

# Capitais brasileiras falham na distribuição de métodos contraceptivos nas unidades de atenção básica de saúde

*Método com menor taxa de falha disponível no SUS, o DIU ainda não está em todas as principais cidades; burocracia e falta de informação dificultam acesso*

**(Gênero e Número, 03/10/2019 - acesse no site de origem)**

Um dos argumentos mais recorrentes contra a descriminalização do aborto é a prevenção que, por outro lado, não contempla todos os problemas e consequências de se judicializar os direitos reprodutivos das mulheres. Mas, ainda que a discussão sobre o aborto estivesse centralizada na escolha de um método contraceptivo, a vida das mulheres não seria mais fácil: dados do MUNIC, o perfil dos municípios brasileiros, do IBGE mostram que apenas nove capitais brasileiras oferecem todos os métodos contraceptivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ([Rename](#)), determinada pelo Ministério da Saúde.

Instituído em 2001 e com última atualização em 2018, o Rename tem como função principal ser uma diretriz para que o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta os medicamentos necessários à população. Na área de contracepção constam os seguintes métodos: pílulas anticoncepcionais regulares, pílulas do dia seguinte, anticoncepcionais injetáveis, diafragma, DIU de cobre e preservativos masculino e feminino, em consonância com o artigo primeiro da [lei do planejamento familiar](#) — “O planejamento familiar é direito de todo cidadão”.

Mas Manaus (AM), Brasília (DF), Vitória (ES), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Porto Alegre (RS), Natal (RN), Florianópolis (SC) e Palmas (TO) são as únicas capitais brasileiras que permitem acesso a todos esses métodos ainda nos seus programas de planejamento familiar. O diafragma é o método que mais está em falta; as únicas capitais, além das citadas, que oferecem este insumo são Campo Grande (MS) e Aracaju (SE). A primeira, entretanto, falha ao não ter pílula do dia seguinte, e a segunda, em relação ao DIU de cobre.

Os dados também mostram que Maceió (AL) não distribui o DIU para pacientes. Mas, em nota, a Secretaria Municipal de Saúde informou que o serviço está disponível em sete unidades básicas ou de saúde da família, duas unidades de referência (hospitais) e uma unidade de docência da Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT). Sem detalhar planos, a secretaria também informou que “está capacitando os profissionais de outras unidades para ampliar o serviço à população”.

# ANTICONCEPCIONAIS NAS CAPITAIS DO BRASIL

Apenas nove capitais distribuem todos os principais métodos contraceptivos em programa de planejamento familiar

■ DISTRIBUI    ■ NÃO DISTRIBUI

**CAPITAIS QUE DISTRIBUEM TODOS OS MÉTODOS**

|                            | CAMISINHA MASCULINA | CAMISINHA FEMININA | PÍLULA ANTICONCEPCIONAL | PÍLULA DO DIA SEGUINTE | ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL | DIAFRAGMA | DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) |
|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------------|
| AC / RIO BRANCO            | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| AL / MACEIÓ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| AP / MACAPÁ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>AM / MANAUS</b>         | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| BA / SALVADOR              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| CE / FORTALEZA             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>DF / BRASÍLIA</b>       | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>ES / VITÓRIA</b>        | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| GO / GOIÂNIA               | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MA / SÃO LUÍS              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MT / CUIABÁ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MS / CAMPO GRANDE          | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>MG / BELO HORIZONTE</b> | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PA / BELÉM                 | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PB / JOÃO PESSOA           | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PR / CURITIBA              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PE / RECIFE                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PI / TERESINA              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RJ / RIO DE JANEIRO</b> | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RS / PORTO ALEGRE</b>   | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| RO / PORTO VELHO           | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RN / NATAL</b>          | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| RR / BOA VISTA             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>SC / FLORIANÓPOLIS</b>  | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| SP / SÃO PAULO             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| SE / ARACAJÚ               | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>TO / PALMAS</b>         | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |

