

Camisinha não será mais prova contra prostitutas em NY

(Folha de S.Paulo, 01/06/2014) O prefeito de Nova York, o democrata Bill de Blasio, anunciou que a polícia da cidade vai interromper ou ao menos reduzir drasticamente a apreensão de preservativos em posse de mulheres para caracterizar a prática de prostituição.

Pela legislação do Estado de Nova York, a oferta de sexo mediante pagamento é uma contravenção legal, que pode ser punida com até três meses de prisão e multa de US\$ 500 (cerca de R\$ 1.100).

A apreensão de camisinhas por policiais é procedimento adotado oficialmente há anos, com o intuito de reunir “provas” contra suspeitos.

Essa política era contestada não só por advogados e organizações de defesa dos direitos das mulheres, mas por autoridades da área de saúde, uma vez que inibia o uso de preservativos num grupo mais exposto ao risco de contrair e difundir doenças sexualmente transmissíveis.

Em 2012, a ONG Human Rights Watch divulgou um relatório sobre o efeito dessas apreensões em Nova York, Los Angeles, San Francisco e Washington. Mulheres diziam-se perseguidas -e uma prostituta declarou que para evitar as abordagens policiais usava sacos plásticos como meio de proteção.

Alguns promotores, nos últimos anos, já se recusavam a aceitar a apreensão de preservativos como evidência de prostituição.

Sonia Ossorio, presidente da ONG Organização Nacional para as Mulheres, elogiou a decisão da Prefeitura de Nova York, afirmando que ninguém pode ser ameaçado em seu direito de proteger a saúde. Em entrevista coletiva, Blasio disse que “uma política que dificulta a prática de sexo seguro é um erro”.

As apreensões, porém, vão continuar em casos considerados mais graves pela lei, como promoção e exploração organizada do comércio de sexo. Para

William Bratton, chefe do Departamento de Polícia, a decisão é “equilibrada”, já que não impedirá policiais de se concentrarem no que seria mais importante –o combate às grandes redes e ao tráfico de mulheres.

Nos EUA, a prostituição é regulada por leis estaduais –e só em Nevada é considerada legal. O veto, contudo, contrasta com a disseminação da prática. Embora mais contido nas ruas, o sexo pago é amplamente difundido na internet ou por meio de agências, que usam sites ou linhas telefônicas para atender aos interessados.

Acesse o PDF: [Camisinha não será mais prova contra prostitutas em NY](#)

Gestantes com HIV fazem curso no HDT

(O Hoje/GO, 29/05/2014) O Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/IIAA) promove hoje a primeira edição do Curso para Gestantes Portadoras do Vírus HIV/aids de 2014. Realizado semestralmente há 11 anos, o evento é uma das ações do Programa Prevenir para a Vida, desenvolvida no hospital para orientar as gestantes soropositivas. O objetivo maior é evitar a transmissão vertical do HIV, situação em que a criança é infectada pelo vírus da aids durante a gestação, parto ou por meio da amamentação. Ao todo, 191 gestantes foram atendidas em 20 cursos já realizados.

Uma situação preocupante vivida pela mulher com HIV/aids é a gestação devido à possibilidade de infecção ao bebê. A possibilidade de Transmissão Materno-Fetal (TMF) do vírus é maior quando não são realizadas intervenções de prevenção. De acordo com dados publicados em 2007 pelo

Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis, do Ministério da Saúde, cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição ao aleitamento materno. A equipe do Setor de Adesão acompanha a mulher durante a gestação, após o parto e também a criança até os 18 meses de vida.

No curso, uma equipe multidisciplinar ministrara às gestantes todos os cuidados que devem ser dispensados ao recém-nascido.

Planejamento familiar, profilaxia da transmissão vertical e alimentação serão alguns dos temas abordados.

O trabalho conjunto tem contribuído para a redução destes quadros. Goiás tem sido referência no controle do HIV/aids no país com a diminuição de casos. (*Ascom*)

Acesse o PDF: [Gestantes com HIV fazem curso no HDT](#)

Aiatolá ordena aumento populacional no Irã

(O Globo, 27/05/2014) O aiatolá Ali Khamenei, Supremo Líder do Irã, pregou um aumento populacional no país, em um edital que deve restringir o acesso das mulheres iranianas a métodos contraceptivos, que podem trazer revezes aos direitos das mulheres e à saúde pública na república islâmica.

Em seu decreto de 14 itens, Khamenei afirma que o aumento da população iraniana — que atualmente ultrapassa os 76 milhões — “fortaleceria a

identidade nacional”, e combateria “aspectos indesejáveis dos estilos de vida ocidentais”.



Ali Khamenei discursa sob imagem de seu antecessor, o aiatolá Khomeini. Supremo Líder do Irã quer aumentar a população do país. Especialistas temem que medida gere riscos à saúde pública e diminuições nos direitos das mulheres Uncredited / AP

“Considerando a importância do tamanho da população na soberania e no progresso econômico, medidas firmes, rápidas e eficientes devem ser adotadas para reverter o declínio populacional dos últimos anos”, afirmou o líder islâmico no edital publicado em sua página na internet.

