

# **Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao preservativo feminino**

**Alda Martins Morais**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre  
em Psicologia Clínica e da Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:  
Prof. Doutora Alexandra Gomes

Faro, 2014

# **Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao preservativo feminino**

**Alda Martins Morais**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre  
em Psicologia Clínica e da Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:  
Prof. Doutora Alexandra Gomes

Faro, 2014

# **Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao preservativo feminino**

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(Alda Martins Morais)

*Copyright by*

**Alda Martins Morais**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho de exemplares impressos reproduzidos em papel ou em forma digital, ou por outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Todos os trabalhos que se encontram presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA – 6.<sup>a</sup> Edição (2010)

## Agradecimentos

“ Cada um que passa em nossa vida,  
passa sozinho, pois cada pessoa é única  
e nenhuma substitui outra.  
Cada um que passa em nossa vida,  
passa sozinho, mas não vai só  
nem nos deixa sós.  
Leva um pouco de nós mesmos,  
Deixa um pouco de si mesmo.  
(...)  
Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,  
e a prova de que duas almas  
não se encontram por acaso.”  
Antoine de Saint – Exupéry

No fim de mais uma etapa que termina, não quero deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este meu sonho se tornasse projeto e o projeto se tornasse real.

Primeiramente, agradeço à Prof. Doutora Alexandra Gomes, minha orientadora, por todo o acompanhamento e disponibilidade. A sua amável paciência para comigo e a liberdade de ação que me concedeu foram cruciais para que esta dissertação se erguesse. Obrigada por toda a orientação, conhecimento, recomendações e sugestões tão valiosas, e pela esperança sempre presente em cada uma das suas palavras.

Às Instituições de Saúde Públicas e Privadas do Algarve, que se dignaram a disseminar o meu questionário, e aos Profissionais que se disponibilizaram a responder, manifestando interesse e contribuindo não só para o desenvolvimento da minha tese mas também para o futuro da investigação em Portugal. O meu agradecimento muito especial a estes Profissionais, sem a participação dos quais o meu estudo não teria sido possível de concretizar.

Ao meu amado esposo, Hugo, e aos meus amados filhos, Carolina e João Ricardo. Por tudo o que me transmitem todos os dias e a cada instante, fazendo de mim a mulher e a mãe mais feliz e orgulhosa do Mundo. Obrigada por nunca me deixarem desistir, por incentivarem a continuar o meu crescimento enquanto pessoa e me ajudarem a superar os obstáculos. Obrigada por existirem na minha vida! Eu sou, porque vocês são.

À minha mãe e à restante família, pelo apoio constante e pela inestimável força e esperança que me transmitem sempre com tanto carinho.

À Clara, minha amiga de sempre e para sempre. Alguém que conheci um dia, no meu primeiro dia da Universidade... A ti, amiga, um muito obrigada por seres quem és, cheia de luz, e me ensinares que a amizade existe e é algo espetacular.

A todos, o meu Muito Obrigada.

*14 de Setembro de 2014*

## Resumo

O preservativo feminino é o único método que oferece controlo e proteção dual à mulher, mas a sua distribuição global é limitada, o grau de conhecimento sobre o tema é reduzido e as atitudes de diversas populações (incluindo os profissionais de saúde) são desfavoráveis. Considerando o papel dos profissionais de saúde na promoção do uso deste dispositivo, o presente estudo teve como objetivos avaliar a disponibilização/recomendação do preservativo feminino em diferentes unidades de saúde algarvias, caracterizar as representações, conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde e analisar a possível associação entre o conhecimento/atitudes face ao preservativo feminino e as variáveis sociodemográficas. Este estudo (de caráter exploratório e tipologia descritivo-correlacional) utilizou uma amostra de natureza não-aleatória, constituída por 138 médicos e enfermeiros que atuam em centros de saúde, hospitais e outras unidades de saúde algarvias. Os resultados mostraram que o preservativo feminino é disponibilizado e recomendado em poucas unidades de saúde algarvias. O dispositivo é mais frequentemente representado em termos das palavras “proteção”, “sexo” e “contraceção”. Os profissionais têm um conhecimento moderado e apresentam atitudes moderadamente favoráveis face a este método de barreira: as atitudes são mais favoráveis na dimensão Prazer e menos favoráveis na dimensão Profilaxia Melhorada. O conhecimento e as atitudes apresentam uma correlação negativa. As mulheres e os profissionais em unidades privadas aparentam possuir mais conhecimento do que os homens e os profissionais a exercer funções em hospitais/centros de saúde, respetivamente. Os inquiridos com menos tempo de profissão têm atitudes mais desfavoráveis face ao preservativo feminino e os profissionais de Alvor, Olhão e Faro apresentam atitudes mais favoráveis. Os resultados foram discutidos tendo por base a importância dos profissionais de saúde enquanto agentes primários da promoção do preservativo feminino, reforçando-se a necessidade de investir nas estratégias de promoção do dispositivo junto da população e dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: preservativo feminino, profissionais de saúde, acessibilidade, representações, conhecimento, atitudes

## *Abstract*

The female condom is the only method that offers women dual control and protection, but its global distribution is limited, knowledge on the subject is low and attitudes of diverse populations (including health care providers) are unfavorable. Considering the role of health care providers in promoting the female condom, the present study aimed at evaluating the availability/recommendation of the female condom in different health institutions in the Algarve, characterizing representations, knowledge and attitudes of health care providers, and analyzing the likely association between knowledge/attitudes towards the female condom and demographic variables. This study (exploratory and descriptive-correlational) used a non-aleatory sample consisting of 138 physicians and nurses working in health centers, hospitals and other health facilities in the Algarve. The results showed that the female condom is available and recommended in a few health facilities. The female condom is most often represented in terms of the words "protection", "sex" and "contraception". Professionals showed moderate knowledge and moderately favorable attitudes towards this barrier method: attitudes are more favorable in the Pleasure dimension and less favorable in the Improved Prophylactic. Knowledge and attitudes are negatively correlated. Women and professionals in private institutions seem to have more knowledge than men and professionals from hospitals/health centers, respectively. Respondents with less time of profession hold more unfavorable attitudes towards the female condom; professionals from Alvor, Faro and Olhão display more favorable attitudes. The results were discussed based on the importance of health professionals as primary agents of promotion of the female condom, reinforcing the need to invest in strategies to promote the device among the population and health care providers.

**Keywords:** female condom, health care providers, availability, representations, knowledge, attitudes

# Índice geral

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Infecções sexualmente transmissíveis: um problema de saúde pública	3
2.2. Preservativo feminino: uma nova perspetiva de proteção	5
2.3. Acessibilidade e aceitação do preservativo feminino	7
2.3.1. O preservativo feminino em Portugal	10
2.4. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao preservativo feminino	12
3. Metodologia	14
3.1. Objetivos e perguntas de investigação	14
3.2. População e amostra	14
3.3. Instrumento	17
3.4. Procedimento	18
4. Resultados	20
4.1. Caracterização da amostra	20
4.2. Representações do preservativo feminino	21
4.3. Os métodos contraceptivos na instituição	22
4.4. Conhecimento sobre o preservativo feminino e fontes de informação	24
4.5. Atitudes face ao preservativo feminino	28
4.5.1. Análise fatorial exploratória da escala	28
4.5.2. Estatística descritiva e inferencial	30

5. Discussão	34
5.1. Disponibilização do preservativo feminino	34
5.2. Representações dos profissionais de saúde	35
5.3. Grau de conhecimento dos profissionais de saúde	38
5.4. Atitudes dos profissionais de saúde	40
5.5. Variáveis sociodemográficas associadas ao conhecimento e atitudes face ao preservativo feminino	43
6. Considerações finais	46
7. Referências bibliográficas	48
8. Anexos	58
Anexo 1: Pedido de colaboração	
Anexo 2: Questionário	
Anexo 3: Representações do preservativo feminino	

## Lista de figuras

**Figura 1** Respostas na Escala de Atitudes em função do concelho dos 32 participantes.

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b>	Médicos e enfermeiros no Algarve e em Portugal	16
<b>Tabela 2</b>	Caracterização da amostra	20
<b>Tabela 3</b>	Representações do PF pelos inquiridos	21
<b>Tabela 4</b>	Indivíduos que recorrem a consultas de planeamento familiar	22
<b>Tabela 5</b>	Indivíduos que recorrem a consultas de prevenção do VIH/Sida	23
<b>Tabela 6</b>	Métodos contraceptivos mais sugeridos	23
<b>Tabela 7</b>	Instituição e disponibilização do PF	23
<b>Tabela 8</b>	Frequência e população-alvo do PF	24
<b>Tabela 9</b>	Conhecimento autorreportado e meios de informação sobre o PF.	24
<b>Tabela 10</b>	Distribuição das respostas relativas ao conhecimento sobre o PF.	25
<b>Tabela 11</b>	Estatística descritiva das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.	25
<b>Tabela 12</b>	Distribuição das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.	26
<b>Tabela 13</b>	O conhecimento autorreportado e o conhecimento sobre o PF.	26
<b>Tabela 14</b>	Relação entre o conhecimento sobre o PF e a idade e anos de serviço.	27
<b>Tabela 15</b>	Relação entre o conhecimento sobre o PF e as variáveis sociodemográficas.	27
<b>Tabela 16</b>	Análise fatorial exploratória da Escala de Atitudes face ao PF.	28

<b>Tabela 17</b>	Organização fatorial da Escala de Atitudes face ao PF.	29
<b>Tabela 18</b>	Distribuição da frequência de respostas a cada um dos itens da Escala de Atitudes.	30
<b>Tabela 19</b>	Resultados obtidos na Escala de Atitudes e nas suas dimensões.	31
<b>Tabela 20</b>	Associação entre a Escala de Atitudes e as variáveis conhecimento, idade e anos de serviço.	32
<b>Tabela 21</b>	Quadro 21. Relação entre a escala de atitudes e outras variáveis sociodemográficas.	32
<b>Tabela 22</b>	Distribuição das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.	33

## Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APF	Associação de Planeamento Familiar
ARS	Administração Regional de Saúde
CHANGE	Center for Health and Gender Equity
DGS	Direção-Geral de Saúde
FHC	The Female Health Company
FHI	Family Health International
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto de Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
MOME	Média da ordem média de evocação
OME	Ordem média de evocação
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PF	Preservativo feminino
PM	Preservativo masculino
UAFC	Universal Access to Female Condoms
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNPFA	United Nations Population Fund
USAID	The United States Agency for International Development
VHS	Vírus herpes <i>simplex</i>
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

VPH Vírus do papiloma humano

WHO World Health Organization

# 1. Introdução

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é um problema global que se constitui como uma prioridade de saúde pública. No final de 2011, o número de casos de infeção por VIH notificados em 186 países ascendia aos 34 milhões. Do total de pessoas infetadas, 16.7 milhões eram mulheres (UNAIDS, 2012). No território nacional, os dados epidemiológicos apresentados para o ano de 2012 documentavam um número de 42 580 casos de infeção por VIH, dos quais 11 312 eram mulheres (26.6%) (INSA, 2013). Devido à desigualdade de géneros e à violência sexual, as mulheres estão em maior risco de ser infetadas pelo VIH (UNFPA, 2011) e são mais propensas às infeções sexualmente transmissíveis (IST) do que os homens (Cecil, Perry, Seal, & Pinkerton, 1998).

Face ao desconhecimento da cura, a prevenção é a chave de todos os esforços de saúde pública para combater a epidemia. O uso consistente e adequado do preservativo é a forma mais eficaz de prevenir a transmissão do VIH/Sida (Holmes et al., 2008). O preservativo feminino (PF) assume um papel essencial neste contexto, na medida em que é o único método contraceutivo que dá controlo parcial à mulher e tem a mesma eficácia do preservativo masculino (PM). Na verdade, o PF emergiu como um método de barreira alternativo ao PM, permitindo evitar a gravidez indesejada, o VIH/Sida e outras IST (CHANGE, 2008; Choi et al., 2008; Holmes et al., 2008).

Contudo, a promoção deste método de barreira tem sido pouco utilizada como estratégia de prevenção da saúde pública e o seu uso permanece reduzido em todo o mundo (Holmes et al., 2008). Em 2011, apenas um terço dos países incluía o PF nos seus esforços preventivos (UNAIDS, 2012). Em Portugal, apesar da implementação recente de campanhas de relançamento do PF como forma de proteção dual, à semelhança do PM, o produto não é comercializado, sendo apenas disponibilizado em organismos do Sistema Nacional de Saúde (hospitais e centros de saúde) e em delegações da APF (Associação para o Planeamento da Família) (<http://www.apf.pt>).

Os profissionais de saúde, em particular, têm um papel essencial no aconselhamento dos utentes a respeito do uso do PF e no conseqüente sucesso dos programas de promoção deste método contraceutivo. Com efeito, estes profissionais são os “guardiões” deste produto (Mantell, Scheepers, & Abdool Karim, 2000), porque se encontram na linha da frente da prevenção e promoção dos métodos contraceutivos. Além disso, considerando que o PF é adquirido através do contacto direto com os profissionais de saúde, estes

assumem-se como os agentes primários da aceitação e uso continuado deste método de prevenção dual (Peters, Jansen, & Van Driel, 2010).

Contudo, com exceção de alguns estudos (e.g., Holt et al., 2013; Mantell et al., 2000, 2001, 2011; Mantell, Hoffman, Exner, Stein, & Atkins, 2003; Mung'ala, Kilonzob, Angalac, Theobaldd, & Taegtmeyere, 2006; Oliveira, Moura, Guedes, & Almeida, 2008; Peters et al., 2010), a investigação tem dedicado pouca atenção a esta temática. Além disso, a maior parte destes estudos mostra que os profissionais de saúde têm poucos conhecimentos e atitudes negativas face ao PF (Mantell et al., 2001). Por outro lado, tanto quando se pôde apurar, os estudos sobre o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao PF são inexistentes em Portugal, sendo este um campo de investigação ainda em desenvolvimento.

Apesar de os estudos referenciados não serem generalizáveis, sugerem a necessidade de avaliar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde face ao PF. Desta forma, considerando a inexistência de estudos portugueses sobre a temática e assumindo que as práticas e a autoridade dos profissionais de saúde são fundamentais para a aceitação generalizada do PF como forma de prevenção eficaz das IST e da gravidez indesejada, o presente estudo como objetivo principal avaliar o conhecimento e as atitudes face ao PF entre os profissionais de saúde da região algarvia, nomeadamente em hospitais, centros de saúde e outras entidades de saúde.

Este tipo de estudos constitui-se como um instrumento essencial para a conceção de programas de promoção do PF que incidam no aumento dos conhecimentos, na alteração de eventuais perceções erróneas e no aconselhamento deste método aos utentes. O maior apoio dos profissionais de saúde ao PF contribuirá, em última instância, para a redução da prevalência da infeção VIH/Sida em Portugal e do número de gravidezes indesejadas.

No que diz respeito à estrutura, este trabalho é constituído pelo enquadramento teórico (revisão das principais implicações teóricas do estudo), metodologia (objetivos e questões de investigação, amostra, instrumentos e procedimento), resultados (descrição dos principais resultados obtidos), discussão (análise dos resultados à luz da literatura) e considerações finais (reflexão sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento científico, limitações e sugestões para estudos futuros).

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. Infecções sexualmente transmissíveis: um problema de saúde pública

No panorama epidemiológico do mundo moderno, o VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um dos atuais problemas de saúde pública a nível global. Estas doenças têm um impacto profundo na saúde sexual e reprodutiva, estimando-se que exista mais de um milhão de novos casos por dia. Anualmente, um número estimado de 500 milhões de pessoas é infetado com umas das seguintes IST: clamídia, gonorreia, sífilis ou tricomaníase. Mais de 530 milhões de pessoas vivem com o vírus herpes *simplex* tipo 2 (VHS2) e mais de 290 milhões de mulheres têm o vírus do papiloma humano (VPH) (WHO, 2013). Em 2008, e apenas na Europa, o número estimado de novos casos de IST curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis ou tricomaníase) era de 47 milhões (WHO, 2012).

No final de 2011, 34 milhões de pessoas viviam infetadas com o VIH/Sida a nível global, estimando-se que 0,8% da população entre os 15 e 49 anos viva com esta doença (UNAIDS, 2012). As mulheres e jovens adultas são particularmente vulneráveis ao VIH e outras IST (constituindo quase 50% das pessoas infetadas com o VIH), devido a causas biológicas, sociais, culturais e económicas, incluindo a desigualdade económica e social nas relações sexuais e dentro do casamento (Cecil et al., 1998; Kiley & Sobrero, 2008). Na Europa Central e Ocidental, o número de pessoas infetadas com o VIH ascendia aos 900 000 (o número de casos em 2001 era de 640 000), tendo sido documentados 30 000 novos casos (UNAIDS, 2012). No território nacional, do total de pessoas infetadas em 2012 (47 580), 26% eram mulheres. Os distritos com maior notificação de casos de infeção por VIH eram Lisboa (16 745), Porto (8 637), Setúbal (5 138) e Faro (2 196) (INSA, 2013).

As IST são doenças são provocadas por bactérias, fungos e vírus que se transmitem frequentemente através do contacto sexual desprotegido, se um dos parceiros estiver infetado. As IST podem ser transmitidas durante as relações sexuais, nomeadamente mediante o contacto íntimo com a área genital, oral ou anal (French et al., 2003; Kiley & Sobrero, 2008; Minnis & Padian, 2005). O número de doenças que podem ser contraídas durante as relações sexuais é superior a vinte (Chin, 2000) e a sua prevenção é uma emergência global de saúde pública. Frequentemente subvalorizadas do ponto de vista clínico e de saúde pública, as IST podem provocar problemas como a infertilidade e

gravidez ectópica, o aborto, malformações fetais graves, o cancro do colo do útero, o cancro anogenital, a doença inflamatória pélvica e a mortalidade associada à Sida (Azevedo, 2008).

