

**O Uso do Condom Feminino:  
avaliação entre adolescentes paulistas**

Albertina Duarte **TAKIUTI** (\*)

Aparecida Vieira de **MELO** (\*\*)

Lélia de Souza **FERNANDES** (\*\*\*)

Maria Lúcia Araújo **MONTELEONE** (\*\*\*\*)

Vera Lúcia G.P. **MOREIRA** (\*\*\*\*\*)

Paula Pessoa **TAMBELLI** (\*\*\*\*\*)

Juliana Nunes **MACIEL** (\*\*\*\*\*)

---

(\*) Médica gineco – obstetra do Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Serviço do Prof. Dr. J. A . Pinotti - AGAHC;. Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Brasil.

(\*\*) Socióloga demógrafa da Fundação Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo – FSEADE.

(\*\*\*) Médica gineco – obstetra de adolescente.

(\*\*\*\*) Médica pediatra e de ginecologia de adolescente do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

(\*\*\*\*\* ) Enfermeira do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

(\*\*\*\*\* ) Graduanda em Psicologia das Faculdades Metropolitanas Unidas. Estagiária do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

(\*\*\*\*\* ) Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. Estagiária do Departamento de Ginecologia – Setor de Ginecologia na Adolescência do HCFMUSP, de julho a outubro de 1998.

## **Resumo**

Apresentam-se os resultados da pesquisa qualitativa realizada em um grupo de adolescentes, que receberam informações e instruções sobre o uso do condom feminino, no Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – AGAHC, realizado em 1998. O estudo avalia , sobretudo, o entendimento, a aceitação e o interesse das participantes em relação ao condom feminino, bem como as impressões e opiniões de seus respectivos parceiros. Metodologia: através de grupos de orientação sobre métodos anticoncepcionais, apresentou-se o Condom Feminino, com a demonstração de como colocá-lo, as restrições de posição durante a relação sexual, como retirá-lo, além de serem discutidas as dúvidas por médicas, enfermeira e psicóloga participantes do projeto. Entre os resultados, destacam-se o interesse das adolescentes em conhecer este novo método e a necessidade de instruir as potenciais usuárias e seus parceiros. Conclui-se que se adequadamente informada, a adolescente possa vir a usar o condom feminino, desde que este também possa vir a ter um preço mais acessível.

## **Introdução**<sup>1</sup>

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, desenvolvido no Estado de São Paulo – Brasil, desde 1986, no qual se insere o AGAHC<sup>2</sup>, tem entre suas várias diretrizes, a de orientar adolescentes quanto a prevenção de gravidez precoce e a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis – DST, entre elas o HIV, cujos índices são crescentes nesta população.

---

<sup>1</sup> O texto integral desta análise foi apresentado no VI Congresso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecologia de la Infancia y la Adolescencia, concorrendo a “Categoria Prêmio” y I Congreso Cubano de Ginecobstetricia Infante/Juvenil y Salud Reprodutiva del Adolescente, em Havana – Cuba, de 17 a 21 de maio de 1999. Foram suprimidas algumas das tabelas do perfil social e algumas das falas das entrevistadas na análise qualitativa, não alterando, porém, o conjunto do estudo originalmente apresentado. Tal decisão fez-se necessária para seguir as delimitações aos trabalhos a serem submetidos selecionados para o XII Encontro ABEP.

<sup>2</sup> O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente no Estado de São Paulo – Brasil, segue as recomendações da OPS/OMS, visando a prevenção primária, secundária e terciária da saúde integral da população adolescente.

Tal orientação se dá através de vários grupos de discussão, dirigidos por médicos (as), enfermeiros (as), e psicólogos (as), tendo em média dez pacientes, onde são apresentados os diferentes métodos anticoncepcionais, com suas respectivas indicações e contra-indicações. Nestes grupos também são trabalhadas questões quanto a auto - estima, relacionamento entre parceiros, como também a recidiva de gravidezes não desejadas. O condom feminino começou a ser inserido nas discussões destes grupos recentemente, em 1998, como mais um método de barreira, entre os métodos anticoncepcionais já existentes.

Como breve histórico deste método a Revista OUTLOOK (1998) relata que o “condom feminino foi comercializado pela primeira vez na Suíça em 1992; a partir de 1996 está disponível em treze países, incluindo na Europa, Estados Unidos, África do Sul, Tailândia e Coreia. Na comunidade internacional existe um interesse renovado no condom feminino, dado que entre as mulheres de muitos países em desenvolvimento ainda existe alta demanda por anticoncepcionais e altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis – DST, e o aumento crescente de incidência do vírus da imunodeficiência humana – HIV entre as mulheres “

O condom feminino é um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, que à semelhança do condom masculino, pode ser utilizado tanto como anticoncepcional como também para prevenção das DSTs, sobretudo AIDS. Sua eficácia como anticoncepcional é semelhante à de outros métodos de barreira. A taxa de falha é de 15 a 25% por 100 mulheres em um ano de uso. Usado corretamente em cada relação sexual, a taxa de gravidez acidental é estimada em torno de 5% O método ainda não foi registrado e não incluído nas normas técnicas de planejamento familiar do Ministério da Saúde – Brasil, está disponível apenas de forma limitada no setor comercial, e através de doações para alguns programas e pesquisas (LEOCÁDIO et. al., 1998).

Ademais, se usado de modo correto e freqüente nas relações sexuais, o condom feminino pode oferecer melhor proteção contra algumas DSTs em relação aos condons masculinos. Isto porque o condom feminino cobre maior área dos genitais externos que o condom masculino. Além disso, o poliuretano do condom feminino é mais firme e mais resistente a ruptura do que os condons de látex masculino. O alto custo dos condons femininos comparados aos masculinos, constituem porém um entrave para o seu uso. Tais resultados advêm de pesquisas realizadas em vários países e em diferentes grupos de

usuárias, e foram comercialização subsidiada em grande escala. Entre os referenciados (OUTLOOK, 1998), encontram-se o estudo realizado com trabalhadoras do sexo na Tailândia, constatando-se a diminuição de DSTs entre as usuárias; sendo comercializadas a preços subsidiados 96.000 condons femininos em cinco países – Bolívia, Haiti, Guiné, África do Sul e Zâmbia, onde este método mostrou-se mais eficaz em relação ao condom masculino para a prevenção, tanto de gravidez não desejada como de DSTs/HIV.