A ordem de Khamenei — que deve ser aplicada pelos três poderes do governo — substitui o lema “Menos filhos, vida melhor” adotado no fim dos anos 1980 quando anticoncepcionais foram disponibilizados no país.

Desde então, o crescimento demográfico no país caiu de 3,2% em 1986 para 1,22% em 2014, de acordo com o World Factbook, publicação anual da CIA. Na atual taxa de crescimento demográfico, a idade média da população iraniana deve aumentar de 28 anos, em 2013, para 40, em 2030.

Mas muitos iranianos estão preocupados com a nova política do aiatolá. Reformistas temem que a “campanha da fertilidade” possa trazer prejuízos aos direitos das mulheres, que representam 60% dos alunos universitários iranianos, mas apenas 12,4% da força de trabalho do país, de acordo com o Centro Estatístico do Irã. Há também, o medo com relação à saúde sexual.

— Para combater a Aids, nosso único caminho é distribuir preservativos e ensinar as pessoas a usá-los — afirmou o Dr. Minoo Moharez, chefe do Centro de Pesquisas de Aids na Universidade de Teerã. — Se, por conta de novas políticas do governo, a distribuição de preservativos for limitada, o aumento de soropositivos do país será agravado.

Farzaneh Roudi, do Population Reference Bureau, uma usina de ideias de Washington afirma que Teerã poderia empregar mais mulheres se a

preocupação é o envelhecimento da força de trabalho.

— É difícil imaginar que as pessoas começarão a ter mais filhos simplesmente porque essa é a vontade de Khamenei — afirmou Roudi.

Acesse o PDF: [Aiatolá ordena aumento populacional no Irã](#)

Verme é ligado a crescimento da Aids

(Folha de S.Paulo, 27/05/2014) Em todo o mundo, uma ampla maioria das vítimas da Aids é de homens. Mas a África há muito tempo tem sido a gritante exceção: quase 60% são mulheres. E, embora haja muitas teorias para isso, ninguém conseguiu provar nenhuma.

Numa clínica nesta zona rural da Província de KwaZulu/Natal, na África do Sul, infectologistas noruegueses acreditam ter encontrado uma nova explicação. Se for correta, uma solução de baixo custo pode prevenir milhares de contaminações por ano.

A equipe acredita que as africanas sejam mais vulneráveis ao HIV devido a uma doença parasitária crônica e não diagnosticada: a esquistossomose genital.

A doença é provocada por vermes parasitas que habitam rios infestados. Ela se caracteriza por feridas no canal vaginal, as quais podem facilitar a entrada do HIV, o vírus que provoca a Aids.

A médica Eyrun Kjetland, que lidera a equipe, diz que a doença é mais

comum do que a sífilis ou o herpes, que também podem abrir caminho para o HIV.

Além disso, os ovos e vermes nas feridas atraem células CD4, o tipo atacado pelo vírus da Aids.

Os vermes podem ser eliminados com uma droga que custa US\$ 0,08 (R\$ 0,18) por comprimido. A equipe de Kjetland tenta determinar se o medicamento irá curar as feridas em mulheres jovens.

Alguns especialistas em Aids questionam a teoria da esquistossomose, observando que mulheres criadas longe de águas infestadas também morrem de Aids.

Mas os defensores da teoria argumentam que, há 20 anos, muitos eram céticos em relação à ideia de que a circuncisão protegia os homens contra o HIV. Até que em 2006 testes clínicos provaram que a tese estava correta.

A esquistossomose “é, possivelmente, o cofator mais importante na epidemia de Aids na África”, disse Peter Hotez, da Escola Nacional de Medicina Tropical, ligada à Faculdade de Medicina Baylor, em Houston (Texas). “É uma questão da saúde feminina.”

Líderes das duas agências que financiam a luta global contra a Aids querem mais provas antes de mudarem suas campanhas atuais, voltadas para preservativos, medicamentos e circuncisão.

“Precisamos rastrear todas essas coisas e ver o que é uma causa e o que é apenas ter outra doença ao mesmo tempo, como câncer do colo do útero”, disse Mark Dybul, do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária.

O médico Eric Goosby, que foi coordenador do Plano Emergencial do Presidente dos EUA para o Alívio à Aids (Pepfar, na sigla em inglês), concorda que feridas vaginais podem contribuir para a entrada do vírus.

Mas disse que “muitas mulheres que têm o HIV não têm esquistossomose, e vice-versa”.

Estima-se que 200 milhões de africanos já tiveram esquistossomose. Embora raramente seja fatal, em crianças o sangramento pode levar a anemia, atrofia e problemas de aprendizagem.

A doença é causada por minúsculos vermes que emergem com cabeças pontiagudas, capazes de penetrar na pele de pessoas que apanham água ou lavam roupas.

Uma vez dentro do organismo, os vermes se acasalam. Muitos se aninham no trato urinário -urina com sangue é o sintoma clássico-, mas alguns vão parar na vagina, criando “retalhos arenosos” de tecido danificado e ovos calcificados dos vermes.