O VIH e outras IST também têm impacto na saúde psicológica dos sujeitos infetados, principalmente ao nível da sintomatologia depressiva e das mudanças nos comportamentos sexuais, decorrendo não só da própria infeção mas também do estigma social que lhes está associado (Geary et al., 2014; Perrin et al., 2006; Newton & McCabe, 2008). Por essa razão, os portadores de IST sentem-se menos desejados e atrativos, havendo uma redução no número de experiências sexuais (Newton & McCabe, 2008).

Estudos realizados a nível global mostram que a infeção por VIH, em particular, está associada à depressão major, à doença bipolar (De Hert et al., 2011), ao envolvimento em comportamentos de risco (Parry et al., 2007), ao risco de suicídio (Badiee et al., 2012; Passos, Souza, & Spessato, 2014) e ao comprometimento neuropsicológico (a infeção por VIH pode resultar em danos neuropsicológicos em aproximadamente 50% dos doentes) (Heaton et al., 2010). No interesse da saúde pública, os profissionais de saúde devem assumir um papel ativo na procura conjunta de estratégias de *coping* para lidar com o problema (Newton & McCabe, 2008).

A solução mais eficaz para controlar a transmissão das IST começa com a prevenção, através da promoção da mudança de comportamentos e da adoção de atitudes mais preventivas para a saúde sexual (WHO/Johns Hopkins/USAID, 2007). Na atualidade, reconhece-se que nenhuma intervenção isolada será suficiente para deter as IST e o VIH e que as estratégias de prevenção combinada, adaptadas ao perfil epidemiológico de populações específicas, têm maior potencial para reduzir as taxas de infeção (Kurth, Celum, Baeten, Vermund, & Wasserheit, 2011). Uma das estratégias passa pela promoção dos contraceptivos de barreira, que são dispositivos que impedem a disseminação de espermatozoides na vagina, bloqueando o seu acesso ao trato genital superior (Cates & Raymond, 2007).

A crescente incidência das IST e o reconhecimento de que a coinfeção do VIH/Sida com outras IST facilita a transmissão do VIH provocaram uma reavaliação do impacto social e de saúde pública dos métodos de barreira na prevenção da conceção indesejada e das IST. Estes métodos são os únicos atualmente recomendados para a prevenção de IST e

do seu impacto na saúde pública (CHANGE, 2011; Genuis & Genuis, 2004; Holmes, Levine, & Weaver, 2004; UNFPA, 2011). Estes dispositivos, em particular o preservativo (feminino e masculino), são um importante contributo para o planeamento familiar e para a saúde pública, porque são seguros, não têm efeitos colaterais sistémicos ou riscos, são eficazes quando usados de forma consistente e correta e desempenham um papel de destaque na prevenção das IST (Beksinska, Smit, Joanis, Usher-Patel, & Potter, 2011; French et al., 2003; Hearst & Chen, 2004; Steiner & Cates, 2008; Trussell, 2011).

## **2.2. Preservativo feminino: uma nova perspetiva de proteção**

A necessidade de métodos de contraceptivos de barreira controlados pelas mulheres e que também protejam contra as IST bacterianas e virais é amplamente reconhecida. Considerando que as mulheres apresentam um risco mais elevado de adquirir uma IST, inclusive o VIH, a disponibilização de métodos de barreira que permitam à mulher assumir a responsabilidade é fundamental. O PF é, atualmente, o único método que oferece controlo e proteção dual às mulheres (Cecil et al., 1998; CHANGE, 2011; Kiley & Sobrero, 2008).

As desigualdades de género e as dificuldades em negociar o uso do PM com os homens constituem obstáculos à prevenção das IST (CHANGE, 2011; UNAIDS, 2011). O casamento, por exemplo, reduz a capacidade de negociação e aumenta o risco de infeção entre as mulheres (CHANGE, 2011; Clark, 2001; UNPFA, 2011). As mulheres com um parceiro abusivo, sobretudo, têm menos probabilidade de usar preservativos e risco acrescido de infeção por VIH e outras IST (Beadnell, Baker, Morrison, & Knox, 2000; Choi, Wojcicki, & Valencia-Garcia, 2004). Por essa razão, o PF tem sido promovido como instrumento de negociação em programas focados na violência doméstica (UNFPA, 2011).

Com efeito, o PF constitui uma alternativa ao PM e um método que reforça o controlo feminino na proteção contra as IST (Exner, Dworkin, Hoffman, & Ehrhardt, 2003; Hoffman, Mantell, Exner, & Stein, 2004). O uso do preservativo (feminino e masculino) tipicamente requer a negociação entre parceiros e o PF oferece uma importante tática de negociação se os parceiros recusarem usar o PM, na medida em que é concebido para uso feminino. As mulheres veem este método como um meio de aumentar a sua capacidade de negociação na relação, principalmente quando obtêm o PF no contexto de intervenções

focadas na sexualidade e *empowerment* femininos (CHANGE, 2008). Alguns estudos mostram que o uso do PF oferece maior poder de negociação às mulheres e que os homens, ainda que inicialmente relutantes, gostam de usar este método (e.g., Mack, Grey, Amsterdam, Matta, & Williamson, 2010a; Population Council and Liverpool VCT Care & Treatment, 2009).

O PF é um método de barreira feito de plástico de poliuretano (primeira geração) ou de borracha nitrílica (segunda geração) que é colocado no interior da vagina, impedindo que os espermatozoides e outros agentes infecciosos entrem no útero (Beksinska et al., 2011; Minnis & Padian, 2005). O dispositivo é pré-lubrificado e tem um anel flexível em cada extremidade: o anel na extremidade fechada é inserido na vagina para manter o PF no lugar e o anel na extremidade aberta permanece fora da vagina, cobrindo parte da genitália externa feminina e oferecendo proteção adicional contra IST externas. Este tipo de método parece potencializar o maior controle da mulher sobre o seu corpo, contribuindo, em simultâneo, para a redução do número de relações sexuais desprotegidas e da ocorrência de gravidezes indesejadas (CHANGE, 2011; UNFPA, 2011).

O PF é aceitável para mulheres de diferentes culturas, constituindo um método de proteção dual credível (Cecil et al., 1998). Os estudos com amostras internacionais mostram que, quando usado corretamente, o PF é tão eficaz como o PM na prevenção das IST/VIH e da gravidez (CHANGE, 2011; PATH/UNFPA, 2006; Schwartz et al., 2008; UNFPA, 2011), ajudando a reduzir as taxas de IST e o risco de infecção por VIH (CHANGE, 2008; Choi et al., 2008). Com efeito, o uso do PF permite que apenas cinco em cem mulheres tenham gravidezes indesejadas (WHO/Johns Hopkins/USAID, 2007) e, considerando a impermeabilidade deste dispositivo a vários organismos que provocam as IST (Macaluso et al., 2007; PATH/UNFPA, 2006), reduz a probabilidade de transmissão do VIH em 97% (Trussell, Sturgen, Strickler, & Dominik, 1994). Além disso, promove a prevenção de outras IST como a clamídia, a gonorreia, o VHS, o VPH2 e a sífilis. O PF também pode ser mais eficaz do que o PM na prevenção da transmissão de úlceras genitais infecciosas, porque cobre parte da vulva e do períneo (Bisika, 2009; Holmes et al., 2004; Minnis & Padian, 2005).

Estudos realizados em laboratório mostram que o PF protege contra as IST derivadas das relações vaginais (e.g., French et al., 2003; Minnis & Padian, 2005). O PF também é usado na proteção do VIH e outras IST durante o sexo anal, mas os dados sobre a sua

eficácia a este nível são inconclusivos (Kelvin et al., 2011). Neste sentido, os resultados dos estudos identificados neste trabalho aplicam-se apenas ao sexo vaginal.

Este método contraceptivo apresenta diversas vantagens face ao PM: é mais resistente, parece preservar melhor o prazer, pode ser inserido horas antes da relação sexual, previne doenças do colo do útero, implica menor perda de sensibilidade, é fácil de remover e é mais confortável para os homens (para uma revisão, ver Cecil et al., 1998; Vijayakumar, Mabude, Smit, Beksinska, & Lurie, 2008; WHO, 1997). Ao contrário do PM, pode ser usado com lubrificantes à base de água e óleo sem o risco de rompimento (CHANGE, 2011; Mack, Grey, Amsterdam, Williamson, & Matta, 2010b), não causa reações alérgicas, não depende da ereção masculina e não requer a retirada imediata após a ejaculação (WHO/UNAIDS, 2000). Além disso, a sua utilização dá mais poder e autonomia à mulher, aumentando o diálogo e a negociação com o parceiro masculino (Limbani, 2011; Mantell, Stein, & Susser, 2008). Por esse motivo, este método contraceptivo pode ser uma alternativa viável ao PM no que diz respeito à proteção sexual (CHANGE, 2011; UNFPA, 2011).

Não obstante, o PF também apresenta algumas desvantagens, nomeadamente os custos mais elevados nos países em que é comercializado e a reduzida acessibilidade a este produto (UNFPA, 2011). Por outro lado, tem uma aparência inestética (Gwebu, 2012), pode causar maior desconforto na inserção (requerendo prática), implica a aceitação pelo parceiro e é associado a relações casuais, tendo uma conotação negativa (WHO, 1997). Apesar de as desvantagens serem claramente inferiores às vantagens, duas décadas depois de ter sido introduzido no mercado, este produto continua a ser pouco conhecido e pouco utilizado pela população em geral, inclusive pelos profissionais de saúde (Peters et al., 2010).

### **2.3. Acessibilidade e aceitação do preservativo feminino**

O PF foi introduzido na Europa em 1992 e atualmente encontra-se disponível em mais de 90 países através de programas de saúde pública, sendo comercializado em cerca de 10 países (UNFPA, 2011). Recentemente, a promoção do PF aumentou, fruto da aprovação da segunda geração de preservativos femininos pela Organização Mundial de Saúde (Grant, 2009). Em 2009, foram distribuídos cerca de 50 milhões de PF em 114 países, incluindo Portugal (FHC, 2010), mas estes perfazem apenas 0.2% do total de

preservativos fornecidos a nível global (CHANGE, 2008), continuando inacessíveis à maioria das mulheres.

O volume de estudos sobre a acessibilidade e aceitação do PF aumentou nos últimos anos (e.g., Beksinska et al., 2011; Chipfuwa et al., 2014; Fernández et al., 2008; Gwebu, 2012; Limbani, 2011; Okunlola et al., 2006; Stockman et al., 2012; Vijayakumar et al., 2006; You et al., 2013). Na sua maioria, os estudos procuram determinar o grau de conhecimentos sobre o PF, a sua aceitação como método de prevenção dual e as atitudes dos participantes face a este dispositivo. Apesar do aumento gradual da literatura sobre a temática (sobretudo em países africanos), o número de estudos realizados na Europa e outros países ocidentais tem sido relativamente limitado (e.g., Campbell, Tross, & Nunes, 2011; Choi, Roberts, Gomez, & Grinstead, 2000; Exner et al., 2012; Fernández et al., 2008; Prudhomme, Boucher, Delberghe, Christman, & Leroux, 2005; Spizzichino et al., 2007; Weeks et al., 2010).

Devido à fraca promoção e acessibilidade do PF, um conjunto diverso de estudos tem demonstrado um grau reduzido de conhecimento e de uso deste produto em populações diversas (e.g., Çalışkan, Sakızlıgil, & Ocaktan, 2012; Chipfuwa et al., 2014; Choi et al., 2000; Guerra & Simbayi, 2014; Fernández et al., 2008; Gwebu, 2012; Prudhomme et al., 2005; Spizzichino et al., 2007; Stockman et al., 2012; Valens & Joseph, 2013). Porém, considerando a maior disponibilização do PF a populações de risco, nomeadamente indivíduos infetados com VIH e vendedoras de sexo, o grau de conhecimento e utilização deste método é superior entre estas populações (Çalışkan et al., 2012).

Num estudo sobre a perceção e uso do PF entre mulheres turcas com baixo e alto risco de IST, mais de metade das inquiridas de ambos os grupos afirmou nunca ter ouvido falar do método (sobretudo no grupo de baixo risco) e apenas uma pequena percentagem referiu utilizá-lo (Çalışkan et al., 2012). Todd e colegas (2011) reportaram resultados semelhantes num estudo realizado com vendedoras de sexo no Afeganistão: o uso consistente do PF foi referido por uma minoria e a falta de disponibilização deste produto foi a razão mais apontada.

Joseph e Valens (2013) também avaliaram o conhecimento e atitudes face ao uso do PF entre alunos de um instituto superior de saúde no Ruanda. Neste caso, apesar de a maioria dos alunos já ter ouvido falar deste dispositivo e de acreditar na sua eficácia na prevenção

da gravidez indesejada e do VIH/Sida, menos de um terço sabia usá-lo. A falta de acessibilidade foi uma das principais razões apontadas para as baixas taxas de uso do PF. Outras razões reportadas pela literatura para o baixo uso e aceitação do PF incluem fatores como o custo elevado (Hoffman et al., 2008; Spizzichino et al., 2007; UNFPA, 2011), o *design* (CHANGE, 2011; Gwebu, 2012), o desconforto (Hoffman et al., 2008; Spizzichino et al., 2007), a recusa do parceiro (Chipfuwa et al., 2014), a falta de promoção e apoio por parte das instituições governamentais e da comunidade em geral (CHANGE, 2011; Weeks et al., 2010; WHO, 2007) e a falta de informação/educação (Chipfuwa et al., 2014; Holmes et al., 2008; Spizzichino et al., 2007).

Um estudo recente (Johnson, Pion, & Jennings, 2013), cujo objetivo consistiu analisar o uso e consciencialização das mulheres americanas e europeias (Reino Unido, Alemanha, Itália e Espanha) face aos métodos contraceptivos, mostrou que os métodos mais utilizados são a pílula e o PM e que o PF não se encontra incluído nessa lista. De acordo com o mesmo estudo, uma das razões que contribui para estes resultados prende-se com a influência dos profissionais de saúde na escolha do método contraceptivo adotado pelas mulheres, na medida em que os mais sugeridos são a pílula e o PM.

Noutro estudo que analisa a perspetiva dos jovens universitários americanos em relação à viabilidade do uso do PF contra as IST e a gravidez não desejada, Shaw e Chatterjee (2014) mostraram que os aspetos negativos que mais peso têm na perceção deste método contraceptivo pelas mulheres são o *design*, a dificuldade de inserção e o desconforto. Os dois aspetos mais apontados pelos homens foram o *design* e o facto de este método de barreira não ser normativo, parecendo haver uma ideia generalizada de que o uso deste dispositivo não é valorizado nem recomendado pelas diversas instâncias governamentais e comunitárias.

Apesar disso, diversos estudos qualitativos com experimentação do PF pelos participantes têm demonstrado um bom grau de aceitação do PF entre várias populações, elevadas taxas de eficácia e várias vantagens para as mulheres e os homens (e.g., Fernández et al., 2008; Gwebu, 2012; Lara et al., 2009; Oliveira et al., 2008; Peters et al., 2010) (para uma revisão, ver Cecil et al., 1998; Vijayakumar et al., 2006; WHO, 1997). De um modo geral, a investigação mostra que, apesar de o PF ser considerado um método eficaz, ainda é desconhecido e pouco utilizado, particularmente devido à falta de informação e de campanhas promocionais (Gwebu, 2012).

A informação e a familiaridade com o PF promovem a sua aceitação por pessoas de vários contextos sociais, económicos, geográficos e etários e a maior parte das atitudes negativas pode ser resolvida através de programas que promovam este método de barreira, tornando-o aceitável e encorajando as mulheres à prática da inserção deste dispositivo até que se sintam confortáveis (Cecil et al., 1998). A educação/informação e o uso consistente do PF contribuem, deste modo, para a sua aceitação (Limbani, 2011; Peters et al., 2010; WHO, 1997). A este respeito, Choi e colegas (2008) mostraram a influência positiva da informação e do treino no conhecimento, uso e atitudes face ao PF entre mulheres que frequentavam uma clínica de planeamento familiar. Depreende-se, deste modo, que os próprios conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde são fatores essenciais para promover o uso deste produto.

### ***2.3.1. O preservativo feminino em Portugal***

Em Portugal, apesar dos esforços discretos de algumas instituições nacionais, o PF não é comercializado no território nacional. De acordo com o jornal *Diário de Notícias* (Neves, 2009), não obstante a existência de marcas registadas e passíveis de comercialização no mercado nacional, o PF deixou de ser comercializado por ser um produto pouco rentável. O fraco conhecimento e adesão ao uso deste método de barreira pelas mulheres portuguesas parecem constituir as principais causas da sua baixa rentabilidade no nosso país, seguindo uma tendência demonstrada em vários estudos internacionais (e.g., Chipfuwa et al., 2014; Choi et al., 2000; Fernández et al., 2008; Gwebu, 2012; Spizzichino et al., 2007; Stockman et al., 2012; Valens & Joseph, 2013).

Em 2009, foi lançada no nosso país uma campanha publicitária que visava a promoção do PF através dos canais de televisão nacionais e em alguns cinemas. Esta campanha teve apenas a duração de uma semana, encontrando-se integrada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010. O seu principal objetivo consistiu em promover o uso do PF como meio de prevenção das IST/VIH e incentivar as farmácias a comercializarem o produto. Esta campanha surgiu na sequência da circular normativa n.º 24 de 1 de dezembro de 2008 (emanada da Direção-Geral de Saúde, de acordo com a proposta da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida), que propõe a disponibilização gratuita de métodos de prevenção da transmissão sexual (entre eles o PF) a indivíduos com infeção VIH/Sida e seus parceiros (Neves, 2009).

A disponibilização do PF é realizada gratuitamente em algumas associações não-governamentais, como é o caso das delegações da APF, em centros de saúde e hospitais (<http://www.apf.pt>). De acordo com informações divulgadas por um relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), entre 2011 e 2012 houve um decréscimo acentuado na distribuição gratuita de preservativos: o número de PM distribuídos caiu de 5,4 milhões para 2,4 milhões e o número de PF caiu de 344 mil unidades para 53 mil em 2012. Esta redução é atribuída aos fracos resultados da distribuição e promoção do preservativo (feminino e masculino). Por essa razão, o relatório aponta para a necessidade de reforçar a estratégia de promoção do preservativo e adaptá-la a novos contextos.

