibilidade desse método na rede privada. Um estudo transversal foi realizado com 32 mulheres maiores de 18 anos, sexualmente ativas, funcionárias de três Hotéis, em Belo Horizonte, MG. Para coleta de dados, foram utilizados dois questionários semiestruturados autoaplicáveis, previamente validados por meio de estudo piloto. Após a seleção das participantes, um primeiro questionário de sondagem socioeconômica, escolaridade e comportamento sexual foi aplicado sob a orientação da pesquisadora. Em seguida foram formados 3 grupos e entregues 5 PF para cada uma e solicitado o uso com seus parceiros, durante trinta dias. Os preservativos utilizados neste estudo são os mesmos distribuídos na rede pública. O primeiro grupo recebeu orientações da embalagem do produto, o segundo de um panfleto e o terceiro de um vídeo demonstrativo sobre o uso do PF. Após 30 dias, as participantes preencheram o segundo questionário que abordou a habilidade na colocação do preservativo e as percepções dela e do parceiro sobre o insumo. Das participantes que responderam o segundo questionário e experimentaram o PF verificou-se que mais da metade, 59% (N=19), não conhecia tal insumo. Dessas 19, 8 (42%) disseram ter tido maior habilidade após o uso de uma camisinha, 6 (31,6%) relataram que o material informativo que receberam não foi suficiente para o entendimento da correta colocação do PF, sendo: 3 (50,0%) embalagem, 2 (33,3%) vídeo e 1 (16,7%) panfleto. Das 13 (68,4%) respondentes que consideraram a informação suficiente, 5 (38,5%) se guiaram pelo panfleto, 5 (38,5%) pelo vídeo e 3 (23%) tinham a embalagem. Uma participante quis saber se o PF é acessível e se são encontrados em farmácias. Cinco (26,3%) alegaram a necessidade de buscar outro tipo de informação além das disponibilizadas na pesquisa. Dentre as informações que receberam consideraram importante o passo a passo do processo para a colocação do método. No estudo quanto à disponibilidade do PF na rede privada, constatou-se que 60% (41/68) das unidades de uma rede de farmácias e 12,5% (3/24) dos sex shops comercializam duas marcas. Para muitos profissionais desses dois tipos de estabelecimentos o PF é um produto novo e muitos proprietários não demonstraram interesse em trabalhar com esse produto pela baixa procura. Contudo, o PF é uma alternativa de prevenção, porém para a sua incorporação nas políticas públicas é preciso compreender as limitações e particularidades individuais que justificam sua utilização na busca da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

ABSTRACT

STDs are among the most common public health problems worldwide and the Female Condom (FC) is an alternative that allows the protected sex. The objective of this research was to investigate the ability and perceptions of women on female condom from different guidelines for the use and availability of this method on the private network. A cross-sectional study was conducted with 32 women over 18 years old, sexually active, employees three hotels in Belo Horizonte, MG, Brazil. For data collection, two self-administered semi-structured questionnaire, previously validated through pilot study were used. After the selection of participants, a first questionnaire survey of socioeconomic, educational and sexual behavior was applied under the guidance of the researcher. Then 3 groups were formed and delivered 5 FC for each request and use with their partners, for thirty days. Condoms used in this study are distributed in the same public network. The first group would have the guidance of product packaging, the second of a pamphlet and the third in a demonstration video on using the FC. After 30 days, the participants filled out a second questionnaire that addressed the ability to insert the condom and perceptions of her and her partner on the input. Of the participants who answered the second questionnaire and experienced PF was found that more than half, 59% (N = 19), did not know such input. Nineteen of these, 8 (42%) reported having greater ability after using a condom, 6 (31.6%) reported that they received information material was not sufficient for understanding the proper placement of the FC, as follows: 3 (50.0%) packaging, 2 (33.3%) video and 1 (16.7%) pamphlet. Of the 13 (68.4%) respondents who considered sufficient information, 5 (38.5%) were guided by the pamphlet, 5 (38.5%) for video 3 (23%) had the package. One participant wondered if the FC is available and are found in pharmacies. Five (26.3%) claimed the need to seek other information apart from the data in the survey. Among the information considered important given the step by step process for placing the method. In the study on the availability of FC in private network, it was found that 60% (41/68) of units of a network of pharmacies and 12.5% (3/24) of sex shops sell both brands. For many professionals these two types of establishments FC is a new product and many owners have not shown interest in working with this product for the low demand. However, the FC is an alternative prevention, but for their incorporation into public policies is necessary to understand the limitations and individual characteristics that justify its use in the pursuit of sexual and reproductive health of women.

APRESENTAÇÃO

Ao escolher a Biologia como minha área de formação, interessei-me pela área da prevenção de doenças e, por isso, conclui a licenciatura e o bacharelado em Parasitologia. Iniciei minhas atividades profissionais, ainda estudante, no Laboratório de Leishmanioses no Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR- Fiocruz Minas).

Mantendo o vínculo com CPqRR e em exercício na Fundação Nacional de Saúde, desenvolvi pesquisa de campo, focando problemas sociais relacionados à saúde coletiva e, paralelamente, tive a oportunidade de lecionar Ciências em uma escola estadual, meu primeiro contato com a área de Educação. Tive oportunidade de trabalhar com adolescentes e desta convivência percebi relações familiares conflituosas, o namoro começando, a vivência da sexualidade e o despreparo deles para lidar com as novas situações.

Anos mais tarde, coordenei por quatro anos o Centro de Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/HIV/Aids e mais uma vez a Educação em Saúde foi um importante referencial.

Percebendo a necessidade de discutir o assunto sexualidade e prevenção com um público mais jovem, com a intenção de enfraquecer a cadeia de transmissão das DST/HIV/Aids, foi implantado, nesse serviço, o projeto Adolescente Seguro, cujas oficinas sobre a saúde sexual e reprodutiva eram realizadas com alunos do terceiro ano do ensino médio, para atuarem como multiplicadores junto aos seus pares na sala de aula, em escolas públicas e particulares.

Em virtude de uma parceria institucional, assumi funções no Cefet/Araxá, onde foi proposta a continuidade do trabalho realizado com o projeto Adolescente Seguro. Com o nome de *Proje-teen*, projeto afetivossexual, as oficinas foram ampliadas e discutidos com os jovens temas de interesse dessa faixa etária tais como: relações familiares, identidade, projeto de vida, autoestima, higiene corporal, aparelho reprodutor, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, relacionamento sexual e drogas. O interesse e a participação dos alunos foram consideráveis e com isso, a diretoria sugeriu a inserção do *Proje-teen* na grade escolar, possibilitando o encontro com os alunos duas vezes por semana em cada turma dos quatro cursos técnicos.

Com a intenção de enriquecer meus estudos, uma vez que ao exercer as atividades com os alunos senti necessidade de aprofundar conhecimentos, pensei na

possibilidade de fazer o mestrado. De volta ao CPqRR, integrei-me à equipe da Dra. Virgínia Schall, no Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente – Laesa, iniciando um projeto de sexualidade em escolas públicas, junto a um grupo de estudos do laboratório.

Ao término do projeto e sendo aprovada no mestrado, discutiu-se a ideia de investigar a disponibilidade do Preservativo Feminino (PF) na rede pública e privada e as orientações disponibilizadas às mulheres para o correto uso desse método.

Após revisão na literatura sobre esse tema, vários questionamentos surgiram como, por exemplo: a distribuição do PF pelo Ministério da Saúde (MS) é simplesmente a entrega do insumo desacompanhada de uma ação educativa? As orientações da embalagem seriam suficientes para o correto uso do preservativo? Se a distribuição do PF é baseada em critérios de vulnerabilidade pelo MS, onde as mulheres não contempladas pelo Programa poderiam consegui-lo?

Destacou-se, como objetivo principal, investigar a habilidade e as percepções da mulher sobre o preservativo feminino a partir de diferentes orientações para o uso.

O estudo foi desenvolvido em duas fases, concomitantemente. A primeira fase configurou-se na análise das percepções de mulheres sobre o PF e a segunda fase refere-se à disponibilidade, ou seja, a comercialização do PF na rede privada, sendo as farmácias e os sex shops os locais pesquisados. Os resultados se apresentam em tabelas e categorias extraídas das principais percepções das mulheres no primeiro estudo e dos atendentes e proprietários dos estabelecimentos que comercializam o PF.

1 INTRODUÇÃO

Alguns dos termos utilizados no decorrer deste texto serão descritos a seguir para facilitar a compreensão teórico-conceitual na qual se baseia este estudo. São eles: habilidade, percepção, demanda e acesso.

Habilidade é a capacidade do indivíduo de saber como fazer algo ou aplicar e fazer uso produtivo do conhecimento adquirido. A definição mais comum sobre habilidade é a de que um indivíduo pode buscar em suas experiências anteriores, informações ou princípios, e técnicas apropriadas para examinar e solucionar um problema qualquer. As habilidades podem ser classificadas como intelectuais, quando abrangerem essencialmente processos mentais de organização e reorganização de informações e como motoras ou manipulativas. As habilidades são adquiridas, exclusivamente, na ação, na prática, pela experiência (SANTOS, 2012).

Percepção, de acordo com Gispert e Matos (1999), é um processo psicológico complexo através do qual o indivíduo tem consciência das suas impressões sensoriais e adquire conhecimento da realidade. É um mecanismo de aquisição da informação através da integração estruturada dos dados que procedem dos sentidos; em virtude dessa integração, o indivíduo capta os objetos.

Segundo Iunes (1995), a demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias.

Acesso que é um conceito complexo que varia entre autores e muda ao longo do tempo de acordo com o contexto, é apresentado de forma abrangente por Donabedian (1973) que emprega o substantivo acessibilidade e define como *“um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”*. Tal conceito é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Foram identificados quatro dimensões da acessibilidade: i) Dimensão geográfica refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. ii) Dimensão organizacional refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada - demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e

contrarreferência. iii) Dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. iv) Dimensão econômica refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento (AZEVEDO & COSTA, 2010).

1.1 A contracepção e a prevenção

O preservativo feminino, também conhecido no Brasil como *camisinha* e *condom*¹, é uma versão do preservativo masculino, considerado método contraceptivo de barreira.

São denominados métodos de barreira aqueles que evitam a gravidez, impedindo a ascensão dos espermatozoides até o útero. Esses métodos constituem obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. São eles: diafragma, preservativo masculino, preservativo feminino e espermicida.

Ao longo da história deparamos com uma grande diversidade de práticas contraceptivas, que possibilitaram às mulheres o controle sobre o número de filhos e o momento de tê-los. Tais práticas adotadas variaram na história, de acordo com diferentes culturas e dependeram do estímulo e valorização que a sociedade conferiu a cada método contraceptivo (ROUSSELE, 1984). Diferentes métodos foram utilizados por mulheres, sendo que alguns colocaram sua saúde em risco ao serem usados no corpo feminino (KALCKMANN, 2013). As egípcias, desde 1850 a.C., usaram fezes de crocodilos (por possuírem pH alcalino, como os espermicidas modernos), gomas e uma mistura de mel e bicarbonato de sódio, colocadas em suas vaginas para bloquear ou matar os espermatozoides. Na Grécia antiga, as mulheres usavam tampões de confecção caseira com ácido tânico. Em Atenas, por volta de 500 a.C., eram utilizados unguentos à base de chumbo (SOUZA *et al.*, 2008).

Outros exemplos de práticas contraceptivas são demonstrados na literatura, tais como o uso de rolhas de argila por chinesas da dinastia Hia, sudanesas e maias. No

¹ *Condom* seria uma transcrição do verbo latino *condare* (esconder ou proteger). Poderia também ter surgido do vocábulo latino *condus* (receptáculo), uma derivação do persa que quer dizer “vaso comprido de armazenamento, feito de intestino de animal” (Lopes, 2003).

Japão antigo, prostitutas introduziam esponjas do mar, polpa de romã ou figos, macerados de variadas folhas e películas de bambu, embebidas em óleo. (ANKRAH *et al.*, 1998).

O precursor do diafragma, um capuz cervical de látex, foi criado em 1838 por Frederick Adolphe Wilde. Registros antigos indicam artefatos semelhantes produzidos com diferentes materiais como, marfim, prata, ouro e borracha. O diafragma foi descrito pela primeira vez em 1880 pelo médico alemão Hasse, tendo sido bastante difundido na Holanda e Alemanha, no final do século XIX (POPULATION REPORTS, 1985).

Um protótipo da camisinha masculina foi criado em 1564 pelo médico italiano Gabrielle Fallopio. No século XIX, o uso do preservativo era restrito, o custo era alto e o acesso era difícil para classes sociais baixas. Na maioria das vezes, ele era usado, lavado, seco e reutilizado (SOUZA *et al.*, 2008).

Até meados do século XIX, os preservativos masculinos eram relativamente caros, pouco confortáveis e de produção limitada. Em 1839, com a descoberta do processo da vulcanização² da borracha, o preservativo masculino passou a ser produzido em látex e em quantidades maiores, reduzindo, conseqüentemente, o seu preço. Na Segunda Guerra Mundial, o preservativo masculino ganhou status entre os soldados, o que contribuiu para ampliar ainda mais o seu uso. Porém, na década de 1960, o preservativo masculino perdeu importância, devido aos movimentos de liberalização sexual e libertação da mulher, bem como o surgimento da pílula anticoncepcional, que puseram a camisinha em segundo plano. Em paralelo, a sífilis e a gonorreia passaram a ser tratadas com facilidade enquanto a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU) permitiram uma contracepção muito eficaz (LOPES, 2003).

O preservativo feminino foi desenvolvido no final dos anos 1980, por Lasse Hessel, médica dinamarquesa que acreditava que tal insumo poderia facilitar a negociação do uso do preservativo, uma vez que ficaria sob o controle das mulheres. A sua versão moderna foi colocada no mercado suíço em 1992 (KALCKMANN, 2006).

No final da década de 1980 no Brasil, com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) o uso do preservativo masculino foi recomendado nas diretrizes do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde (PNDST/Aids/MS) (BRASIL, 2007). De 1992 até início de 2000, verificou-se um período caracterizado pelo aumento do número de casos de transmissão do HIV, por exposição heterossexual e destaque nos casos do sexo feminino

² A Vulcanização é o tratamento da borracha bruta com enxofre, submetida a intenso calor, o que faz com que se transforme num material elástico resistente (Lopes, 2003).

(TRINDADE & SCHIAVO, 2001). Em virtude do novo cenário, a partir de 2000, o preservativo feminino (PF) também passou a ser adotado pelo MS como estratégia de prevenção, a fim de reduzir a propagação da epidemia entre as mulheres e ampliar as opções de proteção (BARBOSA & PERPÉTUO, 2009). Trindade e Schiavo (2001) complementam que as ações de prevenção são necessárias a fim de produzir mudanças de atitudes e práticas, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

1.2 Preservativo Feminino – um direito

As DSTs estão entre os problemas de Saúde Pública mais comuns em todo o mundo, pois em ambos os sexos tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a Aids, além de terem relação com a mortalidade materna infantil. Sendo o preservativo feminino um meio seguro para a prevenção, é preciso que os profissionais estejam bem informados sobre o método para repassar com segurança as informações à clientela que tem o direito de conhecer e decidir o que é melhor para si (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Em uma sociedade com desigualdade nas relações de gênero, onde a violência, coerção e dependência econômica dificultam ou mesmo impossibilitam a mulher de negociar o uso do preservativo masculino, esse método pode ser inadequado ou inviável. Mas por ser um método de dupla proteção, gravidez e DST/HIV/Aids, o preservativo possibilita as relações sexuais protegidas. Todavia, a dependência da opinião do parceiro afeta o direito da mulher de livre escolha quando ele não aceita utilizá-lo. Com isso, cresce a necessidade de disponibilização do preservativo feminino na rede pública de saúde, como forma de ampliar as possibilidades de proteção da população feminina e diminuir a desigualdade entre os sexos (OLIVEIRA, *et al.*, 2008).

Sexo seguro significa a atividade sexual sem penetração, como masturbação, “*sexo nas coxas*” (onde o pênis não penetra a vagina ou o reto), carícias, massagem ou beijos. É seguro também com o uso de barreira, como o preservativo masculino ou feminino, durante o sexo vaginal ou anal, para impedir a entrada de DST/HIV/Aids. E praticar sexo sem proteção quando ambos os parceiros sabem que não são portadores de DSTs e não correm risco de infecção por sangue infectado, uso de drogas injetáveis ou transfusões de sangue contaminado (BVSMS, sd).

Há quem acredite que as mulheres que tentam inserir o preservativo na relação para garantir o sexo seguro são preparadas demais para o sexo, desconfiam de infidelidade do parceiro, são infiéis ou estão infectadas pelo HIV. Várias são as

dificuldades de as mulheres negociarem práticas sexuais mais seguras, devido às diferenças de poder entre os sexos. Essas diferenças colocam as mulheres em desvantagem sexual com relação à sua autoproteção (VIEIRA *et al.* 2004) o que será melhor discutido mais adiante.

Dados de 2003 do Ministério da Saúde revelam que a epidemia da Aids cresceu nove vezes mais entre as mulheres, que, em geral, são casadas ou que têm parceiro fixo ou mantêm uma relação afetiva estável. Essa realidade se estabeleceu graças à subordinação feminina a um modelo de relacionamento em que o homem governa a relação afetiva e sexual, bem como tudo que a cerca: significados, valores, obrigações e papéis (AMARO, 2005).

É sabido que independente das estratégias que empregamos para o incentivo ao uso de preservativos, existem pessoas ou relações de parceria que não irão adotá-los consistentemente e às vezes nunca. Vários motivos levam a não adesão ao preservativo: pessoas que não enxergam a possibilidade de risco; outras que querem adotar a prevenção, mas não conseguem realizar uma mudança de atitude; parcerias que optam por não usarem o preservativo devido a pactos e contratos que fazem; existem também pessoas que querem viver o risco (YAMAÇAKE *et al.*, 2011).

Uma investigação de Campos, Schall e Nogueira (2013) sobre o uso dos preservativos pelos escolares brasileiros revela que, apesar do entendimento de que o uso do preservativo, masculino ou feminino, é a única forma de evitar as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids, é preocupante o total de 24,1% dos escolares entrevistados ativos sexualmente, que disseram não ter usado preservativo na última relação sexual.

Todas essas dificuldades afetam os indivíduos que compõem a nossa sociedade e tais fatores não são contemplados nem valorizados nos treinamentos de profissionais, nas informações priorizadas como centrais nos programas de prevenção. Segundo Paiva (2002), trabalhar com outra ideia de indivíduo, o sujeito-cidadão, é encarar a proposta para uma interação e não de um mero consumidor de serviços e produtos (preservativo). Uma proposta a ser negociada, adaptada, comunicada e não imposta ou ordenada. O indivíduo-cidadão compartilha direitos e responsabilidades como alguém que se pensa como parte de um contexto maior, sobre o qual exerce influência, colocando-se como agente e sujeito de suas ações. É estimulado a progredir, melhorar sua qualidade de vida, ao mesmo tempo em que se pensa como parte de uma comunidade mais ampla.

Segundo Chauí (1998), ter direitos é também ter poder. Portanto, um direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado. Para as mulheres, a condição de

construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais significa romper com a ausência de autonomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso dos seus próprios corpos. Desse modo, todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens (ÁVILA, 2003).

Constatando a realidade vivenciada pelas mulheres, as vulnerabilidades a que estão expostas vimos a necessidade de desenvolver este estudo científico, para aprofundar a compreensão sobre as questões que envolvem a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e as alternativas disponíveis na rede pública de saúde.

Verificou-se que a distribuição do Preservativo Feminino pelo Ministério da Saúde teve início em 2000 com as políticas de prevenção às DST/HIV/Aids. O incentivo a esse método é uma estratégia que possibilita a ampliação das opções de proteção feminina, por ser um dispositivo de prevenção sob controle da mulher, para o cuidado com a sua saúde sexual e reprodutiva.

A adesão ao uso do PF envolve aspectos de naturezas diversas e complexas, que implicam em mudanças de valores, atitudes e relações de poder. No entanto, um investimento fundamental, foco deste estudo, é a compreensão da realidade vivida pelas reais e potenciais usuárias do PF, para subsídio ao aperfeiçoamento das políticas de saúde e das ações educativas, que possam contribuir para a efetividade do uso deste importante insumo de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O estudo objetivou investigar a habilidade e as percepções da mulher quanto ao uso do preservativo feminino a partir de diferentes informações.

2.2 Objetivos Específicos

Investigar o conhecimento sobre o PF;

Analisar a apreensão de três diferentes tipos de informações sobre o uso do PF;

Analisar as percepções das participantes quanto às vantagens, desvantagens e dificuldades no uso do PF;

Verificar a disponibilidade do PF na rede privada.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Histórico e descrição do Preservativo Feminino

O preservativo é um método contraceptivo não medicamentoso e seguro, pois, além da ação anticoncepcional previne as DST/HIV/Aids, sendo por isso considerado método de dupla proteção (SANTOS *et al.*, 2005; BANDEIRA & DIÓGENES, 2006; BRASIL, 2007).

Possui cobertura macia, é mais resistente que o masculino, feito em duas versões, de poliuretano e borracha nitrílica (látex) (ONUSIDA, 1998).

A primeira versão do condom feminino, o FC1 (female condom – FC, ou FC1) foi desenvolvida no final de 1980, por uma equipe de dinamarqueses. Foi produzido originalmente como um tubo de poliuretano fino, resistente, transparente, pré-lubrificado, tendo cerca de 17 cm de comprimento e 7,8 cm de largura. Possui dois anéis flexíveis e um deles fica solto dentro do tubo para ajudar sua inserção e fixação junto ao colo do útero (BARBOSA *et al.*, 2011). A matéria prima dessa primeira versão, o poliuretano, é antialérgica, não apresenta fragilidade no contato com lubrificantes de base oleosa ou aquosa (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Em 1992, a empresa norte-americana Female Health Company (FHC) passou a comercializá-lo com o nome de Femidom. Em 1993, a Food and Drug Administration (FDA) aprovou sua comercialização nos Estados Unidos, onde passou a ser chamado de Reality.

No Brasil, o FC1 também foi comercializado como Reality a partir de dezembro de 1997, ano em que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou seu registro para comercialização. Este modelo esteve disponível no mercado de 142 países e parou de ser fabricado no final de 2009, quando foi substituído pelo FC2 (BARBOSA *et al.*, 2011).

O FC2 foi desenvolvido pela FHC com um design muito semelhante ao FC1, com aprimoramentos técnicos que aumentaram sua aceitabilidade, devido, por exemplo, à redução do barulho que ocorria com a anterior durante o ato sexual. Esse modelo, produzido com látex sintético (borracha nitrílica) passou a ser comercializado no Brasil em março de 2009 (BARBOSA *et al.*, 2011).

A DKT³ é a representante no Brasil da Medtech, empresa que fabricava o PF Prudence *L'amour*. Essa versão do PF, ilustrado na Figura 1, traz uma esponja de poliuretano em seu interior para facilitar sua inserção e manutenção durante a relação sexual. Possui a abertura em forma octogonal, cujo material é mais rígido, não flexível, que ajuda a mantê-lo posicionado.



Figura 1. Preservativo Feminino da marca Prudence Lamour®.
Fotógrafo: João Estabile CPqRR/ FIOCRUZ

O preservativo feminino *L'amour*®, primeiro PF de látex do Brasil lançado pela DKT, tem como principais vantagens apontadas por um estudo realizado pelo Conselho de Saúde da Família da Califórnia (CFHC) a facilidade na colocação e na retirada, o conforto, pois não compromete a sensibilidade, não tem cheiro forte e não faz barulho durante a relação. As instruções que acompanham o produto são claras e de fácil entendimento. Além disso, o preço é acessível. A embalagem com duas unidades custa em média 40% menos do que os preservativos femininos de poliuretano. Sua comercialização foi autorizada pela Vigilância Sanitária em 2006 (OLIVEIRA *et al.*, 2008; UNFPA, 2011). A Prudence fabrica o PF em poliuretano e também em borracha nitrílica (látex).