Estudos já mostraram que mulheres com esses “retalhos” têm o triplo de probabilidade de serem contaminadas do que as demais.

Salim Abdool Karim, pesquisador sul-africano da Aids, está cético. Sua equipe acompanha mais de mil mulheres numa área a 65 km de Otimati, com incidência de HIV igualmente elevada.

“Estudamos detalhadamente os tratos genitais há 20 anos, fotografando-os sequencialmente”, disse ele, “e não vemos retalhos arenosos”. Ao ouvir isso, Kjetland disse que “eles não estão procurando nos lugares certos”.

Lutar contra a esquistossomose na África exigiria um amplo esforço para a distribuição de comprimidos. De acordo com Peter Hotez, a doença poderia ser erradicada a um custo de US\$ 22,4 milhões (R\$ 49,5 milhões) por ano.

Em “A solução de US\$ 0,32 para o HIV”, ele defende a entrega de quatro comprimidos de vermífugo para 70 milhões de crianças todos os anos. O valor é bem menor que a estimativa de US\$ 38 bilhões (R\$ 84 bilhões) em gastos da Pefar neste ano.

Acesse o PDF: [Verme é ligado a crescimento da Aids](#)

Cursos de medicina no Brasil falam pouco sobre orientação sexual

(Veja, 23/05/2014) A maioria dos professores das faculdades de medicina brasileiras aborda temas relacionados à sexualidade em algum momento do curso. Eles, no entanto, destacam principalmente os aspectos biológicos e orgânicos, como as doenças sexualmente transmissíveis. Apenas uma pequena parte inclui assuntos como homossexualidade, violência sexual e homofobia nas disciplinas.

Essa é a constatação de uma pesquisa feita na Universidade Estadual do Piauí (Uespi) e pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e publicada na edição deste mês da revista científica *The Journal of Sexual Medicine*. O estudo mostra que apenas 15% dos professores de medicina do país falam sobre homofobia em algum momento do curso, enquanto 88%% abordam o impacto das doenças e hábitos sexuais na vida dos pacientes.

Os autores do trabalho submeteram um questionário a 207 docentes de 110 faculdades de medicina ao redor do Brasil. A maioria dos entrevistados ministrava aulas de ginecologia, urologia, psiquiatria e psicologia médica, que são as principais disciplinas que abordam a sexualidade nas universidades.



Orientação sexual: Professores de faculdades médicas pouco abordam homossexualidade ou bissexualidade em suas aulas (Thinkstock)

Dos entrevistados, 93,5% afirmaram tratar de sexualidade em suas aulas em algum momento do curso — principalmente no terceiro e quarto anos e em disciplinas clínicas, como ginecologia ou urologia. Por outro lado, apenas 3%

ministram uma disciplina específica sobre sexualidade.

Assuntos

Quando questionados sobre quais temas relacionados à sexualidade incluíam em suas aulas, os professores disseram abordar principalmente aspectos biológicos. A maioria tratou do impacto de doenças na vida do paciente (88%); mecanismos do corpo envolvidos na relação sexual (78%); disfunção sexual (76%); e doenças sexualmente transmissíveis e aids (66%). A minoria trata de homofobia (15%); bissexualidade (36%); homossexualidade (47%) e violência sexual (47%).

“Encontramos um número alto de professores que falam sobre sexualidade em suas aulas. Isso foi uma surpresa para mim. Eu imaginava que o assunto fosse menos abordado”, disse ao site VEJA a coordenadora do estudo, Andrea Rufino, professora de ginecologia e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher da Uespi. “Mas o olhar dos professores para a sexualidade ainda é muito biológico e pouco voltado para aspectos culturais e sociais do tema.”

Diálogo

Segundo Andrea Rufino, não abordar esses aspectos da sexualidade nos cursos de medicina pode ter uma série de impactos negativos. “Os alunos saem da faculdade despreparados para conversar com seus pacientes e se sentem constrangidos em perguntar sobre a vida sexual deles. Os cursos de medicina devem ensiná-los desde o início a abordar o tema de uma forma tranquila e acolhedora”, afirma.

Muitas vezes, a orientação sexual do paciente ou o fato de ele já ter sido vítima de violência sexual ou homofobia podem ser determinantes na hora de um médico aconselhar um tratamento, indicar uma abordagem para prevenção de doenças ou solicitar determinados exames. “Por exemplo, a forma de conduzir um exame ginecológico pode ser diferente entre uma paciente que mantém relações sexuais com outra mulher em comparação a mulheres que se relacionam com homens ou que já tiveram filhos”, diz Andrea.

“O médico precisa considerar a possibilidade de o paciente não ser heterossexual. Se o médico não pergunta ou não deixa o indivíduo à vontade, o paciente acaba não falando sobre sua orientação sexual.”

Atendimento

Outra situação em que a sexualidade deve ser abordada no consultório médico é quando o profissional recomenda o uso da pílula anticoncepcional. “Poucos professores ensinam a seus alunos sobre o significado cultural da pílula. Eles devem dizer que o método representa um direito reprodutivo e sexual da mulher, que a deixa livre para decidir quando quer engravidar”, diz. “Muitas jovens têm medo de usar anticoncepcional ou possuem tabus em relação à pílula.”