A insuficiência de programas de promoção e de informações sobre o PF em Portugal pode justificar o decréscimo registado para a utilização do preservativo em 2013. Num estudo realizado pela Markttest/DGS (2013), a percentagem de inquiridos que afirma utilizar o preservativo sempre ou a maior parte das vezes que tem relações sexuais caiu de 35,9% em 2010 para 31,3% em 2013, o que indica que uma em três pessoas nem sempre recorre a esta proteção para prevenir o VIH e outras IST. Cerca de 44% dos inquiridos revela nunca utilizar este método e apenas 20% o utiliza sempre. O principal motivo para a sua utilização é a prevenção da gravidez indesejada (apenas metade dos inquiridos utiliza preservativos como forma de prevenção do VIH/Sida). O conhecimento sobre a prevenção do VIH/Sida também apresenta uma tendência de descida, o que pode sugerir um menor grau de informação sobre a doença.

A aposta insuficiente na distribuição e promoção do PF pelas entidades nacionais parece contribuir para o parco interesse demonstrado pela comunidade científica. Com efeito, tanto quanto se conseguiu apurar, a literatura é omissa em relação PF no território nacional, não havendo estudos empíricos sobre o uso e aceitação deste dispositivo entre a população em geral ou entre grupos de risco. Por esse motivo, é necessário empreender esforços nesse sentido, através de estudos que avaliem a acessibilidade, o conhecimento e as atitudes de diferentes populações face ao PF, em particular os profissionais de saúde, por aconselharem e influenciarem a tomada de decisão dos pacientes (Peters et al., 2010).

## **2.4. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde face ao preservativo feminino**

Uma das estratégias para reduzir a taxa de pessoas com IST e VIH passa pela promoção do PF, mas a falta de concertação entre as diferentes instâncias atuantes na prevenção do VIH é evidente, particularmente ao nível das políticas internacionais e dos meios para potenciar o uso deste produto (Peters et al., 2010). Neste contexto, a participação ativa dos profissionais de saúde nos programas de promoção do PF é essencial para a iniciação e manutenção do uso deste método contraceutivo (Mantell et al., 2011; Peters et al., 2010).

Com efeito, considerando que os profissionais de saúde se constituem como agentes concretos do aconselhamento e promoção de métodos contraceutivos, o seu conhecimento e atitudes face ao PF são determinantes no uso deste produto por diferentes populações. Mesmo que os países recorram a políticas de adoção e promoção deste método de proteção dual, essas políticas correm o risco de fracassar se os profissionais de saúde não forem contemplados como os principais promotores deste produto, devendo apostar-se no seu conhecimento e formação (Peters et al., 2010).

Alguns estudos têm relacionado a qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde com o uso de métodos contraceutivos (e.g., Dehlendorf, Levy, Ruskin, & Steinauer, 2010; Koenig, Hossain, & Whittaker, 1997; RamaRao, Lacuesta, Costello, Pangolibay, & Jones, 2003). Um estudo encontrou um efeito direto do aconselhamento na gravidez indesejada: 14% das mulheres que realizam um aborto afirmam ter havido falhas nas informações prestadas, o que terá resultado na utilização de um método de contraceção menos eficaz ou no seu uso incorreto (Isaacs & Creinin, 2003).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes pode ser afetada por fatores como a aceitação e o conhecimento sobre os métodos contraceutivos (Dehlendorf et al., 2010; Rowlands, 2009). Os profissionais mais jovens, os ginecologistas, os obstetras e as mulheres no geral apresentam um maior grau de conhecimentos (Dehlendorf et al., 2010). Alguns estudos sobre a conceção intrauterina mostram que uma percentagem elevada de profissionais de saúde tem poucos conhecimentos sobre este método e acredita que o dispositivo não é adequado para mulheres nulíparas ou com história de doença inflamatória pélvica (e.g., Harper et al., 2008; Stubbs, & Schamp, 2008). Os profissionais

de saúde também parecem ter conhecimentos insuficientes, falta de familiaridade e suposições incorretas sobre outros métodos, nomeadamente o diafragma, que foi ignorado por alguns profissionais ao longo de décadas, o que representa uma barreira para o aconselhamento deste método (Mantell et al., 2003).

Por esse motivo, na última década têm sido realizados alguns estudos internacionais (principalmente qualitativos) sobre o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao PF. No geral, os profissionais de saúde parecem apresentar um *deficit* de conhecimentos e algumas atitudes negativas em relação ao uso do PF, em países como os Estados Unidos, a África do Sul, a Nigéria (Mantell et al., 2001), o Quênia (Mung'ala et al., 2006) ou o Brasil (Oliveira et al., 2008). Mesmo entre os profissionais com atitudes relativamente positivas face ao PF, estes parecem não tomar a iniciativa de ajudar os clientes a superar a relutância inicial em relação a este dispositivo, perspetivando-o como um método de último recurso e apenas quando a mulher não tem outras opções de prevenção (Mantell et al., 2011).

Por outro lado, apesar de reconhecerem a necessidade de um método que dê o controlo à mulher, muitos profissionais sentem-se desconfortáveis em relação ao PF ou mostram-se reticentes em aconselhá-lo por não se encontrarem disponíveis em larga escala (Mung'ala et al., 2006). Morrisey e colegas (2002) mostraram, inclusive, que apesar de os profissionais de saúde acreditarem que o PF é tão ou mais eficaz do que o PM como método de proteção dual, estes mantêm-se relutantes em recomendá-lo devido a três razões: a dificuldade associada à sua inserção pode afetar negativamente a sua eficácia, sobretudo entre as mulheres jovens; o PF é visualmente desagradável; o custo elevado e a acessibilidade reduzida tornam a sua recomendação inviável.

Mais recentemente, Holt e colegas (2013), num estudo que analisa as práticas de aconselhamento do PF entre os médicos e enfermeiros na África do Sul e no Zimbábue, demonstraram que o PF é disponibilizado e recomendado nos dois países, particularmente a pessoas com VIH positivo e a mulheres solteiras. No geral, os profissionais mostraram um elevado grau de aceitação do PF como método contraceptivo para as mulheres em risco ou com VIH positivo, evidenciando o desejo de terem mais formação e a necessidade de investimento continuado em programas e políticas que apoiem o PF. Contudo, foram referidas algumas limitações deste método, designadamente o facto de ser mais caro, de nem sempre estar disponível nas clínicas ou de implicar problemas de confiança entre o

casal. Foram, ainda, mencionados fatores como o desconforto ou o facto de ser muito visível.

De um modo geral, tal como realçam Morrisey e colegas (2002), há uma forte discordância entre crenças sobre a eficácia do PF e as atitudes dos profissionais de saúde no que diz respeito à sua recomendação. Nesse sentido, deve ser feito um maior esforço para preencher a lacuna entre o conhecimento empírico da eficácia do PF e impressões negativas de PF entre os prestadores de cuidados de saúde. Esta necessidade é tanto mais importante se considerarmos que a maioria dos profissionais de saúde acredita que pode influenciar as escolhas contraceptivas dos seus pacientes, sobretudo através da apresentação dos seus benefícios e efeitos colaterais (Henderson, Raine, Schalet, Blum, & Harper, 2011).

A literatura mostra, inclusive, o impacto das intervenções dos profissionais de saúde no aumento do conhecimento e do uso do PF como método de proteção dual, sugerindo uma maior aposta na formação destes profissionais (e.g., Coman et al., 2013; Exner et al., 2012), para que compreendam o potencial deste método e o aconselhem com mais regularidade aos utentes de ambos os géneros (Exner et al., 2012). Em suma, considerando que as atitudes dos profissionais de saúde são determinantes importantes da aceitação do PF, o seu ceticismo face ao uso deste método será transmitido aos utentes, resultando no uso reduzido do produto (Gwebu, 2012). Consequentemente, é importante desconstruir essas atitudes, envolvendo os profissionais de saúde na promoção da aceitação e uso do PF (You et al., 2013).

Face ao papel dos profissionais de saúde na promoção do uso do PF, foi objetivo principal deste estudo caracterizar o conhecimento, representações e atitudes face ao PF entre os profissionais de saúde que exercem atividade profissional no Algarve. Dada a inexistência de estudos sobre o tema no território nacional, esta investigação apresenta um carácter exploratório e de tipologia descritivo-correlacional.

## **3. Metodologia**

### **3.1. Objetivos e perguntas de investigação**

Tendo em consideração as considerações teóricas relativas à importância do PF como um método dual de proteção e ao papel dos profissionais de saúde na promoção e aconselhamento deste produto, o presente estudo tem como objetivo geral a análise das representações, conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde de unidades hospitalares do Algarve relativamente ao PF.

Estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos para este trabalho:

1. Identificar a disponibilização do PF e recomendação para o seu uso feita aos utentes de diferentes unidades de saúde;
2. Caracterizar as representações do PF através da análise da evocação de palavras/expressões;
3. Descrever o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o PF;
4. Descrever as atitudes dos profissionais de saúde face ao PF através da Escala de Atitudes de Neilands e Choi (2002), traduzida para português;
5. Verificar a existência de associação entre o conhecimento/atitudes face ao PF e as características sociodemográficas dos participantes.

### **3.2. População e amostra**

A população-alvo inicial deste estudo era composta por profissionais de saúde em funções em unidades de saúde públicas ou privadas de todo o território nacional. Contudo, por motivos relacionados com o processo de autorização para aplicação da ferramenta de recolha de dados e devido à necessidade de cumprimento da calendarização prevista para este trabalho, a população-alvo final é composta por profissionais de saúde em funções na região do Algarve.

A região do Algarve é composta por 16 concelhos, albergando uma população residente de 395218 habitantes e, em 2012, registava 5,4 enfermeiros/1000 habitantes e 3,3 médicos/1000 habitantes, abaixo da média nacional (INE, 2014) (tabela 1).

Tabela 1. Médicos e enfermeiros no Algarve e em Portugal.

Variável	Portugal	Algarve
Enfermeiros/ 1000 habitantes	6,2	5,4
Médicos/ 1000 habitantes	4,2	3,3

Fonte: INE (2014).

Registaram-se, em 2012, 2380 enfermeiros a exercer funções na região, sendo 1932 do sexo feminino (81%). Para o mesmo período, registaram-se 1511 médicos, sendo 644 do sexo feminino (43%).

De acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS), a região do Algarve tem uma rede pública de cuidados primários constituída por três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): ACES Barlavento, ACES Central e ACES Sotavento, compostos por dezasseis Centros de Saúde e por sessenta e oito Extensões de Saúde e Unidades de Saúde Familiar. A acrescer a estas unidades prestadoras de cuidados existem unidades de natureza privada. O Algarve tem também nove hospitais, dos quais cinco são de natureza privada e dois prestam cuidados de saúde especializados (<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>).

Considerando objetivo geral deste trabalho, decidiu-se que a população-alvo seria composta por todos os profissionais de saúde em exercício de funções no Algarve e, dada a metodologia de inquirição, todos os elementos da população-alvo que aceitassem participar e completassem a ferramenta de recolha de dados seriam incluídos na amostra.

Assim, a amostra final é de natureza não-aleatória, composta pelos profissionais de saúde que completaram o questionário de autopreenchimento relativo à recolha de dados, disponível numa plataforma *online* no período compreendido entre abril e junho de 2014.

Foram incluídos neste estudo 138 médicos e enfermeiros (dos quais 102 são mulheres) que atuam em unidades de saúde algarvias, com uma média de idades de 36,2 anos (DP=9,62). Dadas as estimativas do número de profissionais de saúde em funções na região, considera-se que a adesão dos elementos da população-alvo a este estudo foi baixa.

### 3.3. Instrumento

A recolha de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento composto por cinco grupos de questões:

**Dados demográficos.** Género, idade, profissão, anos de profissionalização, especialização, tipo de instituição e área geográfica.

**Representações do PF.** Foi utilizada uma tarefa de evocação livre, onde se pedia aos participantes para indicar até cinco as primeiras palavras/expressões que a expressão *Preservativo Feminino* lhes sugere. Para este efeito, foi assumido que a ordem pela qual evocaram as palavras corresponde à ordem de importância atribuída pelos sujeitos às mesmas. As respostas foram analisadas de acordo com os pressupostos da análise prototípica de Vergès (1992) para a classificação das evocações livres, que utiliza como critérios a ordem média de evocação das palavras e da sua frequência.

**O PF na instituição.** Duas questões dicotómicas (*sim/não*) que incidem na área de atuação dos profissionais (planeamento familiar e prevenção do VIH/Sida) e 2 questões de escolha múltipla sobre o tipo de pessoas que mais recorre a esse tipo de consultas (planeamento familiar – adolescentes, jovens adultas, mulheres adultas, homens em geral, outros/as; prevenção do VIH/Sida – mulheres em geral, mulheres jovens, mulheres adultas, vendedoras de sexo, toxicodependentes, homens em geral, outros/as); 1 questão de escolha múltipla sobre os métodos contraceptivos sugeridos com mais frequência (PM, PF, contraceção hormonal oral, contraceção hormonal injetável, implante, diapositivo intrauterino, anel vaginal, diafragma, outros); 1 questão dicotómica (*sim/não*) sobre a disponibilização gratuita do PF na instituição; 1 questão dicotómica (*sim/não*) sobre a recomendação/disponibilização do PF como método contraceptivo; 1 questão (1 = *raramente* a 3 = *frequentemente*) sobre a frequência com que os participantes recomendam o PF; e uma questão de escolha múltipla sobre o tipo de pessoas a quem os participantes costumam recomendar o PF (mulheres em geral, mulheres jovens, mulheres adultas, vendedoras de sexo, toxicodependentes, homens em geral, outros/as).

**Conhecimento sobre o PF e fontes de informação.** Uma questão tipo Likert (1 = *fraco* a 3 = *bom*) sobre o grau em que os participantes classificam o seu grau de conhecimento sobre o PF; 1 questão de escolha múltipla sobre os meios de obtenção de informação sobre o PF (leituras, eventos científicos, formação, outros); 1 questão dicotómica

(sim/não) referente ao facto de os profissionais já terem feito uma sessão de esclarecimento sobre o PF; 10 questões dicotómicas (verdadeiro/falso) que pretendem avaliar o grau de conhecimento dos participantes sobre o PF (e.g., *O PF pode causar alergia*).

**Atitudes face ao PF.** Versão reduzida da Escala de Atitudes face ao PF, de Neilands e Choi (2002), composta por 15 itens tipo Likert (1 = *discordo totalmente* a 4 = *concordo totalmente*, sendo ainda incluída a opção *Não sei*, que corresponde ao valor 5). A escala é composta por 4 dimensões: Prazer (e.g., *O sexo não é tão bom quando se usa um PF*), Inconveniência (e.g., *Os PF são inconvenientes*), Profilaxia Melhorada (e.g., *Os PF são melhores do que os PM*) e Perspetiva Feminina (e.g., *Os PF dificultam o orgasmo da mulher*). O alfa de Cronbach da escala global e das dimensões é superior a 0,70 no estudo original e neste estudo. A obtenção de valores médios mais elevados na resposta a esta escala significa que os inquiridos têm atitudes menos favoráveis face ao PF (os itens 1, 3, 5, 11 e 14 encontram-se invertidos). Esta escala foi traduzida (utilizando a técnica tradução-retroversão) por profissionais formados em português e inglês e as traduções foram analisadas por investigadores experientes, efetuando-se as alterações necessárias para assegurar a precisão da versão final. Como a escala não se encontra validada para a população portuguesa, foram realizadas medidas de validade facial, tais como a análise fatorial exploratória de componentes principais, que permitiu chegar às dimensões aqui exploradas, e a análise da consistência interna.

### **3.4. Procedimento**

Considerando que o projeto inicial consistia em utilizar uma amostra constituída por profissionais de saúde de todo o território nacional, a investigação teve início com o pedido de autorização a hospitais, centros de saúde e delegações da APF (anexo 1). A resposta de algumas entidades públicas evidenciou a necessidade de contactar as diferentes Administrações Regionais de Saúde (ARS) existentes em Portugal. Atendendo à morosidade das respostas e aos aspetos burocráticos envolvidos na autorização do estudo, tomou-se a decisão de realizar a investigação apenas na região do Algarve. Após aprovação, o questionário (anexo 2) foi disponibilizado numa plataforma *online*, tendo sido enviado o *link* para as respetivas instituições. Antes da inquirição, os participantes foram informados de que iriam participar num estudo sobre o PF, garantindo-se as regras éticas de anonimato, confidencialidade e liberdade de participação. Após o

preenchimento do questionário, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo específico do estudo.

## 4. Resultados

Os dados foram analisados no programa informático IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 22.0 – com procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

### 4.1. Caracterização da amostra

Inquiriu-se um total de 138 indivíduos, dos quais 102 (73,9%) eram mulheres. As características sociodemográficas dos participantes encontram-se descritas na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra.

Variável	Homens	Mulheres	Total
Idade <sup>1</sup>	37,4 (10,11)	35,8 (9,46)	36,2 (9,62)
Anos de profissão <sup>1</sup>	11,4 (11,43)	12,7 (10,14)	12,4 (10,46)
Profissão (%)			
Médico	36,1%	19,6%	23,9%
Enfermeiro	63,9%	80,4%	76,1%
Possui especialização (%)	69,4%	65,7%	66,7%
Instituição onde trabalha (%)			
Hospital	63,9%	69,6%	68,1%
Centro de Saúde	30,6%	15,7%	19,6%
Entidade privada	5,6%	14,7%	12,3%
Concelho (%)			
Faro	63,9%	40,2%	46,4%
Portimão	27,8%	40,2%	37,0%
Albufeira	2,8%	7,8%	6,5%
Loulé	-	4,9%	3,6%
Olhão	-	2,9%	2,2%
Lagoa	2,8%	1,0%	1,4%
São Brás de Alportel	-	1,0%	0,7%
Silves	2,8%	2,0%	2,2%

<sup>1</sup> Resultados expressos através da média (desvio padrão).