No Brasil o interesse em conhecer o condom feminino, popularmente chamado de “camisinha feminina”, tornou-se evidente por ser este mais um método de barreira a ser pesquisado à disposição das mulheres e controlado por elas próprias, tal como recomendado pela Conferência Internacional do Cairo (1994). Para tanto, a Coordenação Geral de Saúde do Ministério da Saúde – MS e o Population Council do Brasil, promoveram em 1997 a reunião “O Condom Feminino: Um Grupo de Consulta para o seu Uso no Brasil”, cujo objetivo foi definir diretrizes programáticas de pesquisa, e a discussão de diferentes metodologias. São de fundamental importância as recomendações do MS quanto aos estudos a serem realizados, maior divulgação e sensibilização junto aos profissionais e potenciais usuárias e seus respectivos parceiros (LEOCÁDIO et. al., 1998).

Pode-se dizer que deste modo o Brasil entra na era do condom feminino, com o início de pesquisas quanto a aceitabilidade, eficácia, divulgação e oferta, segundo a demanda a ser criada para este novo método. O condom feminino seria portanto, mais uma opção para as mulheres brasileiras, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis – DSTs/HIV.

A despeito de que em muitos países em desenvolvimento ainda exista alta demanda por anticoncepcionais, o Brasil tem mostrado através de várias informações censitárias, Registro Civil, pesquisas etc., que a taxa de fecundidade total –TFT, ou seja o número médio de filhos por mulher em idade fértil no ano, sofreu considerável diminuição no período de 1970 a 1991 (Tabela 1).

Tabela 1

Taxa de Fecundidade Total e Específica por Grupos de Idade e  
Variação Percentual

Brasil: 1970 - 1991

Grupos de Idade					Variação %
	1970	1980	1991	1996 (*)	1970/96
TFT	5,8	4,4	2,8	2,5	-56,9
15-19	74,8	79,8	76,9	86,0	14,9
20-24	254,6	213,1	163,7	152,0	-40,3
25-29	295	226	148,2	123,0	-58,3
30-34	242,9	173,1	93,9	81,0	-66,6
35-39	131,2	117	47,3	46,0	-64,9
40-44	35	53,7	17,2	16,0	-54,9
45 e +	22,3	10,8	3,1	3,0	-86,5

Fonte:- FIBGE, Censos Demográficos.

(\*) PNDS, 1996-BEMFAM 1999

Em 1970 a média de filhos tidos por mulher brasileira em período fértil, de 15 a 49 anos, era de 5,8, diminuindo para 2,5 filhos em 1996. Isto equivale a dizer que em três décadas a TFT caiu 56,9%, ou seja, a média de filhos reduziu-se mais que pela metade. Neste período as taxas de fecundidade específica, por grupos de idades das mulheres no período reprodutivo, diminuíram drasticamente, sendo maior a queda, quanto maior a idade materna, sobretudo nos anos noventa.

O único grupo que teve aumento da taxa de fecundidade específica nesse período foi o de 15 a 19 anos, cujo crescimento foi de 14,9% entre 1970 e 1996. Deve-se esclarecer, porém, que estas taxas representam a média da taxa de fecundidade total e das taxas de fecundidade específica do país, estando embutidas as altas taxas de algumas regiões e estados mais pobres e com as mais baixas, relativas aos estados mais desenvolvidos. Deve-se esclarecer, também, que além da constatação de diferenciais regionais, é de pleno conhecimento o maior índice de subregistros dos nascimentos nos estados menos favorecidos (MELO, 1996).

Outro exemplo que mostra a contribuição de mães em idades mais precoces para o rejuvenescimento da fecundidade, é apresentado na Tabela 2 referentes às mesmas taxas para o Estado de São Paulo.

Tabela 2

Taxa de Fecundidade Total e Específica por Grupos de Idade e Variação Percentual					
Estado de São Paulo: 1970 - 1998					
Grupos de Idade	1970	1980	1991	1998	Variação % 1970/98
TFT	4,2	3,4	2,3	2,4	-42,8
15-19	63,9	73,6	73,3	88,2	38,0
20-24	221,8	187,7	141,6	139,3	-37,2
25-29	224,1	188	125,6	121,7	-45,7
30-34	166,7	129,8	76,9	81,7	-51,0
35-39	98	71,7	35,5	36,6	62,6
40-44	39,5	25,4	11,4	9,7	-75,4
45 e +	7,9	4,5	1,6	0,9	88,6

Fonte: Fundação Seade. 1970-1998.

Pode-se observar que a tendência de queda, tanto da TFT como das específicas, são as mesmas entre o total do país e o Estado de São Paulo. Muito embora a média de filhos tidos por mulher paulista seja menor, 4,2 em 1970 e 2,4 em 1998, também sofreu queda de 42,8% neste período. Cabe salientar que nos anos noventa a TFT no estado tem-se mantido na média de 2,4 filhos por mulher em idade reprodutiva, o que é praticamente denominada “taxa de reposição”, pois assim os filhos (um homem e uma mulher) substituirão os seus respectivos pais na geração futura.

Considerando-se o refinamento dos dados, as taxas de fecundidade específicas do Estado de São Paulo mostram, de modo mais evidente, que a contribuição das jovens mães, de 15 a 24 anos é maior a cada ano, bem como a queda verificada nos demais grupos etários. Para o grupo de 15 a 19 anos observa-se que em 1970, 63,9 em mil adolescentes foram mães enquanto que em 1998, a taxa aumentou para 88,2 em mil. Através dos dados do Registro Civil, pode-se verificar na Tabela 3 um fato ainda mais preocupante em relação à fecundidade do grupo de mães de 15 a 19 anos, que é a distribuição percentual dos nascidos vivos por idades das mães adolescentes apresentados a partir de 1980.

Tabela 3

Distribuição Percentual dos nascidos vivos por idades simples, no grupo etário até 19 anos Estado de São Paulo 1980 - 1998					
Anos	Até 16 anos	Até 17 anos	18 e 19 anos	Até 19 anos	Total
1980	15,4	34,6	65,4	100,0	100,0
1987	19,0	38,8	61,2	100,0	100,0
1991	21,5	41,6	58,4	100,0	100,0
1998	25,5	46,3	53,7	100,0	100,0

Fonte: Fundação Seade. Movimento do Registro Civil.1980-1998.