Segundo a pesquisadora, sociedades médicas internacionais recomendam que a sexualidade seja abordada durante todo o curso de medicina e por disciplinas variadas, que devem comunicar-se entre si. “É preciso falar de todos os aspectos da sexualidade, desde a sexualidade em crianças e adolescentes até a orientação sexual dos pacientes. Isso diminuiria o preconceito e melhoraria o acesso de grupos minoritários, como os homossexuais, a um atendimento médico adequado”, diz.

CONHEÇA A PESQUISA

Título original: Sexuality Education in Brazilian Medical Schools

Onde foi divulgada: periódico The Journal of Sexual Medicine

Quem fez: Andrea Cronemberger Rufino, Alberto Madeiro e Manoel João Batista Castello Girão

Instituição: Universidade Estadual do Piauí e Universidade Federal de São Paulo

Resultado: Em aulas sobre temas ligados à sexualidade, professores das faculdades de medicina brasileira abordam mais aspectos biológicos e orgânicos. Poucos tratam do viés cultural e social do tema.

Acesse o site de origem: [Cursos de medicina no Brasil falam pouco sobre](#)

Ministro da Saúde mostra a experiência do Brasil no combate à transmissão vertical do HIV/aids, em Genebra

(Agência AIDS, 19/05/2014) Em Genebra para participar da Assembleia Mundial da Saúde, o ministro Arthur Chioro apresentou um painel no encontro da Unitaïd, organização internacional que tem como objetivo aumentar o acesso da população aos medicamentos para HIV/aids, tuberculose e malária. Ele falou da experiência brasileira no combate ao HIV/aids em crianças. “No Brasil, temos observado uma importante queda da transmissão vertical nos últimos anos. Em dez anos, houve uma redução de 56% dos casos de aids em menores de 5 anos. De 1.083 casos, em 2002, para 485 em 2012”, disse.

Nesse domingo (18), o ministro da Saúde se reuniu com a diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, antes da abertura da Assembleia Mundial da Saúde, iniciada nessa segunda-feira (19). No encontro, que visou fortalecer a parceria entre a OMS e o Brasil, Chioro agradeceu o apoio da Organização ao Programa Mais Médicos, por meio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

“Graças à parceria com a OMS, conseguimos fixar 14 mil médicos em regiões que não contavam com a atenção básica e, hoje, 49 milhões de brasileiros

passaram a ter acesso à assistência médica”, disse o ministro à diretora da OMS.

Chioro também reafirmou o compromisso do Brasil com as ações voluntárias da OMS e se colocou à disposição para contribuir com questões já superadas graças às políticas de saúde adotadas pelo Brasil.

“Temos uma importante experiência na erradicação da poliomielite e podemos ajudar na luta contra essa doença no mundo”, afirmou.

Margaret Chan destacou a importância do Brasil e dos demais países do grupo conhecido como BRICS, que reúne, além do Brasil, a Rússia, a Índia, a China e a África do Sul. “Os Brics ainda vão mudar muita coisa na saúde do mundo” enfatizou Chan. Ela também fez elogios às parcerias firmadas entre Brasil e OMS e assegurou que o país pode continuar contando com o apoio da Organização.

Fonte: Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais

Acesse o site de origem: [Ministro da Saúde mostra a experiência do Brasil no combate à transmissão vertical do HIV/aids, em Genebra](#)

Quando o preconceito pode matar, por Luiz Antônio Teixeira

Jr.

(O Globo, 04/04/2014) A vacinação nacional contra o HPV, o vírus transmitido sexualmente que é o principal causador do câncer de colo de útero, teve início em 10 de março para todas as meninas entre 11 e 13 anos de idade, com o objetivo de imunizar 80% deste público-alvo em todo o país. A campanha, no entanto, vem enfrentando resistências, principalmente por parte de religiosos e dos pais que temem estar de alguma forma estimulando a iniciação sexual precoce de suas filhas.

É compreensível que pais e mães tenham uma preocupação a respeito de uma vacina que age como profilaxia a uma doença grave que pode ser causada por transmissão sexual, já que este assunto é permeado por tabus e dogmas. Mas é importante ressaltar o caráter preventivo e de longo prazo desta vacina, que vai imunizar as meninas para que, até a vida adulta, elas estejam protegidas contra esta que é uma das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns em todo o planeta.

Para se ter uma ideia, o câncer de colo de útero, que tem como principal causa a infecção pelo HPV, é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres brasileiras, e causa nada menos que 270 mil mortes por ano em todo o mundo. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer estima o surgimento de 15 mil novos casos, e cerca de 4.800 óbitos em 2014. A imunização é uma proteção para toda a vida, para evitar que milhares de mulheres morram por causa de uma doença que pode ser prevenida.