A amostra é composta maioritariamente por mulheres e, em termos profissionais, por enfermeiros (76,1%) e por profissionais que desempenham funções em hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde (68,1%).

O concelho mais representado na amostra foi o concelho de Faro, com quase metade dos inquiridos a desempenhar funções em unidades de saúde neste local. Dos dezasseis concelhos do Algarve, oito não foram representados na amostra, nomeadamente, Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Lagos, Monchique, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António.

## 4.2. Representações do preservativo feminino

Foi requerido aos participantes que, ao lerem a expressão *Preservativo Feminino*, referissem as cinco principais palavras ou expressões que a ideia lhes sugeria. Os 138 participantes do estudo evocaram 353 vezes os 105 vocábulos distintos encontrados através da análise prototípica de Vergès (1992). À semelhança do autor, foram utilizadas as palavras brutas. As palavras foram lematizadas para redução de plurais a singulares e supressão de género. Os critérios usados foram idênticos aos utilizados por Gomes e Nunes (2015). Apenas foram consideradas na análise as palavras evocadas por, pelo menos, 5% da amostra, o que equivale a considerar palavras evocadas pelo menos 6,9 vezes. A análise prototípica considera dois critérios para a classificação da importância das palavras na representação: a frequência de evocação e a ordem pela qual as palavras foram evocadas. O corte intermédio, que permite classificar as palavras com baixa ou alta frequência, foi de observação qualitativa, tendo-se observado um ganho informacional nas palavras evocadas mais de 15 vezes pelos participantes do estudo. A média da ordem média de evocação (MOME) foi encontrada pelo cálculo das médias de evocação de cada palavra, em função da posição em que foram colocadas. Neste estudo, a MOME foi de 1,86 (tabela 3).

Tabela 3. Representações do PF pelos inquiridos

		OME $\leq$ 1.86		OME $>$ 1.86	
		Palavra	f	Palavra	f
$f > 15$		Proteção	40		
		Sexo	25		
		Contraceção	25		
$f \leq 15$		Alternativa	15	Inestético	12
		Barreira	9	Segurança	12
		Mulher	9	Prevenção	8
		Pouco prático	9	IST	7

Os resultados obtidos sugerem que os aspetos mais relevante na descrição do PF estão relacionados com a sua utilização no sexo e com a sua função de proteção/contraceção. Palavras também evocadas nos primeiros momentos de contacto com a ideia evocam noções como uma alternativa, barreira e mulher. Contudo, a classificação de pouco prático já traduz algumas preocupações com a sua utilidade. Palavras evocadas mais nas últimas posições traduzem novamente a noção de prevenção contra as IST, a par de ser

inestético. Os restantes vocábulos não incluídos na análise traduzem ideias semelhantes a estas aqui referidas, podendo a tabela total de evocações ser consultada no anexo 3.

### 4.3. Os métodos contraceptivos na instituição

Trinta e quatro participantes (24,6%) referem ter um trabalho relacionado com planeamento familiar. Quando solicitados a categorizar os indivíduos que recorrem habitualmente a consultas de planeamento familiar, foi possível verificar que a resposta mais frequente foi “jovens adultas”, mencionada por aproximadamente 71% dos 34 participantes que responderam a esta secção do questionário. De acordo com os participantes, os homens habitualmente não recorrem a consultas de PF. Nesta questão, os inquiridos podiam assinalar todas as opções que considerassem pertinentes para a identificação dos indivíduos que recorrem a consultas de planeamento familiar. As frequências de cada hipótese para resposta utilizadas no questionário encontram-se na tabela 4.

Tabela 4. Indivíduos que recorrem a consultas de planeamento familiar.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adolescentes	23	67,2
Jovens adultas	24	70,6
Mulheres adultas	14	41,2
Homens em geral	-	-
Outros	-	-

Foi também solicitado aos inquiridos que categorizassem os indivíduos que habitualmente recorrem a consultas de prevenção do VIH/Sida. Vinte e cinco participantes (18,1%) referem que o seu trabalho se relaciona com a prevenção do VIH/Sida e, destes, 24 responderam à questão utilizada para categorizar os indivíduos que recorrem com mais frequência às consultas de prevenção. À semelhança da questão relacionada com consultas de planeamento familiar, os inquiridos podiam assinalar várias hipóteses de resposta e as frequências das categorizações feitas pelos 24 participantes encontram-se representadas na tabela 5. As mulheres, em geral, recorrem com mais frequência a consultas de prevenção do VIH/Sida.

Tabela 5. Indivíduos que recorrem a consultas de prevenção do VIH/Sida.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mulheres em geral	22	91,7
Mulheres jovens	5	20,8
Mulheres adultas	1	4,2
Vendedoras de sexo	3	12,5
Toxicodependentes	2	8,3
Homens em geral	2	8,3

O método contraceptivo que os participantes referem sugerir com mais frequência é o PM (97%). Apenas cinco participantes (4%) referem sugerir aos utentes a utilização do PF, como descrito na tabela 6.

Tabela 6. Métodos contraceptivos mais sugeridos.

<b>Contraceção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Preservativo masculino	134	97%
Contraceção hormonal oral	97	72%
Implante	35	26%
Dispositivo intrauterino	27	20%
Contraceção hormonal injetável	10	8%
Anel vaginal	6	5%
Preservativo feminino	5	4%
Diafragma	4	3%
Outros	1	1%

Apenas catorze participantes (10,1%) referem que o PF é disponibilizado gratuitamente na unidade de saúde onde exercem a sua atividade profissional. Adicionalmente, ao analisar estes resultados de acordo com o tipo de instituição, verifica-se que as entidades privadas apresentam uma frequência significativamente menor de disponibilização do PF ( $\chi^2(2)=69,8$ ;  $p<0,001$ ) quando comparadas com unidades de saúde de caráter público, como representado na tabela 7.

Tabela 7. Instituição e disponibilização do PF

<b>Categoria</b>	<b>Disponibiliza PF</b>		<b>Não disponibiliza PF</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	9	64,3	85	68,1
Centro de Saúde	4	28,6	23	19,6
Entidade privada	1	7,1	16	12,3
Total	14	100	124	100

Quando inquiridos especificamente sobre a recomendação do PF aos utentes com quem contactam, 30 participantes (21,7%) referem que costumam recomendar esta forma de contraceção. A frequência autorreportada e população-alvo da recomendação do PF encontram-se registadas tabela 8.

Tabela 8. Frequência e população-alvo do PF.

<b>Recomendação do preservativo feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Recomenda preservativo feminino	30	21,7%
Frequência da recomendação		
Raramente	21	70%
Ocasionalmente	8	26,7%
Frequentemente	1	3,3%
População a quem recomenda		
Mulheres em geral	23	76,7%
Mulheres jovens	6	20%
Mulheres com VIH	7	23,3%
Toxicodependentes	4	13,3%
Vendedoras de sexo	4	13,3%

#### **4.4. Conhecimento sobre o preservativo feminino e fontes de informação**

Setenta participantes (50,7%) consideram ter um fraco conhecimento acerca do PF e oito (5,8%) já conduziram uma sessão de esclarecimento subordinada a esta forma de contraceção.

A tabela 9 mostra a distribuição das respostas dos participantes relativamente ao conhecimento, e também os meios de informação utilizados para aquisição de conhecimento sobre PF.

Tabela 9. Conhecimento autorreportado e meios de informação sobre o PF.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Conhecimento		
Fraco	70	50,7%
Regular	59	42,8%
Bom	9	6,5%
Meios de informação		
Leituras	112	81,2%
Eventos científicos	9	6,5%
Formação	45	32,6%
Outros - Internet	4	2,9%
Outros - universidade	5	3,6%

Como referido na metodologia, de modo a contribuir para a análise do conhecimento dos profissionais sobre o PF, utilizou-se um conjunto de dez afirmações que os participantes deveriam classificar como *verdadeira* ou *falsa*. A distribuição das respostas corretas a cada uma das afirmações encontra-se na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição das respostas relativas ao conhecimento sobre o PF.

Afirmação	Respostas corretas	
	n	%
A matéria-prima dos preservativos femininos atuais é de borracha nitrílica	78	56,5%
O preservativo feminino é composto por uma bolsa com um anel flexível em cada extremidade	120	87%
O preservativo feminino é mais resistente do que o preservativo masculino	73	52,9%
O preservativo feminino é mais seguro na proteção das infeções sexualmente transmissíveis do que o preservativo masculino	33	23,9%
O preservativo feminino faz barulho durante a relação sexual	105	76,1%
O preservativo feminino pode ser usado em simultâneo com o preservativo masculino	105	76,1%
O preservativo feminino pode ser colocado 8 horas antes da relação sexual	77	55,8%
O preservativo feminino pode causar alergia	35	25,4%
O preservativo feminino pode ser usado com qualquer tipo de lubrificante	73	52,9%
O preservativo feminino retira o prazer sexual	104	75,4%

A afirmação com menor frequência de respostas corretas (23,9%) foi “*O preservativo feminino é mais seguro na proteção das infeções sexualmente transmissíveis do que o preservativo masculino*”.

Todos os participantes classificaram corretamente, pelo menos, três afirmações e o número máximo de classificações corretas corresponde a nove afirmações. A estatística descritiva do número de afirmações corretas encontra-se na tabela 11.

Tabela 11. Estatística descritiva das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.

Estatística	Valor
Média	5,8
Mediana	6
Desvio padrão	1,47
Mínimo	3
Máximo	9
Percentil 25	5
Percentil 50	6
Percentil 75	7

O número médio de afirmações corretas (5,8) e a mediana (6) encontram-se ambos acima do ponto central do número de afirmações certas possíveis, o que indica que os inquiridos possuem um conhecimento moderado. De acordo com a distribuição dos quantis da variável, apenas 25% dos inquiridos respondeu corretamente a 5 ou menos questões. A distribuição do número de respostas certas foi a seguinte (tabela 12):

Tabela 12. Distribuição das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.

<b>Número de respostas corretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
3	9	6,5%
4	15	10,9%
5	37	26,8%
6	31	22,5%
7	27	19,6%
8	15	10,9%
9	4	2,9%
Total	138	100%

Dado que a distribuição do número de respostas certas, de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov, não se pode considerar Normal ( $KS(138)=0,153$ ;  $p<0,001$ ), utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar a existência de diferenças nesta variável de acordo com os diferentes níveis de conhecimento reportado pelos participantes. Assim, não foi possível considerar que as diferenças no número de respostas certas registadas entre participantes com conhecimento autorreportado distinto (tabela 13) são estatisticamente significativas ( $KW(2)=2,09$ ;  $p=0,352$ ).

Tabela 13. O conhecimento autorreportado e o conhecimento sobre o PF.

<b>Como classifica o seu conhecimento sobre o preservativo feminino?</b>	<b>Número de respostas certas</b>		
	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>
Fraco	5,6	6	1,33
Regular	6,0	6	1,52
Bom	5,8	5	2,11

Também não se registaram diferenças estatisticamente significativas ( $U=463$ ;  $p=0,596$ ) no valor médio de respostas corretas entre os participantes que conduziram uma sessão de esclarecimento sobre o PF (6;  $DP=1,60$ ) e os que não conduziram uma sessão sobre este tema (5,8;  $DP=1,47$ ).

Paralelamente, o conhecimento analisado a partir do número de respostas corretas também não apresenta correlação estatisticamente significativa com a idade ou com o número de anos de serviço (tabela 14).

Tabela 14. Relação entre o conhecimento sobre o PF e a idade e anos de serviço.

<b>Variável</b>	<b>r<sup>Spearman</sup></b>	<b>p</b>
Idade	0,025	0,77
Anos de serviço	0,07	0,417

Considerando as restantes variáveis sociodemográficas e profissionais, verifica-se que os participantes do género feminino e os participantes que exercem funções em unidades de saúde privadas possuem um maior conhecimento sobre o PF. Não se verificaram diferenças no conhecimento entre participantes com ou sem especialização, entre médicos e enfermeiros, ou entre participantes em diferentes concelhos (tabela 15).

Tabela 15. Relação entre o conhecimento sobre o PF e as variáveis sociodemográficas.

<b>Variável</b>		<b>Número de respostas corretas</b>			<b>Valor de p</b>
		<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>	
Género	Feminino	6,1	6,0	1,45	<0,001*
	Masculino	5,0	5,0	1,20	
Profissão	Médico	5,7	5,0	1,38	0,559*
	Enfermeiro	5,9	6,0	1,50	
Especialização	Não	5,8	6,0	1,44	0,939*
	Sim	5,8	6,0	1,49	
Tipo de instituição	Hospital	5,9	6,0	1,37	0,008**
	Centro Saúde	5,0	5,0	1,45	
	Entidade privada	6,5	6,0	1,62	
Concelho	Faro	5,6	5,0	1,58	0,118**
	Portimão	5,8	6,0	1,23	
	Albufeira	6,3	6,0	1,50	
	Loulé	7,2	7,0	,84	
	Olhão	6,7	7,0	1,53	
	Lagoa	5,5	5,5	3,54	
	São Brás	4,0	4,0	.	
	Silves	5,7	5,0	1,15	
	Alvor	7,0	7,0	1,00	

\* - Teste de Mann-Whitney

\*\* - Teste de Kruskal-Wallis

## 4.5. Atitudes face ao preservativo feminino

### 4.5.1. Análise fatorial exploratória da escala

O instrumento utilizado é composto por 15 itens, extraídos do instrumento originalmente desenvolvido por Neilands e Choi (2002), respondidos numa escala tipo Likert, de 5 pontos, em que 1 corresponde a *Discordo muito* e 4 a *Concordo muito*. O valor 5 da escala corresponde à resposta *Não sei*.

O instrumento original ainda não foi alvo de tradução e validação para a população portuguesa, pelo que se optou por realizar uma análise fatorial exploratória e uma análise de fiabilidade interna para verificar os parâmetros de validade facial do instrumento.

A análise fatorial exploratória foi conduzida recorrendo ao método de extração das principais componentes, com rotação varimax, já que os fatores na escala original se encontram correlacionados. O teste de esfericidade de Bartlett foi considerado significativo ( $p < 0,000$ ), validando a análise. Todos os itens apresentam comunalidades superiores a 0,300, variando entre 0,412 e 0,752, tendo sido incluídos, na totalidade, na análise efetuada.

A análise fatorial exploratória origina um total de 4 fatores com valores próprios iniciais superiores a 1,000 que explicam 63,83% do total de variância do instrumento. Os resultados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16. Análise fatorial exploratória da Escala de Atitudes face ao PF.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
12	0,797			
9	0,796			
6	0,758			
4	0,660			
3	0,463		0,423*	
10		0,756		
7		0,738		
2		0,690		
13		0,566		
15		0,489	0,450*	0,475*
11			0,844	
14			0,820	
1			0,487	0,446*
5				0,779
8				0,681
% de variância	24,375	16,429	13,312	9,718
Fiabilidade ( $\alpha$ )	0,695	0,766	0,787	0,283

Nota: A fiabilidade foi calculada com recurso ao alpha de Cronbach.

\* Itens não incluídos na análise da fiabilidade interna do fator.

Como se pode observar através da análise expressa na tabela 15, os primeiros 3 fatores apresentam uma validade interna aceitável ( $\alpha > 0,600$ ). Contudo, o último fator, composto apenas por dois itens (5 e 8), apresentam uma análise de fiabilidade interna não aceitável, não podendo constituir um fator por si só. Com a inclusão do item 15, que também satura neste fator, observa-se uma melhoria na fiabilidade,  $\alpha = 0,506$ , o que se considera mais aceitável. A retirada do mesmo item do fator 2, onde satura ligeiramente acima do que nos restantes fatores, melhora a fiabilidade interna do mesmo (0,766).

Foi também extraído o item 3 do fator 1, o que aumenta ligeiramente a fiabilidade interna (0,700). Em termos de conteúdo, o item 3 parece estar mais de acordo com o conteúdo do fator 3.

Desta forma, considerou-se que os 15 itens se organizam da em 4 fatores, cuja nomenclatura se procurou aproximar à versão original (tabela 17).

Tabela 17. Organização fatorial da Escala de Atitudes face ao PF.

<b>Prazer</b>	
12.	Se uma mulher quiser usar um preservativo feminino, o seu parceiro pode julgar que ela mantém relações sexuais com outra pessoa.
9.	Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem.
6.	O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino.
4.	É embaraçoso comprar preservativos femininos.
<b>Inconveniência</b>	
10.	Os preservativos femininos são inconvenientes.
7.	É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem.
2.	Os preservativos femininos são estranhos.
13.	Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo.
<b>Profilaxia melhorada</b>	
11.	Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos.
14.	Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos.
1.	Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos.
3.	Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos.
<b>Perspetiva feminina*</b>	
5.	Os preservativos femininos colocam a mulher no controlo.
8.	Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher.
15.	É difícil encontrar locais que vendam preservativos femininos.

As dimensões foram calculadas com base nesta estrutura fatorial, através da média de resposta dos participantes a cada um dos itens, considerando como valor em falta as respostas fornecidas como *Não sei*. Foi também calculada a percentagem de *Não sei* para

cada uma das dimensões, de forma a poder analisar o desconhecimento dos participantes do estudo.

#### 4.5.2. Estatística descritiva e inferencial

A distribuição de frequência das respostas a cada um dos 15 itens da escala utilizada para analisar a atitude face ao PF encontra-se na tabela 18.

Tabela 18. Distribuição da frequência de respostas a cada um dos itens da Escala de Atitudes.