A Figura 2 ilustra o PF distribuído pelo MS. É fabricado em borracha nitrílica cujo anel interno é feito de poliuretano, necessário para auxiliar na colocação da camisinha dentro da vagina e mantê-la no lugar. Esse modelo é o mesmo da marca Della®, comercializada no Brasil.

³ DKT - o nome foi escolhido em homenagem ao indiano **Dharmindra Kumar (Deep) Tyagi**, pioneiro na comissão de Planejamento Familiar da Índia nos anos de 1960.



Figura 2. Preservativo feminino distribuído pelo MS e da marca Della®.

Fotógrafo: João Estabile, CPqRR/FIOCRUZ.

3.2 Pressupostos para o uso do Preservativo Feminino

No Brasil, a maioria das mulheres em idade reprodutiva assume a responsabilidade pelas práticas contraceptivas, com preferência por métodos que não necessitam da participação masculina, como a pílula anticoncepcional e a esterilização cirúrgica feminina. Culturalmente, a pouca adesão das mulheres aos outros métodos ainda depende da aprovação dos maridos ou dos companheiros (CARVALHO *et al.*, 2000) e, no caso do PF, o envolvimento dos parceiros influencia no seu uso por parte da mulher (SANTOS *et al.*, 2005).

Algumas vantagens do preservativo feminino é que ele pode ser inserido horas antes da relação sexual e pode melhorar a proteção em situações onde o consumo de álcool ou droga reduz possibilidade da utilização do preservativo (ONUSIDA, 1998).

Estudos sobre o preservativo feminino e a Aids realizados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids (ONUSIDA, 1998), mostram que as mulheres são cerca de quatro vezes mais vulneráveis que os homens às doenças de transmissão sexual, incluindo o HIV, isto porque, o sêmen e outros fluidos sexuais contêm uma maior quantidade de vírus do que os fluidos vaginais. Além disso, a área genital feminina exposta a estes fluidos é maior do que a dos homens.

Não existem condições que limitam o uso do preservativo feminino, porém é mais aceito por mulheres que conheçam seu corpo e tenham domínio sobre a forma correta de colocá-lo. Para isso, é importante a orientação, pois as principais barreiras ao uso são dificuldades de manuseio, desconforto e barulho durante a relação sexual (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A reutilização do preservativo feminino após lavagem e lubrificação é uma possibilidade que está sendo considerada cuidadosamente (POTTER *et al.*, 2003). Entretanto as avaliações realizadas em laboratório podem não representar o risco real de deterioração do preservativo na sua reutilização pelas mulheres em suas residências (MAGALHÃES *et al.*, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As dificuldades no manuseio do método, associadas à menor aceitabilidade do preservativo feminino, são superadas com a continuidade do uso e para isso, sugere-se que as mulheres usem no mínimo três vezes antes de se decidir se gostam ou não. Este fato aponta para a importância do apoio educativo e do acompanhamento das mulheres, especialmente no período inicial de uso. Aceitabilidade é definida como a probabilidade de usar e se manter usando o insumo (BERQUÓ & BARBOSA, KALCKMANN, 1999; KALCKMANN *et al.*, 1999; MAGALHÃES *et al.*, 2003).

3.3 Instruções de uso do Preservativo Feminino

As instruções apresentadas na embalagem do PF são importantes para orientar e facilitar o seu uso. Por isso, devem conter ilustrações e informações que possam ser compartilhadas e entendidas por um número ampliado e variado de mulheres. Porém, a qualidade e objetividade das instruções de uso oferecidas são diferentes, dependendo do fabricante de cada PF: As instruções de uso do PF Prudence, por exemplo, são fornecidas na embalagem (Figura 3) e por meio de um folheto explicativo que acompanha o produto (Figura 4).

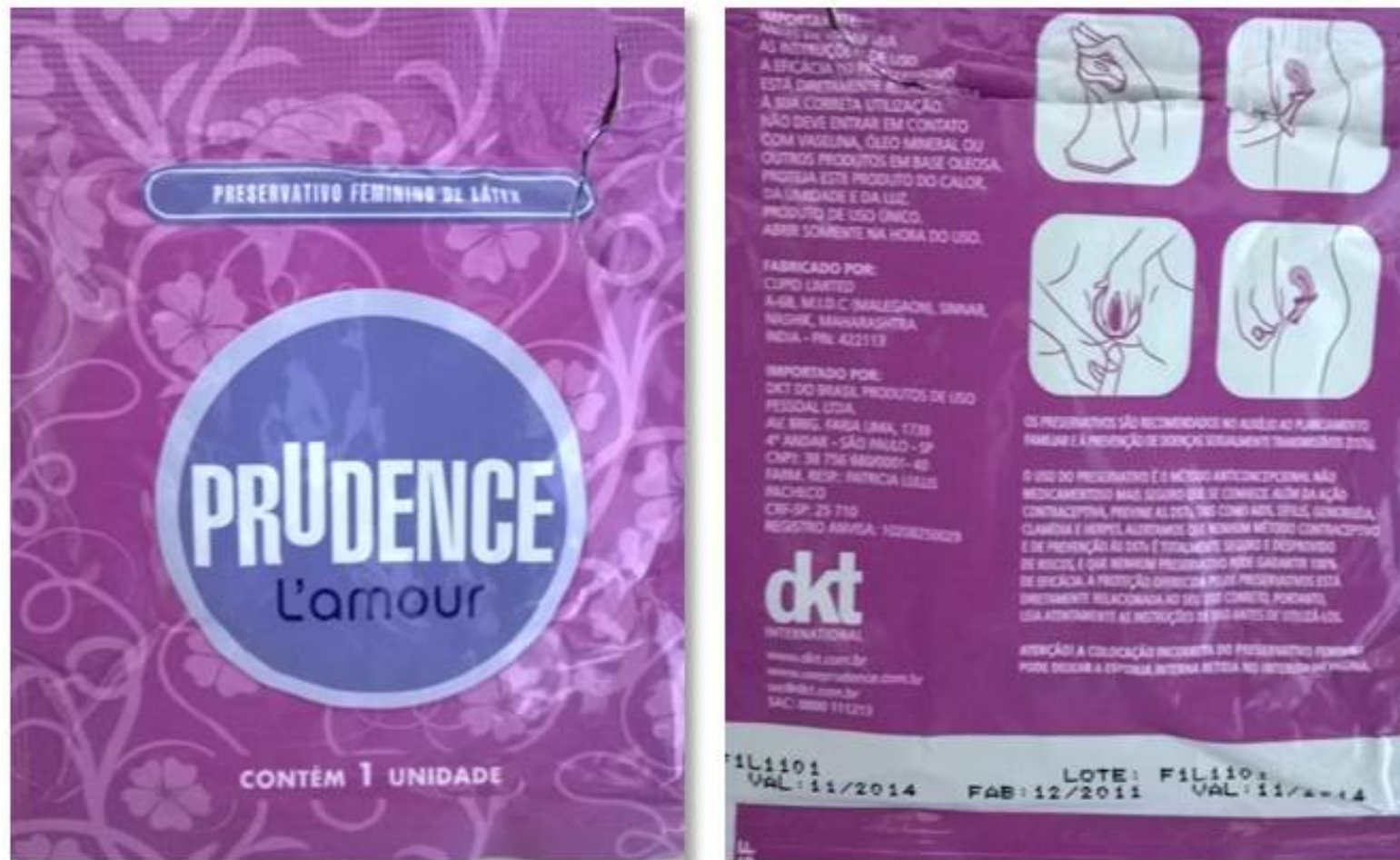


Figura 3: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino da marca Prudence L'amour®.
Fotógrafa: Cláudia Paiva

RECOMENDAÇÕES

- PRODUTO DE USO ÚNICO. USE UM NOVO PRESERVATIVO A CADA RELAÇÃO SEXUAL. JAMAIS REUTILIZE UM PRESERVATIVO.
- NÃO USE OS PRESERVATIVOS MASCULINO E FEMININO JUNTOS, POIS O ATRITO ENTRE ELAS DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL PODE CAUSAR DESLOCAMENTO E ROMPIMENTO DOS MESMOS.
- O USO NÃO VAGINAL DE PRESERVATIVOS PODE AUMENTAR OS RISCOS DE OS MESMOS DESLIZAREM OU SEREM DANIFICADOS.
- PROTEJA ESTE PRODUTO DO CALOR, DA UMIDADE E DA LUZ.
- NÃO GUARDE O PRESERVATIVO EM LOCAIS ONDE POSSA SOFRER PRESSÃO OU ATRITO, COMO NO BOLSO OU NA CARTEIRA, POIS ISTO PODE DANIFICÁ-LO.
- NÃO UTILIZE O PRODUTO COM A DATA DE VALIDADE VENCIDA.
- NÃO REMOVA A ESPONJA INTERNA, POIS ELA AJUDA A MANTER O PRESERVATIVO CORRETAMENTE POSICIONADO DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL. O USO DO PRESERVATIVO SEM A ESPONJA COMPROMETERÁ A SUA PROTEÇÃO E A DE SEU PARCEIRO.
- NÃO DESCARTE O PRESERVATIVO NO VASO SANITÁRIO. ENVOLVA-O EM PAPEL E JOGUE-O NO LIXO.
- NÃO USE O PRESERVATIVO COM PRODUTOS EM BASE OLEOSA, VASELINA, ÓLEO MINERAL E OUTROS DERIVADOS DE PETRÓLEO. ESTES SÃO INCOMPATÍVEIS COM O LÁTEX E PODEM DANIFICÁ-LO FACILITANDO A RUPTURA DO PRESERVATIVO.
- CASO DESEJE LUBRIFICAÇÃO ADICIONAL RECOMENDAMOS O USO DE LUBRIFICANTES ÍNTIMOS À BASE DE ÁGUA, COMO O PRUDENCE GEL.
- NOS CASOS EM QUE MEDICAMENTOS DE APLICAÇÃO NO PÊNIS OU NA VAGINA TENHAM SIDO UTILIZADOS, CONSULTE SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO SOBRE A COMPATIBILIDADE DESTES COM OS PRESERVATIVOS DE LÁTEX.
- PRODUTOS QUE CONTÊM LÁTEX, COMO ESTE PRESERVATIVO, PODEM CAUSAR REAÇÕES ALÉRGICAS EM ALGUNS USUÁRIOS. CASO OCORRA IRRITAÇÃO EM QUALQUER UM DOS PARCEIROS, O USO DEVERÁ SER DESCONTINUADO. PERSISTINDO OS SINTOMAS, CONSULTE SEU MÉDICO.
- OBSERVANDO QUALQUER ALTERAÇÃO NO PRESERVATIVO (EMBALAGEM, COR, AROMA, TEXTURA, ESPESURA, FORMATO, LUBRIFICANTE, ETC.), NÃO O UTILIZE.

FABRICADO POR:

CUPID LIMITED
A-68, M.I.D.C (MALEGAON), SINNAR, NASHIK,
MAHARASHTRA, INDIA - PIN: 422113

IMPORTADO POR:

DKT DO BRASIL PRODUTOS DE USO PESSOAL LTDA.
AV. BRIG. FARIA LIMA, 1739, 4º ANDAR - SÃO PAULO - SP
CNPJ: 38 756 680/0001-40

FARM. RESP.: PATRICIA LULLIS PACHECO

CRF-SP: 25 710

REGISTRO ANVISA: 10208250029

dk
t
INTERNATIONAL

www.dkt.com.br

www.useprudence.com.br

sac@dk.com.br

SAC: 0800 111213

PRESERVATIVO FEMININO DE LÁTEX

PRUDENCE
L'amour

INSTRUÇÕES DE USO

OS PRESERVATIVOS SÃO RECOMENDADOS NO AUXÍLIO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E À PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs).

O USO DO PRESERVATIVO É O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NÃO MEDICAMENTOSO MAIS SEGURO QUE SE CONHECE. ALÉM DA AÇÃO CONTRACEPTIVA, PREVINE AS DSTs, TAIS COMO AÍDS, SÍFILIS, GONORRÉIA, CLAMÍDIA E HERPES. ALERTAMOS QUE NENHUM MÉTODO CONTRACEPTIVO E DE PREVENÇÃO ÀS DSTs É TOTALMENTE SEGURO E DESPROVIDO DE RISCOS, E QUE NENHUM PRESERVATIVO PODE GARANTIR 100% DE EFICÁCIA. A PROTEÇÃO OFERECIDA PELOS PRESERVATIVOS ESTÁ DIRETAMENTE RELACIONADA AO SEU USO CORRETO. PORTANTO, LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES DE USO ANTES DE UTILIZÁ-LOS.

ATENÇÃO! A COLOCAÇÃO INCORRETA DO PRESERVATIVO FEMININO PODE DEIXAR A ESPONJA INTERNA RETIDA NO INTERIOR DA VAGINA.



ANTES DO ATO SEXUAL

ABRA O ENVELOPE QUE CONTÉM O PRESERVATIVO FEMININO SOMENTE NA HORA DO USO E DE MANEIRA DELICADA, SEGURANDO-O FIRMEMENTE COM AS MÃOS E RASGANDO-O A PARTIR DA EXTREMIDADE NO SENTIDO VERTICAL. NÃO UTILIZE OBJETOS CORTANTES, AFIADOS OU PONTIAGUDOS PARA ABRIR O ENVELOPE. **FIGURA 1.**

COLOCAR O PRESERVATIVO FEMININO ANTES DE QUALQUER CONTATO GENITAL OU PENETRAÇÃO. ISSO AJUDA A EVITAR O CONTÁGIO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ATRAVÉS DAS SECREÇÕES LIBERADAS PELO CORPO ANTES DO ATO SEXUAL. O ANEL EXTERNO DO PRESERVATIVO FEMININO COBRE A ÁREA EXTERNA DA VAGINA. A ESPONJA INTERNA É USADA PARA A INSERÇÃO E PARA AJUDAR A SEGURÁ-LO NO LUGAR DURANTE A RELAÇÃO. **FIGURA 2.**

SEGURE O PRESERVATIVO FEMININO PELA EXTREMIDADE FECHADA, PEGUE A ESPONJA INTERNA E APERTE-A COM O POLEGAR E O INDICADOR TORNANDO-A ALONGADA E ESTREITA. **FIGURA 3.**

ESCOLHA UMA POSIÇÃO QUE SEJA CONFORTÁVEL PARA A INSERÇÃO, AGACHADA, COM UMA PERNA LEVANTADA, SENTADA OU DEITADA. INTRODUZA SUAVEMENTE A ESPONJA INTERNA NA VAGINA. ATENÇÃO PARA NÃO INTRODUIR O PRESERVATIVO FEMININO PELO LADO AVESSO. A ESPONJA INTERNA DEVE PERMANECER SEMPRE NO INTERIOR DO PRESERVATIVO FEMININO. **FIGURA 4.**

COLOQUE O DEDO INDICADOR POR DENTRO DO PRESERVATIVO FEMININO E EMPURRE A ESPONJA INTERNA ATÉ O FUNDO DA VAGINA. CERTIFIQUE-SE QUE O PRESERVATIVO NÃO ESTEJA RETORCIDO. **FIGURA 5.**

O ANEL EXTERNO DEVE PERMANECER DO LADO DE FORA DA VAGINA. O PRESERVATIVO FEMININO ESTÁ AGORA NO LUGAR E PRONTO PARA USO COM SEU PARCEIRO. CERTIFIQUE-SE QUE O PÊNIS DO SEU PARCEIRO NÃO ENTRE PELAS LATERAIS, ENTRE O PRESERVATIVO FEMININO E A PAREDE DA VAGINA. COM AS SUAS MÃOS GUIE O PÊNIS DO SEU PARCEIRO PARA DENTRO DA ABERTURA DO PRESERVATIVO FEMININO. **FIGURA 6.**

APÓS O ATO SEXUAL

PARA REMOVER O PRESERVATIVO FEMININO TORÇA O ANEL EXTERNO, ASSEGURANDO QUE O ESPERMA NÃO VAZE, E SUAVEMENTE PUXE-O PARA FORA DA VAGINA. **FIGURA 7.**

NÃO DESCARTE O PRESERVATIVO FEMININO NO VASO SANITÁRIO. **FIGURA 8.**

JOGUE O PRESERVATIVO FEMININO NO LIXO. **FIGURA 9.**

Figura 4: Encarte do preservativo feminino da marca Prudence L'amour®.
Fotografia: João Estábil

As instruções de uso da camisinha feminina da marca Della® são semelhantes às da camisinha feminina distribuída pelo MS, sendo apresentadas no verso da embalagem (Figuras 5 e 6) e nenhum outro informativo que possa orientar seu uso.



Figura 5: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino da marca Della®.
Fotógrafo: João Estáble

De forma semelhante, o PF distribuído pelo MS tem instruções apenas no verso da embalagem (figura 6).



Figura 6: Frente e verso da embalagem do preservativo feminino distribuído pelo Ministério da Saúde.

Fotógrafo: João Estábile

3.4 Programa do Ministério da Saúde

3.4.1 Planejamento Familiar

Planejamento familiar é o conjunto de ações de educação em saúde, nas quais são oferecidos todos os recursos para a concepção e anticoncepção. O direito de planejar o número de filhos implica no adequado acesso a métodos para todas as pessoas em idade reprodutiva, de acordo com suas necessidades e expectativas. Garantir o acesso significa oferecer a possibilidade de escolha do método que melhor atenda às necessidades de cada pessoa ou casal, entre uma variedade de métodos que sejam considerados seguros, eficazes e a um custo acessível (UNFPA, 2008).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado e implementado em 1983 dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), foi fruto da participação social das mulheres no Brasil. O PAISM inclui ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade, controle do câncer do colo de útero e de mama e controle das doenças sexualmente transmissíveis, as DSTs (SANTOS *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2006).

Atualmente, são várias as alternativas contraceptivas colocadas à disposição das mulheres entre 10 a 49 anos que representam 65% da população feminina em idade reprodutiva (BRASIL, 2011). Aquelas que fazem uso de um ou mais métodos podem planejar o número de filhos de acordo com suas necessidades, podendo também se dedicar a seu desenvolvimento intelectual e profissional. Prevenir gestações não desejadas reduz o recurso ao aborto. Estima-se que 68 mil mulheres morram todos os anos em decorrência de aborto inseguro e outros 5,3 milhões de mulheres fiquem com sequelas. Em todo o mundo 90% dessas mortes e sequelas poderiam ser evitadas se tivessem acesso a métodos efetivos de anticoncepção (UNFPA, 2008).

Outra atividade oferecida pelo SUS, o Programa de Planejamento Reprodutivo, é realizado no nível básico de saúde e constitui uma das ações implementadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando oferecer às mulheres métodos contraceptivos que incluem: hormonais orais e injetáveis, métodos de barreira e o Dispositivo Intrauterino (DIU), bem como a orientação e encaminhamento para a esterilização voluntária masculina e feminina. No entanto, no Brasil há uma predominância do uso da pílula e da esterilização cirúrgica (COSTA *et al.*, 2006; ALBUQUERQUE & VILLELA, 2011).

O MS ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis no SUS, como os de barreira (preservativo, diafragma e espermicida); hormonais (oral e injetável); DIU e laqueadura (esterilização feminina), reafirma a autonomia e a liberdade de escolha para as usuárias do planejamento familiar, como informa o texto a seguir:

*“Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. (Ministério da Saúde, 1999 apud COSTA *et al.*, 2006.p.3)*

Numa pesquisa nacional (UNFPA, 2008) verificou-se que o PF, método pouco disseminado, é conhecido por mais de 89% das mulheres. Quando indagadas sobre o uso de algum método no momento da pesquisa, 80,6% das mulheres com parceiros fixos responderam positivamente sendo os recursos mais citados: esterilização (29%), pílula (25%), camisinha (12%), vasectomia do companheiro (5%), injeção hormonal (4%), coito interrompido (2%), DIU (2%), tabelas (1%), implante (0,1%) e 19,4% não estavam usando qualquer método. No grupo daquelas sem parceiro fixo e com experiência sexual a porcentagem que não utilizava nenhum método no momento da pesquisa chegou a 25%. Entre aquelas que declararam fazer uso de algum método (75% do total), foram citados: pílula (30%), camisinha masculina (26%), esterilização feminina (11%), injeção (4%), DIU (1,3%), coito interrompido (1%), tabela (0,6%), implante (0,4%), esterilização masculina e pílula do dia seguinte (0,1%).

Comparando os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 1996 com os de 2006, constatou-se que não só as mulheres estão praticando mais a contracepção como também está ocorrendo uma mudança de métodos utilizados e no padrão de comportamento anticonceptivo, inclusive com maior participação dos homens. Confirma esta tendência o aumento do uso da camisinha masculina de 4% para 12% no grupo das mulheres com parceiros fixos e de 11% para 26% no das mulheres sem parceiros fixos com experiência sexual. Isto devido aos esforços de políticas públicas na área de planejamento familiar e direitos reprodutivos para ampliar o acesso e aumentar a adesão a métodos contraceptivos (UNFPA, 2008).

3.4.2 Programa Nacional de DST/HIV/Aids

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/HIV/Aids, tomou a iniciativa de incorporar a distribuição do preservativo feminino em suas políticas de prevenção às DST/HIV/Aids em 2000. Para isso foi elaborado um conjunto de diretrizes visando orientar a distribuição do método que ficou conhecido como Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino - SDPF, (PERPÉTUO *et al.*, 2005).

A SDPF envolveu fundamentalmente cinco aspectos: 1) visão do preservativo feminino como tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres; 2) oferta acompanhada de ação educativa; 3) sistema de logística adequado às necessidades locais; 4) mecanismos de acompanhamento que permitissem seu monitoramento; 5) acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade.

O acesso ao insumo foi baseado em critérios de vulnerabilidade, a saber: profissionais do sexo; mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual; mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos; mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis; mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção à saúde da mulher (BARBOSA *et al.*, 2009).

Estavam previstas pela SDPF ações educativas na sistemática de distribuição como condição fundamental do sucesso da iniciativa e com isso, a preparação dos serviços e profissionais de saúde para fornecer suporte à mulher. Foram realizadas oficinas em todas os Estados brasileiros, com participação de profissionais das coordenações estaduais de DST/HIV/Aids e de Programas como – Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, assim como representantes de Organizações Não Governamentais (ONG) e de municípios selecionados com base em sua experiência de trabalho com HIV/Aids, situação epidemiológica e densidade demográfica locais. Após o momento inicial de implantação, o Ministério da Saúde continuou, em 2001, 2002 e 2003, dando reforço técnico e político à distribuição do preservativo feminino em vários estados, quando solicitado. No entanto, o treinamento, que deveria acontecer até o nível local, não ocorreu necessariamente dessa forma, tendo inclusive se limitado ao nível estadual em várias localidades analisadas pelo estudo de Barbosa e Perpétuo (2009).

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/Aids e outras DSTs em 2007, colocou o preservativo feminino em evidência nas estratégias voltadas para a população feminina, para a garantia da saúde e para a ampliação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e da reprodução. Para suas metas, estava previsto a aquisição de 10 milhões de preservativos femininos, com vistas à ampliação de seu uso (BARBOSA *et al.*, 2011).