FONTE MUNIC - PERFIL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS / IBGE



## DIU como melhor opção

Apesar da camisinha (masculina e feminina) e da pílula anticoncepcional regular estarem disponíveis em todas as capitais brasileiras, a garantia de outros métodos contraceptivos é importante, de acordo com mulheres ouvidas pela **Gênero e Número**. Alergia ao látex da camisinha masculina ou a falta de adaptação à camisinha feminina pode descartar o uso dos métodos de barreira por algumas mulheres; há ainda aquelas que, por medo da carga hormonal, descartam a pílula regular, o que fez do DIU um método bastante difundido entre jovens nos últimos anos.

Fernanda\*\*, 25, usou pílula anticoncepcional por sete anos até descobrir que estava com trombose, decorrente do uso do remédio. Com alergia à camisinha, passou rápido pelo processo de inserção do DIU em um município do Sul do Brasil. Mas quando não há um histórico como o dela, o procedimento é mais difícil, sem necessidade.

O Ministério da Saúde não faz nenhuma restrição ao uso de DIU, nem de idade nem de quantidade de filhos. O dispositivo pode ser inserido “desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção”. Mas essa orientação não é seguida à risca: mulheres também relataram dificuldade para passar pelo procedimento, mesmo com o dispositivo disponível na rede.

## DIU PELA METADE

Nove capitais do Brasil não fornecem e/ou não inserem DIU nos serviços de atenção básica de saúde

● CAPITAIS QUE NÃO INSEREM DIU NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA



FONTE MUNIC - PERFIL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS / IBGE



## Barreiras até o método ideal

Lúcia\*\*, 30, tenta há três anos colocar o dispositivo. Sem filhos e solteira, ela encontra dificuldades na rede municipal do Rio de Janeiro, por empecilhos burocráticos. Ainda que o município distribua todos os métodos, ela conta que percebe uma relutância dos profissionais

do saúde em fazer a inserção. “Eu fiquei dois anos tentando concluir o processo no meu antigo bairro, mas a fila para atendimento com o ginecologista era enorme. Depois, me mudei e não consigo dar entrada no processo, que tem que começar do zero, porque a demanda é muito grande”, afirma.

No Norte do Brasil, em Almeirim (PA), a enfermeira obstétrica Ana Lúcia Maia conta que o DIU entrou de vez no radar municipal há pouco tempo, quando chegou a primeira leva de dispositivos na rede. Antes, as unidades básicas de saúde só podiam fazer o encaminhamento da paciente à Santa Casa de Misericórdia, na capital, único lugar que fazia a inserção. Mesmo com os dispositivos em alta quantidade, suficientes para a população, ela conta que o município ainda esbarra na falta de profissionais aptos a fazer a inserção.

“Ainda é preciso que o estado faça a atualização dos profissionais de enfermagem obstétrica e capacite-os para fazer a inserção. O enfermeiro e o médico só podem fazer após a capacitação. Assim será possível descentralizar, de modo que mulheres da zona rural também possam usar.”

A inserção do DIU por profissionais da enfermagem foi promulgada pelo Ministério da Saúde sob a nota técnica 5/2018. No texto, o ministério afirma que “faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade” a todos que atuem na Atenção Básica, “para o alcance dos objetivos do sistema de saúde”. Para compor os argumentos, a pasta explica que a adesão ao DIU ainda é baixa (1,9%) no Brasil, apesar da alta eficácia.

O método com baixíssimas chances de falha (1%, de acordo com a Organização Mundial da Saúde) motivou Juliana\*\* a optar pelo DIU. Aos 40 anos, ela já fez uso da pílula anticoncepcional mas desistiu, por conta da alta carga de hormônios, utilizando só métodos de barreira (preservativos). Mas, após “acidentes” com camisinhas e da posterior necessidade de usar a pílula do dia seguinte, ela se viu, novamente, utilizando uma carga alta de hormônios. Por isso, busca agora inserir o DIU. O processo, entretanto, já dura há quase dois anos.