Esta distribuição mostra que em 1980 de cada grupo de cem nascidos vivos de mães adolescentes, 15,4% correspondiam a mães até dezesseis anos. O percentual de 65,4%corresponderam a mães de dezoito e dezenove anos. A cada ano apresentado, constata-se que vai aumentando a proporção de nascimentos de mães até dezesseis anos, enquanto esta diminui nas idades maiores. Em 1998, em cada grupo de cem nascidos vivos 25,5 são de mães até 16 anos, o que equivale dizer que – em 1998, em cada quatro nascimentos advindo de mães até 19 anos, um corresponde a mães de até dezesseis anos.

O que resulta dos dados apresentados é como intervir de modo a diminuir o comportamento de risco, tanto em relação a incidência da gestação em idades mais precoces na adolescência, e, intrínseco a este fenômeno, a exposição ao risco às DSTs/HIV (TAKIUTI, 1997).

Outro fato que é preciso levar em conta, é que este fenômeno está presente em vários países, sobretudo nos subdesenvolvidos e entre eles no Brasil, o que vem agravar ainda mais as condições de sobrevivência, tanto da jovem grávida quanto ao seu nascituro, aos quais são impostas restrições sociais. É de senso comum que a sociedade, e cada país com suas especificidades, aponta para uma direção cada vez mais exigente em termos de escolaridade e da mão – de - obra, em uma conjuntura econômica mundial nebulosa quanto a oportunidades futuras.

A preocupação com as jovens mães é crescente, posto que a Organização Mundial da Saúde – OMS em reunião sobre a Gravidez e o Aborto na Adolescência (1975), já chamava a atenção para esta realidade. Vários são os países que vêm elaborando programas, de modo a prevenir a gravidez em idades precoces, através de programas educacionais, da mídia e de serviços médicos específicos para adolescentes.

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo insere-se nesta perspectiva, pois, além da assistência médica disponível na rede pública, tem como objetivo implícito, através de suas várias atividades, o de orientar os (as) adolescentes para o exercício da sexualidade sem riscos para a sua saúde e seu desenvolvimento. Negar que os (as) adolescentes têm vida sexual, é negar a realidade, que em parte os dados mostram e não contribuir em nada para que estes mesmos jovens possam se conscientizar e não correr riscos desnecessários – que possam comprometer suas vidas em curto prazo, ou a própria vida, no caso de infecção por HIV/AIDS.

O condom feminino é mais um método a ser utilizado por esta população, considerando que estando em formação, os adolescentes podem ser educados e informados sobre a importância de se usar métodos de barreira, como os condons masculinos e femininos, visando diminuir estigmas e preconceitos na aceitação do método. Este fato fica mais evidente quando se observa que o condom masculino foi o método mais usado entre as adolescentes, de 15 a 19 anos, na primeira relação sexual em estudo realizado por MELO e YAZAKI (1998).

Nesta perspectiva, o AGAHC, elaborou um projeto piloto para avaliar a aceitabilidade do condom feminino entre pacientes selecionadas. Não é objeto deste estudo avaliar a eficácia do método, como será relatado a seguir, mas sim de abrir mais uma possibilidade de prevenção de gestações precoces e de DSTs/HIV, entre adolescentes com vida sexual ativa.

## **Material e Método**

Como dito no início, AGAHC, desenvolve vários trabalhos em grupos, tais como o de chegada com pacientes novas – a fim de informar sobre o serviço e prepará-las para a consulta médica ginecológica; atendimento psicológico individual e/ou em grupos com diferentes técnicas, com o objetivo de diminuir os fatores de risco e promover fatores protetores; o grupo de retorno desenvolvem-se em quatro sessões, uma a cada dois meses, com aproximadamente quinze adolescentes, para avaliar a assimilação da informação, detectar fatores de risco e promover fatores de proteção; o de acompanhantes da adolescentes, cujo objetivo é tranquilizar os parentes sobre a inocuidade do exame ginecológico, e a normalidade de aspectos próprios da adolescência; e, o de anticoncepção, com informação sobre uso de métodos anticoncepcionais e apresentação dos diferentes tipos, permitindo escolha da adolescente, considerando as vantagens e desvantagens da escolha do método.

Outros grupos também são realizados como os desenvolvidos por fonaudiólogas, onde se analisam aspectos relacionados à voz; o de nutricionistas, que diz respeito a questões de peso, hábitos alimentares e dietas; e o de artesanato, que através de atividades manuais, procura relaxar tensões e promover fatores protetores.

Tal descrição se faz necessária para não relacionar a atenção médica preventiva da saúde reprodutiva como controle da natalidade, através de simples distribuição de métodos anticoncepcionais.

Para realizar o projeto piloto a fim de avaliar a aceitabilidade do condom feminino entre adolescentes atendidas no AGAHC, foram desenvolvidas as seguintes etapas.

1 – Elaboração de um questionário que permitisse conhecer:

- a) o perfil social básico das entrevistadas
- b) o início de sua vida sexual e reprodutiva
- c) a aceitabilidade do condom feminino

Os itens a e b continham questões com respostas pré - codificadas e o item c, questões com respostas abertas, a serem respondidas, de modo a permitir análise qualitativa.

2 – Para verificação de consistência do questionário e possíveis modificações, aplicou-se um pré teste em seis pacientes que preenchessem os requisitos para o estudo destacado.

3 – No grupo de orientação sobre métodos anticoncepcionais, apresentou-se o condom feminino, com a demonstração de como colocá-lo, as restrições de posição durante o coito, como retirá-lo, além de serem discutidas as dúvidas levantadas pelas pacientes, por uma médica e uma enfermeira, participantes, como coordenadoras do grupo.

4 – Os pré requisitos a serem preenchidos pelas seis primeiras pacientes, assim como das demais foram:

- a) ser de livre e espontânea vontade participar do grupo de estudo da “camisinha feminina”
- b) estarem efetivamente usando um método anticoncepcional seguro como o D.I.U., pílula hormonal ou anticoncepcional injetável
- c) se comprometerem, após o uso do condom feminino a retornarem ao AGAHC para responderem as questões abertas, em data previamente marcada, - quinze dias depois.

Após a seleção das candidatas foram preenchidos os itens a e b do questionário, por uma psicóloga, ou uma socióloga ou uma graduanda em medicina. E lhes foram também dadas duas “camisinhas femininas” e mais um folheto explicativo.