Item	Discordo muito	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo muito	Não sei
Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos.	37%	35%	12%	-	17%
Os preservativos femininos são estranhos.	7%	15%	44%	32%	3%
Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos.	41%	31%	15%	1%	12%
É embaraçoso comprar preservativos femininos.	63%	12%	12%	1%	12%
Os preservativos femininos colocam a mulher no controlo.	47%	15%	17%	12%	8%
O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino.	23%	11%	30%	3%	33%
É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem.	18%	12%	38%	13%	20%
Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher.	34%	14%	16%	1%	36%
Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem.	36%	17%	14%	-	33%
Os preservativos femininos são inconvenientes.	27%	15%	41%	9%	8%
Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos.	38%	28%	15%	4%	15%
Se uma mulher quiser usar um preservativo feminino, o seu parceiro pode julgar que ela mantém relações sexuais com outra pessoa.	60%	15%	5%	-	20%
Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo.	41%	17%	25%	2%	15%
Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos.	26%	15%	30%	4%	25%
É difícil encontrar locais que vendam preservativos femininos.	7%	10%	28%	17%	38%

Através da análise dos resultados, é possível observar que a maioria dos inquiridos considera (discorda muito ou parcialmente) que a compra do PF não causa embaraço e que este dispositivo não dificulta o orgasmo do homem nem causa suspeita no casal. Pelo contrário, a maioria dos profissionais de saúde não considera que o PF é melhor do que o PM ou que este oferece mais proteção dual (gravidez indesejada e IST). Também se verifica que existem diversos itens onde a opção de resposta *Não sei* foi assinalada por, pelo menos, 30% dos participantes. Este é o caso particular do item “*É difícil encontrar locais que vendam preservativos femininos*”, o que denota algum desconhecimento em relação à inexistência de comercialização do PF em Portugal.

Os resultados obtidos pelos participantes na Escala de Atitudes e nas dimensões que lhe foram associadas são os seguintes (tabela 19):

Tabela 19. Resultados obtidos na Escala de Atitudes e nas suas dimensões.

Escala/ Dimensão	Pontuação (1-4 pontos)		
	Média	Mediana	Desvio padrão
Atitudes face ao preservativo feminino	2,0	2,0	0,54
Dimensões			
Prazer	1,3	1,3	0,67
Inconveniência	2,2	2,3	0,82
Profilaxia melhorada	2,7	2,8	0,95
Perspetiva feminina	2,0	2,0	0,70

A obtenção de valores médios mais elevados na resposta à escala traduz atitudes menos favoráveis face ao PF. Em consonância com os resultados positivos obtidos para as representações, os inquiridos têm atitudes moderadamente favoráveis em relação a este dispositivo. O Prazer e a Profilaxia Melhorada correspondem às dimensões onde as atitudes são mais e menos favoráveis, respetivamente.

Ao analisar a associação entre a Escala de Atitudes em relação ao PF e o conhecimento, idade e anos de serviço dos participantes, verificou-se que o conhecimento sobre o PF está negativamente associado ao resultado global da Escala de Atitudes e, também, às dimensões Prazer e Inconveniência (tabela 20). Verifica-se também uma associação significativa entre os anos de serviço e a dimensão Profilaxia Melhorada.

Tabela 20. Associação entre a Escala de Atitudes e as variáveis conhecimento, idade e anos de serviço.

Escala/ Dimensão	r <sup>Spearman</sup>		
	Conhecimento	Idade	Anos de serviço
Atitude face ao PF	-0,230**	0,061	0,107
Dimensões			
Prazer	-0,217*	0,077	0,013
Inconveniência	-0,216*	0,015	0,057
Profilaxia melhorada	-0,88	0,051	0,184*
Perspetiva feminina	-0,76	-0,039	-0,046

\*\* p<0,01; \* p<0,05

Analisando os resultados da Escala de Atitudes de acordo com o género, profissão, especialização, instituição onde desempenha funções e concelho, foi possível verificar que apenas o concelho apresenta uma associação com a pontuação global da escala (tabela 21).

Tabela 21. Relação entre a Escala de Atitudes e outras variáveis sociodemográficas.

Escala/ Dimensão	Valor de p				
	Género <sup>1</sup>	Profissão <sup>1</sup>	Especialização <sup>1</sup>	Instituição <sup>2</sup>	Concelho <sup>2</sup>
Atitude face ao PF	0,372	0,367	0,907	0,272	0,015*
Dimensões					
Prazer	0,024*	0,807	0,48	0,072	0,889
Inconveniência	0,361	0,039*	0,228	0,102	0,001
Profilaxia melhorada	0,542	0,795	0,494	0,579	0,085
Perspetiva feminina	0,869	0,805	0,407	0,015*	0,761

<sup>1</sup> – Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> – Teste de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que os participantes de S. Brás de Alportel obtiveram valores mais elevados na Escala de Atitudes, o que significa que têm atitudes menos favoráveis face ao PF. Os profissionais de Alvor, Olhão e Faro obtiveram os valores mais baixos (figura 1).

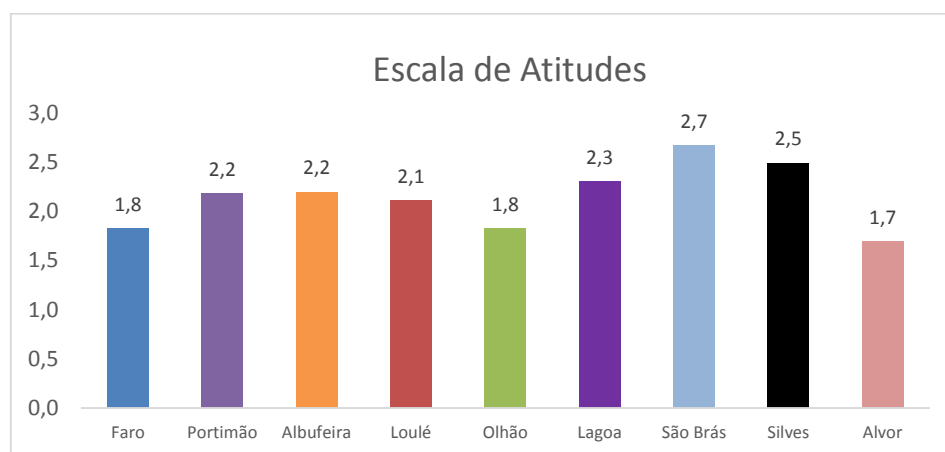


Figura 1. Respostas na Escala de Atitudes em função do concelho dos participantes.

Ainda que não se tenha registado associação com os resultados globais da Escala de Atitudes, verificou-se que algumas das dimensões parecem estar significativamente associadas a características sociodemográficas. Assim, as mulheres obtiveram pontuações mais baixas na dimensão Prazer, os médicos pontuações mais baixas na dimensão Inconveniência, e os profissionais a trabalhar em hospitais, pontuações mais baixas na dimensão Perspetiva Feminina (tabela 22).

Tabela 22. Distribuição das respostas corretas relativamente ao conhecimento sobre o PF.

Dimensão da Escala de Atitudes	Categoria	Estatística		
		Média	Mediana	Desvio padrão
Prazer	Mulheres	1,2	1,0	0,65
	Homens	1,5	1,5	0,69
Inconveniência	Médico	1,9	2,0	0,75
	Enfermeiro	2,3	2,3	0,83
Perspetiva Feminina	Hospital	1,9	1,7	0,69
	Centro de Saúde	2,2	2,3	0,66
	Entidade privada	2,3	2,3	0,66

## **5. Discussão**

O presente estudo teve como objetivos identificar a disponibilização de recomendação do PF em diferentes unidades de saúde Algarvias, caracterizar/analisar as representações, o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde face ao PF e verificar a existência de associação entre o conhecimento/atitudes face ao PF e as características sociodemográficas dos participantes. De uma maneira geral, os resultados mostram que o PF é disponibilizado/recomendado em poucas unidades de saúde, o dispositivo é mais frequentemente representado em termos das palavras “proteção”, “sexo” e “contraceção”, os profissionais têm um conhecimento moderado e apresentam atitudes moderadamente favoráveis face a este método de barreira. O conhecimento e as atitudes apresentam uma correlação negativa.

### **5.1. Disponibilização do preservativo feminino**

No que se refere à disponibilização do PF nas unidades de saúde do Algarve, apenas 10,1% dos participantes referem que este é disponibilizado gratuitamente nas unidades de saúde onde exercem a sua atividade profissional. Nas instituições onde o PF é disponibilizado (sobretudo em hospitais e centros de saúde), somente 21,7% dos inquiridos recomenda este método contraceptivo e a maioria fá-lo raramente. Estes dados estão de acordo com o esperado, tendo em consideração o decréscimo na distribuição gratuita do PF em 2012 (DGS, 2013) e a ausência de programas nacionais que integrem o PF nos seus esforços de prevenção (Neves, 2009). As iniciativas de promoção deste método de proteção dual têm sido discretas: a última campanha conhecida, incluída no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010, foi lançada em 2009 e teve apenas a duração de uma semana (<http://www.apf.pt>).

Os resultados deste estudo encontram-se em estreita concordância com a literatura internacional, que tem mostrado de forma consistente a baixa acessibilidade das mulheres ao PF a nível global (e.g., Çalışkan et al., 2012; CHANGE, 2008; Holmes et al., 2008; Limbani, 2011; Joseph & Valens, 2013; Todd et al., 2011; UNAIDS, 2012; UNFPA, 2010, 2011). Apesar da sua eficácia, este método tem sido pouco promovido como estratégia de prevenção de saúde pública (Holmes et al., 2008; Macaluso et al., 2010). Em 2009, foi apenas distribuído um PF por cada 36 mulheres a nível global (FHC, 2010;

UNFPA, 2010) e, dois anos depois, apenas um terço dos países incluía o PF nos seus esforços preventivos (UNAIDS, 2012).

Apesar de o PF ser o único método que oferece proteção dual e dá controlo à mulher (CHANGE, 2008; UNAIDS, 2012), há um conjunto de barreiras que podem afetar a sua introdução no mercado, nomeadamente o custo elevado em comparação com o PM, a falta de conhecimento entre os profissionais de saúde e a própria normatividade social em relação ao papel sexual das mulheres (Campbell et al., 2011; Choi et al., 2008). Considerando que o PF é um dispositivo que dá controlo à mulher, a sua disponibilização pode confrontar-se com ideias profundamente enraizadas sobre a sexualidade, a igualdade de género e o *empowerment* das mulheres (UAFJ Joint Programme, 2011).

Os resultados deste estudo reforçam, assim, a necessidade de discutir a falta de visibilidade das políticas públicas e de investir nas estratégias de disponibilização e promoção do PF junto da população e dos profissionais de saúde. Estudos realizados em países como o Brasil (e.g., Barbosa, Kalckmann, Berquo, & Stein, 2007), Madagáscar (e.g., Hoke et al., 2007) ou a China (e.g., Liao et al., 2011) mostram que o aumento na distribuição e disponibilização do PF aumenta o número de relações sexuais protegidas e reduz a prevalência das IST. A organização de programas específicos que potenciem o conhecimento e eliminem mitos/preconceitos é a primeira etapa de um processo que se pretende direcionado para a universalização da aceitação do PF. Só através desta universalização é que se pode aumentar a procura e a disponibilização do PF. E esta procura poderá conduzir à redução do custo do dispositivo e à maior sustentabilidade e financiamento dos programas de saúde reprodutiva e de prevenção do VIH e outras IST (UAFJ Joint Programme, 2011).

## **5.2. Representações dos profissionais de saúde**

As representações sociais constituem um fenómeno cultural partilhado que comunica normas e valores de uma forma simbólica, centrando-se na complexidade simbólica, emotiva e social que permite representar internamente os objetos do mundo externo. São frequentemente inconscientes e menos sujeitas a vieses de informação do que julgamentos avaliativos como as atitudes (Murray, 2002; Sternberg & Sternberg, 2011). O levantamento de uma representação social deve basear-se em critérios explícitos. Vala (2004), por exemplo, refere os critérios quantitativos (é partilhada por um grupo de

indivíduos), genéticos (é gerada coletivamente) e funcionais (orienta a ação e interpretação do comportamento dos indivíduos). Estes critérios não foram cumpridos no presente trabalho, pelo que não se pode afirmar que tenha medido a representação social do PF. Neste caso, optou-se por falar apenas em representação do PF como uma forma de contextualização mais automática e com recurso a uma técnica de menor consciência que permita verificar a relação da representação feita com as atitudes detidas. Neste estudo, as representações permitiram-nos aceder à nomeação espontânea de aspetos relacionados com o PF, mostrando como os profissionais de saúde estruturam o seu pensamento face a este objeto da realidade exterior.

Os inquiridos deste estudo reportam sobretudo representações positivas do PF, sendo este mais frequentemente associado às palavras “proteção”, “sexo” e “contraceção” (evocadas mais de 15 vezes). Alguns termos/expressões (evocados menos de 15 vezes) encontram-se associados a uma perceção negativa, como é o caso das palavras “pouco prático” e “inestético”. Estes resultados sugerem que o PF é sobretudo associado ao sexo e à sua função dual de proteção e contraceção, mas é necessário ter em consideração algumas representações mais negativas.

À semelhança dos resultados desta investigação, estudos qualitativos realizados em diferentes países e com diferentes populações têm mostrado que o PF é percecionado como estranho, pouco atrativo, desconfortável e de difícil inserção (Cecil, Pinkerton, & Bogart, 1999; Choi et al., 2000; Fernández, Garrido, Alvarez, & Castro, 2006; Haignere et al., 2000; Limbani, 2011; Okunlola et al., 2006). Regularmente, os respondentes também reportam que este método é pouco usado, acessível e conhecido (Haignere et al., 2000; Fernández et al., 2008).

Limbani (2011), num estudo qualitativo sobre a aceitação do PF no Malawi, mostrou que os homens e as mulheres têm pensamentos positivos e negativos sobre o PF. Alguns pensamentos positivos incluem o *empowerment* da mulher, a facilidade de uso e a proteção contra as IST e a gravidez indesejada. Por contraste, os pensamentos negativos compreendem o barulho durante a relação sexual e o tamanho. O estudo observou que a maior parte dos pensamentos negativos resulta de mitos e perceções distorcidas que os respondentes ouviram sobre o dispositivo.

Com base num estudo realizado com estudantes espanhóis, Fernández e colegas (2006) também mostraram que o PF atira representações negativas, relacionadas sobretudo com o seu tamanho e aparência (que também são representações presentes neste estudo). Conforme referenciado pelos autores, estas representações relacionam-se com uma imagem pré-concebida do PF, condicionada pela familiaridade com o PM e a percepção do ato sexual do ponto de vista masculino. Tal como acontece com a familiarização e avaliação de qualquer produto novo, o PF é constantemente comparado com o PM, que é mais familiar, conhecido e utilizado. Desta forma, as representações negativas podem resultar da falta de informação e de familiaridade com o PF. Ainda de acordo com o mesmo estudo, as mulheres, ao contrário dos homens, acreditam que o PF é mais viável nas relações ocasionais, sublinhando a sua importância como dispositivo de segurança contra as IST e a gravidez indesejada.

A literatura específica sobre os profissionais de saúde confirma a tendência manifestada por outras populações, destacando não só representações positivas como a prevenção da gravidez e das IST e o *empowerment* das mulheres mas também representações negativas como a aparência e o tamanho (Dehlendorf et al., 2010; Gwebu, 2012; Henderson et al., 2011; Holt et al., 2013; Kaler, 2004; Mantell et al., 2011; Mung'ala et al., 2006; Oliveira et al., 2008; Peters et al., 2010). Estes resultados podem ser explicados pela comparação do PF com o PM, que pode criar vieses desfavoráveis, levando à sua avaliação como um produto substituto do PM, à falta de confiança no produto e à relutância inicial em usá-lo (Fernández et al., 2006) ou recomendá-lo.

As representações negativas dos profissionais de saúde podem impedir a promoção do PF, influenciar a sua distribuição/disponibilização e induzir representações negativas nas comunidades (Choi et al., 2000). Num estudo realizado no Quênia, a maioria dos profissionais considerou o dispositivo adequado para profissionais do sexo e pessoas solteiras mas não para mulheres com relações estáveis, recomendando-o a apenas uma em cada 42 mulheres observadas (FHI, 2007a). Noutro estudo efetuado na África do Sul, os profissionais consideraram o dispositivo muito complicado ou esquisito, não o oferecendo aos clientes (FHI, 2007b). Este tipo de representações também foi encontrado neste estudo (ainda que apenas pontualmente), podendo contribuir para o desinteresse de clientes e promotores. Desta forma, é necessário disponibilizar informação adequada sobre o tema, assente na discussão e ativação de um pensamento crítico sobre os valores sociais, culturais e de género (Oliveira et al., 2008).

### 5.3. Grau de conhecimento dos profissionais de saúde

Metade dos profissionais de saúde considera possuir um conhecimento fraco sobre o PF, apenas oito inquiridos já conduziram uma sessão de esclarecimento sobre o tema e o meio mais comum para obtenção de informação é a leitura. O valor médio obtido na Escala de Conhecimento (valores entre 1 e 10 pontos) foi de 5,8 pontos, o que indica um nível de conhecimento moderado. A afirmação com menor frequência de respostas corretas foi “*O preservativo feminino é mais seguro na proteção das infeções sexualmente transmissíveis do que o preservativo masculino*” e a resposta mais acertada foi “*O preservativo feminino é composto por uma bolsa com um anel flexível em cada extremidade*”. O número de respostas corretas situa-se entre três e nove afirmações. Não houve diferenças significativas entre o conhecimento autorreportado e o número de respostas corretas ou entre os participantes que conduziram uma sessão de esclarecimento sobre o PF e os que não conduziram uma sessão sobre o tema.

Os participantes do estudo, em geral, mostram conhecimentos moderados para promover o PF, mas revelam lacunas ao nível de algumas características importantes desta forma de contraceção. Este défice de conhecimento é sobretudo visível no facto de a maioria dos respondentes considerar que o PM é mais seguro na proteção das IST. Conforme referenciado pela literatura, o PF é mais resistente e oferece proteção adicional contra as infeções externas, na medida em que cobre parte da genitália externa feminina (e.g., Bisika, 2009; CHANGE, 2011; Holmes et al., 2004; Macaluso et al., 2007; Minnis & Padian, 2005; PATH/UNFPA, 2006; UNFPA, 2011).