Por isso, mais de 50 países já adotaram com sucesso a vacinação, sempre começando em faixas etárias que ainda não iniciaram sua vida sexual, por esta ser também uma idade em que se consegue obter a melhor resposta imunológica para a vacina. A metodologia adotada pelo Brasil segue o modelo recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde, e visa ao médio e ao longo prazos, imunizando as meninas hoje para que as mulheres do futuro não corram o risco de desenvolver esta doença. É importante destacar também a segurança da vacina, que já teve 134 milhões de doses distribuídas desde 2006 em todo o mundo, sem ter causado as reações adversas que vêm sendo falsamente noticiadas na internet.

Esta vacinação é uma conquista importante, que disponibiliza para a população uma arma contra esta doença — até então disponível apenas para quem pagasse caro por ela (cada uma das três doses necessárias custava R\$ 400 em clínicas privadas). É mais um instrumento que, aliado a exames regulares e visitas ao médico, vai evitar a morte de milhares de mulheres todos os anos. A desinformação e o preconceito, neste caso, podem matar.

Acesse o PDF: [Quando o preconceito pode matar, por Luiz Antônio Teixeira Jr.](#)

‘Como carregar o filho de um monstro?’, diz mulher estuprada

(Terra, 02/04/2014) Como eu poderia carregar o filho de um monstro?”. Maria*, 36 anos, foi estuprada por dois homens quando voltava do trabalho, por volta das 23h, já próximo à sua casa. Ela engravidou durante o ato de violência, o que intensificou o trauma. Em meio ao turbilhão de sentimentos ruins que vivenciou por ter sido obrigada a fazer sexo com desconhecidos, não houve espaço para amor ou instinto maternal: “eu não aceitei”, disse, em entrevista ao Terra, horas depois de interromper a gravidez no Hospital Pérola Byington, em São Paulo. O sentimento de violação de direitos impede a criação de um vínculo entre mãe e bebê: “vítimas chegam e falam: ‘quero que tire esse monstro de dentro de mim, estou com o demônio na minha barriga’”, contou o ginecologista Cristiano Fernando Rosas, presidente da Comissão de Violência Sexual da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRAGO).



***MARIA, 36 ANOS, ESTUPRADA DENTRO DE UM CARRO QUANDO VOLTADA DO TRABALHO**

O aborto em casos de estupro é legal e oferecido pelo Sistema Único de Saúde, já que, segundo o coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, Jefferson Drezzet, “a gravidez é uma segunda violência para a mulher”, segundo Jefferson Drezzet, coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola Byington. No entanto, nem sempre as vítimas procuram ajuda médica. Na estimativa informada por Drezzet, apenas 20% dos casos chegam ao conhecimento de alguém do setor da saúde ou segurança. Na trama da novela Em Família, a personagem Neidinha (Jéssica Barbosa) foi violentada por três homens no Rio de Janeiro e engravidou de Alice (Érika Janusa). Ela decidiu prosseguir com a gravidez e criar a filha com amor. No entanto, fora da ficção, ignorar a violência e o sofrimento não é uma decisão tão simplista.

Quando a mulher grávida vítima de estupro procura atendimento médico, ela tem três opções: manter a gestação, interrompê-la ou doar o bebê. “Mesmo que convencidas a manter a criança, existe muita dificuldade para superar o trauma. Já tivemos três casos de infanticídio”, afirmou Drezzet. Uma pesquisa feita pelo hospital Pérola Byington apontou a violação de direitos humanos como o principal motivo para o aborto. A religião não costuma interferir na decisão da maioria. Segundo Drezzet, 90% das mulheres que interrompem a gravidez se dizem religiosas. “E nenhuma se arrepende”, afirma.

“Não suportaria olhar para o meu filho e lembrar tudo. Seria muito ruim para a criança se eu não conseguisse gostar dela”, disse Sabrina, 22 anos, que optou por interromper a gravidez causada pela violência sexual que sofreu no caminho entre o trabalho e a casa onde mora. Na ficção de Manoel Carlos, a mãe de Alice reúne esforços para esconder que a filha foi fruto de um estupro. Nesse ponto, a vida imita a arte. A pesquisa de Drezzet também revelou o temor das vítimas de que a criança venha a saber como foi concebida e os danos emocionais e psiquiátricos que poderiam sofrer por conta disso.

Aborto e o sentimento de culpa

Quando acontece em circunstâncias violentas, é normal a mulher ficar em dúvida entre ter ou não o bebê. *Clarice fez a primeira opção. “Busquei com todas as minhas forças amar a criança. Foi uma luta interna”. Ela foi violentada pelo marido em 1993, engravidou e passou anos calada sobre o assunto. O casal frequentava uma igreja que desaprovava qualquer acusação em relação ao marido. Além da religião, também pesou em sua decisão o medo de se sentir culpada pelo resto da vida. Temor infundado, segundo Drezzet. “Nossa experiência mostra que as mulheres conseguem superar o trauma causado pelo aborto nos primeiros seis meses após o procedimento”.

A religião em si não mostra tanta interferência na decisão, de acordo com Drezzet. “Oitenta por cento das mulheres que interrompemos a gravidez são católicas e evangélicas. Noventa por cento delas têm religião e apenas 10% são agnósticas”, informou o ginecologista e obstetra sobre dados recolhidos no Pérola Byington. “Mas nenhuma se arrependeu por abortar”, acrescentou. É importante avaliar que os números são com base nas mulheres que buscam ajuda médica e que, geralmente, são motivadas pela gravidez indesejada.