5 – As seis entrevistas do pré teste permitiram correções no questionário original, eliminando-se algumas das perguntas pré codificadas, refinando-se assim, a consistência das informações.

6 –O período de aplicação dos questionários, incluindo inclusive o pré teste, foi de setembro a dezembro de 1998, com intervalos de duas a três semanas. para o retorno das participantes.

7 – Foram realizados mais três grupos, totalizando dezenove entrevistadas, que somadas às seis primeiras, resultaram em vinte e cinco participantes, que preencheram os pré requisitos.

8 – Duas das selecionadas, após a explicação sobre do uso do condom feminino se recusaram a usá-lo. Três, não retornaram ao AGAHC para dar continuidade à entrevista.

9 – As informações dos itens a e b foram tabulados, e as questões do item c mereceram tratamento qualitativo.

Apresentam-se os resultados obtidos, cabendo a ressalva de que se trata de um universo pequeno de análise, não permitindo, portanto, generalizações de seus resultados. O objetivo é apontar tendências, dar sugestões e contribuir para a discussão sobre o condom feminino, visando ser este mais uma alternativa eficaz, de prevenção da gravidez e das DSTs/HIV.

## **Resultados**

As questões do questionário permitiram caracterizar o grupo de entrevistadas, tanto em números absolutos quanto em números relativos nos seguintes aspectos:

### **1) O Perfil Social**

A maior parte das entrevistadas, entre quinze e dezenove anos, estiveram no Setor de Ginecologia na Adolescência por razões médicas 20 (87%), apenas uma (4,3%) para acompanhamento psicológico e outras duas (8,7%) para resultado de exames. Quanto a raça a maior parte concentra-se em pacientes brancas 14 (60,9%), seguidas por pardas 5 (21,7%) e numericamente iguais 2 (8,7%) por negras e de 2 (8,7%) por amarelas.

Em relação à escolaridade constatou-se que quatorze (60,9%) pacientes continuam estudando e nove (39,1%) já pararam de estudar. Entre as pacientes que continuam estudando a concentração da escolaridade é Segundo Grau Incompleto 5 (35,7%) e 4 (28,6%) Completo; apenas duas (14,3%) pacientes com a escolaridade básica e três (21,4%) com Grau Universitário.

As nove pacientes que pararam de estudar, cinco (55,6%) completaram o Primeiro Grau; duas (22,2%) até a quarta série do Primeiro Grau e duas (22,2%) chegaram ao Segundo Grau Incompleto.

A inserção no mercado de trabalho das adolescentes entrevistadas, seis (26,1%) não trabalham, e sete (30,4%) exercem alguma atividade. Surpreendentemente dez (43,5%) declararam-se desempregadas, a maior parte destas (5 casos) (21,7%) aos dezenove anos.

Quanto ao tempo que estão desempregadas verifica-se que 50% (5 casos) está há mais de um ano, o que reflete a dificuldade, também presente entre as jovens de se inserir no mercado de trabalho.

Com relação ao estado civil, de onze (47,8%) se declararam solteiras, outras onze entrevistadas, eram casadas ou viviam em união consensual totalizando 47,8%, indicando que o início da vida conjugal é extremamente precoce e, na maior parte dos casos, isto ocorre também devido a gestações precoces (Tabela 4). Um único caso na categoria “outros”, diz respeito a uma entrevistada cujo relacionamento foi declarado “em crise”, não se definindo nem como solteira e nem em união consensual.

Tabela 4  
Distribuição Percentual por idade, segundo o estado civil

Idade	Estado Civil									
	Solteira		Casada		União Consensual		Outros		Total	
	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%
15 anos	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
16 anos	1	4,3	0	0,0	1	4,3	1	4,3	3	13,0
17 anos	2	8,7	1	4,3	0	0,0	0	0,0	3	13,0
18 anos	2	8,7	2	8,7	2	8,7	0	0,0	6	26,1
19 anos	5	21,7	2	8,7	3	13,0	0	0,0	10	43,5
Total	11	47,8	5	21,7	6	26,1	1	4,3	23	100,0

Fonte: Pesquisa: O uso do Condom Feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. TAKIUTI et. al., 1999.

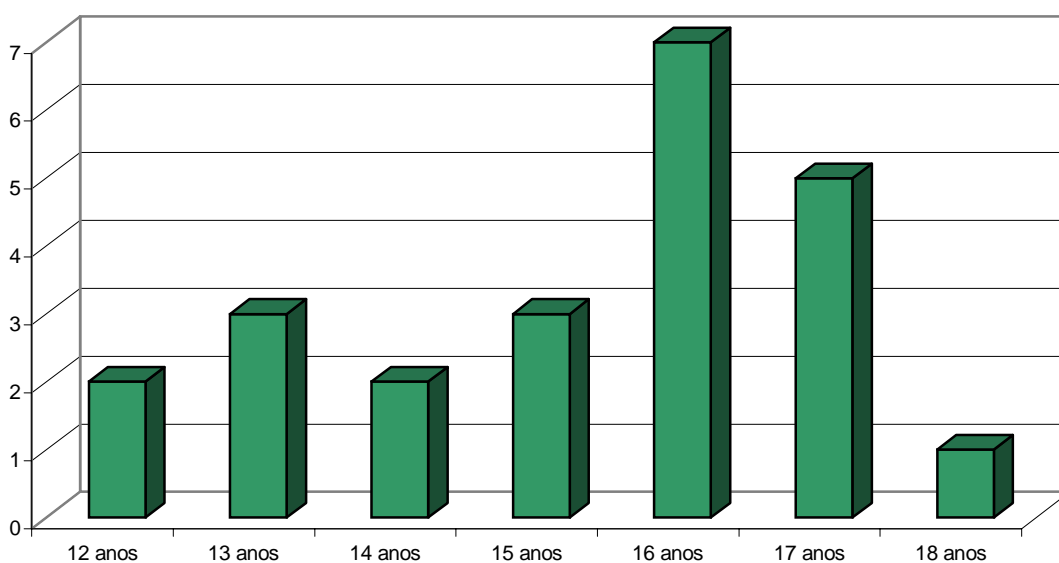
Ao se perguntar com quem reside, às onze (47,8%) que já têm vida conjugal, independente de ter ou não filhos, moram com os pais ou algum outro parente, o que evidencia a dependência econômica destes jovens casais. Entre as solteiras 9 (39,1%) moram com os pais e 3 (13,0%) com “outros” (parentes, conhecidos ou local de trabalho).