O desconhecimento dos profissionais de saúde pode promover a disseminação de mitos e criação de barreiras face ao uso do dispositivo (Mantell et al., 2011; Oliveira et al., 2008). Alguns estudos têm relacionado o conhecimento dos profissionais de saúde com o uso de outros métodos como a contraceção intrauterina (e.g., Harper et al., 2008; Stubbs, & Schamp, 2008) e o diafragma (Mantell et al., 2003). Face a este cenário, os dados deste estudo apresentam perspectivas pouco favoráveis à aceitação do PF em Portugal, particularmente se considerarmos que a maioria dos profissionais acredita que pode influir nas preferências contraceptivas dos pacientes (Henderson et al., 2011).

A literatura mostra que um número elevado de profissionais de saúde de diferentes origens geográficas apresenta falta de conhecimento relativamente ao PF e relutância na sua recomendação aos pacientes (e.g., Gwebu, 2012; Holt et al., 2013; Mantell et al.,

2011; Mung'ala et al., 2006; Oliveira et al., 2008; Peters et al., 2010). Apesar disso, estes profissionais mostram o desejo de obter mais informações sobre este método (Holt et al., 2013; Mantell et al., 2011). Considerando que o conhecimento é uma condição *sine qua non* no processo de tomada de consciência da importância do PF, a receptividade destes profissionais à formação e a participação ativa em programas de promoção são essenciais para a normalização do uso do produto (Mantell et al., 2011; Peters et al., 2010).

A falta de conhecimento sobre as características e condições de uso do PF pode relacionar-se com a própria formação universitária dos profissionais de saúde, a sua eventual restrição aos aspectos biológicos da contraceção e a desvalorização da sua capacitação para lidar com mitos e preconceitos (Oliveira et al., 2008; Osis, Duarte, Crespo, Espejo, & Pádua, 2004). Por esse motivo, a iniciativa pessoal e a formação contínua constituem-se como uma estratégia de atualização de conhecimentos obrigatória para profissionais comprometidos com a qualidade da sua prática, independentemente de o método estar ou não disponível nas diferentes unidades de saúde (Coman et al., 2013; Oliveira et al., 2008).

A comunicação do profissional de saúde com o paciente tem um impacto positivo sobre o uso do PF (Adeokun et al., 2002; Agha & Van Rossem, 2002; Chatterjee & Shaw, 2014). A formação parece ser importante neste contexto, porque aumenta o conhecimento e a familiaridade com o PF, promove atitudes positivas e aumenta a confiança dos profissionais para recomendarem este método de barreira aos pacientes (Exner et al., 2012; Mantell et al., 2011). A promoção da consciencialização sobre os benefícios e as condições de uso do PF contribui para a desmistificação do uso e facilita a sua introdução no quotidiano da população feminina (Mantell et al., 2011; Mung'ala et al., 2006).

Por fim, registre-se que a inexistência de diferenças significativas entre o conhecimento autorreportado e o número de afirmações corretas é um aspeto positivo, indicando que os profissionais têm consciência do seu nível de conhecimentos e podem ter maior receptividade para participar em formações sobre o tema. Esta questão deveria, inclusive, ter sido introduzida no estudo. Por outro lado, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos que realizaram uma sessão de esclarecimento sobre o PF e os que não realizaram exige uma observação. Este resultado pode refletir a eventual inaptidão dos profissionais de saúde para realizar sessões de esclarecimento, a eventual dificuldade da perceção da mensagem e a aceitação dos benefícios do dispositivo por

parte do público-alvo. Por essa razão, o conhecimento deve assumir-se como uma prioridade para que os profissionais promovam o uso do dispositivo com competência, contribuindo para que esta passe a ser percebido como uma alternativa viável (não um substituto) ao PM (Oliveira et al., 2008).

#### **5.4. Atitudes dos profissionais de saúde**

A média global obtida para a Escala de Atitudes face ao PF (Neilands & Choi, 2002) é de 2 pontos (numa escala de 1 a 4 pontos). A obtenção de valores médios mais elevados na resposta à escala é indicativa de atitudes menos favoráveis face ao PF, o que significa que, no geral, os inquiridos têm atitudes moderadamente favoráveis em relação a este método de barreira. Tendo em conta a ausência de campanhas nacionais de promoção do PF (Neves, 2009) e o corte na distribuição gratuita do PF em 2012 (DGES, 2013), os resultados obtidos neste estudo podem ser considerados positivos e promissores, na condição de que as entidades governamentais e não-governamentais promovam iniciativas com enfoque na informação e promoção do dispositivo junto dos profissionais de saúde.

A dimensão Prazer é aquela onde os inquiridos evidenciam atitudes mais favoráveis face ao PF, uma vez que a maioria considera (discorda muito ou parcialmente) que não é embaraçoso comprar o PF, que este não dificulta o orgasmo do homem e que não causa desconfiança no casal. No que diz respeito a este último fator, a literatura geral sobre o tema tem demonstrado que o uso do preservativo nas relações íntimas pode ser percebido como sinónimo de infidelidade e falta de confiança (e.g., Bauni & Jarabi, 2003; Chimbiri, 2007). Os inquiridos deste estudo parecem, assim, manter atitudes positivas a este nível, não manifestando crenças de que o PF reduz o prazer sexual ou de que este dispositivo assume, necessariamente, conotações sociais negativas. Porém, é necessário realizar estudos que permitam determinar a relevância destas informações e os seus fatores subjacentes, nomeadamente através da análise do impacto desta dimensão na aceitação e recomendação do PF aos pacientes.

A Profilaxia Melhorada, que se refere aos aspetos duais relacionados com a prevenção da gravidez e das IST, é a dimensão onde as atitudes são menos favoráveis. A maioria dos inquiridos não acredita que o PF é melhor do que o PM ou que este oferece mais proteção face à gravidez indesejada ou às IST. As atitudes negativas apresentadas nesta dimensão

podem dever-se ao conhecimento insuficiente dos profissionais sobre os desenvolvimentos científicos na área, que poderá ser corrigido através de informações detalhadas sobre as vantagens do PF. Conforme referenciado pela literatura, devido às suas características (designadamente a resistência do material e o facto de cobrir parte da genitália feminina), o PF pode ser tão ou mais eficaz que o PM na prevenção dual da gravidez e das IST/VIH (e.g., Bisika, 2009; CHANGE, 2008, 2011; Choi et al., 2008; Hoke et al., 2007; Holmes et al., 2004; Macaluso et al., 2007; Minnis & Padian, 2005; Schwartz et al., 2008; UNFPA, 2011; WHO, 1997).

A literatura reporta resultados distintos em relação às atitudes face à profilaxia: enquanto alguns estudos confirmam o ceticismo dos profissionais de saúde relativamente à eficácia do PF como método de prevenção dual (e.g., Mantell et al., 2001, 2003, 2011; Peters et al., 2010; WHO, 1997), outros mostram atitudes mais favoráveis (e.g., Morrisey et al., 2002; Valens & Joseph, 2013). Através de dois estudos com profissionais de saúde novaiorquinos, Mantel e colegas (2003, 2011) mostraram que PF é considerado um método de prevenção de último recurso e adequado apenas para grupos específicos de mulheres, nomeadamente vendedoras de sexo, mulheres com VIH e mulheres cujos parceiros se recusem a usar o PM.

Na dimensão Inconveniência, a maioria dos participantes parece acreditar que os PF são estranhos e inconvenientes, embora não considerem que retirem a diversão ao sexo. Conforme mencionado, diversos estudos realizados com profissionais de saúde têm distinguido o *design*, o tamanho e o desconforto como alguns dos aspetos mais negativos do PF (e.g., Limbani, 2011; Mantell et al., 2001, 2011; Morrisey et al., 2002; Okunlola et al., 2006), sobretudo devido à comparação com o PM e à sua familiaridade (Fernández et al., 2006). A familiarização com o método e a sua generalização poderão constituir dois fatores substanciais para a alteração das atitudes dos profissionais a este nível. No estudo de Neilands e Choi (2002), esta dimensão foi a única associada ao uso autorreportado do PF, pelo que também poderá ter um papel preditor importante na aceitação e recomendação do PF pelos profissionais de saúde. Por isso, os estudos futuros devem incluir medidas que permitam avaliar estes pressupostos.

Na dimensão Perspetiva Feminina, quase metade dos inquiridos acredita que o PF não dificulta o orgasmo da mulher, mas a maioria considera que este dispositivo não coloca a mulher no controlo. Este resultado é curioso, na medida em que um dos objetivos deste

método é dar maior controlo às mulheres e os estudos têm demonstrado a crença dos profissionais de saúde no papel do PF no *empowerment* feminino (e.g., Dehlendorf et al., 2010; Gwebu, 2012; Henderson et al., 2011; Holt et al., 2013; Mantell et al., 2011; Mung'ala et al., 2006; Oliveira et al., 2008; Peters et al., 2010). Estes resultados podem explicar-se por fatores como a ausência de familiaridade com o método, a insuficiência de conhecimentos, a eventual ambiguidade interpretativa do item ou o facto de se acreditar que o uso do método está dependente da aceitação do parceiro.

Em vários itens, as taxas de resposta “Não sei” foram superiores a 30%. Os profissionais de saúde não sabem, por exemplo, se é difícil encontrar locais onde se vende o PF, o que mostra falta de informação sobre a sua não-comercialização em Portugal (Neves, 2009). Também não sabem se o PF dificulta o orgasmo (feminino e masculino) ou se o sexo é tão bom quando se usa o PF. Estes dados são indicativos da falta de conhecimento e familiarização com o PF, devido ao facto de ser um método pouco conhecido e acessível não só no território nacional (Neves, 2009) mas também internacional (Fernández et al., 2008; Haignere et al., 2000).

As atitudes negativas dos profissionais de saúde face ao PF são amplamente reconhecidas e colocam uma série de barreiras à regularização do seu uso. De acordo com Weeks e colegas (2010), uma das maiores barreiras resulta das reações negativas dos profissionais de saúde e da sua própria falta de familiaridade ou confiança relativamente ao método. As respostas iniciais de um número significativo destes profissionais tende a desconsiderar e a denegrir o PF. Por esse motivo, a qualidade e abrangência da formação sobre o PF podem ser seriamente comprometidas, deixando os indivíduos sem as informações e competências necessárias para usar PF com confiança e corretamente. Os Governos devem fazer mais esforços para investir em recursos para dotar os profissionais de saúde com os conhecimentos e competências necessários para falar com confiança e confortavelmente sobre o PF (CHANGE, 2011).

A aceitação e o acesso universal ao PF constituem uma problemática com origem nas políticas internacionais e nacionais, que não têm dado a atenção merecida a este método (Peters et al., 2010). A insuficiência de políticas com enfoque nesta área traduz-se em atitudes negativas por parte dos prestadores de cuidados de saúde em países como a África do Sul, o Quênia ou os Estados Unidos (Frost & Reich, 2008; Kaler, 2004; Mung'ala et al., 2006). Os profissionais de saúde devem ser percecionados como um fator crítico na

universalização do PF, porque são aqueles que mais peso têm na tomada de decisão dos pacientes (Kaler, 2004). A elaboração de programas de formação e outras intervenções que abordem as fontes de resistência dos profissionais e as estratégias de negociação do PF podem ajudar a reduzir as atitudes negativas e a reforçar o uso do PF (Mantell et al., 2003). Nesse sentido, são necessários programas que encorajem os profissionais de saúde a promover o PF como um método contraceptivo eficaz.

### **5.5. Variáveis sociodemográficas associadas ao conhecimento e atitudes face ao preservativo feminino**

Os dados obtidos neste estudo mostram que o PF está negativamente associado ao resultado global da Escala de Atitudes e às dimensões Prazer e Inconveniência: quanto menor for o conhecimento, mais desfavoráveis serão as atitudes face ao PF, sobretudo no que diz respeito à percepção do prazer e à inconveniência do método. Aparentemente, o conhecimento limitado ativa atitudes negativas nos profissionais. A falta de informações técnicas atualizadas pode impedir a promoção e recomendação adequada do PF, constituindo-se como uma barreira ao seu uso (Mantell et al., 2011). Considerando que o VIH e outras IST são um dos problemas de saúde pública com maior prevalência em todo o mundo e que o PF é um dos meios mais seguros para a prevenção (UNPFA, 2011), é necessário que os profissionais aconselhem os pacientes de uma forma imparcial e sustentada em evidências científicas. Estes resultados mostram a necessidade de os profissionais de saúde procurarem obter um conhecimento mais completo sobre o PF para promoverem e indicarem o seu uso com competência, independentemente de a unidade de saúde oferecer ou não o método, pois o paciente tem do direito de conhecer e decidir o que é melhor para si (Oliveira et al., 2008).

No que se refere à associação entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas (género, idade, profissão, anos de profissão, especialização, tipo de instituição e área geográfica), as mulheres aparentam possuir mais conhecimento do que os homens. Entre outras razões, este maior nível de conhecimentos pode ser explicado pelo facto de o tema ter mais interesse para as mulheres do que para os homens. Contudo, uma vez que estamos a falar de profissionais de saúde, este método de prevenção dual deve ser conhecido por ambos. Por outro lado, os profissionais em unidades de saúde privadas parecem possuir mais conhecimento do que os profissionais a exercer funções em hospitais ou centros de

saúde. Dos 17 inquiridos que trabalham em unidades privadas, 15 são mulheres, o que poderá ter influenciado os resultados, na medida em que estas aparentam ter mais conhecimentos dos que os homens. Não se verificou que existam diferenças no conhecimento entre idades, anos de serviço, participantes com ou sem especialização, médicos e enfermeiros ou participantes de diferentes concelhos. Oliveira e colegas (2008) também demonstraram que os médicos e enfermeiros não divergem em termos dos conhecimentos sobre o PF e reportaram diferenças de género.

A análise da associação entre a Escala de Atitudes face ao PF e as variáveis sociodemográficas mostra a ocorrência de uma associação negativa entre os anos de serviço e a dimensão Profilaxia Melhorada. Quanto menor o tempo de profissão, mais desfavoráveis as atitudes no que respeita à eficácia deste método, o que poderá ser justificado pela menor experiência destes profissionais em relação aos métodos de contraceção. No que se refere ao concelho, os profissionais de São Brás de Alportel obtiveram valores mais elevados na Escala de Atitudes, o que significa que têm atitudes menos favoráveis face ao PF. Os profissionais de Alvor, Olhão e Faro obtiveram os valores mais baixos. O concelho de São Brás de Alportel encontra-se num área rural, o que pode contribuir para a existência de mitos e preconceitos em relação ao PF e uma menor abertura a este método, mas esta resposta também se pode dever ao baixo número de respondentes neste concelho.

A inexistência de diferenças de atitudes no que diz respeito ao género não se encontra em conformidade com o estudo de Mantell e colegas (2011), que mostraram a influência desta variável nas atitudes dos profissionais de saúde: os homens eram mais positivos do que as mulheres sobre o uso do PF. As mulheres com atitudes negativas pensavam que era desconfortável usar este dispositivo, expressando dúvidas sobre se daria mais escolha à mulher do que o PM. Os profissionais (mulheres e homens) com atitudes positivas partilharam a crença de que o PF podia ser um instrumento para proteger as mulheres e aumentar o controlo sobre o seu corpo.

Algumas dimensões da escala encontram-se associadas a características demográficas: as mulheres têm atitudes mais favoráveis na dimensão Prazer (o que pode dever-se ao facto de conhecerem melhor o seu próprio corpo e de terem menos preconceitos), os médicos têm atitudes mais favoráveis na dimensão Inconveniência e os profissionais a trabalhar em hospitais têm atitudes mais favoráveis na dimensão Perspetiva Feminina. Uma vez

que a estatística descritiva e a literatura não permitem justificar estes resultados, esta pode ser uma hipótese a testar em estudos analíticos no futuro.

## **6. Considerações finais**

O presente estudo conduziu a um conjunto de resultados que contribuem para a caracterização das representações, conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde da região algarvia em relação ao PF. Este dispositivo encontra-se disponível em poucas unidades de saúde (e é pouco recomendado) e as representações mais frequentes estão associadas aos termos “proteção”, “sexo” e “contraceção”. O conhecimento sobre o PF é moderado e as atitudes são relativamente favoráveis. O conhecimento está negativamente associado às atitudes e as mulheres aparentam possuir mais conhecimento do que os homens. Os profissionais de Alvor, Olhão e Faro apresentam atitudes mais favoráveis ao uso do PF.

A informação reunida através deste estudo exploratório pode representar um avanço significativo em termos do conhecimento neste domínio. Porém, não deixando de reconhecer o significado deste estudo no quadro nacional, este deve funcionar como um ponto de partida para a investigação futura e não como um fim em si mesmo. Neste sentido, é importante desenvolver estudos nacionais com maior representatividade e com outras populações (e.g, jovens e adultos sexualmente ativos, vendedoras de sexo ou mulheres com VIH). Os profissionais de saúde devem ter uma maior intervenção na própria investigação, por exemplo através de projetos de investigação-ação adaptados a populações específicas e estudos longitudinais que permitam avaliar o uso do PF por mulheres portuguesas e envolver o sujeito masculino na escolha e adesão ao método.

Estudos adicionais devem analisar o impacto dos conhecimentos, atitudes e competências dos profissionais na aceitação e no uso correto, consistente e sustentado do PF. Também se recomenda a condução de estudos similares apenas com base na perceção dos profissionais de saúde que lidam diretamente com populações de risco ou que trabalham em unidades de saúde onde o PF se encontra disponível. Outra dimensão passível de investigação prende-se com as razões para a negação do valor do PF nas políticas públicas globais, porque a liderança é fundamental para assegurar a produção de mais preservativos, a negociação de melhores preços e o desenvolvimento de programas de distribuição e promoção efetivos.

Várias limitações do estudo devem ser nomeadas. Em primeiro lugar, a Escala de Atitudes face ao PF (Neilands & Choi, 2002) foi traduzida para português e utilizada pela primeira vez no presente estudo, o que requer que estudos futuros analisem outras propriedades

psicométricas e determinem a sua confiabilidade e validade para outras amostras. Por outro lado, a amostra não é representativa da população estudada, exigindo estudos futuros com amostras de maiores dimensões e representatividade. O projeto inicial deste estudo visava a obtenção de uma amostra nacional e com maior número de participantes, mas as imposições burocráticas das ARS e a parca abertura a este tipo de estudos conduziu a uma alteração, optando-se apenas pela região do Algarve. Outras limitações do estudo incluem o facto de não ter incluído questões que avaliassem a vontade dos inquiridos de receber formação sobre o PF ou se o recomendariam se estivesse disponível na sua unidade de saúde.