Em 2009, após revisão do Plano, recomendou-se a articulação entre as ações de planejamento reprodutivo e de prevenção de DST/HIV/Aids, reforçando a importância do PF. A oferta sistemática e ampla de métodos de dupla proteção para as mulheres deve ser feita utilizando um método anticoncepcional (pílula, injetável, DIU, diafragma, laqueadura tubária, vasectomia, entre outros) associado ao preservativo masculino ou feminino, em todas as relações sexuais. Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada (BRASIL, 2009).

Entretanto, o documento só assume ações estratégicas direcionadas para a ampliação do uso do PF para “mulheres vivendo com HIV” e “mulheres prostitutas”.

Aliás, nas metas estabelecidas para 2011 em conjunto pelo MS e Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) só são assumidos compromissos de cobertura com relação às mulheres vivendo com HIV e aquelas vivendo em unidades prisionais. Nesses dois casos está previsto oferecimento de PF a 100% das unidades que atendem esses grupos de mulheres.

Para outros grupos de mulheres não há metas de cobertura. Consta como compromisso assumido no referido documento a menção a um estudo para estabelecer indicadores e estimativas de necessidades para a ampliação do acesso ao PF para a prevenção das DST/HIV/Aids (BRASIL, 2009).

Caso se considere a disponibilização do PF à população feminina em geral, demandaria nova configuração, pois, o total de preservativos femininos efetivamente colocados à disposição para uso da população brasileira (16 milhões em 10 anos) não teria sido suficiente para criar um hábito de uso, mesmo entre aqueles homens e mulheres que referiram ter gostado muito do preservativo e para quem talvez o insumo fizesse sentido (BARBOSA & PERPÉTUO, 2009).

As estimativas populacionais de 2012 revelam 63.177.694 de mulheres em idade reprodutiva no país (DATASUS, 2013) e para atender a demanda da grande maioria das mulheres que não estão incluídas nos critérios estabelecidos pelo próprio MS, há de se supor uma procura desse insumo na rede privada. No entanto, segundo Barbosa e Perpétuo (2009), entre 2007 e 2009 apenas 10 mil unidades de PF foram adquiridas pela rede privada no Brasil.

3.5 Educação em Saúde

Com o propósito de favorecer a adoção do PF pela mulher é necessário oferecer acesso à informação adequada, orientação na discussão e na formação de um pensamento crítico sobre valores sociais, culturais e de gênero. (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Com o objetivo de associar os diferentes saberes provenientes de educadores e população, sendo estes conhecimentos complementares, a educação em saúde é caracterizada por permitir que os atores envolvidos construam no seu cotidiano percepção crítica e ação participativa de caráter autônomo com vista à preservação da saúde coletiva e individual (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002; REIS, 2006, p. 19; SOUZA, 2008). Sua realização ocorre de modo intencional em diversos espaços através

da combinação de estratégias de aprendizagem. É compreendida ainda como um dos componentes técnicos voltados para a promoção da saúde (CANDEIAS, 1997).

Segundo Vasconcellos (1999), para o sujeito construir o seu conhecimento a respeito de um objeto qualquer é preciso também que esse objeto tenha significado para o sujeito. O que vale é criar um vínculo com o objeto, para que no segundo momento ele desperte mais desejo de conhecê-lo, se este fizer parte das suas necessidades.

Neste contexto, a comunicação é o meio e este processo envolve uma percepção seletiva seguida de uma interpretação determinada logo após a exposição de conteúdo. As pessoas percebem, assimilam e lembram o conteúdo de diferentes maneiras, de acordo com certos fatores mediadores, como seus desejos, motivações e atitudes anteriores (MALETZKE, 1976). Estes fatores caracterizam-se como referentes ao aspecto psicológico dos seres humanos que afeta a sua exposição a campanhas e a sua recepção da mensagem. Todavia, também entram em jogo fatores relativos aos aspectos psicossociais e sociais, como a condição de gênero do destinatário e sua situação socioeconômica (CAMARGO & BARBARÁ, 2004).

Baseado na perspectiva da Educação em Saúde (ES), Schall e Struchiner (1999) defendem que uma ES ampliada inclui políticas públicas e reorientação dos serviços de saúde, além dos tratamentos clínicos e curativos usuais, assim como propostas pedagógicas comprometidas com o desenvolvimento da cidadania e consequente melhoria da qualidade de vida e promoção do indivíduo.

Nessa perspectiva, é importante valorizar o direito à informação como condição básica para o exercício da cidadania e de não só tornar a informação disponível, mas compreensível pela maior parcela possível da população (CYRINO & CYRINO, 1997).

Freire em seu discurso faz frente a esta questão através da promoção de uma pedagogia dialógica, na qual a aprendizagem é percebida como um processo bilateral, em que se ensina e também se aprende. Nesta percepção não há um educador, seja ele o médico ou o professor, detentor da verdade. O que há são sujeitos compartilhando experiências em que cada um está imbuído de diferentes saberes (FREIRE, 2001; FREIRE, 2005)

Almeida, Oliveira e Ribeiro (2005), enfatizam que as atividades educativas pautadas no diálogo são possíveis, somente, se a relação entre os indivíduos for alicerçada no respeito à cultura, experiência, valores e crenças do outro. O diálogo deve ser o principal instrumento da pedagogia, da comunicação e da estratégia de saúde. Este deve ocorrer de forma horizontal, no qual os sujeitos, profissionais de saúde e

educadores, possam pensar na sua realidade, de forma problematizada, sem críticas e julgamentos exteriores.

O estudo da influência dos vários tipos de informações para facilitar o uso do preservativo feminino certamente contribui para o conhecimento e atitudes relativas à proteção das DSTs, gravidez e autocuidado de jovens e adultos, razão pela qual foram incluídas formas diversas de apresentar os conteúdos explicativos sobre o PF.

Um dos aspectos fundamentais aqui é considerar as especificidades de gênero e o percurso de lutas das mulheres para alcançar maior autonomia, o que será brevemente discutido a seguir.

3.6 Gênero, cidadania e saúde sexual e reprodutiva

A consciência das mulheres sobre sua submissão é antiga na história humana. No entanto, é somente na década de 1960 que se constitui um movimento social com o propósito de lutar por relações igualitárias entre os gêneros. Num dos conceitos, gênero é a demonstração de uma desigual distribuição de responsabilidade na produção social da existência. As relações de gênero se estabelecem dentro de um sistema hierárquico que dá lugar a relações de poder, nas quais o masculino tem primazia. Embora os significados de gênero possam variar de uma cultura para outra, a submissão tem causas históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais definidas e pode ser, portanto, transformado (BARBOSA & GIFFIN, 2007)

O gênero se torna uma maneira de indicar as construções sociais das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra especialmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens (SCOTT, 1989).

Segundo Heilborn (1999), a cultura é a responsável pela transformação dos corpos em seres sexuados e socializados, por intermédio de redes de significados que envolvem categorizações de gênero, de orientação sexual, de escolha de parceiros. Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas.

No decorrer da história, verifica-se que a melhor formação e independência econômica das mulheres possibilitaram importantes mudanças na forma de vida, em seus interesses e aspirações. Em consequência, se tornou necessário uma redefinição dos papéis sociais de homens e mulheres na perspectiva de superar as desigualdades que sobrevivem e resistem às mudanças. Menores níveis salariais, baixo índice de presença masculina nas atividades domésticas, situações de subordinação ao homem, restrições a sua liberdade, são condições que permitem afirmar que as tão proclamadas conquistas femininas não alcançaram todas as mulheres. Liberdade para planejar a própria vida, tomar decisões, realizar-se como pessoa autônoma são direitos que para muitas ainda se situam em um horizonte muito distante (MENDOZA,2014).

Os gregos conceberam a ideia de cidadania como um atributo de homens livres, que seriam as pessoas aptas para as atividades políticas, ficando as mulheres, os servos e os escravos relegados a um lugar à margem dos assuntos de interesse público. Historicamente, a construção das identidades de homens e mulheres tem-se configurado a partir da separação entre as esferas pública e privada, com atribuições de papéis, atitudes e valores previamente definidos segundo modelos naturais (BRITO, 2001).

O conceito atual de cidadania nos remete, entre outras, a uma questão central: o reconhecimento da existência e da importância da diversidade. No mundo atual, para tornar efetivo o exercício da cidadania, é imprescindível que os indivíduos adquiram a capacidade e o hábito de refletir sobre os ideais de liberdade e igualdade, não apenas como valores universais, mas como linhas diretrizes do papel social definido para cada sujeito. Mulheres e homens são diferentes, mas não é prudente renunciar a igualdade na perspectiva dos princípios e valores democráticos. Em muitos países, foram estabelecidos instrumentos normativos que dão suporte legal para a construção de uma sociedade mais igualitária, no entanto essa estrutura formal não é suficiente para a consolidação de uma igualdade real. Essa sociedade somente existirá quando as vantagens desse novo modelo de relacionamento forem internalizadas por todos. Quando homens e mulheres estabelecerem uma relação de complementaridade e respeito. Para isso é necessário uma nova forma de pensar as diferenças, uma nova maneira de conviver com a diversidade, uma nova masculinidade e uma nova feminilidade como único caminho para a construção da plena cidadania (MENDOZA, 2014).

Na perspectiva feminista os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade no âmbito da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Tratá-los como dois campos separados é

questão determinante no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. O processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtor de direitos e nesse caso construtor de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a dominação a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens (ÁVILA, 2003).

Pensar as políticas de saúde que incidem sobre o campo da reprodução e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis é avaliar que os sujeitos aos quais elas se destinam estão marcados por condições sociais distintas, entrelaçando estas, determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional. Esta lista imensa de itens deve ser considerada como constituindo a moldura que fabrica e encerra as condições de existência dos seres sociais e atualiza os dilemas da contemporaneidade, ou seja, como conciliar universalismo e diferença na formulação de políticas. Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra sexo designa, na análise sociológica, somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O que apoia essa distinção baseia-se na ideia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura.

A demonstração da relação presente entre gênero, sexualidade e saúde pode ser buscada em alguns achados frequentes da literatura acerca da relação mulher e Aids. Trabalhos têm apontado para o fato de que as relações de gênero são as responsáveis pelo fato de mulheres, mesmo aquelas com conhecimento razoável do ponto de vista epidemiológico sobre as formas de contaminação pelo vírus HIV, serem incapazes, ou terem dificuldades de implementar o uso do preservativo e buscar formas de alterar esse quadro. As mulheres acabam por ceder a relações desprotegidas, cabendo-lhes como alternativa a realização de um teste posteriormente como forma de obter a tranquilidade. O uso da camisinha responde antes às demandas sobre contracepção do que propriamente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids. A prevenção

diminui quando o parceiro é conhecido. O impacto da Aids em termos de mudanças comportamentais entre mulheres heterossexuais é bem menor do que se poderia a princípio supor, considerando-se que esse é o grupo que presencia um aumento percentual significativo dos índices de infecção da doença. O significado da epidemia HIV no tocante à adoção de estilos de vida esbarra em definições cristalizadas sobre pureza/poluição dos parceiros, fazendo com que a ideia de pessoa conhecida – aquela que compartilha a princípio do mesmo universo de valores – recaia fora do campo de uma possível contaminação (HEILBORN, 1997).

Portanto, faz-se necessário um esforço de pesquisa que amplie as práticas pedagógicas e de divulgação e educação sobre os direitos femininos em todos os campos e especialmente no da saúde, o qual tem relação estreita com qualidade de vida, vulnerabilidade e até mesmo mortalidade. Considera-se que o presente estudo tem compromisso com a análise de aspectos associados não somente ao acesso, divulgação do PF e de seu uso adequado, mas, sobretudo, com o empoderamento das mulheres quanto a decisões que possam conferir maior autonomia a suas vidas.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial teórico

O referencial teórico–metodológico que orientou esse trabalho foi a aprendizagem significativa, abordagem pedagógica que busca informações sobre os significados das relações significativas entre conceitos-chave da matéria de ensino segundo o ponto de vista do aprendiz.

A aprendizagem é dita significativa quando uma nova informação adquire significados para o aprendiz através de uma espécie de ancoragem em aspectos relevantes da estrutura cognitiva preexistente do indivíduo, isto é, em conceitos, ideias, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimentos (ou de significados) com determinado grau de clareza, estabilidade e diferenciação. Na aprendizagem significativa há uma interação entre o novo conhecimento e o já existente, na qual ambos se modificam (MOREIRA, 1999).

A teoria da Aprendizagem significativa, proposta por Ausubel (1978) baseia-se no argumento de que existe uma estrutura cognitiva em cada pessoa, na qual organização e integração de aprendizagem se processam. Para ele, o fator que mais influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe ou o que pode funcionar como ponto de ancoragem para as novas ideias (Figura 7).

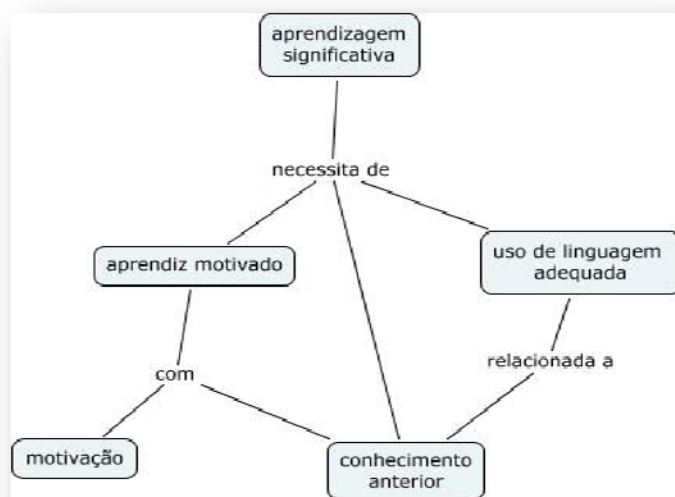


Figura 7: Aprendizagem Significativa – Ausubel, 1978

Dessa forma, para que ocorra uma aprendizagem significativa é necessário: disposição do sujeito para relacionar o conhecimento; material a ser assimilado com “potencial significativo”, e existência de um conteúdo mínimo na estrutura cognitiva do indivíduo, com subsunçores (inseridor, facilitador ou subordinador) em suficiência para suprir as necessidades relacionadas. Na Teoria da Aprendizagem Significativa as concepções prévias do aprendiz, isto é, o que este sabe sobre o tema abordado é considerado não no sentido de substituí-las por novas informações recebidas, mas de integrá-las de maneira não arbitrária à estrutura cognitiva do aprendiz. A evidência da aprendizagem ocorre quando o aprendiz se depara com problemas e situações de forma nova e consegue aplicar o conceito aprendido para solucioná-los (MOREIRA, 1999; LEMOS, 2008).

Pressupõe-se que a educação é um conjunto de experiências (cognitivas, afetivas e psicomotoras) que contribuem para o *empowerment* do indivíduo.

Empowerment ou “empoderamento” é o processo que procura promover a capacitação do indivíduo para a participação, em comunidade, visando maior atuação do sujeito nas decisões que levam a melhoria da qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2004). Este processo é importante no sentido de promover condições para que os sujeitos participem dos processos decisórios no âmbito da melhoria das condições de saúde (GOMEZ & MINAYO, 2006).

Entretanto, ao discutir promoção da saúde destaca-se a ação intersetorial para a saúde (Intersectoral Action for Health - IAH) na perspectiva da renovação da saúde para todos. A Organização Mundial de Saúde estabelece que a IAH corresponde “*a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só*” (WHO, 1997). Com isso, os esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visam à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais.

No presente estudo, a investigação preliminar dos conhecimentos das mulheres permitiu apreender seus conhecimentos e opiniões sobre o PF. Além disso, buscou-se oferecer diferentes alternativas de informações sobre o uso do PF, visando investigar quais possibilitariam maior aprendizagem e/ou questionamentos, bem como a melhor compreensão do preservativo feminino.

4.2 Delineamento do estudo

O estudo teve abordagem quanti-qualitativa. Enquanto a investigação quantitativa atua no sentido de conhecer os dados, indicadores e as tendências observáveis, possuindo boa validade externa e possibilitando a generalização dos resultados para a comunidade, a investigação qualitativa permite pesquisar e compreender melhor a dimensão subjetiva, simbólica e singular, bem como os comportamentos e processos envolvidos nos contextos socioculturais das mulheres na vivência de fenômenos íntimos e complexos, como os abordados no presente estudo.

Para os dados qualitativos realizou-se a análise de conteúdo temática por meio de categorização e análise descritiva (FLICK, 2009). Foi realizada a busca de elementos nas falas a fim de criar categorias analíticas e também foi feita uma classificação do material a partir de organização teórica prévia. A utilização desses dois processos de trabalho objetivou a identificação, codificação e validação das categorias e subcategorias, estabelecidas ao final do processo (FLICK, 2009). Com a combinação das duas abordagens, a partir das especificidades de cada uma, é possível obter resultados relativos aos aspectos objetivos e subjetivos envolvidos na investigação. (MINAYO & SANCHES, 1993; SERAPIONI, 2000).

4.3 Elaboração, validação e aplicação dos questionários para investigação do conhecimento geral sobre o preservativo feminino

4.3.1 Local e perfil das participantes do estudo

Funcionárias de três Hotéis localizados em Belo Horizonte; mulheres maiores de dezoito anos com vida sexual ativa, que tinham parceiro no momento da pesquisa foram convidadas a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão das participantes no grupo foram: trabalhar no Hotel, ser ativa sexualmente, ser maior de 18 anos, ser do sexo feminino, ter aceitado participar da pesquisa. Quanto à eleição dos sujeitos, foram considerados os critérios observados por Minayo e colaboradores (2000): “deter os atributos que se pretende conhecer com a pesquisa; considerar em número suficiente para permitir reincidência das informações, não desprezando informações ímpares; considerar que na homogeneidade o conjunto de informantes possa ser diversificado

para a apreensão de diferenças e semelhanças”. Todas as funcionárias dos Hotéis foram convidadas a participar da apresentação da pesquisa.

4.3.2 Desenvolvimento da pesquisa

A partir do primeiro contato pessoal com as voluntárias, a pesquisadora se apresentou, explicou os objetivos gerais do estudo e salientou a importância da participação e da opinião das mulheres. Esclareceu algumas dúvidas e todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) e, em seguida, responderam a um primeiro questionário (anexo 8) semiestruturado autoaplicável utilizando, para isso, o tempo que fosse necessário para o preenchimento. Para preservar a identidade das participantes, o questionário foi numerado, uma vez que haveria um segundo questionário, pós-teste. O primeiro questionário abordou o perfil socioeconômico das mulheres, comportamento e saúde sexual, conhecimento sobre DSTs e métodos contraceptivos. Após o preenchimento do primeiro questionário foram formados três grupos por meio de sorteio.

Foram também utilizados diários de campo para registrar observações adicionais relevantes para o estudo, como a motivação do grupo e perguntas adicionais capazes de fornecer subsídios à interpretação dos dados. Nesse sentido, foram descritos fatos observados, registrando-se o que foi percebido durante o preenchimento dos questionários.

Divididas em três grupos, as participantes receberam materiais informativos com instruções que pudessem orientá-las quanto à colocação do preservativo feminino, de acordo com o grupo ao qual pertencia:

Grupo 1: embalagem do PF

Grupo 2: panfleto elaborado pela pesquisadora

Grupo 3: vídeo Semina

Uma das informações disponibilizadas constava na embalagem do PF, os quais foram distribuídos, num total de cinco, para cada uma das mulheres do grupo 1; o panfleto (anexo 10) foi entregue juntamente com cinco PF para cada integrante do grupo 2. Um vídeo de 2 minutos foi apresentado e em seguida oferecido cinco PF à cada participante do grupo 3.

A definição de cinco PFs a serem distribuídos por participante deve-se ao resultado do estudo de Ankrah e colaboradores (1998), que afirma que muitas mulheres tiveram dificuldades iniciais para a colocação do PF, entretanto, a partir da terceira colocação passaram a manuseá-lo com facilidade. Por isso, a quantidade um pouco

maior, de cinco ao invés de três, possibilitaria um controle maior sobre a habilidade na colocação do insumo.

O panfleto foi elaborado pela pesquisadora do presente estudo baseado no vídeo/ animação da marca Della®, também considerado material informativo no presente trabalho, disponível no site (<http://www.youtube.com/watch?v=IVh7dXL2Zz8>)

Foi solicitado o uso dos preservativos femininos com seus parceiros durante o período de trinta dias. Os preservativos adquiridos neste estudo são os mesmos distribuídos na rede pública de saúde, aprovados pela Anvisa, disponibilizados para a pesquisa pela Coordenação Municipal de DST/Aids de Belo Horizonte.

Após a distribuição dos preservativos e das respectivas informações a cada grupo, foi marcada uma nova reunião com as participantes, trinta dias após a entrega do material, para o preenchimento do segundo questionário (anexo 9), que abordou as vantagens, desvantagens, facilidade ou não na colocação do preservativo, aceitação deste insumo e percepção do parceiro relatado pela participante da pesquisa. As participantes responderam individualmente o segundo questionário, num mesmo momento, em uma sala concedida pela empresa.

Das 121 funcionárias, 50 participaram da reunião para apresentação do estudo, 32 aceitaram participar e apenas 19 concluíram a pesquisa, respondendo o segundo questionário. As participantes que responderam apenas a o primeiro questionário ou abandonaram a pesquisa apresentaram várias justificativas, como: (a) uma delas encontrava-se no final da gravidez e foi orientada pelo médico a abstinência sexual no último mês; (b) outra foi dispensada pelo serviço durante a pesquisa; (c) porque o parceiro não aceitou usar o PF e (d) elas mesmas não tiveram interesse em experimentar o insumo proposto.

As participantes preencheram os questionários que foram validados previamente com o grupo piloto.

Os procedimentos de cada passo estão descritos a seguir.

4.3.3 Construção do questionário de sondagem

Foram utilizados, como instrumentos de pesquisa, dois questionários semiestruturados, autoaplicáveis.

O primeiro questionário foi elaborado com o intuito de investigar: escolaridade, nível socioeconômico, comportamento sexual, relato de doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento e uso do PF e PM, vantagens e desvantagens do PF.

O segundo questionário, a ser aplicado trinta dias após o primeiro, continha questões sobre: se houve dificuldade no uso do preservativo; a utilização de mais de um PF; se houve desconforto, segurança, apoio ou não do parceiro; a aceitabilidade e a habilidade da mulher quanto ao uso do PF.

Os questionários foram elaborados com base nos pressupostos descritos por Gunther (2003), para garantir maior rigor metodológico, tais como especificidade, clareza, não ambiguidade das questões.

As perguntas contidas nos questionários 1 e 2 foram formuladas a partir dos indicadores do censo demográfico realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), da pesquisa sobre Juventudes e sexualidade (CASTRO *et al.*, 2004), do estudo “Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE (PAIVA *et al.*, 2003) e “Uso do preservativo feminino como método contraceptivo: experiências de mulheres em uma unidade básica de saúde no município de Juazeiro do Norte – CE” (ALBUQUERQUE & VILLELA, 2011).

O questionário 1, contendo 38 perguntas, foi dividido em tópicos por assunto: dados socioeconômicos (questões de 1 a 5), saúde sexual (6 a 14), vida sexual (15 a 38).

O questionário 2, composto por 42 questões não foi dividido por tópicos, sendo o preservativo feminino o assunto abordado.

4.3.4 Questionário Piloto

Com o propósito de testar os questionários, um estudo piloto foi realizado de modo a possibilitar eventuais adequações prévias (confiabilidade, compreensão, linguagem) à investigação em si.