## **2- Exercício da Sexualidade**

O Gráfico 1 mostra que a idade na primeira relação sexual concentra-se entre dezesseis e dezessete anos, correspondendo a doze entrevistadas (52,1%) do total do grupo;

seguidas por 3 aos 15 anos, outras 3 aos 13 anos; 2 aos 14anos, mais 2 aos 12 anos e apenas uma aos 18 anos. A idade média na primeira relação sexual deste grupo foi de 15,2 anos de idade.

**Gráfico 1**  
**Idade na Primeira Relação Sexual**



Fonte: Pesquisa: O uso do condom feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. TAKIUTI et. al., 1999.

Com relação ao tempo entre se conhecerem e terem a primeira relação sexual, oito delas (34,8%) declararam que ocorreu depois de um ano de namoro. A maior concentração, porém, situa-se entre um a seis meses, doze casos, cuja proporção representa 52,2% do total dos casos.

A distribuição percentual sobre quem foi o primeiro parceiro mostra uma divisão muito próxima, nos três grupos considerados – ex namorados 7 (30,4%), namorado atual 7 (30,4%) e marido ou parceiro 9 (39,1%).

Quanto ao uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual, onze delas (47,8%) responderam que não utilizaram nenhum método anticoncepcional e doze (52,2%) que usaram algum MAC. A Tabela 5 mostra que entre as onze que não usaram método algum, sete delas (72,7%) declararam que “não se preocupou com isso”. Apenas

uma (9,1%) - cuja primeira relação sexual foi aos treze anos - declarou que “não conhecia métodos anticoncepcionais”.

Tabela 5  
Distribuição Percentual por idade, segundo o motivo de não uso de algum método anticoncepcional na primeira relação Sexual

Idade 1 <sup>a</sup> Rel. Sexual	1		2		3		Total	
	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%
Até 12 anos	0	0,0	2	18,2	0	0,0	2	18,2
13 anos	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	9,1
15 anos	1	9,1	2	18,2	0	0,0	3	27,3
16 anos	0	0,0	2	18,2	0	0,0	2	18,2
17 anos	0	0,0	2	18,2	0	0,0	2	18,2
18 anos	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Total	2	18,2	8	72,7	1	9,1	11	100,0

Fonte: Pesquisa: O uso do Condôm Feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. TAKIUTI et. al., 1999.

Nota: 1- não esperava ter relações Sexuais naquele momento.

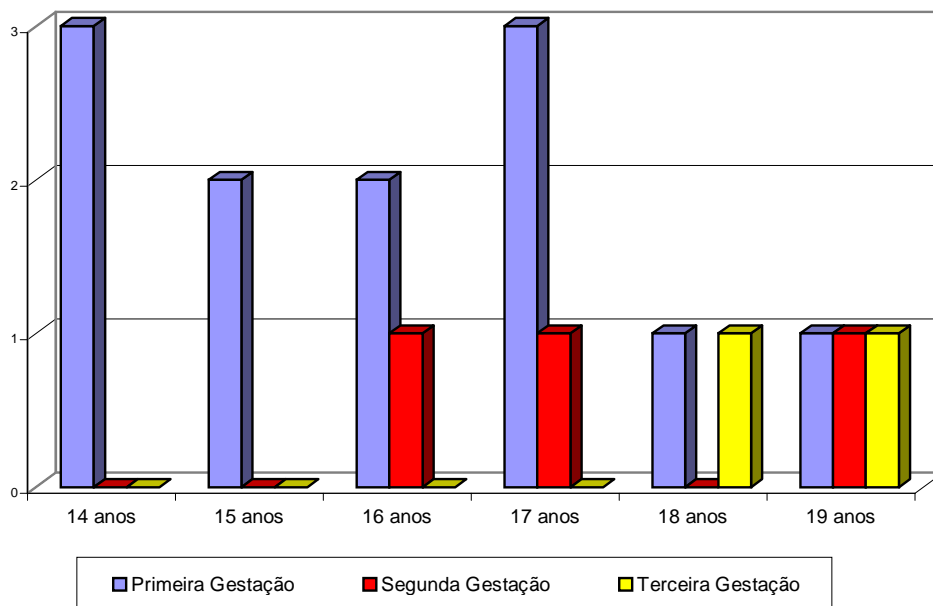
2- não se preocupou com isso.

3- não conhecia métodos anticoncepcionais.

Entre as que usaram algum método anticoncepcional a quase totalidade, dez casos (83,3%) declarou que usou o condom masculino na primeira relação sexual. A entrevistada que teve a primeira relação sexual em idade mais precoce, foi aos treze anos, e declarou que o método usado foi o coito interrompido, outra, aos quatorze anos, usou pílula .

A pílula anticoncepcional é o método predominante em uso atualmente entre as entrevistadas (82,6), seguida pelo D.I.U. (8,7%). Houve apenas um caso de anticoncepcional injetável (4,3%) e um (4,3%) de condom masculino. Este último caso corresponde a uma entrevistada, que devido aos problemas tidos com a pílula Microvlar, optou em usar o condom masculino, e veio ao AGAHC para a prescrição de uma pílula substituta. Ainda no universo das vinte e três entrevistadas, perguntou-se, se alguma vez haviam engravidado, o que ocorreu com doze (52,2%) delas. Perguntou-se o número de gestações e a idade em que engravidaram (Gráfico 2) na primeira, segunda e terceira

**Gráfico 2**  
**Idades na Primeira, Segunda e Terceira Gestações**



Fonte: Pesquisa: O uso do Condom Feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. TAKIUTI et. al., 1999.

A primeira gestação concentra-se nas idades quatorze e dezessete anos, com três casos em cada. Verifica-se três casos de segunda gestação; uma aos dezesseis, uma aos dezessete e uma aos dezenove anos. Dois casos de três gestações, um aos dezoito e outro aos dezenove anos de idade. Com relação a interrupção da gestação cinco (21,7%) das vinte e três entrevistadas declararam que o fizeram, sendo uma de dezessete, uma de dezenove anos e três de dezoito anos.

Entregou-se duas “camisinhas femininas” para vinte e três participantes, e solicitou-se o retorno, entre duas e três semanas, a fim de responderem as perguntas abertas sobre o seu uso, não havendo retorno três retornos, totalizando, então, vinte casos analisados em seguida.