Religiosa, Clarice foi violentada pelo marido em 1993, engravidou e passou anos calada sobre o assunto. O casal frequentava uma igreja que desaprovava qualquer acusação em relação ao esposo. Ela decidiu não interromper a gravidez, não apenas pela religião, mas pela culpa que um aborto poderia trazer: “busquei com todas as minhas forças amar a criança. Foi uma luta interna para que o amor prevalecesse”, disse. Drezzet falou sobre a “síndrome do aborto”, um trauma específico e duradouro na mulher,

mesmo que decidida, que interrompe uma gravidez. “Não é verdade, nem é reconhecido pela Sociedade Americana de Psiquiatria. É uma especulação para assustar as pessoas, pois nossa experiência mostra que as mulheres conseguem elaborar a situação, geralmente, nos primeiros seis meses após o procedimento”, argumentou.



***CLARICE, 45 ANOS, ESTUPRADA PELO MARIDO E MÃE DE UM MENINO FRUTO DA VIOLÊNCIA**

Após sofrer violência sexual, a maioria das mulheres, de acordo com os especialistas entrevistados, não procura um hospital ou delegacia especializada. Quando não enfrentam o problema sozinhas, elas preferem que o confidente seja um amigo, parceiro ou membro da família. Sabrina passou dias trancada em casa chorando, até uma amiga preocupada procurá-la. “Medo, angústia, vergonha, perturbações e negação”, estão entre as razões, de acordo com Rosas.

Os hospitais com atendimento a vítimas oferecem coquetel profilático para evitar o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis, vacina contra hepatite e coquetel anti HIV. “Por isso é importante procurar um médico logo após o crime, nas primeiras 72 horas”, aconselhou Rosas.

Até mesmo para a gravidez, os centros de atendimento oferecem a conhecida “pílula do dia seguinte”. Nas primeiras 24 horas, informou Rosas, a eficácia do medicamento é de 95%, 48 horas após o coito é de 80% e até o quinto dia

será de 30%. O aborto legal realizado em casos de estupro é um procedimento com baixo índice de complicações e que exige cerca de um dia de internação. No entanto, quando mais idade gestacional, mais riscos existem. O prazo máximo é de 20 semanas ou quando o feto atinge 500g. O ginecologista ressaltou a importância de também fazer a denúncia de violência sexual em uma delegacia.

Trauma, paranoia e vida sexual

Uma pesquisa recente divulgada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) apontou que a maioria dos brasileiros acha que “Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas”. Segundo o levantamento, 65,1% das pessoas – incluindo homens e mulheres – concordaram com essa informação, enquanto 58,5% apoiaram a ideia de que “Se mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros”. A reação diante dos resultados incentivou a campanha online chamada “Eu não mereço ser estuprada”, que ganhou força na rede social.

Ainda assim, a maioria das mulheres que sofre violência sexual não procura ajuda. E quando elas vão em busca de socorro, preferem que o confidente seja um amigo, parceiro ou alguém da família. “Angústia, vergonha e negação são os principais motivos da reclusão”, diz Rosas. É importante lutar contra esses medos. Os hospitais com atendimento a vítimas oferecem coquetel profilático para evitar o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis, vacina contra hepatite e coquetel anti HIV. “Por isso é fundamental procurar um médico nas primeiras 72 horas após o crime, além de fazer a denúncia de violência sexual em uma delegacia”, aconselha Rosas.



***SONIA, 22 ANOS, FOI ESTUPRADA E PASSOU DIAS TRANCADA EM CASA CHORANDO**

Os centros de atendimento oferecem também o contraceptivo conhecido como “pílula do dia seguinte” nas primeiras 24 horas após o estupro. Nesse período, a eficácia do medicamento é de 95%. Após 48 horas cai para 80% e até o quinto dia chega em 30%. O aborto legal realizado em casos de violência sexual é um procedimento com baixo índice de complicações e exige cerca de um dia de internação. No entanto, quanto mais avançada estiver a gravidez, maiores os riscos. O prazo máximo são 20 semanas ou quando o feto atinge 500g.

Além do tratamento clínico, as mulheres violentadas precisam de apoio psicológico e familiar. A ausência desses cuidados pode piorar os sintomas do trauma, que já incluem perda da qualidade do sono, pesadelos, alterações no apetite, depressão e isolamento social.

**A pedido das entrevistadas suas identidades foram preservadas*

Acesse o site de origem: [‘Como carregar o filho de um monstro?’, diz mulher estuprada](#)

Fabricantes lançam novos modelos de camisinha feminina

(BBC Brasil) A camisinha feminina fracassou quando foi lançada 20 anos atrás, mas nunca desapareceu do mercado e agora uma nova leva de empresas está tentando preencher esse vazio com novos produtos. Será a retomada desse tipo de preservativo?