Para realizar o teste piloto, foram convidadas 60 funcionárias do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz Minas e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com perfil semelhante à amostras a ser utilizada na pesquisa. Dessa fase, participaram 20 mulheres, que preenchiam os critérios de inclusão já descritos acima, sendo esta considerada uma amostra adequada ao processo de validação dos questionários, contemplando a diversidade das variáveis consideradas no estudo: idade, escolaridade e renda familiar.

Após o preenchimento do segundo questionário foi realizada a análise das questões que geraram dúvidas durante o preenchimento e até mesmo o não preenchimento com o objetivo de averiguar quais questões deveriam ser eliminadas ou alteradas. Foram feitas as modificações nos questionários de forma definitiva, diminuindo o risco, sempre presente na pesquisa qualitativa, de questões muito

subjetivas que possibilitam respostas muito abrangentes por parte dos respondentes (SILVA *et al.*,2002).

4.3.5 Aplicação dos questionários

Foi realizado um primeiro encontro com as participantes, em cada um dos Hotéis, onde foi exposta a importância da realização da proposta. Feito isso, foi aplicado o questionário 1 e para que elas pudessem responder tranquilamente o tempo não foi limitado. O preenchimento foi realizado individualmente, numa sala cedida pela empresa. O questionário constava de 38 questões abertas e fechadas. A aplicação dos questionários foi realizada em dias e horários marcados com a responsável por cada um dos Hotéis, de modo a não interferir na rotina das atividades. As participantes eram reunidas em uma sala onde a pesquisadora oferecia garantia do sigilo, explicava os objetivos da pesquisa e informava sobre o tempo de trinta minutos para responder o instrumento. Foi sugerido manter uma distância entre as participantes ao se sentarem de modo a evitar constrangimento no momento do preenchimento e interferência nas respostas e consequentemente nos resultados. Para evitar a inibição das respostas, bem como para preservar a identidade das participantes os questionários eram anônimos, identificados por numeração para corresponderem ao meso participante no segundo questionário. Concluindo o preenchimento do questionário 1, foram distribuídos os preservativos e materiais informativos a cada grupo. Foi também marcada uma nova reunião com as participantes, trinta dias após a entrega do material, para o preenchimento do segundo questionário. Ambos questionários foram respondidos pelas participantes em aproximadamente 30 minutos.

4.3.6 Elaboração e aplicação do questionário para a verificação da disponibilidade do PF em rede privada

Um estudo paralelo foi realizado, com o objetivo de analisar a disponibilidade e demanda pelo preservativo feminino em estabelecimentos comerciais do município de Belo Horizonte. Para tal, foi realizado um estudo exploratório, descritivo, a partir de um roteiro semiestruturado para a coleta e a análise dos dados. Foram selecionados dois tipos de estabelecimentos comerciais, a saber, farmácias/drogarias e sex shops, considerando-se que os mesmos são pontos tradicionais de revenda de preservativos masculinos. O estudo foi conduzido entre março e setembro de 2013.

Foram feitas diversas visitas aos sex shops e às farmácias/drogarias que possuíam várias unidades localizadas nas diversas Regionais do município de Belo

Horizonte. No caso das farmácias/drogarias, percebeu-se que apenas uma grande rede de farmácias de Belo Horizonte comercializava o preservativo feminino.

No caso dos Sex shops, constatou-se uma falta do insumo nas visitas exploratórias realizadas. Esse fato motivou a utilização de uma estratégia de busca *online* para a localização do maior número dessas empresas a fim de realizar uma pesquisa mais ampla. A busca *online* foi feita a partir das seguintes palavras-chave: ‘sex shop’, ‘produtos eróticos’, ‘sexo’ e ‘Belo Horizonte’.

Foram adotados os seguintes critérios para inclusão dos estabelecimentos: localização da empresa no município de Belo Horizonte e ter número de telefone válido. Após a listagem dos estabelecimentos, foi realizado contato telefônico com todas as farmácias/drogarias e sex shops que preencheram esses critérios. Após exclusões de estabelecimentos repetidos e localizados na grande Belo Horizonte, portanto fora do escopo do trabalho, foram incluídas na pesquisa todas as 72 unidades de farmácias/drogarias de uma rede e os 33 sex shops para pesquisa, que preenchiam os critérios descritos.

4.3.7 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas (anexo 3) com profissionais que trabalham nos estabelecimentos selecionados, aplicando-se o mesmo roteiro para farmácias e sex shops. Este roteiro foi elaborado com base nos pressupostos descritos por Gunther (2003). Foram investigados, em ambos os estabelecimentos pesquisados, a disponibilidade do PF para a venda; o preço; a marca comercial; se o preservativo feminino é solicitado pela clientela, se há pedido de informações sobre o produto e quem responde por tais orientações no estabelecimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

4.3.8 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva com estimativas de médias, frequências e percentuais. Foi construído um indicador de comercialização do preservativo feminino com base na disponibilidade do produto para venda em cada local pesquisado, o qual foi posteriormente estratificado por regional administrativa. O pacote estatístico SPSS 13.0 for Windows (IBM Corporation, USA) foi utilizado para a realização das análises.

Para os dados qualitativos realizou-se análise de conteúdo temática por meio de categorização e análise descritiva (FLICK, 2009).

4.3.9 Aspectos éticos

O projeto foi previamente apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz (anexo 1) e aprovado sob o número 175014 em 26/11/2012. As funcionárias concordaram em participar do estudo, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2). Todas as mulheres entrevistadas já haviam mencionado ser ativas sexualmente.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em tópicos. A pesquisa sobre **o conhecimento e uso do PF** mostrará as principais características sociodemográficas, o comportamento sexual e opiniões das respondentes sobre o uso e informações sobre o PF. A seguir, **a pesquisa quanto à disponibilidade do PF**, mostrando a comercialização dos PF em farmácias e sex shops segundo as regionais de Belo Horizonte, a visão sobre o insumo e características da procura pelo PF, apresentada em forma de artigo, o qual já foi submetido para publicação.

5.1 Pesquisa sobre o conhecimento e uso do PF

5.1.1 Respostas do primeiro questionário

Os resultados referem-se às 32 das 121 funcionárias convidadas de três Hotéis localizados em Belo Horizonte.

A tabela 1 apresenta as características demográficas e econômicas do grupo estudado. Verificou-se que as mulheres que participaram tinham entre 18 e 54 anos de idade, com média de 35 anos ($DP = \pm 9,4$ anos), 25 trabalhadoras (78%) têm Ensino Médio. Quanto ao rendimento familiar, 18 (56,2%) têm renda menor ou igual a dois salários mínimos. A maior parte (75%) dessas mulheres disse ser parda ou preta. Cerca de 20 (68,8%) participantes são casadas ou em união estável.

Tabela 1. Características demográficas e econômicas das respondentes do estudo habilidade e percepções sobre o PF, 2013 (n=32)

Características	n (%)
Idade	
18-34	16 (50,0)
35 e +	16 (50,0)
Média [dp]	35,2 [9,4]
Escolaridade	
Ensino médio	25 (78,0)
Superior	7 (22,0)
Renda (em salários mínimos)	
Menor ou igual 2	18 (56,2)
Mais que 2	14 (43,8)
*Raça/cor	
Parda/preta	24 (75,0)
Branca	6 (18,8)
Situação conjugal	
Casada/União estável	22 (68,8)
Solteira/separada/viúva	10 (31,2)

*** Algumas questões não foram respondidas e por isso o número total de cada resposta é variável.**

Quanto ao comportamento sexual, a Tabela 2 mostra que a idade da primeira relação sexual variou de 11 a 23 anos com média de 17,9 anos (DP= $\pm$ 2,7 anos). Noventa por cento das entrevistadas relatou ter ficado com apenas uma pessoa nos últimos 3 meses. O tempo de relacionamento com os parceiros foi maior do que 5 anos para 53,1% (n=17). Como frequência das relações sexuais, 25(84,4%) fazem sexo uma ou mais vezes por semana e 15,6% uma ou mais vezes por mês. Vinte e duas respondentes (68,8%),fazem uso de algum método sendo a pílula, o contraceptivo hormonal, o método de escolha mais prevalente (59,4%). Quanto ao uso do preservativo masculino, 96,9% (n=31) disseram não fazer uso ou usar esporadicamente, ou seja, não adotam o insumo sistematicamente.

Tabela 2. Comportamento sexual, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013 (n=32)

Características	n (%)
*Idade da primeira relação	
11-18	19 (61,3)
19-23	12 (38,7)
Média [dp]	17,9 [2,7]
Número de parceiros nos últimos 3 meses	
0-1	
> 2	29 (90,6)
	3 (9,4)
*Tempo de relacionamento (anos)	
Até 5	13 (40,6)
Mais que 5	17 (53,1)
Frequência de relações sexuais	
Uma ou mais vezes por semana	27 (84,4)
Uma ou mais vezes por mês	5 (15,6)
Uso de algum método contraceptivo	
Não	10 (31,3)
Sim	22 (68,8)
Uso de preservativo masculino	
Não uso ou uso algumas vezes	31(96,9)
Sim, em todas as relações sexuais	1 (3,1)

*** Algumas questões não foram respondidas e por isso o número total de cada resposta é variável.**

A sondagem sobre o uso e informações sobre o PF (Tabela 3) trouxe as seguintes indicações: 31 (96,9%) das participantes da pesquisa nunca usaram tal insumo, 24 (75,0%) não sabem onde são distribuídos gratuitamente e comercializados, metade delas disse que o PF pode ser comprado em farmácias e drogarias e nenhuma delas sabe o valor do preservativo feminino. Apenas 3 mulheres relataram saber como usar o produto.

Tabela 3. Uso e informações sobre o Preservativo Feminino, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013 (n=32)

Características	n (%)
Você conhece o preservativo feminino	
Não	19 (59,0)
Sim	13 (41,0)
Já fez uso do preservativo feminino	
Não	31 (96,9)
Sim	1 (3,1)
*Sabe onde são distribuídos preservativos femininos	
Não	24 (75,0)
Sim	7 (22,0)
*Sabe onde comprar preservativos femininos	
Não	15 (47,0)
Sim	16 (50,0)
Conhece o preço do preservativo feminino	
Não	32 (100,0)
Sim	0 (0,0)
*Sabe como utilizar o preservativo feminino	
Não	27 (85,0)
Sim	3 (9,0)

*** Algumas questões não foram respondidas e por isso o número total de cada resposta é variável.**

Ao perguntar se as participantes gostariam de fazer o teste para o HIV/Aids, 8 (25,0%) disseram não, 7 (21,9%) disseram querer fazer e 15 (46,9%) já o fizeram(Tabela 4).

Tabela 4. Realização do teste para HIV/Aids, estudo habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013

Características	n (%)
*Gostaria de fazer o teste para HIV/Aids (n=32)	
Não	
Sim	8 (25,0)
Já fiz	7 (21,9)
Fizeram ou gostariam de fazer o teste HIV/Aids (n=22)	15 (46,9)
Casada/união estável	
Separada/solteira/viúva	16 (72,7)
	6 (27,3)
Não gostariam de fazer o teste HIV/Aids (n=8)	
Casada/união estável	
Separada/solteira/viúva	5(62,5)
	3(37,5)

*** Algumas questões não foram respondidas e por isso o número total de cada resposta é variável.**

Para as 13 participantes que disseram conhecer o preservativo feminino foram comparadas as características de cada condição relatada (Tabela 5) e foi constatado que houve diferença estatisticamente significativa apenas com relação à escolaridade: as mulheres com nível superior referiram conhecimento do PF em proporção significativamente maior ($P=0,051$).

Tabela 5. Características da população de estudo segundo conhecimento do preservativo feminino (n=13)

Características	Conhece o PF n (%)	p-valor
Idade		
18-34	8 (47,1)	
35 e +	5 (31,3)	0,353
Escolaridade		
Ensino médio	8 (30,8)	
Superior	5 (71,4)	0,051
Renda(salários mínimos)		
Menor ou igual 2	7 (36,8)	
Mais que 2	6 (42,9)	0,727
Raça/cor		
Não Branca	11 (40,7)	
Branca	2 (33,3)	0,737
Situação conjugal		
Casada/União estável	10 (45,5)	
Solteira/separada/viúva	3 (27,3)	0,314

Teste estatístico utilizado: Teste do qui-quadrado, coeficiente de correlação de Pearson

A partir da técnica de análise de conteúdo que trabalha os dados coletados com o objetivo de identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema, há a necessidade de decodificação do que está sendo comunicado. Para a decodificação dos documentos foram utilizados três momentos: o primeiro considera a frequência das principais percepções das mulheres participantes; o segundo analisa o conteúdo que identifica as categorias que emergiram a partir dos dados coletados e o terceiro refere-se à interpretação das categorias, explorando as percepções das mulheres acerca da pesquisa sobre o preservativo feminino.

Categoria 1- *Demanda do preservativo pelas participantes*. Muitos são os motivos para que o casal não faça uso do preservativo em todas as relações sexuais e, nesse estudo, as justificativas apresentadas se baseiam na confiança no parceiro, no uso de outro método contraceptivo e por preconceito. Há também relatos do parceiro não gostar ou ter o incômodo de usar o preservativo e o fato da camisinha inibir o prazer. Já as situações para o uso estão relacionadas à prevenção da gravidez, à possibilidade de relações extraconjugais e com novos parceiros como atestam alguns relatos a seguir.

- *Evito com o DIU. Confio no parceiro* (Lilo, 41-fundamental incompleto, solteira)
- *Desconforto e por já toma pílula* (Cinderela, 18-médio completo, união estável)
- *Laqueadura* (Mégara, 52-médio incompleto, união estável)
- *Tenho um único parceiro e não tenho útero* (Aurora, 47-superior, união estável)
- *Por que incomoda ele* (Jasmine, 39-médio completo, solteira)
- *Eu e meu marido não gostamos de usar* (Mérida, 27-médio completo, casada)
- *Incorreção no uso da pílula* (Marie, 31-médio completo, casada)
- *Próximo ao/ou nos períodos considerados férteis. Eu ainda tenho ciclo menstrual regular* (Esmeralda, 47-médio completo, viúva)
- *Quando estou vendo que estou sendo traída* (Lilo, 41-fundamental incompleto, solteira)
- *Caso relacione com outro parceiro* (Elsa, 33-médio completo, união estável)

Os métodos contraceptivos utilizados por estas mulheres (laqueadura, DIU e pílula) sugerem que a escolha prescinde da participação masculina. O controle da fecundidade ainda é considerado, pela sociedade e até pelas mulheres, como uma função feminina. Já o uso do preservativo masculino não é consistente, uma vez que é direcionado para evitar a gravidez na impossibilidade de usar ou de falha de outro método contraceptivo. A confiança no parceiro aparece justificando a relação desprotegida e ao sinal de traição, ele volta à cena.

5.1.2 Respostas do segundo questionário

Das 32 mulheres que iniciaram a pesquisa, 19 permaneceram até o final. Tal perda foi justificada pelo término do relacionamento, recusa do parceiro em utilizar o PF e por desinteresse pessoal.

A Tabela 6 apresenta o relato da experiência dessas 19 participantes após o uso do PF. Com relação ao número de PF utilizados durante trinta dias pelo casal, 10 (52,3%) disseram ter experimentado 1 preservativo e apenas 1 (5,3%) participante usou os 5 PF entregues. Quanto à colocação correta do insumo dentro do canal vaginal 12 (63,2%) disseram-se inseguras, 10 (55,6%) afirmaram que o PF diminui o prazer sexual e 9 (47,4%) sentiram que os anéis do PF machucam. Os percentuais somam mais de 100%, pois algumas respondentes deram mais de uma resposta. Ao responder a

pergunta sobre a continuação do uso do PF 11 (57,9%) não têm a intenção de continuar usando e 8 (42,1) revelaram a intenção de continuar com o uso do PF. Ao final, 8 (42,1%) aceitariam continuar usando o PF com o parceiro. Quatorze (82,4%) disseram que recomendariam o uso do insumo para outras mulheres.

Tabela 6. Percepções após uso, estudo sobre habilidade e percepções sobre o Preservativo Feminino, 2013 (n=19)

Opinião	n (%)
Quantos PF você e seu parceiro usaram	
1	10 (52,3)
2	5 (26,3)
3	3 (15,8)
5	1 (5,3)
Insegurança quanto à colocação correta no canal vaginal	
Não	7 (36,8)
Sim	12(63,2)
*O uso do PF diminui o prazer na relação sexual	
Não	8 (44,4)
Sim	10(55,6)
Os anéis do PF machucam	
Não	10(52,6)
Sim	9 (47,4)
Continuaria a usar o PF com o parceiro	
Não	11 (57,9)
Sim	8(42,1)
*Recomendaria o uso do PF para outras pessoas	
Não	3 (17,6)
Sim	14 (82,4)

*** Algumas questões não foram respondidas e por isso o número total de cada resposta é variável.**

Ao responder se o material informativo que receberam foi suficiente para o entendimento da correta colocação do PF, 6 (31,6%) disseram não ter sido suficiente. Dentre esses, metade 3 (50%) se orientaram pela embalagem do PF, 2 (33,3%) assistiram ao vídeo e 1 (16,7%) recebeu o panfleto. Das 13 (68,4%) respondentes que consideraram a informação suficiente, 5 (38,5%) se guiaram pelo panfleto, 5 (38,5%) pelo vídeo e 3 (23%) tinham a embalagem. Sobre o que faltou como orientação para a colocação do PF, uma participante que recebeu a embalagem quis saber se o PF é acessível e se são encontrados em farmácias. A que se orientou pelo panfleto disse que não conhecia o PF. Apenas viu. Das duas respondentes que assistiram ao vídeo, uma pediu mais esclarecimentos por ter muitas perguntas e a última gostaria de assisti-lo mais vezes e ler o uso correto do método.

Das 19 participantes, 5 (26,3%) disseram ter dúvidas quanto à forma mais confortável de colocar o PF e 5 (26,3%) alegaram a necessidade de buscar outro tipo de informação além das disponibilizadas na pesquisa. Outros esclarecimentos foram requisitados como o acesso ao método e a vantagem em usá-lo.

Dentre as informações que receberam consideraram importante o passo a passo do processo para a colocação do método, o modo como introduzir e retirar da vagina.

Categoria 1 – *Avaliação sobre o PF*. As respondentes disseram que as vantagens em usar o PF são evitar as doenças sexualmente transmissíveis e também a gravidez, além de proporcionar mais liberdade e segurança para as mulheres. Quanto às desvantagens relataram a perda da sensibilidade e a resistência masculina. O desconforto também foi citado e uma delas disse que o anel interno a machucou. Entre as dificuldades encontradas foram apontados a insegurança quanto à correta colocação e o encaixe do anel interno, desconforto ao introduzir o PF e o receio de vazar ao retirá-lo como relatam:

- *Uma delas é não ter filho indesejado, outra é doença sexualmente transmissível* (Primavera, 43- fundamental incompleto,união estável)
- *Acho que é mais liberdade para as mulheres, mais segurança* (Sininho, 34- médio completo,casada).
- *É que eu me senti mais segura* (Flora, 48-médio completo,casada).
- *A vantagem que vejo é que a mulher vai ter o poder de decisão, usar ou não* (Minnie, 31-superior,casada).
- *A mulher perde um pouco da sensibilidade* (Minnie, 31-superior,casada).
- *A desvantagem foi que não dá prazer nenhum para a mulher, muito sem graça* (Pocahontas, 25-superior,união estável)
- *A resistência masculina* (Sininho, 34-médio completo,casada).
- *É desajeitada para colocar, muito oleosa e aparentemente grande* (Esmeralda, 47-médio completo,viúva)
- *Achei um pouco desconfortante, talvez precise de uma aula de como colocar para ficar mais fácil* (Rapunzel, 36-superior,casada)
- *A primeira vez que usei tive dificuldade p/colocar, e fiquei em dúvida se tinha colocado direito* (Minnie, 31-superior,casada).
- *Encaixar o anel que fica na parte interna do preservativo* (Cinderela, 18- médio completo,união estável)

- *Muito oleosa, escorregando das mãos. Grande p/levar na bolsinha de mão. Dificuldade para colocar e manter no lugar correto* (Esmeralda, 47-médio completo,viúva)
- *Ela é muito grande e o anel é desconfortável* (Alice, 26-superior,solteira)
- *Na hora de introduzir, achei bastante desconfortável* (Rapunzel, 36-superior,casada)
- *Ela o machucou e a mim também* (Bela, 40-médio incompleto,casada)
- *A falta das sensações de prazer* (Fiona, 18-médio completo,solteira)
- *Medo de ficar mal colocada* (Lilo, 41-fundamental incompleto,solteira)
- *Na primeira vez eu tive um pouco de receio na hora de tirar porque tive a impressão que agarrou* (Primavera, 43-fundamental incompleto,união estável)
- *O esperma vaza* (Lilo, 41-fundamental incompleto,solteira)

As dificuldades para a inserção do PF nas primeiras experiências bem como o primeiro contato com um insumo desconhecido reforça a necessidade de apoio dos serviços nesse período de adaptação, quer para a manutenção ou para a troca do método.

Categoria 2 - *O que é considerado habilidade em colocar o PF.* Para algumas participantes habilidade pode ser tranquilidade e segurança em colocar o PF, para outras o design e a lubrificação facilitam a introdução do insumo na vagina. Uma respondente afirma que teve tranquilidade apenas em rasgar a embalagem. Alguns dos relatos exemplificam o que é descrito como habilidade:

- *Muita segurança* (Primavera, 43-fundamental incompleto,união estável).
- *O fato do anel ser flexível e da presença de lubrificante nela* (Fiona, 18-médio completo, solteira)
- *O modo como ela se encaixa* (Cinderela,18-médio completo,união estável)
- *É que quando ela é colocada no ato (durante) ela fica mais fácil de ser colocada* (Flora, 48-médio completo,casada)
- *Só a de rasgar o pacotinho até agora* (Margarida, 47-médio completo,solteira)

Embora algumas mulheres destaquem as vantagens do preservativo feminino, muitos dos relatos, apesar de apresentarem o conceito correto para o termo habilidade revelam dificuldade e desprazer. Várias participantes não perceberam que um uso adequado e confortável torna necessário o treino e que é a partir da terceira vez que a colocação do preservativo fica mais tranquila, com o encaixe adequado do anel. Nesse estudo, 52,6% (10/19) das participantes usaram apenas 1 PF e 26,3% (5/19) usaram 2

dos 5 que receberam. Com isso, acredita-se que elas não teriam conseguido a habilidade suficiente que pudesse levar à adesão do método.

Categoria 3 - *Percepções das participantes e parceiros após usarem o PF*. Nessa categoria muitas mulheres apoiam o método pela segurança que proporciona e por ser uma opção e ao mesmo tempo uma novidade. Para outras o PF é considerado desconfortável, tem custo elevado e sua colocação não é prática. Os comentários dos parceiros informados pelas mulheres que participaram do estudo foram que uns não perceberam diferença entre o preservativo masculino e o preservativo feminino e que apesar de ter estranhado no início, poderiam se acostumar com o seu uso. A maioria não gostou e justificou a insegurança, que o PF é grande, desconfortável e dificulta o ato sexual.