### **3 – A aceitabilidade do condom feminino**

O interesse das pacientes em conhecer e participar da pesquisa sobre o condom feminino foi fundamental para que se realizasse este estudo. Vinte adolescentes, retornaram ao AGAHC para responder a parte final do questionário. Para manter a privacidade e não

ser possível identificar as entrevistadas no próprio AGAHC optou-se por dar-lhes o codinome de flores.

Quatro (20,0%) retornaram para responder que “não usaram a camisinha feminina” e devolveram para uma das pesquisadoras. A razão alegada foi a de que seu marido, parceiro ou namorado não aceitou ter relações usando este método. Uma cujo relacionamento estava em crise justificou que não usou o método porque o relacionamento havia terminado.

*“Eu não usei, meu parceiro não quis, mesmo eu explicando que era uma pesquisa e ele ter lido o folheto”. Rosa*

As dezesseis (80,0%) restantes efetivamente usaram ou tentaram usar o condom feminino. Em relação ao entendimento de como colocar e usar o condom feminino nove (56,3%) entrevistadas não encontraram dificuldades e, para outras sete (43,7%) entrevistadas já não foi tão fácil. As respostas da análise qualitativa são apresentadas a seguir, como exemplo de com ou sem dificuldades.

*“Fiz da forma que foi explicada – aperta o aro e coloque na vagina. Aí meu marido entrou e acertou; ela ficou meio folgada mas depois ficou ajustado”. Cravo*

*“Achei tão fácil, mas quando cheguei em casa me atrapalhei toda! Aí fui colocando a primeira e não consegui colocar direito, acabei não usando. Na segunda já deu para ‘encaminhar’ e usar”. Jasmim*

A opinião das entrevistadas sobre o método pode ser entendida sob quatro prismas: é incômoda; é melhor que o condom masculino; é alternativa preventiva para a mulher; e, precisa ser aperfeiçoada.

#### Incomoda

*“Não gostei, a gente fica preocupada e se a gente não colocar direito machuca, fica incômodo dentro da gente”. Violeta*

*“Não é que é difícil. Mas você tem que tá observando, ver se não vai para dentro, não dá pra mudar de posição, não gostei e nem o meu marido”. Hortência*

### Melhor que a camisinha masculina

*“Achei ela melhor, achei ótima, porque é mais fina, mais confortável. E mesmo com anel externo não pega, não entra lá dentro. A camisinha feminina tem mais sensibilidade”. Crisântemo*

*“É melhor do que a masculina, é mais segura porque é mais resistente que o condom masculino”. Palma*

### Alternativa para a mulher

*“Achei bom porque a maioria dos homens não se preocupa, não estão nem aí. A maioria não gosta de usar condom, tem homem que é chato!”. Florice*

*“Muito importante, na segunda camisinha feminina foi legal, achei bem melhor que a masculina, que é boa para o homem. Com a feminina o homem sente-se mais em liberdade, porque só de pensar em colocar a dele ele já acha ruim”. Jasmim*

### Precisa ser aperfeiçoada

*“É bom método, mas precisa aperfeiçoar mais para que a gente possa se sentir mais a vontade. O condom masculino não é incômodo. O feminino é para ele também, que tem que tomar cuidado para não entrar em mim”. Girassol*

*“Eu acho até mais segura que a camisinha masculina, apesar de ter um pouco de incômodo na hora do ato, porque só pode numa posição”. Lírio*

Dessas oito falas pode-se observar que as adolescentes trouxeram basicamente duas sensações; a primeira a “ansiedade” pelo uso do novo método, traduzidas por “ser incômodo” e “se não vai entrar na vagina”, a segunda a “interferência” do método usado na relação sexual, através das palavras “aperfeiçoar para se sentir mais a vontade” e “só pode numa posição”.

A ansiedade pode advir do pouco entendimento tido sobre o uso do condom feminino no grupo anticoncepção, no não conhecimento de seu corpo, e do nível de entrosamento com o parceiro sexual. Em relação à “interferência” do método, se por um lado pode também demonstrar o pouco entendimento sobre o uso do método e até mesmo o

não conhecimento do próprio corpo, por outro evidencia o entrosamento entre parceiros sexuais, no “tomar cuidado” a “só pode numa posição”.

As repostas dadas relacionando o condom feminino com o masculino e de alternativa para a mulher apontam para a “interferência” do método mostrando por um lado, também, o nível de entrosamento entre os parceiros sexuais ao dizer que “tem mais sensibilidade” e “é mais fina”, resultando em sentir mais a penetração, na maior sensibilidade. As respostas tidas como a camisinha feminina ser mais segura, apontam para a acomodação do parceiro em “não gostar”, “não ter responsabilidade” em relação a vida sexual de ambos. Este tipo de resposta pode estar evidenciando a submissão da mulher à vontade do parceiro em não usar método de barreira, mais do que propriamente a conscientização das entrevistadas, ao dizerem “tem homem que é chato” ou “ele acha ruim”.

A opinião do parceiro sobre o uso do condom feminino mostrou antes de tudo a falta de um esclarecimento maior sobre este novo método. Isto porque dez (62,5%) entre dezesseis parceiros não gostaram da experiência, mostrando, porém comportamentos diferenciados, desde a recusa em usar, passando pela preocupação em estarem usando corretamente, as sensações tidas, o desconhecimento do corpo da mulher, o que levou até um deles a ter pesadelo!

*“Meu marido não gostou e falou: ‘pelo amor de Deus, tira isso que é horrível’ !”. Girassol*

*“Ele não gostou, achou incômodo. Ele ficava preocupado, ‘ai vai sair’, ou por entrar dentro de mim de uma vez, ou sair e respingar o esperma”. Hortência*

*“Ele achou muito feia. Até sonhar com a camisinha feminina ele sonhou, teve pesadelo, ele achou muito estranho...aquela argola, a camisinha masculina é muito mais perto do real”. Anaís*

Seis (37,5%) que gostaram da experiência, embora as respostas sejam diferentes entre si, apontam para um entrosamento maior entre os parceiros. As respostas mostram desde a limitação de posições imposta por este novo método, preferência pelo condom masculino ao entusiasmo total pelo condom feminino.