Há duas décadas, a americana Mary Ann Leeper lembra-se com certo desconforto das piadas feitas sobre o produto. “Eu acreditava demais na camisinha feminina”, diz ela. “Pensava que as mulheres queriam algo com o qual elas pudessem cuidar de si mesmas. Nós éramos ingênuas - e eu me incluo nesse grupo”.

Naquela época, Leeper era presidente da Chartex, a companhia que fabricava a FC1, a primeira geração de camisinhas femininas feitas de poliuretano.

Antes do lançamento do produto, havia uma atmosfera de curiosidade envolvendo o produto, mas aqueles responsáveis por sua divulgação subestimaram a reação dos consumidores americanos e europeus.

Leeper nunca se esqueceu de um artigo negativo publicado na ocasião por uma influente revista feminina dos Estados Unidos.

“O artigo ganhou grandes proporções”, conta ela. “Foi um choque para mim, para dizer a verdade. Por que fazer piada sobre um produto que ajudaria as mulheres a cuidar de sua saúde, que as protegeria de doenças sexualmente transmissíveis e evitaria gravidezes indesejadas?”, questiona.

O formato do FC1, no entanto, não recebeu boa acolhida das mulheres, seu público-alvo. Além disso, eram constantes as críticas de que o preservativo fazia muito barulho durante o sexo.

A sucessora da Chartex, a Female Health Company, pensou em cessar a fabricação do produto, mas, em vez disso, lançou uma campanha para educar consumidores sobre a camisinha feminina.

Então, num dia de 1995, Leeper recebeu um telefonema de uma mulher chamada Daisy, então responsável pelo programa de prevenção a HIV/Aids do Zimbábue.

“Ela disse: Eu tenho uma petição aqui na minha mesa assinada por 30 mil mulheres pedindo para importamos o preservativo feminino”, recorda Leeper.

Era o início de uma série de parcerias que levou a camisinha feminina a diferentes regiões do mundo em desenvolvimento.

A sucessora da FC1, a FC2 - feita de borracha nitrílica - teve maior sucesso no Ocidente.

Atualmente, o produto está disponível em 138 países. As vendas mais do que dobraram desde 2007, e a Female Health Company registrou o primeiro lucro em oito anos.

A vasta maioria das vendas se destina a quatro clientes - a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid, na sigla em inglês), a ONU, o Brasil e a África do Sul.

Tanto organizações humanitárias quanto autoridades de saúde pública sustentam que o preservativo dá maior autonomia à mulher durante a relação sexual.

Vantagens

As camisinhas femininas também têm suas vantagens. Elas podem ser colocadas antes do sexo e não precisam ser removidas imediatamente ao fim da relação.

Para mulheres, esse tipo de preservativo também oferece melhor proteção a doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que a vulva é parcialmente coberta pelo anel externo da camisinha.

A reação dos consumidores também se mostrou mais positiva.

Uma pesquisa feita em 2011 mostrou que 86% das mulheres afirmaram estar interessadas em usar o preservativo novamente e 95% disseram que o recomendariam a suas amigas.

“Muitas pessoas dizem que as camisinhas femininas aumentam o prazer sexual”, diz Saskia Husken, da Programa Conjunto de Acesso Universal à Camisinha Feminina (UAFC, na sigla em inglês).

Para os homens, há relatos de que o produto apertaria menos o pênis. Já para as mulheres, o anel externo - que permanece do lado de fora da vagina - seria estimulante.

Na África, a distribuição gratuita das camisinhas femininas em postos de saúde criou uma tendência de moda inesperada.

Muitas mulheres removeram o anel flexível do preservativo e passaram a usá-lo como pulseira. “Se você está solteira, você usa a pulseira”, brinca Marion Stevens, da Wish Associates.

“Se você estiver, por outro lado, num relacionamento sério, a sua pulseira terá uma aparência mais velha”, acrescenta ela.

Meyiwa Ede, da Sociedade da Saúde da Família na Nigéria, afirma que, enquanto os homens ficam mais empolgados com a possibilidade de fazer sexo sem usar “uma camisinha tradicional”, as mulheres ainda se mostram receosas de usar o produto.

“Elas olham para a camisinha feminina e dizem: Tudo bem, mas eu realmente terei de colocar isso dentro de mim?”, diz ela.

A equipe liderada por Ede usa um manequim para mostrar como a camisinha feminina deve ser colocada. Ela compara a tarefa a usar um novo telefone - no início, parece impossível, mas, com o tempo, a usuária se acostuma.

Nos países desenvolvidos, há, no entanto, um estigma ainda a ser superado.

“Eu acho que o problema começa pela embalagem - as camisinhas femininas

não vem enroladas como as masculinas em pacotes tão pequenos”, diz Mags Beksinka, da Universidade de Witwatersrand na África do Sul. “Na verdade, ambos os preservativos são do mesmo tamanho. Se você medi-los lado a lado, não são tão diferentes entre si”, explica.