- *Acho que é uma inovação e mais um crédito p/ as mulheres, só acho que o seu custo não deve ser baixo* (Sininho, 34-médio completo,casada).
- *É interessante e deve ser incentivado o uso dela p/ as mulheres* (Minnie, 31-superior,casada)
- *É um meio da mulher se prevenir, mas é um pouco desconfortável* (Ariel, 41-médio completo,solteira)
- *Viável, mas pior do que a masculina* (Fiona, 18-médio completo,solteira)
- *Para quem souber colocar e usar é muito válida na segurança de doença sexualmente transmissível e gravidez indesejada* (Tiana, 44-médio completo,união estável)
- *Eu acho que pode se menor, ela é muito grande* (Primavera, 43-fundamental incompleto,união estável)
- *Desconfortável, grande e complicada devido ao modo de sua colocação* (Cinderela,18-médio completo,união estável)
- *Não gostei, fica um desconforto, machuca os dois, principalmente o parceiro* (Pocahontas, 25-superior,união estável)
- *Poderia ser mais prático ao colocar* (Rapunzel, 36-superior, casada)
- *Meu esposo gostou, ele achou interessante* (Flora, 48-médio completo,casada)
- *Ele não viu diferença entre o uso da masculina ou feminina.* (Esmeralda, 47-médio completo,viúva)
- *Diminuição do prazer, estranha e totalmente fora de cogitação para ser usada com frequência* (Cinderela,18-médio completo,união estável)

- *Não gostou e por isso nem quis usar as outras, só usou uma* (Pocahontas, 25-superior,união estável)
- *Não gostou e pronto. Coisas de homem* (Tiana, 44-médio completo,união estável)
- *Também não gostou pelo fato de dificultar o ato sexual* (Fiona, 18-médio completo,solteira)
- *Não gostou, ele disse que é pior que a camisinha masculina* (Fauna, 34-médio completo,casada)
- *Não gostou. Achou grande e desconfortável* (Alice, 26-superior,solteira)

O preservativo feminino é um método contraceptivo desconhecido pela população estudada e isso pode causar desconforto e resistência ao novo insumo. A oferta acompanhada de ação educativa como proposta na implantação do Programa do MS poderia desmistificar o PF e apresentá-lo como uma tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres.

5.2 Quanto à disponibilidade do PF

A pesquisa sobre disponibilidade ao PF foi descrita em forma de artigo científico (anexo 4) e submetido a uma revista indexada. No momento, encontra-se em processo de avaliação (anexo 5). Os resultados serão apresentados a seguir:

Foram investigados 68 (94,4%) dentre os 72 estabelecimentos farmacêuticos em Belo Horizonte que compõe a rede varejista selecionada. Com relação aos sex shops, foram investigados 24 (72,7%) dentre os 33 incluídos (localizados em Belo Horizonte e com número de telefone válido). A perda ocorreu pelo não atendimento às numerosas chamadas telefônicas. O total de estabelecimentos investigados foi de 92. Desse total, 44 (47,8%) informaram comercializar o preservativo feminino (PF). A clientela dos sex shops é atendida por funcionários e proprietários desses estabelecimentos.

As farmácias comercializam o PF em 60,2% (41/68) das unidades da rede e os sex shops em 12,5% (3/24). O preço médio desse insumo foi de R\$16,76 [DP=1,08]. Duas marcas comerciais estão presentes nos estabelecimentos, a Prudence L'amour®, vem em embalagem com duas unidades e vendido a R15,99 na farmácia e a R18,00 no sex shop. A segunda marca, Della®, tem embalagem com uma unidade e é vendida a R16,30 no sex shop. Importante ressaltar que dos 92 locais pesquisados apenas um sex shop comercializa o PF Della®, o qual apresenta o mesmo design e material do PF distribuído pelo MS.

A Tabela 7 mostra a comercialização do PF por tipo de estabelecimento, segundo as regionais administrativas de Belo Horizonte. Verifica-se que o PF está presente em todas as regionais, mas não em todos os estabelecimentos comerciais pesquisados. No caso da rede varejista, nas regionais Nordeste e Barreiro, todas as unidades da rede (3) comercializam o PF. Nas farmácias da rede presentes nas regionais Oeste e Centro-Sul verifica-se uma proporção de comercialização de 75% e 60%, respectivamente. A proporção de estabelecimentos que comercializam o PF nas farmácias da rede se reduz gradativamente nas demais regionais, atingindo o mínimo de 44,4% na regional Leste. Nota-se um cenário bastante diferente no caso dos sex shops, os quais, em sua maioria, não comercializam o PF, com exceção de 3 lojas (12,5%) localizadas na regional Centro-sul.

Tabela 7. Comercialização de preservativos femininos em rede varejista de farmácias e em sexshops segundo Regional Administrativa, Belo Horizonte, 2013

Regional Administrativa	Farmácias			Sexshop		
	Unidades pesquisadas	Unidades que comercializam	%	Unidades pesquisadas	Unidades que comercializam	%
Nordeste	2	2	100,0	0	0	0
Barreiro	1	1	100,0	0	0	0
Oeste	8	6	75,0	1	0	0
Centro Sul	30	18	60,0	20	3	15,0
Noroeste	7	4	57,1	1	0	0
Pampulha	9	5	55,6	0	0	0
Venda Nova	2	1	50,0	1	0	0
Leste	9	4	44,4	1	0	0
Total	68	41	60,0	24	3	12,5

5.2.1 Relatos dos profissionais dos estabelecimentos que comercializam o Preservativo

As categorias analíticas: *visão sobre o preservativo feminino (PF)*; *visão sobre a comercialização desse produto*; *motivo da procura*; *características da procura do insumo pela clientela* foram identificadas a partir das informações dos profissionais da rede de farmácia e dos sex shops. Quanto à visão sobre o produto os próprios atendentes parecem não aprovar o PF ao se referirem ao mesmo de forma negativa, como exemplificado nos relatos abaixo:

- *Preservativos? Vendem pouco. Açam que não precisam depois de uns meses de namoro.* (Centro-Sul)
- *O povo tem uma rejeição muito grande pelo tamanho.* (Centro-Sul)
- *Ao ver, desanimam, assustam.* (Centro-Sul)

Quanto à visão sobre a comercialização do PF, há um desinteresse geral por parte dos comerciantes, que alegam prejuízo com o produto, pois, além do preço elevado, apresenta dificuldade para aquisição junto aos distribuidores.

- *Não tem procura por causa do valor do preservativo.* (Leste)
- *O patrão quis comprar, mas o distribuidor não tem pra fornecer.* (Centro-Sul)
- *O preservativo feminino é difícil de ser encontrado no mercado, difícil de usar.* (Centro-Sul)
- *Tenho intenção de vender, mas não sei se é permitido.* (Centro-sul)
- *Comprei, encalhou, perdeu a validade.* (Centro-sul)
- *Tá sobrando camisinha e faltando cliente.* (Centro-Sul)
- *Não vendo o preservativo masculino. Não porque as drogarias de grande porte conseguem preço baixo, oferecendo melhor preço.* (Oeste)
- *Eu poderia até vender, mas pra motivar e apresentar o preservativo feminino.* (Centro-Sul)

O motivo da procura ao PF, na visão dos profissionais da farmácia e sex shops estudados, é que algumas mulheres têm alergia ao látex e optam pelo preservativo fabricado em poliuretano; curiosidade em conhecer o produto tão pouco divulgado; não poder fazer uso do anticoncepcional hormonal e ainda as mulheres que no período menstrual desejam ter relação sexual.

- *Pede. Mulheres mais maduras que tem problemas como o preservativo masculino* (Centro-Sul)

- *Uma pessoa, médica, queria comprar pra demonstração em uma escola (Centro-sul).*
- *As mulheres que pedem o preservativo feminino querem ver como é (Centro-Sul).*
- *Tem mulher que não pode tomar pílula, então eu apresento o preservativo feminino (Centro-Sul).*

A procura pelo PF é bastante variada, segundo os participantes da pesquisa, uma vez que há pouca procura na maioria dos estabelecimentos pesquisados e em outros (poucos) estabelecimentos a procura é dita significativa como pode ser visto nas falas a seguir. Tal discordância pode ser atribuída à visão pessoal do profissional como também à localização dos pontos comerciais que podem ter na vizinhança – motéis, consultórios médicos – pessoas que já conhecem o PF e sabem onde consegui-lo. Há também a possibilidade da clientela ter buscado o produto na prateleira sem passar pelo balconista, interferindo na aferição do processo de busca do PF neste tipo de estabelecimento.

- *Tem pouca saída. Até perdeu a validade (Centro-sul)*
- *Quase nada. Mais de seis meses sem vender, o preservativo feminino é retirado da loja (Noroeste).*
- *Não é constante, mas tem procura (Noroeste)*
- *A procura é pequena, esporádica (Pampulha)*
- *Procura tem. No final do dia a gente faz o histórico de não venda, envia pra central, mas não sei por que a gente não recebe (Centro-sul)*
- *Tem boa procura. Tem um flat aqui próximo e as mulheres vêm buscar (Centro-sul)*
- *A venda é significativa (Barreiro)*
- *Não sei dizer se tem procura porque a gente fica atrás do balcão e tem o autoatendimento (Centro-sul)*

Apenas a Regional Norte não foi contemplada, porque não contava com nenhum dos dois tipos de estabelecimentos incluídos no estudo.

5.3 Oficina do preservativo feminino

Como contrapartida, estava previsto na pesquisa a realização de uma oficina abordando as questões dos questionários e todas as funcionárias dos hotéis foram convidadas, independentemente se participaram ou não da investigação. Porém, pela dificuldade em disponibilizar mais um período de uma hora com as profissionais, além

daqueles utilizados para o preenchimento dos questionários coincidiu com meses em que estes estabelecimentos possuem maior número de eventos. As oficinas foram realizadas com 17 funcionárias de 2 hotéis.

Foi apresentado o preservativo feminino e discutido o formato de “sacola” que muitas acharam pouco atraente. Em seguida, demonstrou-se a correta colocação do PF utilizando para isso um modelo pélvico feminino em acrílico (Figuras 8, 9 e 10). Durante o processo de inserção foram discutidas as dificuldades que cada participante teve na sua experiência e elucidando ali as dúvidas que eram compartilhadas.



Figura 8: Oficina PF, demonstração da colocação na prótese feminina.
Fotógrafa: Cláudia Paiva



**Figura 9: Material utilizado na Oficina sobre o PF realizada em dois Hotéis.
Fotógrafa: Cláudia Paiva**



**Figura 10: Preservativo Feminino utilizado na Oficina realizada em dois Hotéis.
Fotógrafa: Cláudia Paiva**

Perguntas sobre DST/HIV/Aids foram discutidas e as participantes foram incentivadas a refletirem sobre o seu risco e como prevenir com o preservativo.

O preservativo masculino foi retirado da embalagem, chamando atenção para a data de validade, o símbolo do Inmetro e o cuidado em abrir com os dedos na borda picotada. Depois de colocado na prótese masculina, foi retirado para mostrar o descarte apropriado.

Houve quem dissesse que o material informativo entregue ajudou, mas não “entusiasmou” a participante a usá-lo.

Algumas perguntas revelaram dúvidas quanto à necessidade de usar o preservativo tendo a mulher realizado a laqueadura ou histerectomia (retirada do útero); o medo do PF se perder dentro do corpo da mulher.

Disseram nunca terem visto um modelo pélvico como a da Oficina e tiveram curiosidade em ver com detalhes o aparelho genital e reprodutor.

Iniciaram a discussão sobre o casamento de muito tempo e a confiança. Trocaram ideias de como conseguir um jeitinho de conversar com o parceiro para que ele apoiasse o uso do PF.

Ao final, foi apresentado para todas o vídeo do PF, um dos materiais informativos da pesquisa.

Sete mulheres que não participaram da pesquisa pediram o PF para levar e experimentar com os seus parceiros. Estas não participaram por terem iniciado suas atividades na empresa durante o desenvolvimento do estudo ou por não terem recebido autorização para participar devido ao tipo de serviço exercido e o horário agendado.

A pesquisa só foi possível pela dedicação de algumas mulheres que se identificaram com a proposta de estudo. Em cada área de investigação, deparei-me com líderes que com muita determinação convidaram e motivaram as colegas de trabalho para conhecer e participar do projeto.

Num dos hotéis, onde houve maior desistência das participantes, uma das respondentes, ao terminar o preenchimento do questionário 2 comentou que o panfleto seria mais interessante para tê-lo em mãos. Ela assistiu ao vídeo, mas na hora de colocar o PF não se lembrava das orientações.

Duas participantes pediram para que eu esclarecesse algumas dúvidas. A primeira disse das dificuldades em colocar e da camisinha feminina ter machucado, ela e o parceiro, a ponto da cabeça do pênis ter ficado vermelho. Após as explicações, elas se sentiram mais tranquilas e entenderam que o uso do PF requer várias tentativas para conseguir a habilidade, fato não verificado por terem usado apenas um PF. Além disso,

afirmaram que as orientações que receberam foram insuficientes (vídeo e embalagem do PF).

5.4 Comentários sobre a pesquisa de disponibilidade do PF

Numa das visitas às Farmácias, região Centro-sul, verificou-se a presença do Preservativo Feminino Prudence Lamour® com duas opções: látex e poliuretano, ambos com duas unidades. A iniciativa em oferecer o insumo nesse estabelecimento foi da proprietária que viu a necessidade de orientar mulheres que não podem tomar anticoncepcionais e em sua maioria, mulheres que fazem programas. Estas utilizam algodão no interior da vagina para conter o fluxo menstrual e continuar trabalhando. A proprietária da farmácia disse que adquiriu os PF para oferecer como opção às clientes, orientando e entregando folheto informativo impresso por ela e completou dizendo o quanto é difícil mudar a “cabeça” da mulher. A marca Prudence é referência dos Preservativos Masculinos já adquiridos e por considerar uma empresa idônea.

6 DISCUSSÃO

Com relação às perguntas sobre o preservativo feminino verificou-se que mais da metade, 59% da população estudada, não conhecia tal insumo e num total de 32 mulheres, apenas 1 (3,1%) afirmou ter usado. O acesso e a habilidade em manusear este método são desconhecidos pela maioria das participantes.

Ao comparar o grupo de 13 mulheres que disseram conhecer o PF com as outras características (idade, escolaridade, renda, raça e situação conjugal), foi constatado que as participantes com nível superior referiram conhecimento do insumo em proporção significativamente maior. Tal fato atesta a importância do nível de estudo para ações preventivas e indica a maior transmissão da epidemia de Aids entre mulheres de menor escolaridade e pior situação socioeconômica (BRASIL, 2003).

Estudos do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por jovens relataram a associação do pouco conhecimento com variáveis socioeconômicas sugerindo que os jovens que possuem melhores condições sociais têm acesso a informações de melhor qualidade, embora nem sempre suficientes. Além disso, verificaram que questões de gênero influenciaram o nível de conhecimento. Foi observado também que o acesso e a informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar destinados à população em geral. O conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso desse método (MARTINS *et al.*, 2006).

Uma pesquisa realizada na Inglaterra (WELLINGS *et al.*, 2001), onde as taxas de uso de preservativo entre os jovens estão entre as mais altas do mundo, encontrou uma associação entre educação sexual nas escolas e menores proporções de sexo desprotegido. A escolarização foi o fator mais importante para a competência sexual: exercício da sexualidade sem pressão ou arrependimento, com autonomia de decisão, com uso de métodos como camisinha.

As participantes, ao responderem ao questionário 2, relataram como vantagens do PF a prevenção da gravidez e de doenças (dupla proteção) aliado à liberdade e poder de decisão da mulher, sem considerar outros benefícios inerentes ao método como as baixas taxas de rompimento e deslocamento do preservativo feminino e a exposição da mucosa vaginal ao sêmen, como observaram Reis e Gir (2005).

Na pesquisa, as participantes citaram como desvantagens a perda da sensibilidade e prazer delas, dificuldades na colocação e a resistência masculina.

Na literatura (SANTOS *et al.*, 2005) as desvantagens apontadas foram o PF cobrir toda a genitália externa, fato que afeta a estética e torna-se desagradável para algumas pessoas. Pode ser barulhenta e algumas mulheres acham seu uso doloroso, devido especialmente ao anel interno. Pode ser difícil manuseá-la e inseri-la. A camisinha feminina pode ainda se deslocar durante a relação sexual.

Apesar do PF ter sido entregue às participantes o mesmo não foi usado e os principais impedimentos, segundo as participantes, foram a falta de informação sobre o método aliado à má impressão causada por sua aparência que foi percebida pelo parceiro. Importante ressaltar que 96,9% das participantes não fazem uso do preservativo masculino em seus relacionamentos sexuais e tal comportamento pode dificultar a possibilidade de uso do preservativo feminino.

Estudos (KALCKMANN *et al.*, 2009) revelaram que 35% a 50% das usuárias do PF enfrentaram dificuldades para a sua inserção nas primeiras experiências, fato que reforça a necessidade de apoio dos serviços nesse período de adaptação, quer para a manutenção ou para a troca do método. A alta descontinuidade no primeiro mês de uso são críticos para a manutenção de um método, especialmente para os que exigem mudança de comportamento, pois neste período a mulher (e/ou casal) confronta suas informações e expectativas com a realidade do seu cotidiano.

O tipo de informação oferecido no presente estudo buscou reproduzir o que é encontrado no mercado ou disponibilizado pelo Ministério da Saúde de modo a obter conhecimento sobre seu alcance e efetividade na aprendizagem da habilidade de uso do método. O que foi constatado é que tais materiais informativos não são suficientes para proporcionar habilidade às participantes na colocação do PF. Essa observação pode indicar que essa nova informação não adquiriu significado para o aprendiz, pois não havia conteúdo mínimo anterior que possibilitasse uma interação entre o novo conhecimento e o já existente.

Por isso, não se trata apenas de ensinar o manuseio. Discutir, acompanhar e orientar a utilização adequada do método constitui uma ação primordial, que pode gerar impactos positivos na qualidade de vida das usuárias. É também fundamental propiciar condições para que outros aspectos da vida afetiva e sexual possam ser discutidos e refletidos por elas, pois a saúde sexual e reprodutiva transcende a relação corporal e inclui dimensões psicossociais que interferem na dinâmica da prevenção (SCHALL, 1996).

Com o objetivo de melhoria da qualidade de vida de diversos grupos populacionais, alguns autores (TEIXEIRA & PAIM, 2000; MINAYO *et al.*, 2000 e

NORONHA *et al.*, 2000) recomendam partir dos problemas da população de um dado território e buscar soluções articulando distintas políticas e setores. Portanto, um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais.

Além disso, não se pode deixar de considerar que a mudança de atitudes diante de um novo método é um processo de aprendizado individual e coletivo. É, portanto, lento e depende de apoio de profissionais capacitados. Outra questão é a identificação do PF pela mulher que elege ou não esse método para a sua vida sexual e reprodutiva.

Outro aspecto analisado no presente estudo foi a comercialização, ou seja, a disponibilidade do PF, cujos resultados indicam variações. Considerando que a renda domiciliar *per capita* é mais elevada nas regionais Oeste e Centro-Sul no município de Belo Horizonte e que a renda média *per capita* dos moradores dessas regionais gira em torno de R\$1.357,64 e R\$3.016,28 (IBGE, 2010), respectivamente, seria esperado uma maior procura desse insumo nessas regionais, o que os profissionais indicam que não está ocorrendo. Contudo, a tabela demonstra presença do produto em 6 unidades na regional Oeste e 18 na Centro-Sul (maior do que nas demais regionais).

Para muitos profissionais das farmácias e sex shops participantes dessa pesquisa, o preservativo feminino é um produto novo – um dos entrevistados precisou consultar um colega de trabalho ou até mesmo o gerente para responder ao roteiro de entrevista. Provavelmente, desconhecido também das mulheres, visto que no presente trabalho foi verificado que apenas 15% dos estabelecimentos confirmaram a procura por esse insumo.

O PF adquirido pela farmácia é de uma marca conhecida de PM já consolidada no mercado, entretanto, a comercialização do PF em embalagem com duas unidades pode representar um fator limitante para aquisição do produto pelo elevado preço, considerando que o PF é 30 vezes mais caro que o PM, segundo o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa (ABIAIDS, 2013).

O estudo mostra que 60% das unidades de farmácias comercializam o PF, entretanto, essa informação não chegou até às mulheres, que, em geral, desconhecem que nesse local há a disponibilização do produto. A inclusão do PF nos encartes de ofertas dos produtos das farmácias seria uma maneira de divulgar o insumo e

possibilitar o aumento da demanda por esse público. Nos sex shops apenas 12,5% (3 unidades) comercializam o PF e muitos proprietários desses estabelecimentos não têm interesse em trabalhar com esse produto pela pequena demanda e consequente perda do prazo de validade da camisinha adquirida além do alto investimento nessa mercadoria. Uma alternativa apresentada por Dutra (2008) seria a oportunidade de apresentar o PF em eventos recreativos entre as noivas e suas amigas, prática já estabelecida em ocasiões que antecedem ao casamento, que tem a finalidade de promover conversas e ‘jogos’ sobre relacionamento, sexualidade, etc. Nestas ocasiões as revendedoras domiciliares são chamadas por um grupo de mulheres para organizar a reunião, falar sobre relacionamento, autoestima e apresentar uma lista de produtos, explicando a maneira de usá-los, fazendo demonstrações e possibilitando que as consumidoras os experimentem e, nesta oportunidade, poderiam incluir o PF. Assim, as vendas poderiam ser incrementadas, pois estudos mostram que setenta por cento de todo o público consumidor de sex shops é formado por mulheres, justificado pela crescente curiosidade e preocupação com o seu próprio prazer (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Outra alternativa seria o incremento das vendas dentro dos sex shops *on line*. Poucos são os estudos sobre esse tipo de comércio, porém, em uma pesquisa conduzida por Fisher e Barak (2000) sobre sex shops na internet, das inúmeras mercadorias listadas, a mais ampla gama de produtos que se possa imaginar, não constava o preservativo masculino e feminino. Assim, seria necessário inserir os insumos de proteção na lista dos produtos disponibilizados por este serviço.

Assim como a aceitação do preservativo masculino foi progressiva e teve força política para os investimentos na prevenção, para reconhecimento do preservativo feminino, que desde 1997 (cerca de 15 anos) é comercializado no Brasil, será necessário seguir o mesmo caminho. Para isso é importante que os segmentos da sociedade estejam convencidos da importância deste insumo para não perder a oportunidade de avançar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada (BARBOSA, 2013).

O investimento em campanhas e marketing social é uma das recomendações feitas pelo estudo ‘Preservativo feminino – das políticas globais à realidade brasileira’(BARBOSA, 2011). Quanto mais propagado o PF mais empresas se interessam pelo produto e o mercado empreendedor possibilita o surgimento de variedades do insumo que passam a competir.

Muitos são os entraves à utilização da camisinha feminina. Quanto ao aspecto político, no Brasil, desde 2000 tal insumo foi incorporado principalmente a serviços

relacionados ao Programa de Aids, deixando outras áreas de prevenção descobertas. Para a sua dispensação as campanhas de divulgação e marketing foram quase nulas, havendo mulheres que não a conhecem e outras que sequer ouviram falar acerca dessa possibilidade de prevenção. Vários são os obstáculos quanto à distribuição do PF, nos postos de saúde, por exemplo, está limitada às profissionais do sexo e às mulheres portadoras de HIV ou doentes de Aids; verifica-se também a dificuldade de comercialização sob alegação de custo elevado e o despreparo dos profissionais de saúde acerca do conhecimento ineficiente do método.

Assim, enquanto a camisinha masculina faz parte do cotidiano, a camisinha feminina é limitada de forma que a mulher fica privada do acesso a um método que poderia lhe dar autonomia e decisão (KALCKMANN, 2013).