*“Só o que atrapalhou foi que o sexo não pode ser “tempestade”, tem que ser mais “calmo”... a camisinha feminina não se adapta a variações de posições, o que é uma pena”. Jasmim*

*“Normal, mas ele prefere a masculina porque acha mais fácil colocar e permite variar as posições”. Verbena*

*“Ele adorou! Ele achou que é melhor que a masculina, que aperta ou sai. Ele achou muito gostoso, só o formato que ele achou meio engraçado. Perguntou se o aro não machucava, ele gostou mesmo!”. Cravo*

Quanto a questão se o condom interferiu no ato sexual os seis (37,5%) que disseram ter gostado da experiência, as declarações foram desde a limitação de posições, a terem orgasmos e acharem ser uma experiência diferente e até engraçada!

*“Em termos carnal e espiritual não teve diferença... Não achou incômodo, o único problema é que não dá para subir nas paredes. Mas se fosse para optar ele preferiria a camisinha masculina”. Jasmim*

*“Não interferiu, foi uma coisa nova, saiu da rotina, ele achou engraçado, ele disse: ‘caramba... tudo isso’ !” Palma*

*“Não atrapalhou, teve hora que parecia que ia sair, mas fora isso não atrapalhou. Foi divertido, foi uma experiência diferente, foi engraçado”.*

*Florice*

Quanto aos outros dez (62,5%) parceiros que não gostaram da camisinha feminina, cabe destacar que uma entrevistada, apesar de seu parceiro ter “achado ruim”, declarou que a “a camisinha feminina interferiu mais ou menos, porque não dá para ficar a vontade, que ela sai em outra posição. Só pode uma posição, a tradicional, mas não machucou, nem nada!” Crisântemo.

Com relação a esta resposta fica a dúvida, se o parceiro não gostou do método em si, ou se a limitação quanto a posições leva a não aceitação do condom feminino.

Os nove restantes dividem-se entre quebra do clima, preocupação quanto ao uso correto do método – relacionado à ansiedade dita no início, e a total recusa em usar o condom feminino.

*“Atrapalhou um pouco, porque até colocar demora, ele fica olhando e quebra tudo o que já tinha começado”. Narciso*

*“Usei as duas camisinhas femininas porque estava sem o DIU e decidimos então usar. Mas não fomos até os finalmentes. Ele ficava mais preocupado, não se sentia a vontade”. Hortência*

*“Sim, porque senti dor, tive dificuldade na hora de colocar”. Gerbera*

A última questão refere-se ao interesse em continuar a usar o condom feminino, onde seis (37,5%) das entrevistadas disseram que sim e dez (62,5%) delas que não. Entre essas últimas, as opiniões se dividem em preferir o condom masculino, ou porque é um método incômodo.

*“Não, com certeza. É incômodo, não gostamos”. Girassol*

*“Não usaria mais não. Eu já usei muitos métodos, mas esse não gostei. A camisinha do homem é mais perfeita, ela adere melhor, não tem comparação. Meu marido prefere ele usar camisinha”. Hortência*

Os motivos que levariam as entrevistadas a usarem o condom feminino, foram os seguintes: um método alternativo em relação ao método usado; a aceitação plena do método, e para evitar a gravidez.

*“Sim, porque quando ele não quiser usar a camisinha masculina, poderá optar pela camisinha feminina”. Verbena*

*“Sim, porque no começo a gente acha estanho, mas se usar mais se adapta e passa a ser natural. É como a camisinha masculina, tem gente que estranha, mas a gente não, usa normalmente. Como eu não quero engravidar eu tomo pílula, uso camisinha, faço tudo para não acontecer”. Palma*

*“Ele gostou tanto que fomos procurar a camisinha feminina. Fomos em sete farmácias e não encontramos”. Cravo*

Como dito anteriormente, o que pode ter interferido na aceitação do condom feminino foi o não esclarecimento maior sobre este método. Para tal finalidade, sugerimos incluir o parceiro na discussão do método, esclarecer dúvidas de modo a completar o entendimento no seu uso a ambos os parceiros.

Fica evidente, também, o desconhecimento do corpo, dos órgãos genitais femininos e até um certo pudor em se tocar e advindo daí, a dificuldade de muitas em inserir o

condom feminino ou mesmo sentir dor no ato sexual. Com relação aos parceiros tal fato fica ainda mais evidente, ao se espantarem com o tamanho da camisinha feminina, uma visão “fantasmagórica” que até levou um dos parceiros a ter pesadelos com a “coisa”! Caberia perguntar o que se passa no imaginário masculino, ao fantasiar sobre os órgãos internos da mulher, o útero, o tamanho do canal vaginal, observado através das palavras expressadas, ainda que indiretamente pela fala de suas parceiras.

Apesar de todas as restrições quanto à estética do método, a curiosidade e a ansiedade em se fazer parte de uma nova experiência, o projeto piloto mostrou que as adolescentes se dispuseram a fazer parte desta pesquisa.

Elas mostram com isso que estão abertas a novos conhecimentos, novos experimentos, que poderão dar certo ou não. Não se pode esquecer, também, o alto custo deste método, que restringe atualmente o seu acesso, sobretudo aos adolescentes. As entrevistadas e seus parceiros, que gostaram do condom feminino, apontaram a possibilidade de se pensar na camisinha feminina como método para adolescentes.

A adolescência é uma fase de crescimento, de novas experiências, questionamentos e desafios e superar tabus. Cabe, então, dar-lhes oportunidades, acesso a informação de forma clara e a opção pela escolha do método preventivo, entre eles a camisinha feminina.

## **Discussão**

O desafio que se tem é como tornar cada vez mais acessíveis informações básicas sobre métodos anticoncepcionais, quando se sabe que as adolescentes ainda não são plenamente vistas como seres sexuados e tampouco livres da repressão social. Um dos aspectos que tem chamado a atenção de diversos estudiosos é a precocidade cada vez maior no início da vida sexual das adolescentes, na última década. Esta constatação torna-se evidente no aumento da incidência de gestações precoces e suas implicações, tanto no plano individual da mãe adolescente, quanto no social e familiar.

“O adolescente é produto de um aprendizado socialmente condicionado através da cultura, sobre uma base biológica, e submetido às restrições surgidas dos demais aspectos sociais, como a economia local. (...) Ao menos nos países ocidentais ou ocidentalizados, os valores e condutas dos adolescentes nem sempre são gerados a partir do segmento social adolescente. Parte deles ao menos se criam no segmento adulto. Os valores introjectados

desde a televisão e outros meios de comunicação de massas, por exemplo, são projetados a partir do mundo de interesses de adultos da sociedade, que em geral são políticos ou econômicos” (ROJAS, 1995).