Ainda assim, este estudo alerta para a necessidade de formação dos profissionais de saúde, a mudança nas políticas públicas e a inclusão do PF no plano estratégico nacional de saúde. Experiências em vários países mostram que os programas de promoção de sucesso devem incluir: a identificação do público-alvo, a formação para profissionais de saúde, a comunicação face-a-face com potenciais utilizadores, o foco amplo na articulação entre o planeamento familiar e a prevenção do VIH e outras IST, o provisionamento constante e a distribuição de PF no setor público e privado (Warren & Philpott, 2003; WHO, 2000).

Em suma, os profissionais de saúde ainda parecem subestimar o efeito que podem ter sobre a escolha de contraceção dos pacientes e o próprio sistema de saúde pode criar barreiras para as mulheres que procuram métodos contraceptivos, como a desinformação e a ausência de disponibilização nas unidades de saúde. Neste contexto, é necessário destacar a importância de informar e respeitar a escolha dos pacientes e dos seus direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para que o PF seja mais uma opção na prevenção dual da gravidez indesejada e das IST.

## 7. Referências bibliográficas

- Adeokun, L. A., Mantell, J. E., Weiss, E., et al. (2002). Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 28(2), 87–95. doi: 10.2307/3088240.
- Agha, S., & Van Rossem, R. (2002). Impact of mass media campaigns on intentions to use the female condom in Tanzania. *International Family Planning Perspectives*, 28(3), 151-158. doi:10.2307/3088258.
- Azevedo, J. (2008). Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Sexualidade e Planejamento Familiar*, 50/51, 43-45.
- Badiee, J., Moore, D. J., Atkinson, J. H., et al. (2012). Lifetime suicidal ideation and attempt are common among HIV+ individuals. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 993-9. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.044.
- Barbosa, R. M., Kalckmann, S., Berquo, E., & Stein, Z. (2007). Notes on the female condom: experiences in Brazil. *International Journal of STD & AIDS*, 18(4), 261-266. doi: 10.1258/095646207780658980.
- Beadnell, B., Baker, S. A., Morrison, D. M., & Knox, K. (2000). HIV/STD risk factors for women with violent male partners. *Sex Roles*, 42(7-8):661-689. doi: 0.1023/A:1007003623810.
- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., Usher-Patel, M., & Potter, W. (2011). Female condom technology: New products and regulatory issues. *Contraception*, 83, 316-321. doi:10.1016/j.contraception.2010.07.022.
- Bisika, T. (2009). Female controlled methods of contraception and sexually transmitted infections including HIV in Malawi: Examining the role of the female condom and microbicides. *East African Journal of Public Health*, 6(2):223-5. <http://dx.doi.org/10.4314/eajph.v6i2.51791>.
- Çalışkan, D., Sakızlıgil, B. H., & Ocaktan, M. E. (2012). The awareness and use of the female condom among women at low and high risk for sexually transmitted infections in Ankara, Turkey. *Dicle Medical Journal/ Dicle Tıp Dergisi*, 39(1), 9-15. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.01.0086.
- Campbell, A., Tross, A., & Nunes, E. V. (2011). Female condom skill and attitude: Results from a NIDA clinical trials network gender-specific HIV risk reduction study. *AIDS Education Prevention*, 23(4), 329-340. doi: 10.1521/aeap.2011.23.4.329.
- Cates, W., & Raymond, R. (2007). Vaginal Spermicides. In R. Hatcher, J. Trussell, A. Nelson, W. Cates, F. Stewart, & D. Kowal (Eds.), *Contraceptive Technology* (19<sup>th</sup> Ed., pp. 317-335). New York: PDR Network, LLC.
- Cecil, H., Perry, M. J., Seal, D. W., & Pinkerton S. D. (1998). The female condom: What we have learned thus far. *AIDS and Behaviour*, 2(3), 241-56. doi: 10.1023/A:1022141918771.

- Cecil, H., Pinkerton, S. D., & Bogart, L. M. (1999). Perceived benefits and barriers associated with the female condom among African-American adults. *Journal of Health Psychology*, 4(2):165-175. doi: 10.1177/135910539900400211.
- CHANGE (2008). *Saving Lives Now: Female Condoms and the Role of U.S. Foreign Aid*. Washington, DC: CHANGE.
- CHANGE (2011). *Female Condoms and U.S. Foreign Assistance: An Unfinished Imperative for Women's Health*. Washington, DC: CHANGE.
- Chatterjee, K., & Shaw, C. M. (2014). Communicating sexual health messages: Young adults and the female condom. *Open Access Journal of Contraception*, 5, 29-37. doi: 10.2147/OAJC.S64160.
- Chimbiri, A. M. (2007). The condom is an 'intruder' in marriage: Evidence from rural Malawi. *Social Science Medicine*, 64(5), 1102–1115. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.012.
- Bauni, E. K., & Jarabi, B. O. (2003). The low acceptability and use of condoms within marriage: Evidence from Nakuru District. Kenya. *African Population Studies*, 18(1), 51–65.
- Chin, J. (Ed.) (2000). *Control of Communicable Diseases Manual* (17<sup>th</sup> Ed.), Washington DC: American Public Health Association.
- Chipfuwa, T., Manwere A., Kuchenga, M. M. et al. (2014). Level of awareness and uptake of the female condom in women aged 18 to 49 years in Bindura district, Mashonaland Central province, Zimbabwe. *African Journal of AIDS Research*, 13(1), 75-80. doi: <http://dx.doi.org/10.2989/16085906.2014.901979>.
- Choi, K. H., Hoff, C., Gregorich, S. E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of a female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(10) (2008): 1841-1848. doi: 10.2105/AJPH.2007.113050.
- Choi, K. H., Roberts, K. J., Gomez, C., & Grinstead, O. (2000). Facilitators and barriers to use of the female condom: Qualitative interviews with women of diverse ethnicity. *Women and Health*, 30(1):53-70.
- Choi, K. H., Wojcicki, J., & Valencia-Garcia, D. (2004). Introducing and negotiating the use of female condoms in sexual relationships: Qualitative interviews with women attending a family planning clinic. *AIDS and Behavior*, 8(3), 251-261. doi: 0.1023/B:AIBE.0000044073.74932.6f.
- Clark, S. (2004). Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 35(3), 149-160. doi: 10.1111/j.1728-4465.2004.00019.x.
- Coman, E. N., Weeks, M. R., Yanovitzky, I., Iordache, E., Barbour, R., Coman, M. A., & Huedo-Medina, T. B. (2013). The impact of information about the female condom on female condom use among males and females from a US urban community. *AIDS and Behavior*, 17(6), 2194-2201. doi: 10.1007/s10461-012-0381-0.

- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry, 10*(2), 138-51. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x.
- Dehlendorf, C., Levy, K., Ruskin, R., & Steinauer, J. (2010). Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: A barrier to quality family planning care? *Contraception, 81*(4), 292-298. doi: 10.1016/j.contraception.2009.11.006.
- DGS (2013). *Portugal - Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em Números 2013*. Lisboa: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Retirado em 10/08/2014 de <http://www.dgs.pt/?cr=25041>.
- Exner, T. M., Dworkin, S. L., Hoffman, S., & Ehrhardt, A. A. (2003). Beyond the male condom: The evolution of gender-specific HIV interventions for women. *Annual Review of Sex Research, 14*(1), 114-136. doi: 10.1080/10532528.2003.10559813.
- Exner, T. M., Tesoriero, J. M., Battles, H. B., et al. (2012). A randomized controlled trial to evaluate a structural intervention to promote the female condom in New York State. *AIDS and Behavior, 16*(5), 1121-32. doi: 10.1007/s10461-012-0176-3.
- Fernández, M. L., Garrido, J. M., & Alvarez, A. S., & Castro, Y.R. (2006). A qualitative study of the viability of usage of the female condom among university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(1), 189-199.
- Fernández, M. L., Garrido, J. M. F., Castro, Y. R., Mangana, A. M. N., Fernández, M. C. F., & Foltz, M. L. (2008). Assessing female condom acceptability among heterosexual Spanish couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 13*(3), 255-263. doi: 10.1080/13625180802075232.
- FHC (2010). 2009 Annual Report: Working for the Health of Women Worldwide. Chicago: FHC.
- FHIa (2007). Lessons from a female condom community intervention trial in rural Kenya. *Female Condom Research Brief Series, 7*. Retirado em 20/08/2014 de [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadw693.PDF](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadw693.PDF).
- FHIb (2007). Female Condom Introduction in South Africa. *Female Condom Research Brief Series, 6*. Retirado em 20/08/2014 de [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadw692.PDF](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadw692.PDF).
- French, P. P., Latka, M., Gollub, E. L., Rogers, C., Hoover, D. R., & Stein, Z. A. (2003). Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexually Transmitted Diseases, 30*(5), 433-439. doi: 0.1097/00007435-200305000-00010.
- Frost, L. J., & Reich, M. R. (2008). *Access: How Do Good Health Technologies Get to Poor People in Poor Countries?* Cambridge: Harvard University Press.
- Geary, C., Parker, W., Rogers, S., Haney, E., Njihia, C., Haile, A., & Walarika, E. (2014). Gender differences in HIV disclosure, stigma and perceptions of health. *AIDS Care, 26*(11), 1419-1425. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.921278>.

- Genuis, S. J., & Genuis, S. K. (2004). Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *191*(4), 1103-12. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.065.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2015). Representação social do sexo nos jovens adultos portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *28*(1), in press.
- Grant, E. A. (2009). Reinventing the condom - for women. Retirado em 28/10/2013 de [http://money.cnn.com/2009/07/02/smallbusiness/selling\\_female\\_condom.fsb/](http://money.cnn.com/2009/07/02/smallbusiness/selling_female_condom.fsb/).
- Guerra, F., & Simbayi (2014). Prevalence of Knowledge and Use of the Female Condom in South Africa. *AIDS and Behavior*, *18*(1), 146-158. doi: 10.1007/s10461-013-0580-3.
- Gwebu, N. (2012). *Knowledge and Attitudes of Women Attending the Antenatal Care Clinic at Piggs Peak Government Hospital as Regards the Female Condom in HIV Prevention* [Assignment presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Philosophy]. Stellenbosch: Stellenbosch University.
- Haignere, C. S., Gold, R., Maskovsky, J., Ambrosini, J., Rogers, C. L., & Gollub, E. (2000). High-risk adolescents and female condoms: Knowledge, attitudes, and use patterns. *Journal of Adolescent Health*. *26*(6), 392-398. doi: 10.1016/S1054-139X(99)00090-7.
- Harper, C. C., Blum, M., Bocanegra, H. T., et al. (2008). Challenges in translating evidence to practice: The provision of intrauterine contraception. *Obstetrics and Gynecology*, *111*(6), 1359-69. doi:10.1097/AOG.0b013e318173fd83.
- Heaton, R. K., Clifford, D. B., Franklin, D. R., Jr., et al. (2010). HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*, *75*(23), 2087-2096. doi: 10.1212/WNL.0b013e318200d727.
- Hearst, N., & Chen, S. (2004). Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: Is it working? *Studies in Family Planning*, *35*(1), 39-47. doi: 10.1111/j.1728-4465.2004.00004.x.
- Henderson, J. T., Raine, T., Schalet, A., Blum, M., & Harper, C. C. (2011). I wouldn't be this firm if I didn't care: Preventive clinical counseling for reproductive health. *Patient Education and Counselling*, *82*(2): 254-259. doi: 10.1016/j.pec.2010.05.015.
- Hoffman, S., Mantell, J., Exner, T., & Stein, Z. (2004). The future of the female condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *36*(3), 120-126. doi: 10.1363/3612004.
- Hoffman, S., Smit, J. A., Adams-Skinner, J., Exner, T., Mantell, J., Stein, Z. (2008). Female condom promotion needed. *Lancet Infectious Diseases*, *8*(6), 348. doi:10.1016/S1473-3099(08)70109-9.
- Hoke, T. H., Feldblum, P. J., Van Damme, K. V., et al. (2007). Randomised controlled trial of alternative male and female condom promotion strategies targeting sex workers in Madagascar. *Sexually Transmitted Infections*, *83*(6), 448-453. doi: 10.1136/sti.2006.024612.

- Holmes, J. L., Ogungbade, G. O., Ward, D. D., et al. (2008). Potential markers of female condom use among inner city African-American Women. *AIDS Care*, 20(4), 470-77. doi: 10.1080/09540120701867016.
- Holmes, K. K., Levine, R., & Weaver, M. (2004). Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(6), 454-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004000600012>.
- Holt, K., Blanchard, K., Chipato, T., et al. (2013). A nationally representative survey of healthcare provider counselling and provision of the female condom in South Africa and Zimbabwe. *BMJ Open*, 3(3), e002208. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002208.
- INE (2014). Estatísticas da Saúde 2012. Retirado em 06/09/2014 de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=210768242&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210768242&PUBLICACOESmodo=2).
- INSA (2013). Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (documento nº 144). Lisboa: Departamento de Doenças Infeciosas / Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA.
- Isaacs, J. N., & Creinin, M. D. (2003). Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception*, 68(5), 373–376. doi: 10.1016/j.contraception.2003.08.012.
- Johnson, S., Pion, C., & Jennings, V. (2013). Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health*, 10(7). doi:10.1186/1742-4755-10-7.
- Kaler, A. (2004a). The female condom in North America: Selling the technology of “empowerment”. *Journal of Gender Studies*, 13(2):139–152. doi: 10.1080/0958923042000217819.
- Kelvin, E., Mantell, J. E., Candelario, N., et al. (2011). Off-label use of the female condom for anal intercourse among men in New York City. *American Journal of Public Health*, 101(2), 2241–2244. doi: 10.2105/AJPH.2011.300260.
- Kiley, J., & Sobrero, A. (2008). Use and effectiveness of barrier and spermicidal contraceptive methods. *The Global Library of Women’s Medicine* (ISSN: 1756-2228). doi: 10.3843/GLOWM.10385. Retirado em 14/08/2014 de [http://www.glowm.com/section\\_view/item/384/recordset/18975/value/384](http://www.glowm.com/section_view/item/384/recordset/18975/value/384).
- Koenig, M. A., Hossain, M. B., Whittaker, M. (1997). The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 28(4), 278-289. doi: 10.2307/2137859
- Kurth, A. E., Celum, C., Baeten, J. M., Vermund, S. H., & Wasserheit, J. N. (2011). Combination HIV prevention: Significance, challenges, and opportunities. *Current HIV/AIDS Reports*, 8(1), 62-72. doi: 10.1007/s11904-010-0063-3.
- Lara, D. K., Grossman, D. A., Muñoz, J. E., Rosario, S. R., Gómez, B. J., & García, S. G. (2009). Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: Results from a prospective study. *AIDS Education and Prevention*, 21(6), 538-551. doi: 10.1521/aeap.2009.21.6.538.

- Liao, S., Weeks, M.R., Wang, Y., et al. (2011). Female condom use in the rural sex industry in china: analysis of users and non-users at post-intervention surveys. *AIDS Care*, 23(S1), 66-74. 10.1080/09540121.2011.555742.
- Limbani, F. (2011). *Acceptability of Female Condoms in HIV and STI Prevention in Malawi* [Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements of the Master of Public Health Degree]. Malawi: University Of Malawi.
- Macaluso, M., Blackwell, R., Jamieson, D. J. et al. (2007). Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: A randomized clinical trial. *American Journal of Epidemiology*, 166(1), 88-96. doi: 10.1093/aje/kwm046.
- Mack, N., Grey, T. G., Amsterdam, A., Matta, C. I., & Williamson, N. (2010a). Central American sex workers' introduction of the female condom to different types of sexual partners. *AIDS Education and Prevention*, 22(5), 466-481. doi: 10.1521/aeap.2010.22.5.466.
- Mack, N., Grey, T. G., Amsterdam, A., Williamson, N., & Matta, C. I. (2010b). Introducing Female Condoms to Sex Workers in Central America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3): 149-155. doi: 10.1363/3614910.
- Mantell, J. E., Hoffman, S., Exner, T. M., Stein, Z. A., & Atkins, K. (2003). Family planning providers' perspectives on dual protection. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 71-78. <http://dx.doi.org/10.1363/3507103>.
- Mantell, J. E., Hoffman, S., Weiss, E., et al. (2001). The acceptability of the female condom: Perspectives of family planning providers in New York City, South Africa, and Nigeria. *Journal of Urban Health*, 78(4), 658-68. doi: 10.1093/jurban/78.4.658.
- Mantell, J. E., West, B. S., Sue, K., Hoffman, S., Exner, T. M., Kelvin, E., & Stein, Z. A. (2011). Health care providers: A missing link in understanding acceptability of the female condom. *AIDS Education and Prevention*, 23(1), 65-77. doi: 10.1521/aeap.2011.23.1.65.
- Mantell, J. E., Scheepers, E., & Abdool Karim, Q. (2000). Introducing the female condom through the public health sector: Experiences from South Africa. *AIDS Care*, 12(5), 589-601. doi: 10.1080/095401200750003770.
- Mantell, J. E., Stein, Z. A., & Susser, I. (2008). Women in the time of AIDS: Barriers, bargains, and benefits. *AIDS Education and Prevention*, 20(2), 91-106. doi: 10.1080/09540120701867016.
- Marktest/DGS (2013). Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH - Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDASIDA. Retirado em 08/08/201 em <http://pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11/estudo-marktest-2013.aspx>.
- Minnis, A. M., & Padian, N.S. (2005). Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: Current evidence and future

- research directions. *Sexually Transmitted Infections*, 81(3):193-200. doi: 10.1136/sti.2003.007153.
- Morrisey, K. L., Mantell, J. E., Hoffman, S., Exner, T. M., Pili, C., Brothers, L. P., & Lee, J. Y. (2002). I think it works, but I wouldn't recommend it: NYC health care providers' views on the efficacy and feasibility of the female condom. Poster Exhibition: The XIV International AIDS Conference: Abstract no. MoPeF3878.
- Mung'ala, L., Kilonzob, N., Angalac, P., Theobaldd, S., & Taegtmeiere, M. (2006). Promoting female condoms in HIV voluntary counselling and testing centres in Kenya. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 99-103. doi: 10.1016/S0968-8080(06)28260-0.
- Murray, M. (2002). Connecting narrative and social representation theory in health research. *Social Science Information*, 41(4), 653-673. doi: 10.1177/0539018402041004008.
- Neilands, T. B., & Choi, K. H. (2002). A validation and reduced form of the Female Condom Attitudes Scale. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 158-171. doi: 10.1521/aeap.14.2.158.23903.
- Neves, C. (2009). O quê? Preservativo feminino? Não temos! Retirado em 01/11/2013 de [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1183057](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1183057).
- Newton, D., & McCabe, M. P. (2008). Sexually transmitted infections: Impact on individuals and their relationships. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 864-869. doi: 10.1177/1359105308095058.
- Okunlola, M. A., Morhason-Bello, I. O., Owonikoko, K. M., et al. (2006). Female condom awareness, use and concerns among Nigerian female undergraduates. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4):353-356. doi:10.1080/01443610600613516.
- Oliveira, N. S., Moura, E. R. F., Guedes, T. G., & Almeida, P. C. (2008). Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: O preservativo feminino precisa sair da vitrine. *Saúde Social*, 17(1), 106-116. doi: 10.1590/S0104-12902008000100010.
- Osis, M. J. D., Duarte, G. A., Crespo, E. R., Espejo, X., & Pádua, K., S. (2004). Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1586-1594. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600016.
- Parry, C. D., Blank, M. B., & Pithey, A. L. (2007). Responding to the threat of HIV among persons with mental illness and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 235-241. doi: 10.1097/YCO.0b013e3280ebb5f0.
- Passos, S. K., Souza, L. D., & Spessato, B. C. (2014). High prevalence of suicide risk in people living with HIV: Who is at higher risk? *AIDS Care*, 26(11), 1379-1382. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.913767>.
- PATH/UNFPA (2006). *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*. Seattle: UNFPA/PATH.