Contudo, cabe descobrir qual o espaço reservado ao PF: ser uma alternativa ao PM por ter as mesmas indicações ou até pleitear uma fatia maior no mercado? Cabe experimentar e avaliar se o investimento em campanhas e marketing social conseguirá motivar as mulheres a experimentarem e, se for o caso, incorporarem o PF em sua rotina sexual. E finalmente, se informações mais consistentes sobre o PF e suporte às mulheres no período de adaptação ao insumo seriam suficientes o bastante para a aceitabilidade, a habilidade quanto ao uso e capacidade de negociação com o parceiro para a sua adoção, o que somente novos estudos poderão esclarecer. Cabe destacar ainda a dimensão psicossocial associada às práticas preventivas, de modo a superar a noção de ‘indivíduo-consumidor’, como questiona Paiva (2002) e buscar politizar os espaços psicoeducativos para a noção de ‘indivíduo sujeito-cidadão’, o qual seja coparticipante das ações de prevenção e cuidado integral, respeitando o contexto sociocultural de cada um. Muitos desafios estão colocados e dependem de políticas públicas associadas à maior difusão e estratégias intersetoriais de saúde e educação, bem como da participação das mulheres de modo a ampliar a autonomia para planejar sua vida sexual e reprodutiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse cenário apresentado pela pesquisa, é notório o grande desconhecimento do preservativo feminino por parte das usuárias e comerciantes. Cabe aos planejadores e gestores de políticas públicas de prevenção conhecer essa realidade e buscar estratégias que amenizem essa situação. Ainda, enfrentar o desafio de conectar as particularidades individuais a uma diretriz política mais ampla.

Quanto aos materiais informativos, esses não devem se limitar ao mero repasse de informação de cunho técnico. Tais informações devem estar sustentadas pelas representações e as experiências individuais e coletivas. O estudo mostrou que as dificuldades na colocação do PF foram consideráveis e não estavam diretamente atreladas ao tipo de material informativo. Pode-se considerar que as participantes não se identificaram com esse método. Por fim, indicou ainda que os programas educativos devem ser permanentes e associados à experimentação com modelos analógicos (como os utilizados nas oficinas finais), essas representaram uma contrapartida após a conclusão do estudo, e embora complementar, auxiliou a perceber o seu potencial se comparadas às informações sistematicamente analisadas. As políticas públicas requerem associar a distribuição dos preservativos a tais processos de educação permanente e oficinas demonstrativas, sempre disponíveis nos espaços da educação e da saúde, exercendo de fato a necessária intersetorialidade que possa potencializar a transformação almejada.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1: Carta de aprovação do Comitê de Ética

CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ CPQRR/	
--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso.

Pesquisador: Claudia Paiva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09428912.8.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPQRR/

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 175.014

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

O presente estudo visa investigar os conhecimentos, habilidades e aceitabilidade da mulher quanto ao uso do preservativo feminino (PF) a partir de diferentes orientações disponibilizadas. É distribuído pelo serviço público de saúde em programas de prevenção da Aids na perspectiva de aumentar nas mulheres a prática do sexo protegido, atendendo grupos específicos como: profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis ou parceiras de usuários, soropositivas ou parceiras de soropositivos e mulheres com DST. A entrega do PF é realizada por livre demanda, geralmente sem orientações do profissional de saúde que deveria informar o uso correto e fazer o acompanhamento desta população feminina. Sabe-se que as mulheres na nossa sociedade não têm a tradição de usar métodos intravaginais de barreira. No Brasil, existe uma cultura contraceptiva baseada na

utilização de apenas dois métodos: o contraceptivo hormonal e a laqueadura tubária. Esta questão deverá ser considerada nas estratégias para a universalização do uso do preservativo feminino, ação que envolverá um grande investimento em trabalhos educativos (Oliveira et al.2008). Mesmo existindo uma demanda por parte das mulheres para alternativas de prevenção, apresentadas pelo preservativo feminino, há indicações de que,

para tomar o seu uso habitual, é fundamental o acesso a este insumo bem como orientações adequadas ao seu nível de instrução além da troca de experiências entre elas. Com relação às desigualdades de gênero, é necessário desenvolver estratégias que contribuam para a autonomia das mulheres, elevando sua autoestima, fortalecendo a sua capacidade de negociação e seu poder

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715		CEP: 30.190-002
Bairro: Barro Preto		
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE	
Telefone: (313)349.-7825	Fax: (313)349.-7825	E-mail: jcpdias@cpqrr.fiocruz.br; jessica@cpqrr.fiocruz.br

de decisão (Santos et al., 2005). Costa e colaboradores (2006), comentam que na organização da atenção prestada às mulheres, ainda há um longo caminho a percorrer para que seja possível garantir-lhes informações e tecnologias para o exercício de suas escolhas reprodutivas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem como objetivo verificar o conhecimento, a aceitabilidade e a habilidade da mulher quanto ao uso do preservativo feminino a partir das diferentes informações disponibilizadas.

Objetivo Secundário:

O estudo pretende:

- a) investigar o conhecimento, as percepções e representações sobre o preservativo feminino e os sentidos atribuídos ao cuidado com a saúde sexual;
- b) comparar grupos de mulheres jovens e adultas sobre o uso do preservativo feminino a partir de vários tipos de informações previamente disponibilizadas;
- c) apreender novos saberes que possam subsidiar a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres;
- d) elaborar material educativo com orientações sobre o uso do preservativo feminino baseado nos dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todos os questionários serão autoaplicáveis sob a coordenação da aluna de mestrado (Claudia Gersen Alvarenga de Paiva) com utilização de instrumentos adequados para a pesquisa. Não haverá coleta de espécimes. Todo o material será descrito preservando o sigilo da identidade dos entrevistados. Serão utilizados iniciais do nome nos questionários da dissertação. Será solicitado ao participante o uso do preservativo feminino. Tal insumo é o mesmo distribuído pelo Ministério da Saúde (aprovado pela FDA- Food and Drug Administration é referência global de certificação para comercialização nos Estados Unidos e pela Anvisa no Brasil). A pesquisadora principal deixará contato para eventuais dúvidas. Não haverá riscos.

Benefícios:

Pressupõe-se que a educação é um conjunto de experiências (cognitivas, afetivas e psicomotoras) que contribuem para o empowerment do indivíduo. Empowerment (ou empoderamento) é o processo que procura promover a capacitação

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)349.-7825 Fax: (31)349.-7825 E-mail: jcpdias@cpqrr.fiocruz.br; jessica@cpqrr.fiocruz.br

do indivíduo para a participação, em comunidade, visando maior atuação do sujeito nas decisões que levam a melhoria da qualidade de vida (Carvalho, 2004). Este processo é importante no sentido de promover condições para que os sujeitos participem dos processos decisórios no âmbito da melhoria das condições de saúde (Gómez e Minayo, 2006). Por ampliar a visão do processo de aprendizagem, a Teoria de Novak é considerada uma Teoria de Educação, na qual a Aprendizagem Significativa contribui, então, para o empowerment do indivíduo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e foi muito bem descrito pela pesquisadora e respeitados os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos, sob o ponto de vista da Resolução 196/96 CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está de acordo com os princípios da Resolução 196/96.

Recomendações:

Supressão da frase "Serão utilizados iniciais do nome nos questionários da dissertação", tendo em vista que a declaração da pesquisadora de que as voluntárias terão a identidade preservada e as iniciais, poderão servir de identificação na empresa em que trabalham.

Apresentação da Carta de Anuência da empresa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Colocado em discussão na plenária, o projeto foi aprovado, com a ressalva de apresentação pela pesquisadora da Carta de Anuência da empresa Contact Center, local de aplicação dos questionários dos sujeitos das pesquisas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Colocado em discussão na plenária, o projeto foi aprovado, com a ressalva de apresentação pela pesquisadora da Carta de Anuência da empresa Contact Center, local de aplicação dos questionários dos sujeitos das pesquisas.

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



BELO HORIZONTE, 17 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Naftale Katz
(Coordenador)

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (313)349.-7825 Fax: (313)349.-7825 E-mail: jcpdias@cpqrr.fiocruz.br; jessica@cpqrr.fiocruz.br

8.2 ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Gostaríamos de convidar você para participar da pesquisa denominada: **Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso**

Você foi escolhida por ser mulher e trabalhar nesta empresa. Você não tem obrigação de participar da pesquisa e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Se não quiser participar não haverá nenhum prejuízo para você e nem para sua relação com o pesquisador.

O objetivo deste estudo é verificar o conhecimento, a aceitabilidade e a habilidade da mulher quanto ao uso da camisinha feminina a partir das diferentes informações oferecidas.

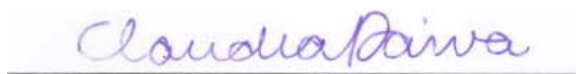
Sua participação na pesquisa consistirá em responder individualmente a dois questionários e experimentar a camisinha feminina que será entregue a você. Os questionários não serão identificados nominalmente para que as participantes sejam preservadas.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, mas se houver dificuldade ou constrangimento em solicitar o uso da camisinha ao seu parceiro, você poderá comunicar à pesquisadora a sua desistência sem prejuízo nenhum para você.

A sua participação poderá auxiliar nas percepções e representações sobre a camisinha feminina e os sentidos atribuídos ao cuidado com a saúde sexual e subsidiar a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens adultos a partir desses saberes.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, preservaremos a sua identidade e a dos demais participantes da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Centro de Pesquisas René Rachou, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.



Assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:

Nome: Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva

Identidade: M-292328-7

CPF: 519515766-91

Correspondência:

Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo

Horizonte (Cep: 30190-002)

Fax: (31) 3349-7817

Correio eletrônico: claudiagap@cpqrr.fiocruz.br

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - CPqRR:

- Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)

-Secretária: Bernadete Patrícia Santos – Telefone: (31) 3349 7825

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

8.3 ANEXO 3: Roteiro de Entrevista

ENTREVISTA SEXSHOP – BH – 2013

Nome do Estabelecimento: _____

Endereço: _____

- 1) Você conhece o preservativo feminino?
- 2) Este Sexshop tem preservativo feminino para a venda?
- 3) Se sim, qual é o preço?
- 4) Qual é o modelo e a marca?
- 5) Qual é o fornecedor?
- 6) Se não, chegou a vender algum dia?
- 7) Há quanto tempo venderam o preservativo feminino?
- 8) Por que não vende mais?
- 9) O preservativo feminino é solicitado pelo cliente?
- 10) Quem compra o preservativo?
- 11) Eles pedem pra ver como é?
- 12) Vocês têm exemplar para demonstração se o cliente quiser ver?
- 13) Pedem para explicar como usa?
- 14) Como é a explicação do uso do preservativo feminino?
- 15) Quem quer explicação sobre como usar, homem, mulher, jovem?
- 16) Qual a faixa etária e o sexo do comprador?
- 17) Qual a demanda mensal?
- 18) Quantos PF você teria em estoque caso passasse a vender?

8.4 ANEXO 4. Cópia do artigo enviado à Revista da área de Saúde Coletiva

ACESSO E DEMANDADO PRESERVATIVO FEMININO: UMA NOVA ALTERNATIVA PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER

*Access and demand of the female condom: a new alternative to sexual and
reproductive health of women*

Acesso e demanda do preservativo feminino

Artigo Original

**Cláudia Gersen Alvarenga de Paiva⁽¹⁾ Carina Margonari de Souza⁽²⁾
Tatiana Chama Borges Luz⁽³⁾ Valéria Lima Falcão⁽⁴⁾ Virgínia Torres Schall⁽⁵⁾**

^(1,2,3,4,5) Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente (Laesa) – Centro de Pesquisas
René Rachou (CPqRR) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondências:

Cláudia Paiva

Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz Minas.

Av. Augusto de Lima 1715. Barro Preto. CEP 30190-002

Fone: (31) 3349-7817

E-mail: claudiagap@cpqrr.fiocruz.br

RESUMO

Objetivo: Este artigo investiga os motivos que justificam a demanda, distribuição e venda do preservativo feminino na rede comercial de Belo Horizonte, MG, e as opiniões dos comerciantes e orientações dadas aos consumidores sobre o produto. **Método:** A pesquisa, exploratória e descritiva, caracterizou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos espaços pesquisados. **Resultados:** Dos 92 estabelecimentos estudados, 44 (48%) informaram comercializar o preservativo feminino. As farmácias comercializam o produto em 60% (41/68) das unidades da rede e os sex shops em 12,5% (3/24). Diferenças regionais revelam maior disponibilidade do produto na região Centro-Sul, de maior poder aquisitivo e alta circulação de pessoas. Os relatos dos profissionais apontam para críticas e rejeição ao produto que consideram de alto custo e tamanho exagerado, sendo pouco comercializado e com baixa demanda. **Conclusão:** Os desafios a serem vencidos dependem de políticas públicas associadas a maior difusão e estratégias intersetoriais de saúde e educação, bem como da participação das mulheres para maior conhecimento, habilidade no uso do preservativo e negociação com os parceiros, ampliando assim a autonomia para planejar sua vida sexual e reprodutiva.

Descritores: Preservativo Feminino, Saúde Sexual e Reprodutiva, DST/Aids, Método Contraceptivo

ABSTRACT

Objective: This paper investigates the reasons for the demand, distribution and sale of female condoms in the commercial network of Belo Horizonte, MG, and the opinions of traders and guidance to consumers about the product. **Method:** The research, exploratory and descriptive, was characterized by a quantitative and qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with professionals from the areas surveyed. **Results:** Of the 92 establishments studied, 44 (48%) reported market the female condom. Pharmacies sell the product in 60% (41/68) of the units of the network investigated and sex shops in 12.5% (3/24). Regional differences reveal greater product availability in the South Central region, with greater purchasing power and high movement of people. The reports of the professionals point to criticism and rejection of the product they consider costly and oversized, with little sold and low demand. **Conclusion:** The challenges to be met depend on public policies associated with strengthening intersectoral strategies for health and education, as well as

the participation of women to greater knowledge, skill in condom use and negotiation with partners, thus expanding the autonomy to plan their reproductive and sexual life.

Descriptors: Female Condom, Sexual and Reproductive Health, STD / AIDS, Contraception

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz sob o número 175014 em 26/11/2012.

INTRODUÇÃO

Ainda há grande desigualdade nas relações de gênero e é fundamental investir em alternativas que possam ampliar a autonomia das mulheres quanto ao cuidado com a sua saúde sexual e reprodutiva. Processos educativos, estratégias e disponibilização de produtos para sua proteção e negociação do sexo seguro são fundamentais nessa direção. Por saúde reprodutiva compreende-se ter uma vida sexual prazerosa e segura, requerendo acesso à informação e alternativas de proteção e planejamento familiar. No entanto, os dados mostram que tanto a informação quanto as alternativas de sexo seguro e planejamento familiar não têm sido possibilitadas às mulheres no Brasil. Exemplo disso está na esterilização cirúrgica realizada no país desde 1970 e segundo Costa⁽¹⁾, a elevada adesão das mulheres à laqueadura estava condicionada à falta de alternativas contraceptivas, à baixa informação sobre esse método e suas consequências como também à ausência de programas e políticas governamentais.

No Brasil, a participação social de mulheres e sua intervenção nas políticas públicas colaborou para a elaboração e implementação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, como parte do Sistema Único de Saúde (SUS). O PAISM inclui ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade, controle do câncer do colo de útero e de mama e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)^(2,3).

Atualmente, são várias as alternativas contraceptivas colocadas à disposição das mulheres de 10 a 49 anos, em idade reprodutiva, representando 65% da população feminina⁽⁴⁾. Aquelas que fazem uso de um ou mais métodos podem planejar o número de filhos de acordo com suas condições, conciliando, ainda, seu desenvolvimento intelectual e profissional. Outro benefício do uso desses métodos é evitar o aborto provocado e suas sequelas, contribuindo para reduzir em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis⁽⁵⁾.

Um método anticoncepcional não medicamentoso considerado seguro é o preservativo masculino (PM) e, também, o feminino (PF), pois, além da ação contraceptiva, previnem as DSTs, tais como Aids, sífilis, gonorreia, clamídia, herpes, dentre outras, sendo, portanto, considerado um método de dupla proteção⁽⁶⁾.

Com o aparecimento da Aids no início da década de 1980, o PM passou a ser indicado nas diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS). De 1992 até início de 2000, verificou-se um período caracterizado pelo aumento do número de casos de transmissão do HIV por exposição heterossexual e com destaque para os casos do sexo feminino⁽⁷⁾.

Em virtude deste cenário, a partir de 2000, o PF também passou a ser adotado pelo MS como estratégia de prevenção, a fim de reduzir a propagação da epidemia entre as mulheres e ampliar as opções de proteção⁽⁸⁾. A logística de distribuição do PF prevê o repasse do insumo para as Secretarias Estaduais de Saúde (SESs), que, por sua vez, decidem sobre a estratégia de distribuição local por meio da área de Saúde da Mulher, das ações de planejamento familiar, e/ou da coordenação de DST/Aids⁽⁹⁾.

Considerando-se as estimativas populacionais do MS para o ano de 2012, existiam 63.177.694 de mulheres em idade reprodutiva no país⁽¹⁰⁾ e, para atender a demanda da grande maioria das mulheres não incluídas nos critérios estabelecidos pelo próprio MS – mulheres em situação de vulnerabilidade e de risco – há de se supor uma procura desse insumo na rede privada. No entanto, segundo Barbosa & Perpétuo⁽⁸⁾, entre 2007 e 2009 apenas 10 mil unidades de PF foram adquiridas pela rede privada no Brasil.

Devido à ausência de estudos reportados na literatura sobre o acesso ao preservativo feminino na rede privada, este trabalho tem por objetivo investigar em uma das principais capitais do Brasil, a cidade de Belo Horizonte – MG, se os estabelecimentos que comercializam o PM, também disponibilizam o PF, os motivos que justificam a sua venda ou indisponibilidade, a demanda desse produto pela clientela e a habilitação dos comerciantes para orientar quanto ao uso.

METODOLOGIA

Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, tem uma população estimada para 2013 de cerca de 2,4 milhões de habitantes⁽¹¹⁾, representando 12% da população do Estado. Quinta metrópole mais populosa do Brasil, sua principal atividade econômica é a prestação de serviços. Para fins de gestão e planejamento, o município foi subdividido

em nove áreas administrativas regionais, as quais também correspondem às regionais sanitárias: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Foi realizada uma pesquisa exploratória⁽¹²⁾ que integra abordagem qualitativa para a coleta e a análise dos dados. Foram selecionados dois tipos de estabelecimentos comerciais, a saber, farmácias/drogarias e sex shops, considerando-se que os mesmos são pontos tradicionais de revenda de preservativos masculinos. O estudo foi conduzido entre março e setembro de 2013.

Foram feitas diversas visitas a farmácias/drogarias e sex shops localizados nas diversas Regionais do município. No caso das farmácias/drogarias, a partir dessas visitas preliminares, percebeu-se que apenas uma grande rede varejista de farmácias comercializava o preservativo feminino.

No caso dos sex shops, constatou-se uma falta do insumo nas visitas exploratórias realizadas. Esse fato motivou a utilização de uma estratégia de busca *online* para a localização do maior número dessas empresas a fim de realizar uma pesquisa mais ampla. A busca *online* foi feita a partir das seguintes palavras-chave: ‘sex shop’, ‘produtos eróticos’, ‘sexo’ e ‘Belo Horizonte’.

Foram adotados os seguintes critérios para inclusão dos estabelecimentos: localização da empresa no município de Belo Horizonte e possuir número de telefone válido. Foi realizado contato telefônico com todas as farmácias/drogarias e sex shops que preencheram esses critérios. Após exclusões de estabelecimentos repetidos e localizados na grande Belo Horizonte, portanto fora do escopo do trabalho, foram incluídas todas as 72 unidades de farmácias/ drogarias de uma grande rede presente em quase toda a cidade e os 33 sex shops que preenchiam os critérios descritos para realizar a pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham nos estabelecimentos selecionados, aplicando-se o mesmo roteiro para farmácias e sex shops. O roteiro foi elaborado com base nos pressupostos descritos por Gunther⁽¹³⁾ para garantir maior rigor metodológico, tais como especificidade, clareza, não ambiguidade. Foram investigados, em ambos os tipos de estabelecimentos pesquisados, a disponibilidade do PF para a venda; o preço; a marca comercial; se o preservativo feminino é solicitado pela clientela e se essa solicita informações sobre o produto, além de informações sobre quem responde por tais orientações no estabelecimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para os dados qualitativos realizou-se análise de conteúdo temática por meio de categorização e análise descritiva⁽¹⁵⁾. Foi realizada a busca de elementos nas falas a fim de criar categorias analíticas e também foi feita uma classificação do material a partir de organização prévia. A utilização das duas modalidades de análise objetivou a identificação, codificação e validação das categorias e subcategorias, estabelecidas ao final do processo. Ao termo da categorização, as seguintes categorias analíticas foram identificadas: *visão sobre o preservativo feminino (PF)*; *visão sobre a comercialização desse produto*; *perfil da clientela*; *características da procura do insumo pela clientela*.

RESULTADOS

DISPONIBILIDADE REGIONAL E DESCRIÇÃO DOS PRESERVATIVOS FEMININOS COMERCIALIZADOS

Foram investigados 68 (94%) dentre os 72 estabelecimentos farmacêuticos que compõe a rede varejista selecionada. Com relação aos sex shops, foram investigados 24 (72%) dentre os 33 incluídos. A perda ocorreu por não atendimento às numerosas chamadas telefônicas. O total de estabelecimentos investigados foi de 92. Desse total, 44 (48%) informaram comercializar o preservativo feminino (PF).

As farmácias comercializam o PF em 60% (41/68) das unidades da rede e os sex shops em 12,5% (3/24). O preço médio desse insumo foi de R\$16,76 [DP=1,08]. Duas marcas comerciais estão presentes nos estabelecimentos, uma que denominamos A, vem em embalagem com duas unidades, e uma segunda, denominada B, tem embalagem com uma única unidade. Importante ressaltar que dos 92 locais pesquisados apenas um sex shop comercializa o PF B, o qual apresenta o mesmo design e material do PF distribuído pelo MS.

O PF A ilustrado na Figura 1 é feito de látex e traz uma esponja de poliuretano em seu interior para facilitar sua inserção e manutenção durante a relação sexual.



Figura 1. Preservativo Feminino da marca A

Na Figura 2 apresenta-se o PF B que é fabricado em borracha nitrílica, cujo anel interno é feito de poliuretano usado para auxiliar na colocação da camisinha dentro da vagina e mantê-la no lugar.



Figura 2. Preservativo feminino da marca B.

A Tabela mostra a comercialização do PF por tipo de estabelecimento, segundo as regionais administrativas de Belo Horizonte. Verifica-se que o PF está presente em todas as regionais, mas não em todos os estabelecimentos comerciais pesquisados no estudo. No caso da rede varejista, nas regionais Nordeste e Barreiro, todas as unidades da rede (3) comercializam o PF. Nas farmácias da rede presentes nas regionais Oeste e Centro-Sul verifica-se uma proporção de comercialização de 75% e 60%, respectivamente. A proporção de estabelecimentos que comercializam o PF nas farmácias da rede se reduz gradativamente nas demais regionais, atingindo o mínimo de 44,4% na regional Leste. Nota-se um cenário bastante diferente no caso dos sex shops, os quais, em sua maioria, não comercializam o PF, com exceção de 3 lojas (12,5%) localizadas na regional Centro-sul.