Novos modelos



De cima para baixo, em sentido horário: Woman's Condom; Cupido; VA Wow

Beksinska é autora de uma pesquisa recentemente publicada pela revista científica Lancet sobre três modelos de camisinha feminina:

A Woman's Condom já se encontra disponível na China e chegará em breve à África do Sul, fruto de um projeto de 17 anos da ONG Path - especializada em inovação da saúde. Esse preservativo já foi testado em 50 diferentes versões. Fora da embalagem, é menor do que a FC2. Parece um tampão íntimo, com grande parte da camisinha reunida em cápsula de um tipo de polímero arredonda que, em contato com a mucosa vaginal, se dissolve. A partir desse momento, a camisinha se expande e pequenas espumas ajudam a mantê-la no lugar certo para a relação sexual.

Já o “Cupido” está disponível na Índia, África do Sul e Brasil (por meio da distribuidora Prudence). Tem essência de baunilha e vem nas cores transparente e rosa. Trata-se de único modelo, fora a FC2, da Female Health Company, a ter ganhado o aval da Organização Mundial da Saúde (OMS)

para ser vendido para o setor público. Uma versão menor voltada para o mercado asiático já está em fase de testes.

Por fim, a VA Wow, como o Cupido, contém uma esponja que ajuda as usuárias a inserir a camisinha dentro da vagina e evitar que ela escorregue durante o sexo.

O estudo, que mostrou que todos os três tipos não são menos confiáveis do que a FC2, aumentam as chances de que a camisinha feminina ganhe maior aceitação mundial.

Outros formatos radicalmente redesenhados de preservativos femininos deverão chegar aos postos de saúde e às prateleiras das farmácias em breve.

O Air Condom, à venda na Colômbia, vem com uma pequena bolsa de ar para ajudar a colocação na vagina.

A Panty Condom, feita pelo mesmo fabricante colombiano, a Innova Quality, vem embalada junto de uma calcinha que ajuda a manter a camisinha no lugar certo. O produto, no entanto, ainda não possui um distribuidor.

Absorvente íntimo

Enquanto isso, a camisinha feminina conhecida como Origami deve ser lançada no mercado americano daqui a um ano.

Seu inventor, Danny Resnic, que começou a trabalhar no setor depois de contrair HIV por causa de uma camisinha furada em 1993, levou em conta as inúmeras piadas feitas com a FC1 ao desenvolver seu produto.

“Há uma razão para a qual a camisinha feminina parece uma bolsa de plástico - porque ela é, no fim das contas, uma bolsa de plástico”, diz ele.

O seu preservativo, por outro lado, é ovalado, o que, segundo ele, espelha a anatomia do aparelho genital feminino. O produto será vendido como uma cápsula em forma de teta e uma vez inserido no interior da vagina se expande como “o fole de uma sanfona”. O anel externo da camisinha é desenhado para se acomodar sobre os grandes lábios, em vez de permanecer solto como em modelos antigos.



Preservativo feminino da Origami tem formato oval e se adequa à anatomia da vagina

“É um produto íntimo e uma experiência compartilhada por duas pessoas”, diz ele. “As camisinhas femininas têm de ser atrativas tanto para o homem quanto para a mulher”.

A camisinha Origami é feita de silicone, o que, segundo Resnic, permite o seu reuso, uma vez que pode ser lavada em água corrente.

Segundo Husken, da UAFC, para que nova geração das camisinhas femininas obtenha sucesso, é preciso que os casais tenham diferentes alternativas a seu dispor.

“É preciso haver variedade”, diz Husken. “Algumas mulheres preferem um produto e outras outro produto, tal como homens. Nós não somos iguais”, explica ela.

Um estudo publicado em 2010 revela com precisão essa necessidade. Pesquisadores pediram que 170 mulheres sul-africanas testassem três diferentes tipos de camisinhas femininas cinco vezes. Depois de nove semanas, elas podiam interromper a pesquisa ou continuá-la, usando o preservativo feminino de sua preferência. Cerca de 90% delas decidiram seguir em frente e, nesse momento, praticamente todas elas já tinham escolhido a que melhor lhes convinha (44% escolheram a woman’s condom, enquanto 37% optou pela FC2 e o restante, 19%, preferiu a VA Now).

O fato de que 20 anos se passaram e a camisinha feminina não alcançou o

sucesso da masculina - atualmente, corresponde a apenas 0,19% das compras globais de preservativos por governos, além de custar dez vezes mais - não mina a confiança desses empreendedores.

Leeper explica por que ela sabia desde o princípio que o caminho rumo ao sucesso da camisinha feminina ia ser difícil - e longo.

Muitos anos depois do lançamento desastroso da FC1, um executivo da Tampax, que fabrica absorventes internos, veio falar com ela. Nessa conversa, Leeper ouviu de seu colega que as mulheres demoraram anos para aceitar os tampões íntimos como um mecanismo eficiente durante a menstruação.

“Ele me mostrou a curva de aceitação do produto”, lembra Leeper.

“Eu disse então: Não me fale que nós vamos ter de esperar todo esse tempo? Não sei se viverei para ver isso!”.

Acesse o PDF: [Fabricantes lançam novos modelos de camisinha feminina \(BBC Brasil - 08/03/2014\)](#)

[Acesse o site de origem](#)