- Perrin, K. K., Daley, E. M., Naom, S. F., Packing-Ebuen J. L., Rayko, H. L., McFarlane, M., & McDermott, R. J. (2006). Women's reactions to HPV diagnosis: Insights from in-depth interviews. *Women and Health, 43*(2), 93-110. doi: 10.1300/J013v43n02\_06.
- Peters, A., Jansen, W., & Van Driel, F. (2010). The female condom: The international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters, 18*(35), 119-128. doi: 10.1016/S0968-8080(10)35499-1.
- Population Council and Liverpool VCT Care & Treatment (2009). *Female Initiated Prevention: Integrating Female Condoms into HIV Risk Reduction Activities in Kenya*. Nairobi: Population Council.
- Prudhomme, M., Boucher, J., Delberghe, P., Christman, H., & Leroux, M-C. (2005). Female condom or male condom: Offer a choice! *Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33*(11): 891-897. doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.09.009.
- RamaRao, S., Lacuesta, M., Costello, M., Pangolibay, B., & Jones, H. (2003). The link between quality of care and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives, 29*(2), 76-83. doi: 10.2307/3181061.
- Rowlands, S. (2009). New technologies in contraception. *BJOG, 116*(2), 230-239. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01985.x.
- Schwartz, J. L., Barnhart, K., Creinin, M. D. et al. (2008). Comparative crossover study of the PATH Woman's Condom and the FC Female Condom. *Contraception, 78*(6), 465-473. doi: 10.1016/j.contraception.2008.07.020.
- Shaw, C. M., & Chatterjee, K. (2014). Communicating sexual health messages: Young adults and the female condom. *Open Access Journal of Contraception, 5*, 29-37. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/OAJC.S64160>
- Spizzichino L., Pedone, G., Gattari, P., Luzi, A. M., Gallo, P., Valli, R., & Rezza, G. (2007). The female condom: Knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 3*(4):419-424.
- Steiner, M. J., & Cates, W. (2008). Are condoms the answer to rising rates of non-HIV sexually transmitted infections? Yes. *BMJ. 336*(7637), 184. doi: 10.1136/bmj.39402.527766.AD.
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2011). *Cognitive Psychology* (6<sup>th</sup> ed.). ISBN 9780495506294. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Stockman, J., Morris, M., Martinez, G., et al. (2012). Prevalence and correlates of female condom use and interest among injection drug-using female sex workers in two Mexico-US border cities. *AIDS and Behavior, 16*(7), 1877-1886. doi: 10.1007/s10461-012-0235-9.
- Stubbs, E., & Schamp, A. (2008). The evidence is in. Why are IUDs still out?: Family physicians' perceptions of risk and indications. *Canadian Family Physician, 54*(4), 560-566. doi: 10.1370/afm.1450.

- Todd, C. S., Nasir, A., Stanekzai, M. R., et al. (2011). HIV awareness and condom use among female sex workers in Afghanistan: Implications for intervention. *AIDS Care*, 23(3), 348–356. doi: 10.1080/09540121.2010.507744.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(2), 397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021.
- Trussell, J., Sturgen, K., Strickler, J., & Dominik, R. (1994). Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Family Planning Perspectives*, 26(2), 66-72. doi: 10.2307/2136004.
- UAFC Joint Programme (2011). *Making Female Condoms Available and Accessible: A Guide on Implementing Female Condom Programs*. Female Condoms 4 All.
- UNAIDS (2012). *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*. Geneva: UNAIDS.
- UNFPA (2010). *Comprehensive Condom Programming: A Key Tool for HIV Prevention*. New York: UNFPA.
- UNFPA (2011). *HIV Prevention Gains Momentum – Successes in Female Condom Programming*. New York: HIV/AIDS Branch / UNFPA Technical Division.
- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (6ª Ed.). Lisboa: Função Calouste Gulbenkian.
- Valens, M., & Joseph, N. (2013). Knowledge and attitude to female condom use among undergraduates of Kigali Health Institute. *Rwanda Journal of Health Sciences*, 2(1), 16-25.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.
- Vijayakumar G., Mabude Z., Smit, J., Beksinska, M., & Lurie, M. (2006). A review of female-condom effectiveness: Patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD & AIDS*, 17, 652- 59. doi:10.1258/095646206780071036.
- Warren, M., & Philpott, A. (2003). Expanding safer sex options: Introducing the female condom into national programmes. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 130–139. doi: 10.1016/S0968-8080(03)02178-5.
- Weeks, M. R., Liao, S., Li, F., et al. (2010). Challenges, strategies, and lessons learned from a participatory community intervention study to promote female condoms among rural sex workers in Southern China. *AIDS Education and Prevention*, 22(3): 252-271. doi: 10.1521/aeap.2010.22.3.252.
- WHO (2013). Fact Sheet 110: Sexually Transmitted Infections (STIs). Retirado em 02/08/2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.
- WHO (2012). *Global Incidence and Prevalence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections 2008*. Geneva: WHO.

WHO (1997). *The Female Condom: A Review*. Geneva: WHO.

WHO (2000). *The Female Condom: A Guide for Planning and Programming*. Geneva: WHO.

WHO/Johns Hopkins/USAID (2007). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Baltimore: INFO Project.

WHO/UNAIDS (2000). *The Female Condom: A Guide for Planning and Programming*. Geneva: WHO, UNAIDS.

You, H., Lau, J. T., Gu, J., Tsui, H. Y, Wang, Z., & Kim, J. H. (2013). Awareness and acceptability of female condoms among monogamous Hong Kong Chinese female sexually transmitted infection patients. *AIDS and Behavior*, 17(3), 1195-1204. doi: 10.1007/s10461-012-0376-x.

Páginas da Internet:

<http://www.apf.pt>

<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>

## **8. Anexos**

Anexo 1: Pedido de Colaboração

Anexo 2: Questionário

Anexo 3: Representações do PF

## **Anexo 1: Pedido de colaboração**

Exmo(a). Sr(a).,

O meu nome é Alda Martins Morais e sou aluna do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade do Algarve. Neste momento, encontro-me na fase da recolha de dados para a minha dissertação, que se relaciona com o uso de métodos contraceptivos em Portugal. A amostra será constituída por profissionais de saúde a atuar na medicina familiar, em centros de saúde com vertente de planeamento e delegações da APF. Por esse motivo, gostaria de solicitar a V. Ex.ª autorização para poder recolher dados junto dos profissionais de saúde da vossa instituição.

O questionário demora cerca de 15 minutos a responder e é composto por alguns dados demográficos, por informações relativas à disponibilização do preservativo feminino na vossa instituição, por questões relativas ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação a este método contraceptivo e por uma escala de atitudes em relação ao preservativo feminino.

A participação neste estudo é voluntária e não implica qualquer risco ou desconforto. Os dados obtidos serão recolhidos e tratados de modo confidencial e, por isso, em nenhum momento desta investigação serão associados à identidade dos participantes ou à sua instituição.

A recolha de dados será realizada mediante um questionário *online*, ao qual se poderá ter acesso através do seguinte *link*:

<https://docs.google.com/forms/d/128yex5ldSn1l22xtaca0ZN91nVRxFzsxp9dRbj8pVAM/viewform>

Em caso de dúvidas ou questões relativamente a este questionário, poderá contactar Alda Morais ([amorais80@gmail.com](mailto:amorais80@gmail.com)).

Agradecendo desde já a vossa atenção e disponibilidade, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Alda Morais

## Anexo 2: Questionário

O presente questionário tem por objetivo a recolha de informação para a realização de um projeto de investigação relacionado com o preservativo feminino. Não há respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião. O preenchimento do questionário tem a duração máxima de 15 minutos. A sua colaboração deverá ser voluntária e pode interrompê-la, caso assim o entenda. Os dados obtidos neste questionário são anónimos e confidenciais, pelo que não terá que se identificar. Obrigada pela sua colaboração.

### A. Dados demográficos

1. Género	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	
2. Idade	_____		
3. Profissão	<input type="checkbox"/> Médico(a)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> Outra: _____
4. Anos de profissão	_____		
5. Especialização	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Em quê? _____
6. Tipo de instituição	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Centro Saúde	<input type="checkbox"/> Outra: _____
7. Área geográfica	Distrito: _____		Concelho _____

### B. Representações do preservativo feminino

1. Indique as primeiras palavras/expressões que surgem na sua mente quando pensa no preservativo feminino (até cinco, no máximo).

---

---

### C. Os métodos contraceptivos na instituição

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz (X) as respostas corretas.

- |      |   |  |   |
|------|---|--|---|
| 1.   | O seu trabalho relaciona-se com o planeamento familiar?   | <input type="checkbox"/> Sim               | <input type="checkbox"/> Não              |
| 1.1. | Se respondeu afirmativamente, quem costuma recorrer mais ao planeamento familiar?<br>(pode assinalar várias opções)           |  |   |
|      | <input type="checkbox"/> Adolescentes   | <input type="checkbox"/> Jovens adultas    | <input type="checkbox"/> Mulheres adultas |
|      | <input type="checkbox"/> Homens em geral  | <input type="checkbox"/> Outros/as _____   |   |
| 2.   | O seu trabalho relaciona-se com a prevenção do VIH/Sida?  | <input type="checkbox"/> Sim               | <input type="checkbox"/> Não              |
| 2.1. | Se respondeu afirmativamente, quem costuma recorrer mais a consultas de prevenção do VIH/Sida? (pode assinalar várias opções) |  |   |
|      | <input type="checkbox"/> Mulheres em geral  | <input type="checkbox"/> Mulheres jovens   | <input type="checkbox"/> Mulheres adultas |
|      | <input type="checkbox"/> Vendedoras sexo  | <input type="checkbox"/> Toxicodependentes | <input type="checkbox"/> Homens em geral  |
|      | <input type="checkbox"/> Outros/as _____  |  |   |

3. No geral, quais são os métodos contraceptivos que sugere com mais frequência? (*pode assinalar várias opções*)

Preservativo masculino     Preservativo feminino     Contraceção hormonal oral (pílula)

Contraceção hormonal injetável     Implante     Dispositivo intrauterino

Anel vaginal     Diafragma     Outros \_\_\_\_\_

4. No seu local de trabalho, são disponibilizados preservativos femininos gratuitamente?     Sim     Não

5. Costuma recomendar/disponibilizar o preservativo feminino.     Sim     Não

5.1. Se respondeu afirmativamente, com que frequência costuma recomendar/disponibilizar o preservativo feminino?

Raramente     Ocasionalmente     Frequentemente

5.2. E a quem costuma recomendar o preservativo feminino? (*pode assinalar várias opções*)

Mulheres em geral     Mulheres jovens     Mulheres com VIH/Sida

Toxicodependentes     Vendedoras sexo     Outros/as \_\_\_\_\_

## D. Conhecimento sobre o preservativo feminino e fontes de informação

1. Como classifica o seu grau de conhecimento sobre o preservativo feminino?     Fraco     Regular     Bom

2. Quais os meios de obtenção de informação sobre o preservativo feminino? (*pode assinalar várias opções*)

Leituras     Eventos científicos     Formação     Outros \_\_\_\_\_

3. Já fez alguma sessão de esclarecimento sobre o preservativo feminino?     Sim     Não

4. Assinale com uma cruz (X) as opções que considera corretas.

	V	F
a) A matéria-prima dos preservativos femininos atuais é de borracha nitrílica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) O preservativo feminino é composto por uma bolsa com um anel flexível em cada extremidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) O preservativo feminino é mais resistente do que o preservativo masculino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) O preservativo feminino é mais seguro na proteção das infeções sexualmente transmissíveis do que o preservativo masculino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) O preservativo feminino faz barulho durante a relação sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) O preservativo feminino pode ser usado em simultâneo com o preservativo masculino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| g) | O preservativo feminino pode ser colocado 8 horas antes da relação sexual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | O preservativo feminino pode causar alergia.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) | O preservativo feminino pode ser usado com qualquer tipo de lubrificante.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) | O preservativo feminino retira o prazer sexual.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## E. Atitudes face ao preservativo feminino

Com base naquilo que sabe acerca do preservativo feminino, qual a sua opinião sobre cada uma das afirmações abaixo? Considere as seguintes hipóteses de resposta: discordo muito, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo muito ou não sei.

		Discordo muito	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo muito	Não sei
1.	Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Os preservativos femininos são estranhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	É embaraçoso comprar preservativos femininos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Os preservativos femininos colocam a mulher no controlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Os preservativos femininos são inconvenientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Se uma mulher quiser usar um preservativo feminino, o seu parceiro pode julgar que ela mantém relações sexuais com outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	É difícil encontrar locais que vendam preservativos femininos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anexo 3: Representações do PF

	Ev1	Ev2	Ev3	Ev4	Ev5	Total
Proteção	23	10	7			40
Sexo	19	4		1	1	25
Contraceção	19	2	1	1		23
Alternativa	8	5	1	1		15
Inestético	1	4	6	1		12
Segurança	2	6	4			12
Barreira	3	5	1			9
Mulher	7		1	1		9
Pouco_prático	5	2	1	1		9
Prevenção	2	3	2	1		8
IST	1	4	1	1		7
Autonomia	2	1	2		1	6
Desconfortável	1	4	1			6
Esquisito	3	1	2			6
Estranho	4	1	1			6
Gravidez		2	3	1		6
Planeamento	1	1	2	2		6
Pouco_conhecido		4	1		1	6
Seguro	2	2	1			5
Sexualidade_protegida	1	4				5
Enorme	2	1	1			4
Grande	2	1			1	4
Incómodo	4					4
Opção	1	2		1		4
Demasiado_grande	1	1	1			3
Desconforto	1	1			1	3
Dificuldade_aplicação			1	2		3
Feminino	1	2				3
Liberdade		2	1			3
Método_alternativa	2	1				3
Pouco_comum	1	1	1			3
Pouco_divulgado		1	2			3
Pouco_usado	2	1				3
Aspeto_esquisito		1	1			2
Caro			2			2
Complicado	1	1				2
Controlo		1		1		2
Desconhecido			1	1		2
Emancipação_mulher			1		1	2
Gravidez_indesejada			2			2
Independência	1		1			2
Moderno	2					2
Pouco_publicitado		2				2
Prazer			2			2
Proteger			2			2
Responsabilidade			1	1		2
Responsabilização		1	1			2

Sexo_seguro	2			2
Sexualidade	2			2
Útil	2			2
Aborto		1		1
Afirmação			1	1
Anticoncepção		1		1
Aspeto_estranho	1			1
Barulho		1		1
Confuso		1		1
Cuidado		1		1
Cultural		1		1
Defesa		1		1
Demasiado_esquisito	1			1
Desafio			1	1
Desconhecimento		1		1
Difícil_encontrar		1		1
Dúvida			1	1
Eficácia	1			1
Equidade			1	1
Escolha		1		1
Família			1	1
Feminilidade		1		1
Grande_demais		1		1
Higiene		1		1
Inabitual	1			1
Inconveniente		1		1
Invasivo		1		1
Liberdade_escolha		1		1
Maior_responsabilização		1		1
Modernidade	1			1
Modernização_mentalidades		1		1
Nada_estético		1		1
Não_acessível		1		1
Não_prático		1		1
Nenhuma	1			1
Pedido			1	1
Pouca_procura		1		1
Pouca_recetividade		1		1
Pouca_saída	1			1
Pouco_aceite	1			1
Pouco_opcional		1		1
Pouco_seguro	1			1
Prevenção_vih		1		1
Prevenir		1		1
Previsão			1	1
Prostituição		1		1
Protegida		1		1
Protetor		1		1
Recurso			1	1
Reflexão		1		1

---

Relações_protegidas	1			1
Relações_sexuais		1		1
Saco	1			1
Seguro			1	1
Tamanho_grande			1	1
Único				1
Vergonha			1	1
Viabilidade			1	1
				353

---