Tabela I. Comercialização de preservativos femininos em rede varejista de farmácias e em sex shops segundo Regional Administrativa, Belo Horizonte, 2013

Regional Administrativa	Farmácias			Sexshop		
	Unidades pesquisadas	Unidades que comercializam	%	Unidades pesquisadas	Unidades que comercializa m	%
Nordeste	2	2	100,0	0	0	0
Barreiro	1	1	100,0	0	0	0
Oeste	8	6	75,0	1	0	0
Centro Sul	30	18	60,0	20	3	15,0
Noroeste	7	4	57,1	1	0	0
Pampulha	9	5	55,6	0	0	0
Venda Nova	2	1	50,0	1	0	0
Leste	9	4	44,4	1	0	0
Total	68	41	60,0	24	3	12,5

RELATOS DOS PROFISSIONAIS DOS ESTABELECIMENTOS QUE COMERCIALIZAM O PRESERVATIVO

As categorias analíticas: *visão sobre o preservativo feminino (PF); visão sobre a comercialização desse produto; perfil da clientela; características da procura do insumo pela clientela* foram identificadas a partir das informações dos profissionais da rede de farmácia e dos sex shops. Quanto à visão sobre o produto os próprios atendentes parecem não aprovar o PF ao se referirem ao mesmo de forma negativa, como exemplificado nos relatos abaixo:

- “Preservativos? Vendem pouco. Acham que não precisam depois de uns meses de namoro” (Centro-Sul)
- “O povo tem uma rejeição muito grande pelo tamanho” (Centro-Sul)
- “Ao ver, desanimam, assustam” (Centro-Sul)

Quanto à visão sobre a comercialização do PF, há um desinteresse geral por parte dos comerciantes, que alegam prejuízo com o produto, pois, além do preço elevado, apresenta dificuldade para aquisição junto aos distribuidores.

- “Não tem procura por causa do valor do preservativo”. (Leste)
- “O patrão quis comprar, mas o distribuidor não tem pra fornecer” (Centro-Sul)
- “O preservativo feminino é difícil de ser encontrado no mercado, difícil de usar” (Centro-Sul)
- “Tenho intenção de vender, mas não sei se é permitido.” (Centro-sul)
- “Comprei, encalhou, perdeu a validade”. (Centro-sul)
- “Tá sobrando camisinha e faltando cliente” (Centro-Sul)
- “Não vendo o preservativo masculino. Não porque as drogarias de grande porte conseguem preço baixo, oferecendo melhor preço” (Oeste)
- “Eu poderia até vender, mas pra motivar e apresentar o preservativo feminino” (Centro-Sul)

O perfil da clientela do PF, na visão dos profissionais da farmácia e sex shops estudados, é composta por mulheres que têm alergia ao látex, optando pelo preservativo fabricado em poliuretano; aquelas que têm curiosidade em conhecer o produto tão pouco divulgado; outras que não podem fazer uso do anticoncepcional hormonal e ainda as mulheres que no período menstrual desejam ter relação sexual.

- “Pede. Mulheres mais maduras que tem problemas como o preservativo masculino” (Centro-Sul)
- “Uma pessoa, médica, queria comprar pra demonstração em uma escola” (Centro-sul)
- “As mulheres que pedem o preservativo feminino querem ver como é” (Centro-Sul)

- “Tem mulher que não pode tomar pílula, então eu apresento o preservativo feminino” (Centro-Sul).

A procura pelo PF é bastante variada, segundo os participantes da pesquisa, uma vez que há pouca procura na maioria dos estabelecimentos pesquisados e em outros (poucos) estabelecimentos a procura é dita significativa. Tal discordância pode ser atribuída à visão pessoal do profissional como também à localização dos pontos comerciais que podem ter na vizinhança – motéis, consultórios médicos – pessoas que já conhecem o PF e sabem onde consegui-lo. Há também a possibilidade da clientela ter buscado o produto na prateleira sem passar pelo balconista, interferindo na aferição do processo de busca do PF neste tipo de estabelecimento.

- “Quase nada.” (Centro-sul)
- “Tem pouca saída. Até perdeu a validade”. (Centro-sul)
- “Quase nada. Mais de seis meses sem vender, o preservativo feminino é retirado da loja.” (Noroeste)
- “Não é constante, mas tem procura”. (Noroeste)
- “A procura é pequena, esporádica”. (Pampulha)
- “Procura tem. No final do dia a gente faz o histórico de não venda, envia pra central, mas não sei por que a gente não recebe” (Centro-sul)
- “Tem boa procura. Tem um flat aqui próximo e as mulheres vêm buscar” (Centro-sul)
- “A venda é significativa” (Barreiro)
- “Não sei dizer se tem procura porque a gente fica atrás do balcão e tem o autoatendimento”. (Centro-sul)

Apenas a Regional Norte não foi contemplada nesse estudo, porque não contava com nenhum dos dois tipos de estabelecimentos incluídos no estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam variações na comercialização do PF. Considerando que a renda domiciliar *per capita* é mais elevada nas regionais Oeste e Centro-Sul no município de Belo Horizonte e que a renda média *per capita* dos moradores dessas regionais gira em torno de R\$1.357,64 e R\$3.016,28⁽¹⁶⁾, respectivamente, seria esperado uma maior procura desse insumo nessas regionais, o que os profissionais indicam que não está ocorrendo. Contudo, a tabela demonstra presença do produto em 6 unidades na regional Oeste e 18 na Centro-Sul (maior do que nas demais regionais).

Para muitos profissionais das farmácias e sex shops participantes dessa pesquisa, o preservativo feminino é um produto novo – um dos entrevistados precisou consultar um colega de trabalho ou até mesmo o gerente para responder ao roteiro de

entrevista. Provavelmente, desconhecido também das mulheres, visto que no presente trabalho foi verificado que apenas 15% dos estabelecimentos confirmaram a procura por esse insumo.

A baixa procura pelo PF, além das razões apontadas pelos entrevistados, pode estar associada ao fato de que o modelo disponível para a venda é um modelo diferente do que o distribuído pelo MS, pois possui uma esponja ao invés do anel no interior do preservativo e as mulheres que já conhecem o modelo distribuído podem encontrar dificuldade em utilizar o comercializado na rede privada. O PF adquirido pela farmácia é de uma marca conhecida de PM já consolidada no mercado, entretanto, a comercialização do PF em embalagem com duas unidades pode representar um fator limitante para aquisição do produto pelo elevado preço, considerando que o PF é 30 vezes mais caro que o PM, segundo o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa⁽¹⁷⁾.

O estudo mostra que 60% das unidades de farmácias comercializam o PF, entretanto, essa informação não chegou até às mulheres, que, em geral, desconhecem que nesse local há a disponibilização do produto. A inclusão do PF nos encartes de ofertas dos produtos das farmácias seria uma maneira de divulgar o insumo e possibilitar o aumento da demanda por esse público. Nos sex shops apenas 12,5% (3 unidades) comercializam o PF e muitos proprietários desses estabelecimentos não têm interesse em trabalhar com esse produto. Uma alternativa apresentada por Dutra⁽¹⁸⁾ seria a oportunidade de apresentar o PF em eventos recreativos entre as noivas e suas amigas, prática já estabelecida em ocasiões que antecedem ao casamento, que tem a finalidade de promover conversas e ‘jogos’ sobre relacionamento e sexualidade. Nestas ocasiões as revendedoras domiciliares são chamadas por um grupo de mulheres para organizar a reunião, falar sobre relacionamento, autoestima e apresentar uma lista de produtos, explicando a maneira de usá-los, fazendo demonstrações e possibilitando que as consumidoras os experimentem e, nesta oportunidade, poderiam incluir o PF. Assim, as vendas poderiam ser incrementadas, pois estudos mostram que setenta por cento de todo o público consumidor de sex shops é formado por mulheres, justificado pela crescente curiosidade e preocupação com o seu próprio prazer⁽¹⁹⁾.

Se o PF é pouco procurado, subentende-se que também é pouco usado e, segundo Heilborn⁽²⁰⁾ aceitar um novo modelo ou um novo paradigma é essencial ao progresso de qualquer indivíduo para que seja possível entender o mundo que nos cerca e tirar conclusões dele. Para efetuar essa mudança é necessário apreender as representações (valores e crenças) dos sujeitos sociais envolvidos, pois, é no campo

simbólico que a intenção de mudança comportamental se estrutura, podendo somente daí se tornar uma prática ou não. O fato dela se tornar uma prática relaciona-se com fatores e circunstâncias socialmente complexos e não com o simples desejo do sujeito.

Assim como a aceitação do preservativo masculino foi progressiva e teve força política para os investimentos na prevenção, para reconhecimento do preservativo feminino, que desde 1997 (cerca de 15 anos) é comercializado no Brasil, será necessário seguir o mesmo caminho. Para isso é importante que os segmentos da sociedade estejam convencidos da importância deste insumo para não perder a oportunidade de avançar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada⁽²¹⁾.

O investimento em campanhas e marketing social é uma das recomendações feitas pelo estudo ‘Preservativo feminino – das políticas globais à realidade brasileira’⁽⁹⁾. Quanto mais propagado o PF mais empresas se interessam pelo produto e o mercado empreendedor possibilita o surgimento de variedades do insumo que passam a competir.

Contudo, cabe descobrir qual o espaço reservado ao PF: ser uma alternativa ao PM por ter as mesmas indicações ou até pleitear uma fatia maior no mercado? Cabe experimentar e avaliar se o investimento em campanhas e marketing social conseguirá motivar as mulheres a experimentarem e, se for o caso, incorporarem o PF em sua rotina sexual. E finalmente, se informações mais consistentes sobre o PF e suporte às mulheres no período de adaptação ao insumo seriam suficientes o bastante para a aceitabilidade, a habilidade quanto ao uso e capacidade de negociação com o parceiro para a sua adoção, que somente novos estudos poderão esclarecer. Cabe destacar ainda a dimensão psicossocial associada às práticas preventivas, de modo a superar a noção de ‘indivíduo-consumidor’, como questiona Paiva⁽²²⁾ e buscar politizar os espaços psicoeducativos para a noção de ‘indivíduo sujeito-cidadão’, o qual seja coparticipante das ações de prevenção e cuidado integral, respeitando o contexto sociocultural de cada um. Muitos desafios estão colocados e dependem de políticas públicas associadas à maior difusão e estratégias intersetoriais de saúde e educação, bem como da participação das mulheres de modo a ampliar a autonomia para planejar sua vida sexual e reprodutiva.

AGRADECIMENTOS:

Agradecemos a Sílvia Bento e João Estábile pela contribuição nas fotografias.

REFERÊNCIAS

1. Costa, A.M., Metáforas do desejo: a esterilização como processo de defesa. Rev. Ciências Med.,Campinas. 12(1):3-13, 2003.
2. Santos, C.L.; Pessoa, I.N.; Pereira, P.F.Q.; Ferreira, T.F., Preservativo feminino:uma nova perspectiva de proteção. R.Enferm UERJ 2005:270-274.
3. Costa, A. M. ;Guilhem, D.; Silver, L.D., Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.Rev.Bras.SaúdeMatern.Infant.,Recife,6(1):75-84,2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:Princípios e Diretrizes – 1ed. Brasília:MS,2011.82p. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acessado em 12/11/13
5. UNFPA.Planejamento familiar no Brasil. 50 anos de história. 2008 Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf> Acesso em : ago 2013
6. Brasil- Ministério da Saúde. Plano integrado de Enfrentamento à feminização da Epidemia da Aids e outras DST.Brasília (DF):Ministério da Saúde;2007:1-64.
7. Trindade, M. P.; Schiavo, M.R.,Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/Aids.DST – J Bras Doenças Sex Transm 13(5): 17-22,2001.
8. Barbosa, R.M. ; Perpetuo, I. Análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino, 2009. Disponível em: nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp_content/uploads/2010/04/capitulo_CF_Regina_Barbosa_livro_UNFPA_SPDM1.pdf. Acesso em: 14 nov 13.
9. UNFPA. Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira.Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2011:1-160.
10. DATASUS, 2013.Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>,

Abiaids: www.abiaids.org.br/noticias/destaqueview.aspx?lang=pt&seq=13203. Acesso em: 11 dez 2013.

11. IBGE Rendimento total, médio e per capita dos domicílios particulares permanentes, por Região Administrativa (novo Limite) e Território de Gestão

Compartilhada

(TGC) <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=eco-t076.xls>, (2010) Acesso em: 10 dez 2013

12. Minayo, M.C.S; Deslandes, S.F.; Neto, O.C.; Gomes, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

13. Gunther, Hartmut, Como elaborar um questionário. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília DF: UnB, LabPAM/IBAPP, 2003: 1-35.

14. IBM corporation, - Estatística indicadores:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&tax=20041&lang=pt_BR&pg=7742&taxp=0 Acesso em: 10 dez 2013.

15. Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995)

IBGE – Minas Gerais. Belo Horizonte. Censo Demográfico 2010: Resultados da Amostra - Características da População

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620>, 2013. Acesso em: 29 nov 2013.

16. ABIAIDS. Preservativos femininos: desafios persistem no cenário brasileiro.

Disponível

em: www.abiaids.org.br/noticias/destaqueView.aspx?lang=pt&seq=13203

Acesso em: 10 dez 2013

17. Dutra, F.; Tófani, F., O comportamento do consumidor erótico, 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-comportamento-do-consumidor-erotico/7458/> Acesso em: jul 2013
18. Oliveira, E.M.; Oliveira, F.N.; Costa, M.O.S.; Felizola, M.P.M., O perfil do consumidor de sexshop em Aracaju. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos interdisciplinares da Comunicação,2010. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2010/expocom/EX23-0642-1.pdf> Acesso em: jul 2013.
19. Heilborn, M.L. e Gouveia, P.F., "Marido é tudo igual:mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids", in: Parker, R. e Barbosa, R.M. (orgs.).Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder,IMS/UERJ. Rio de Janeiro:Editora 34, 1999,p. 175-198.
20. Barbosa,RM. IX Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do V Congresso Brasileiro de AIDS,Salvador/Bahia,2013.
21. Paiva, V.Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. Interface – Comunic. Saúde, Educ, v6,n11,p.25-38, ago 2002.

8.5 ANEXO 5: Questionário 1 – Piloto

Questionário 1 **Data:** ____/____/____ **Nº do participante:** _____

“Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso”.

As informações fornecidas por você, através deste questionário, servirão à essa pesquisa sobre saúde. Todos os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para este Projeto. É muito importante sua resposta sincera em todos os itens deste questionário. Mesmo que você não se lembre exatamente da situação abordada, procure responder da forma mais aproximada possível, há sempre uma opção de resposta que se aplica melhor ao seu caso. Se você tiver dificuldades para responder qualquer questão, por favor, peça ajuda.

Dados socioeconômicos.

1) Qual é a sua idade? _____ anos

2) Como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- a) preta
- b) parda
- c) branca
- d) amarela
- e) indígena

3) Qual a sua escolaridade?

- a) Não estudei.
- b) Não conclui a 8ª série (fundamental incompleto).
- c) Conclui a 8ª série (fundamental completo).
- d) Não conclui o 2º grau (médio incompleto)
- e) Conclui a 3ª série do 2º grau (médio completo)
- f) Conclui um curso na faculdade/universidade (superior completo).
- g) Especialização, mestrado ou doutorado

4) Qual a sua situação conjugal?

- a) Solteira
- b) Casada/ mora com um companheiro

- c) Separada / divorciada / desquitada
- d) Viúva
- e) União estável

5) No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- a) Até 500 reais
- b) Entre 501 e 1000 reais
- c) Entre 1001 e 1500 reais
- d) Entre 1501 e 2000 reais
- e) Entre 2001 e 2500 reais
- f) Entre 2501 e 3000 reais
- g) Entre 3001 e 4000 reais
- h) Entre 4001 e 5000 reais
- i) Mais de 5000 reais

Sobre a sua saúde sexual.

6) Você vai ao ginecologista com que frequência?

- a) Uma vez ao ano
- b) Duas vezes ao ano
- c) Só quando sente algo diferente
- d) Nunca vai
- e) Outra. Qual? _____

7) Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível, que são doenças infecciosas que se transmitem pelo contato sexual?

- a) Não b) Sim c) Não sei

8) Qual ou quais seriam as Doenças Sexualmente Transmissíveis que você teve?

- a) Sífilis
- b) Herpes genital
- c) Gonorreia
- d) Verrugas genitais (HPV)

- e) HIV
- f) Hepatite B
- g) Candidíase
- h) Outra. Qual? _____
- i) Não tive Doença Sexualmente Transmissível

9) Como você tratou a Doença Sexualmente Transmissível?

- a) Não tratei.
- b) Fui ao Médico.
- c) Tratei com a ajuda de um farmacêutico (na farmácia).
- d) Outro: _____
- e) Não tive a doença

10) Você gostaria de fazer o teste para HIV/aids?

- a) Não b) Sim c) Já fiz

11) Você tem informações de como se prevenir das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/aids?

- a) Não b) Sim

12) Onde você obteve essas informações? _____

13) Você tem informações de como se prevenir da gravidez?

- a) Não b) Sim

14) Onde obteve essas informações? _____

Sobre a sua vida sexual

15) Com que idade você teve a primeira relação sexual? _____ anos

16) Número de pessoas com as quais manteve relação sexual nos últimos 3 meses:

- a) Nenhuma pessoa
- b) Uma pessoa
- c) De duas a cinco pessoas

- d) De seis a dez pessoas
- e) Mais de dez pessoas

17) Qual o tempo de relacionamento com o parceiro atual?

- a) Menos de 1 ano.
- b) De 1 a 5 anos.
- c) Mais de 5 anos.
- d) Tenho relacionamento com parceiros diversos.
- e) Não tenho relacionamento fixo.

18) Caso tenha relacionamento sexual, com que frequência você se relaciona?

- a) Uma ou mais vezes por semana
- b) Uma ou mais vezes por mês
- c) Todo dia
- d) Sem relacionamento

19) Você usa algum método contraceptivo, que são medicamentos e dispositivos usados para evitar a gravidez?

- a) Não b) Sim

20) Qual ou quais os métodos contraceptivos que você faz uso?

- a) Método da Tabela
- b) Coito Interrompido – retirada do pênis antes da ejaculação
- c) Preservativo masculino – camisinha
- d) Preservativo feminino
- e) Diafragma
- f) Espermicida
- g) Anticoncepção oral – pílula
- h) Anticoncepcional injetável hormonal
- i) Dispositivo Intrauterino – DIU
- j) Laqueadura Tubária – Esterilização ou ligadura de trompas
- k) Vasectomia
- l) Não uso método contraceptivo.

21) Você faz uso da camisinha com qual frequência?

- a) Uso em todas as relações sexuais

- b) Não uso em todas as relações sexuais
- c) Não uso camisinha

22) Qual o motivo para não usar a camisinha em todas as relações sexuais?

23) Quais as situações em que usa a camisinha?

24) Você solicita ao parceiro para que use a camisinha?

- a) Não
- b) Sim

25) Você conhece a camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

26) Você já usou a camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

27) Você sabe onde são distribuídos os preservativos femininos?

- a) Não
- b) Sim

28) Onde são distribuídos?

29) Você sabe onde comprar a camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

30) Onde comprar a camisinha feminina?

31) Você sabe o preço da camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

32) Qual o preço? _____

33) Você sabe as vantagens da camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

34) Quais são as vantagens? _____

35) Você aceitaria usar a camisinha feminina com seu parceiro?

a) Não b) Sim

36) Você sabe como usar a camisinha feminina?

a) Não b) Sim

37) Descreva o uso da camisinha

feminina: _____

38) Você teria alguma pergunta a fazer ou teria algum comentário?

Agradecemos sua colaboração

8.6 ANEXO 6: Questionário 2 – Piloto

Questionário 2 Data: ____/____/____ N° do participante: _____

“Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso”.

As informações fornecidas por você, através deste questionário, servirão à essa pesquisa sobre saúde.

Todos os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para este Projeto.

É muito importante sua resposta sincera em todos os itens deste questionário.

Se você tiver dificuldades para responder qualquer questão, por favor, peça ajuda.

1) Das 5 camisinhas que você recebeu, quantas você usou com o parceiro? _____

2) Você usou alguma ou mais de uma para treinar?

a) Não

b) Sim Quantas? _____

3) Quantas camisinhas seriam necessárias para você durante um mês? _____

4) Na primeira vez que vocês usaram a camisinha feminina tiveram dificuldades?

a) Não

b) Sim

5) Quais foram as dificuldades da camisinha feminina na primeira vez que a usaram?

6) Você ou seu parceiro teve desconforto na colocação da camisinha?

a) Não

b) Sim

7) Qual seria o desconforto?

8) Houve insegurança quanto a camisinha ter sido colocada corretamente?

a) Não

b) Sim

9) Houve receio da camisinha entrar no canal da vagina?

a) Não

b) Sim

10) A camisinha foi colocada antes ou durante a relação sexual?

a) antes

b) durante

c) umas vezes antes, outras vezes durante

11) Foi fácil colocar a camisinha feminina com as orientações que você recebeu?

a) Não

b) Sim

12) Após o uso de quantas camisinhas você sentiu maior habilidade na colocação?

13) O que percebe como maior habilidade na colocação da camisinha feminina?

14) Houve alguma dificuldade na retirada da camisinha de dentro da vagina?

a) Não

b) Sim

15) Qual seria a dificuldade na retirada?

16) Você pode dizer algumas vantagens em usar a camisinha feminina? _____

17) Você pode dizer algumas desvantagens em usar a camisinha feminina? _____

18) A camisinha feminina pode ser utilizada mais de uma vez?

a) Não

b) Sim

19) Você sabe onde conseguir a camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

20) Onde você consegue a camisinha feminina? _____

21) A camisinha feminina é segura contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- a) Não
- b) Sim
- c) Não sei

22) Por que a camisinha feminina é segura? _____

23) O uso da camisinha feminina diminuiu o prazer na relação sexual?

- a) Não
- b) Sim

24) Os anéis da camisinha feminina machucam?

- a) Não
- b) Sim

25) A camisinha feminina pode desaparecer dentro do corpo da mulher?

- a) Não
- b) Sim
- c) Não sei

26) Qual a sua opinião sobre a camisinha feminina?

27) Qual a opinião do seu parceiro sobre a camisinha feminina? _____

28) Você teve alguma reação alérgica ao usar a camisinha?

- a) Não
- b) Sim

29) Se teve reação alérgica, qual seria?

30) As orientações para uso da camisinha feminina foram suficientes para o seu entendimento?

a) Não

b) Sim

31) O que você acha que ficou faltando nas orientações?

32) O que foi mais importante nas orientações que você recebeu?_____

33) Você tem alguma dúvida com relação à camisinha feminina?

a) Não

b) Sim

34)Quais seriam as dúvidas?

35) Você e seu parceiro aceitariam continuar a usar a camisinha feminina?

a) Não

b) Sim

36) Você considera a camisinha feminina atraente?

a) Não

b) Sim

37) Qual a sua sugestão para que a camisinha feminina seja mais atraente?

38) Você recomendaria o preservativo feminino para outras pessoas?

a) Não

b) Sim

39) Tem alguma outra coisa que você gostaria de dizer que não foi perguntado?

a) Não

b) Sim

40) O que você gostaria de dizer?

41) Você buscou outro tipo de informação além das que recebeu sobre o preservativo feminino no momento da pesquisa?

a) Não

b) Sim

42) Quais informações você buscou sobre o preservativo feminino?

Agradecemos sua colaboração

8.7 ANEXO 7: Questionário 1

Questionário 1 Data: ____/____/____

Nº do participante: -

“Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso”.

As informações fornecidas por você, através deste questionário, servirão à essa pesquisa sobre saúde. Todos os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para este Projeto. É muito importante sua resposta sincera em todos os itens deste questionário. Mesmo que você não se lembre exatamente da situação abordada, procure responder da forma mais aproximada possível, há sempre uma opção de resposta que se aplica melhor ao seu caso. Se você tiver dificuldades para responder qualquer questão, por favor, peça ajuda.

Dados socioeconômicos.

- 1) Qual é a sua idade? _____ anos
- 2) Como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?
 - a) preta
 - b) parda
 - c) branca
 - d) amarela (origem asiática)
 - e) indígena
 - f) não quero revelar

3) Qual a sua escolaridade?