*Nas palavras de KRAMAROSKY D. e IGLESIAS D. “As adolescentes revelam uma incrível ignorância e desinformação sobre seu verdadeiro e próprio potencial de fertilidade e de quase tudo o que seja relacionado com sua sexualidade. Não sabem quase nada sobre seus períodos férteis ou de ovulação e pouco sabem ou têm conceitos errôneos sobre anticoncepção. Portanto, ignorância, desorientação e confusão sobre sexualidade as levam a ter vida sexual ativa e a engravidar sem desejar”.*

A sexualidade, bem como o seu exercício, porém, é regada socialmente sob princípios de diferentes meios culturais, de forma que, quando os indivíduos entram na adolescência, já trazem introjetados valores e normas de comportamento sexual, de acordo com seu meio de origem.

Não é preciso muito esforço para se perceber as diferenças sociais entre homens e mulheres, que se traduzem em caracterizações do comportamento masculino e do feminino, estabelecendo, também, as relações entre gêneros. Segundo SAFFIOTI (1987), "a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que 'pode' operar a mulher da mesma forma como escolhe os terrenos em que 'pode' atuar o homem”.

Por sua vez, as análises quantitativas e as qualitativas são fundamentais para subsidiar políticas e programas governamentais que visem suprir deficiências na sua população jovem, tanto em diretrizes mais amplas como em programas específicos, segundo a necessidade de cada grupo etário.

O silêncio que ainda recobre a sexualidade abriga-se até em discussões infundáveis de “como”, “a partir de “quando” e “por quem” deverão ser dados orientação e esclarecimentos para que o intercuro sexual na adolescência não gere conseqüências destrutivas para a vivência juvenil.

O que estas referências mostram, cada qual em suas especificidade, a urgência cada vez maior de programas educacionais e de saúde pública a fim de que os adolescentes possam exercer a sexualidade sem maiores riscos. Um dos exemplos de programa que,

além de ser um dos pioneiros no Brasil e reconhecido internacionalmente pelas suas propostas e dinâmica de atendimento, é o Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente no Estado de São Paulo, cujo AGAHC é um dos centros de referência e onde o presente estudo foi desenvolvido. Explicação mais completa sobre o Programa encontra-se em TAKIUTI (1991).

As contribuições dadas pelo projeto piloto foram: a inserção do condom feminino discussões sobre métodos anticoncepcionais no AGAHC; a avaliação da aceitabilidade deste método pelas entrevistadas e, de aprimorar futuros projetos de pesquisas. Outrossim, se ainda se tem carências de programas visando a saúde reprodutiva e, sobretudo, de prevenção da incidência da gravidez e DSTs/HIV entre adolescentes, as discussões sobre “como”, por quem “ou a partir de quando”, há muito está superada. O que o projeto piloto mostrou é a urgência da inserção de ambos os sexos em grupos de informação sobre métodos, para uma reflexão mais profícua sobre a relação entre gêneros e saúde reprodutiva. Somente assim se tornará possível apontar novos caminhos para as gerações futuras.

## **Conclusões**

O projeto piloto mostrou o interesse das adolescentes em conhecer o condom feminino, havendo apenas duas recusas e três não retornos, das vinte e cinco pacientes selecionadas.

O fato de quatro parceiros se recusarem a experimentar e dez casais declararem que não gostaram de usar este método, evidenciou a necessidade de inserir o parceiro para esclarecimento e avaliação mais completa sobre o condom feminino e não somente a mulher.

Com a participação de ambos os parceiros em pesquisas futuras, a explicação sobre a camisinha feminina poderá ser um facilitador no conhecimento do corpo feminino.

Os resultados evidenciaram também, a possibilidade da utilização da camisinha feminina, que como método de barreira não condicionado ao desejo do homem, é um importante indicador de auto – estima da mulher adolescente.

A reivindicação manifestada pelas entrevistadas é de modificar a estética do condom feminino, para permitir melhor comodidade no uso e variações no ato sexual, através de um modelo de fixação mais seguro.

...

## **Bibliografia**

BUNIS, D. “Planejando o planejamento familiar”. Rev. Da Organon sobre Mulher e Saúde – ORGYN. Nº 4, 1998, pp.12-14.

ICPD Programme of Action. International Conference on Population and Development, Cairo, sept, 1994.

KRAMAROSKY D., C. e IGLESIAS D., J. Anticocepción en la adolescencia. Revista Chilena de Obstetrícia y Ginecologia, 53(1), 1988. pp. 375 – 391.

LEOCÁDIO, E.; SCHIRMER, J.; VIOLA, R. ; DÍAZ, J. ; GALVÃO, L. “O Condom Feminino: Um Grupo de Consulta para o seu Uso no Brasil “ – Relatório Final. Rev. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEMINA. Jul, 1998, v. 26 (6). pp.521-524.

MELO, A. V. “Gravidez na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil”. X Encontro Nacional de Estudos Populacionais – Abep. Anais... Belo Horizonte, Imprensa Universitária da UFMG, 1996.

MELO, A. V. e YAZAKI, L.M. “O despertar do desejo”. In: FUNDAÇÃO SEADE, 20 Anos no Ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo, Seade, 1998. pp. 119 – 125.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. El embarazo y el aborto en la adolescencia: informe de reunión de la OMS. Genebra, OMS, 1975. 28 p. (Serie de Informes Tecnicos 583).

PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH – PATH. “El Condón Femenino: para Hombres y Mujeres”. Rev. Outlook, v. 15 (4), abr. 1998. pp .4 – 6.

ROJAS, D. S. Adolescencia, cultura y salud. In: MADDALENO, M. e. al. (coods.). La salud del adolescente y del joven. Washington D.C., OPS/OMS, 1995. (Publicación Científica; 552). p. 19.

SAFFIOTI, H. I. B. O poder do macho. São Paulo, Moderna, 1987. p.8.

TAKIUTI, A . D. Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente: uma proposta de trabalho. In: MAAKAROUN, M. F. et. Al. (orgs). Tratado de Adolescência: Um Estudo Multidisciplinar. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991. pp. 31 – 47.

TAKIUTI, A. D. “A saúde da mulher adolescente”. In: MADEIRA, F.R. (org.). Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1997.

...