- a) Não estudei.
- b) Não conclui a 8ª série (fundamental incompleto).
- c) Conclui a 8ª série (fundamental completo).
- d) Não conclui o 2º grau (médio incompleto)
- e) Conclui a 3ª série do 2º grau (médio completo)
- f) Conclui um curso na faculdade/universidade (superior completo).
- g) Especialização, mestrado ou doutorado (passe um traço abaixo da opção)

4) Qual a sua situação conjugal?

- a) Solteira
- b) Casada/ mora com um companheiro
- c) Separada / divorciada / desquitada
- d) Viúva
- e) União estável

5) No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- a) Até 500 reais
- b) Entre 501 e 1000 reais
- c) Entre 1001 e 1500 reais
- d) Entre 1501 e 2000 reais
- e) Entre 2001 e 2500 reais
- f) Entre 2501 e 3000 reais
- g) Entre 3001 e 4000 reais

- h) Entre 4001 e 5000 reais
- i) Mais de 5000 reais

Sobre a sua saúde sexual.

6) Você vai ao ginecologista com que frequência?

- a) Uma vez ao ano
- b) Duas vezes ao ano
- c) Só quando sente algo diferente
- d) Nunca vai
- e) Outra. Qual? _____

7) Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível, que são doenças infecciosas que se transmitem pelo contato sexual?

- a) Não b) Sim c) Não sei

8) Qual ou quais seriam as Doenças Sexualmente Transmissíveis que você teve?

- a) Sífilis
- b) Herpes genital
- c) Gonorreia
- d) Verrugas genitais (HPV)
- e) HIV
- f) Hepatite B
- g) Candidíase
- h) Outra. Qual? _____
- i) Não tive Doença Sexualmente Transmissível

9) Como você tratou a Doença Sexualmente Transmissível?

a) Não tratei.

b) Fui ao Médico.

c) Tratei com a ajuda de um farmacêutico (na farmácia).

d) Outro: _____

e) Não tive a doença

10) Você gostaria de fazer o teste para HIV/aids?

a) Não b) Sim c) Já fiz

11) Você tem informações de como se prevenir das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/aids?

a) Não b) Sim

12) Onde você obteve essas informações? _____

13) Você tem informações de como se prevenir da gravidez?

a) Não b) Sim

14) Onde obteve essas informações? _____

Sobre a sua vida sexual

15) Com que idade você teve a primeira relação sexual? _____ anos

16) Número de pessoas com as quais manteve relação sexual nos últimos 3 meses:

- a) Nenhuma pessoa
- b) Uma pessoa
- c) De duas a cinco pessoas
- d) De seis a dez pessoas
- e) Mais de dez pessoas

17) Qual o tempo de relacionamento com o parceiro atual?

- a) Menos de 1 ano.
- b) De 1 a 5 anos.
- c) Mais de 5 anos.
- d) Tenho relacionamento com parceiros diversos.
- e) Não tenho relacionamento fixo.

18) Caso tenha relacionamento sexual, com que frequência você se relaciona?

- a) Uma ou mais vezes por semana
- b) Uma ou mais vezes por mês
- c) Todo dia
- d) Sem relacionamento

19) Você usa algum método contraceptivo, que são medicamentos e dispositivos usados para evitar a gravidez?

- a) Não b) Sim

20) Qual ou quais os métodos contraceptivos que você faz uso?

- a) Método da Tabela
- b) Coito Interrompido – retirada do pênis antes da ejaculação
- c) Preservativo masculino – camisinha

- d) Preservativo feminino
- e) Diafragma
- f) Espermicida
- g) Anticoncepção oral – pílula
- h) Anticoncepcional injetável hormonal
- i) Dispositivo Intrauterino – DIU
- j) Laqueadura Tubária – Esterilização ou ligadura de trompas
- k) Vasectomia
- l) Não uso método contraceptivo.

21) Você faz uso da camisinha com qual frequência?

- a) Uso em todas as relações sexuais
- b) Não uso em todas as relações sexuais
- c) Não uso camisinha

22) Qual o motivo para não usar a camisinha em todas as relações sexuais?

23) Quais as situações em que usa a camisinha?

24) Você solicita ao parceiro para que use a camisinha?

- a) Não b) Sim

25) Você conhece a camisinha feminina?

- a) Não b) Sim

26) Você já usou a camisinha feminina?

a) Não b) Sim

27) Você sabe onde são distribuídos os preservativos femininos?

a) Não b) Sim

28) Onde são distribuídos?

29) Você sabe onde comprar a camisinha feminina?

a) Não b) Sim

30) Onde comprar a camisinha feminina?

31) Você sabe o preço da camisinha feminina?

a) Não b) Sim

32) Qual o preço? _____

33) Você sabe as vantagens da camisinha feminina?

a) Não b) Sim

34) Quais são as vantagens? _____

35) Você aceitaria usar a camisinha feminina com seu parceiro?

a) Não b) Sim

36) Você sabe como usar a camisinha feminina?

a) Não b) Sim

37) Descreva o uso da camisinha feminina:_____

38) Você teria alguma pergunta a fazer ou teria algum comentário?

Agradecemos sua colaboração

8.8 ANEXO 8: Questionário 2

Questionário 2 **Data:** ____/____/____ **Nº do participante:** _____

“Preservativo feminino: estudo de percepções entre mulheres a partir de diferentes alternativas de informação sobre o uso”.

As informações fornecidas por você, através deste questionário, servirão à essa pesquisa sobre saúde.

Todos os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para este Projeto.

É muito importante sua resposta sincera em todos os itens deste questionário.

Se você tiver dificuldades para responder qualquer questão, por favor, peça ajuda.

1) Das 5 camisinhas que você recebeu, quantas você usou com o parceiro? _____

2) Você usou alguma ou mais de uma para treinar?

a) Não

b) Sim Quantas? _____

3) Quantas camisinhas seriam necessárias para você durante um mês? _____

4) Na primeira vez que vocês usaram a camisinha feminina tiveram dificuldades?

a) Não

b) Sim

5) Quais foram as dificuldades da camisinha feminina na primeira vez que a usaram?

6) Você ou seu parceiro teve desconforto na colocação da camisinha?

a) Não

b) Sim

7) Qual seria o desconforto?

8) Houve insegurança quanto a camisinha ter sido colocada corretamente?

a) Não

b) Sim

9) Houve receio da camisinha entrar no canal da vagina?

- a) Não
- b) Sim

10) A camisinha foi colocada antes ou durante a relação sexual?

- a) antes
- b) durante
- c) umas vezes antes, outras vezes durante

11) Foi fácil colocar a camisinha feminina com as orientações que você recebeu?

- a) Não
- b) Sim

12) Após o uso de quantas camisinhas você sentiu maior habilidade na colocação?

13) O que percebe como maior habilidade na colocação da camisinha feminina?

14) Houve alguma dificuldade na retirada da camisinha de dentro da vagina?

- a) Não
- b) Sim

15) Qual seria a dificuldade na retirada?

16) Você pode dizer algumas vantagens em usar a camisinha feminina? _____

17) Você pode dizer algumas desvantagens em usar a camisinha feminina? _____

18) A camisinha feminina pode ser utilizada mais de uma vez?

- a) Não
- b) Sim

19) Você sabe onde conseguir a camisinha feminina?

- a) Não
- b) Sim

20) Onde você consegue a camisinha feminina? _____

21) A camisinha feminina é segura contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- a) Não
- b) Sim
- c) Não sei

22) Por que a camisinha feminina é segura? _____

23) O uso da camisinha feminina diminuiu o prazer na relação sexual?

- a) Não
- b) Sim

24) Os anéis da camisinha feminina machucam?

- a) Não
- b) Sim

25) A camisinha feminina pode desaparecer dentro do corpo da mulher?

- a) Não
- b) Sim
- c) Não sei

26) Qual a sua opinião sobre a camisinha feminina?

27) Qual a opinião do seu parceiro sobre a camisinha feminina? _____

a) Não

b) Sim

a) Não
b) Sim

a) Não
b) Sim

a) Não

b) Sim

a) Não

b) Sim

118

38) Você recomendaria o preservativo feminino para outras pessoas?

a) Não

b) Sim

39) Tem alguma outra coisa que você gostaria de dizer que não foi perguntado?

a) Não

b) Sim

40) O que você gostaria de dizer?

41) Você buscou outro tipo de informação além das que recebeu sobre o preservativo feminino no momento da pesquisa?

a) Não

b) Sim

42) Quais informações você buscou sobre o preservativo feminino? _____ -

Agradecemos sua colaboração

8.9 ANEXO 9: Panfleto





Sobre a camisinha feminina

A Camisinha Feminina foi criada especialmente para a mulher.

É feita de um material antialérgico e mais resistente que o látex.

Antes de usá-la confira sempre a data de validade inutilizando-a se estiver expirada ou caso a embalagem estiver danificada.

Características

Abra a embalagem com as mãos na flecha indicada na embalagem.

Você verá que a Camisinha Feminina possui um anel interno mais firme e um anel externo mais maleável e estará totalmente lubrificada.

O anel interno facilitará a colocação e manterá a camisinha no lugar durante a relação sexual.

O anel externo deve permanecer fora do corpo cobrindo a abertura da vagina.

O lubrificante garantirá para a mulher e seu parceiro sensação agradável durante a relação sexual.

Como utilizar

Como cada mulher tem um corpo diferente, recomenda-se que a usuária **treine** a colocação da camisinha feminina antes de usá-la pela primeira vez com o seu parceiro.

Encontre uma **posição confortável**: de cócoras, com uma perna sobre uma cadeira, sentada ou deitada. O seu parceiro também pode participar como parte dos jogos sexuais.

Aperte o anel interno e introduza-o na vagina.

Com o dedo por dentro da camisinha empurre este anel o mais profundamente possível.

Após passar o canal vaginal ele se alojará de forma aberta próxima ao colo uterino.

O anel externo deve ser deixado fora da vagina.

ATENÇÃO

A camisinha feminina pode ser colocada antes (até 8 horas) ou na hora da relação e não depende da ereção do pênis do seu parceiro.

Recomendações

O parceiro deve fazer a penetração por essa abertura externa.

Atente para que o pênis não entre por fora, pois ele deve ficar dentro da camisinha feminina.

Quando quiser retirá-la basta torcer o anel externo e puxá-lo por um dos lados.

Depois, jogue a camisinha no lixo.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIAIDS.Preservativos femininos: desafios persistem no cenário brasileiro. Disponível em:www.abiaids.org.br/noticias/destaqueView.aspx?lang=pt&seq=13203
Acesso em: 10 dez 2013

ALBUQUERQUE,G.A.;VILLELA,W.V. Uso do preservativo feminino como método contraceptivo: experiências de mulheres em uma unidade básica de saúde no município de Juazeiro do Norte – CE.Rev APS.2011 abr/jun;14(2):185-196.

ALMEIDA, A. B.; OLIVEIRA, A. M. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. A fisioterapia na atenção básica a partir de uma experiência de educação popular. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE; 2005; Recife. Anais do V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife: UFPE. 2005.

AMARO,STA.A questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade.V.14, n2, p.89-99. 2005.

ANKRAH, ME; KALCKMANN,S; ATTIKA, A. *et al.* Adoção de condom feminino no Quênia e no Brasil:perspectivas de mulheres e homens: uma síntese. São Paulo, McCS. Associação Saúde da Família e Instituto de Saúde, 1998.Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/adocao_do_condom.pdf Acesso em: ago 2013.

AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D. and HANESIAN, H. (1978). **Educational psychology: a cognitive view**. 2nd. ed. New York, Holt Rinehart and Winston.

ÁVILA, MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas públicas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 19/Sup.2:S465-S469,2003.

AZEVEDO,A.L.M; COSTA,A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação de acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface: Comunicação, Saúde e Educação.v.14,n.35. p.197-810.2010

BANDEIRA,V.M.P.;DIÓGENES,M.A.R.O uso do preservativo masculino e feminino entre alunos de enfermagem da Universidade de Fortaleza.R Enferm UERJ, Rio de Janeiro,2006 jan/mar;14(1):74-9.

BARBOSA,R.M.;GIFFIN,K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. Interface – Comunic. Saúde, Educ,v.11,n.23,p.549-67,2007.

_____; PERPÉTUO,I.H.O.Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. Rumos para Cairo + 20. Quinta Mesa Prevenção do HIV/Aids entre mulheres,2009.

_____;ROBINSON,H.;PARKER.R.(organizadores).Preservativofeminino:da s políticas globais à realidade brasileira. Brasília:UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas,2011.

_____. IX Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do V Congresso Brasileiro de AIDS, Salvador/Bahia, 2013.

BERQUÓ, E.; BARBOSA R.M.; KALCKMANN, S. Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos. Campinas (SP): CN DST/AIDS/MS – UNAIDS; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Boletim Epidemiológico AIDSDST – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/HIV/Aids. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde (2009). Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs. (Revisão do plano, abril 2009). Brasília

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: 2011. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acesso em : Nov 13

BRITO, Maria Noemi Castilhos. **Gênero e cidadania: referenciais analíticos**. Revista Estudos feministas, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n1/8616.pdf>> Acesso em: jul 2014.

BVSMS (sd) Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: **Praticando o sexo seguro**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/acao_anti_aids44.pdf Acesso em: dez, 2013.

CAMARGO, B.V.; BARBARÁ, A. Efeitos de panfletos informativos sobre a Aids em Adolescentes. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 20 n. 3. pp 279-287, 2004

CAMISINHA FEMININA (vídeo) Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=IVh7dXL2Zz8> Acesso em: dez 2012

CAMPOS, HM; SCHALL, VT; NOGUEIRA, MJ. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Saúde em Debate-Rio de Janeiro, v. 37, n97, p. 336-346. 2013.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Apoio: A forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. Saúde e Sociedade 9(1/2):61-76, 2000.

CARVALHO, SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CASTRO,MG.;ABRAMOVAY,M;SILVA,LB. Juventudes e sexualidade Brasília: UNESCO Brasil, 2004

CENTER COMMUNICATION PROGRAM (CCP). Nuevas opciones de anticonceptivos. Population Reports, Baltimore, n. 19, p. 17-18, Apr. 2005.

CHAUÍ,M. Ética e violência. Teoria e Debate. 39:33-34, 1998.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002.

COSTA,A.M.;GUILHEM,D.;SILVERr,L.D.Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.Rev. Bras. Saúde Matern.Infant.,Recife,6(1):75-84,jan./mar.,2006.

CYRINO,A.P.;CYRINO,E.G.Integrando Comunicação, Saúde e Educação.Interface – Comunicação,Saúde e Educação.1.,1997.

DATASUS, 2013.Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>,

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press:1973.

DUTRA, F.; Tófani, F., O comportamento do consumidor erótico, 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-comportamento-do-consumidor-erotico/7458/> Acesso em: jul 2013

FISHER,W.;AZY BARAK. Online Sex Shops: Phenomenological, Psychological, and Ideological Perspectives on Internet Sexuality. Cyber Psychological & Behavior.vol.3, nº 4, 2000. Mary Ann Liebert, Inc.

FLICK, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995)

FREIRE, P. Educação e atualidade brasileira. São Paulo, Cortez Editora, 2001.

FREIRE, Pedagogia do oprimido. 42ª ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GISPERT, C.(dir.), & MATOS, J. (dir.) (cop. 1999). Enciclopédia da Psicologia. Oceano Lisboa: Liarte. Vol. 4.

GOMEZ, CM ; MINAYO, MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia interdisciplinar. InterfaEHS, Senac-São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2006.

GUNTHER, Hartmut, Como elaborar um questionário. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília DF:UnB,LabPAM/IBAPP,2003: 1-35.

HEILBORN,M.L. Gênero, sexualidade e saúde. In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução – compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ,1997,p.101-110.

_____. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, Maria Luiza, (org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p.40-59.

IBGE (2010) Rendimento total, médio e per capita dos domicílios particulares permanentes, por Região Administrativa (novo Limite) e Território de Gestão Compartilhada (TGC) http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=am&tema=censodemog2010_rend Acesso em: 10 dez 2013.

IBM corporation,- Estatística indicadores. Disponível em: <http://www.pse.pt/ibm-spss-statistics> . Acesso em: 10 dez 2013.

IUNES, R.F.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M (orgs), 1995. **Demanda e Demanda em Saúde**. Disponível em: WWW.en.ipea.gov.br/agencia/imagens/stories/PDFs/livros/CAP4.pdf. Acesso em: 27 jan 2014

KALCKMANN, S. (2006). **Preservativo feminino: Percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo, Brasil**. In: VII Anais do HIV-Aids Virtual Congress. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/7congresso/> Acesso em: jan 2013.

KALCKMANN, S. ; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J.R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v.12, n.2, p.132-143, 2009.

KALCKMANN, S. Preservativo Feminino e Dupla Proteção: Desafios para os Serviços Especializados de Atenção às DSTs e Aids. Temas em Psicologia – 2013, vol.21, nº 3, 1145-1157.

LEMOS, E. O Aprender da biologia no contexto da disciplina de embriologia em um curso de licenciatura em ciências biológicas. in **Aprendizagem Significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos** – orgs: Elcie Masini & Marco Antonio Moreira – 1 ed. – São Paulo: Vetor, 2008.

LOPES, N.A. História da Medicina – Saúde sexual e reprodutiva: a história do preservativo. Sexualidade Planejamento Familiar N.37 mai-dez de 2003, p.31-33. Disponível em: http://redesida.web.ua.pt/dados%5Capf_revista_37.pdf. Acesso em: 24 set. 2012.

MAGALHÃES, J.; ROSSI, A.S.; AMARAL, E. Uso do Condom Feminino por Mulheres Infectadas pelo HIV. RBGO, v.25, n°6, 2003.

MALETZKE, G. Sociologia de la comunicacion social. Quito: Época, 1976.

MARTINS, L.B.M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M.J.D; *et. al.* Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Ver. Saúde Pública. 2006;40(1):57-64

MENDOZA, V.L.F. **Relações entre os gêneros e cidadania – Saúde**. Disponível em: <http://www.campinacrescecomvoce.org/mulher/relacoes-entre-os-generos-e-cidadania/> Acesso em jul 2014.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3).239-262, 1993.

MINAYO,MC;HARTZ,ZM; BUSS,PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18,2000

MOREIRA, M. A. (1999). **Aprendizagem significativa**. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

NORONHA,CV; MACHADO,E; PAIM,JS; NUNES,M. Plano Intersetorial e Modular de Ação para a Promoção da Paz e da Qualidade de Vida na Cidade do Salvador. Salvador, 2000.

OLIVEIRA,S.S.;MOURA,E.R.F.;GUEDES,T.G.;ALMEIDA,P.C.Conhecimento e Promoção do Uso do preservativo por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine.*Saúde Soc*.São Paulo,v.1,p.107-116,2008.

OLIVEIRA, E.M.; OLIVEIRA, F.N.; COSTA, M.O.S.; FELIZOLA, M.P.M., O perfil do consumidor de sexshop em Aracaju. *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos interdisciplinares da Comunicação*,2010. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2010/expocom/EX23-0642-1.pdf> Acesso em: jul 2013.

OLIVEIRA,FS;COSTA,CFS;KERBER,NP;*et al*.A utilização do preservativo feminino pelas profissionais do sexo. *Enf. Glob.* Vol.11 nº26 Murcia, 2012.

ONUSIDA - Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA. O preservativo feminino e o SIDA:Ponto de vista da ONUSIDA.Mozambique:ONUSIDA;out.1998.Coleção Boas Práticas da ONUSIDA.

PAIVA, V.Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic. Saúde, Educ*, v6,n11,p.25-38, ago 2002.

PAIVA,V; VENTURI,G; FRANÇA-JUNIOR,I; LOPES,F. Uso de preservativos femininos: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil 2003. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/artigo_preservativo.pdf Acesso em: dez 2013

PERPÉTUO,I.H.O.,ABREU,D.M.X.;PERPÉTUO,G.R.O. Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino. Brasília:MS-PN-DST/Aids,2005.

POPULATION REPORTS. Novidades em Anticoncepção Vaginal, série H,nº7, Baltimore: John Hopkins University, 1985

POTTER,B.;GEROFI, J; POPE,M; FARLEY,T. Structural integrity of the polyurethane female condom after multiple cycles of disinfection, washing, drying and relubrication. *Contraception* 2003; 67:65-72

REIS,RK; GIR,E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro.*Rev. Latino-am Enfermagem* 2005, 13(1):32-7.

REIS, D. C. Educação em saúde: Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli, M. F.; ____; Marques, R. C. (Orgs). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 19-24.

ROUSSELE,A. (1984) Pornéia, Sexualidade e amor no mundo antigo. São Paulo,SP, 13(2), 105-133

SANTOS,C.L.;PESSOA,I.N.;PEREIRA,P.F.Q.;FERREIRA,T.F.Preservativo Feminino: Uma nova perspectiva de proteção.R Enferm UERJ 2005;13:270-4.

SANTOS,N.Força das competências essenciais (2012). Disponível em: [hh://www.knowtec.com/artigos/forca-das-competencias-essenciais/](http://www.knowtec.com/artigos/forca-das-competencias-essenciais/) Acesso em abril 2014.

SERAPIONI,M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):187-192,2000.

SCHALL, VT. **Saúde e afetividade na infância**: o que as crianças revelam e a sua importância na escola. Tese de Doutorado. PUC Minas, 1996.

SCHALL,V.T.;STRUCHINER,M. **Educação em Saúde: novas perspectivas**.Cad.Saúde Pública vol15.Suppl.2 Rio de Janeiro,1999.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Disponível em: <http://www.observe.com/upload/935db796164ce35091c80e10df659a66.pdf>. Acesso em: julho 2014.

SILVA,CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. Revista Saúde Pública, 2002;36(4):40-49.

SOUZA, E. S. **Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada**. Interface-Comunic, Saúde e Educ, Botucatu, v. 8, n. 1, p.135-136, 2001.

SOUZA,C.F.;MIRANDA-RIBEIRO,P.;MACHAOD,C.J.;FONSECA,M.C. Nem tentariam? O poder da negociação das mulheres enquanto fator associado ao não uso da camisinha masculina em Belo Horizonte e Recife. Caderno Espaço Feminino,v.20,n.02,ago./dez.2008.

TEIXEIRA,CF;PAIM,JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Revista de Administração Pública.Rio de Janeiro, 34(6):63-80. 2000.

TRAVASSOS,C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup2:S190-S198, 2004.

TRINDADE, M. P.; SCHIAVO, M.R.,Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/Aids.DST – J Bras Doenças Sex Transm 13(5): 17-22,2001.

UNFPA 2008.Planejamento familiar no Brasil. 50 anos de história. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf> Acesso em : ago 2013

UNFPA. Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2011; 1-60.

VASCONCELLOS,C.S.Construção do conhecimento em sala de aula.São Paulo,Liberdade, 1999.

VIEIRA, MAS;GUIMARÃES, EMB; BARBOSA,MA;TURCHI,MD; ALVES,MFC; SEIXAS,MSC; GARCIA,MMD; MINAMISAVA,R. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.16(3):77-83,2004.

WELLINGS,K.; NANCHAHAL,K.; NACDOWAL,W; *et al.* Sexual behavior in Britain: early heterosexual experience. THE LANCET. Vol 358. December 1, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), HRP,UNDP,UNFPA,WORLD BANK. **The Female Condom: a review**, preview copy, Geneve:WHO,1997.

YAMAÇAKE,A.;SANTOS,N.J.S.;FIGUEIREDO,R.Brasil, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Conjugalidades e Prevenção as DST/Aids. Série: Prevenção às DST/Aids – SP. 52p.2010.