Ela relata que é necessário participar de palestras, fazer uma bateria de exames e conseguir que a agenda do ginecologista do sistema público encaixe com o período do ciclo menstrual que ele orienta para fazer o procedimento e até os próprios exames prévios à inserção. Nenhuma dessas recomendações é feita pelo Ministério da Saúde, entretanto. A pasta orienta apenas que as mulheres saibam da existência de outros métodos.

Nas palestras que ouviu, Juliana conta que é comum meninas mais jovens, com cerca de 25 anos, serem desencorajadas. Entretanto, o DIU não é um método irreversível e o próprio Ministério da Saúde afirma que a retirada pode ser feita a qualquer momento, quando a mulher desejar engravidar.

Mas uma preocupação dos profissionais de saúde com o “boom” do DIU entre mulheres jovens é a falta de utilização do método de barreira, já que é o único que previne doenças sexualmente transmissíveis. Ainda assim, a enfermeira Ana Lúcia Maia acredita que a disponibilização do DIU na rede municipal e na atenção básica é fundamental.

“Quando a mulher tem restrição ao uso hormonal, o médico orienta a inserção do DIU. O DIU atua diminuindo a motilidade do espermatozóide, como se enfraquecesse sua cauda, de modo que ele não consegue chegar no óvulo. É importante disponibilizar o DIU na rede pública de saúde, porque algumas mulheres só podem utilizá-lo”, conclui.

*\*Os nomes das personagens são fictícios.*

*Por Lola Ferreira*

---

## **“Preservativo feminino é um direito que precisa ser ampliado”, diz Ivone de Paula**

**(Agência Aids, 05/03/2015)** Embora as vantagens do uso do preservativo feminino sejam evidentes ainda temos inúmeras dificuldades de torná-lo acessível e é importante aproveitar algumas ocasiões, como o Dia Internacional da Mulher, para refletir sobre as possibilidades de ampliar o acesso a essa tecnologia. A justificativa para as dificuldades de abastecer continuamente os serviços públicos como o insumo é o alto custo. Mas isso não pode impedir que profissionais de saúde e as mulheres tenham informações sobre a existência do mesmo.



Ivone de Paula, gerente da Área de Prevenção do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo (Foto: Reprodução)

É direito de toda mulher conhecer a possibilidade da camisinha feminina e ter a opção de optar por ela quando possível, aumentando, dessa forma, o seu poder de decidir pela prevenção.

Ter poder de decisão é fundamental num cenário em que, por problemas culturais e tantos outros, nem sempre é possível ou fácil negociar o uso do preservativo masculino, o que torna as mulheres mais vulneráveis às DSTs/aids. A disponibilização deste insumo é fundamental,

também, para evitar gravidez não planejada. Estudos demonstram que quando existe uma boa adesão e ele é utilizado corretamente, pode conferir uma proteção superior a 95%.

A camisinha feminina tem outras vantagens: é mais eficiente que o preservativo masculino na prevenção de herpes, verrugas e outras DSTs. No caso específico do HPV, causador de câncer de colo de útero, é segura porque recobre a vulva (parte externa da vagina), diminuindo, assim, o contato direto entre os órgãos sexuais do homem e da mulher. Além disso, pode ser colocada até oito horas antes da relação sexual e não precisa ser retirada logo após a ejaculação, ao contrário do que acontece com o preservativo masculino.

A camisinha feminina é confeccionada com material antialérgico, já vem lubrificada e sua espessura fina não prejudica a sensibilidade durante a penetração. Em idosos ou pessoas com dificuldade de ereção também se revela boa alternativa. Durante o período menstrual, também é eficaz ao evitar o contato do homem com o sangue.

Pode ser também uma opção para mulheres cujos parceiros não queiram usar o preservativo masculino. A política de insumos beneficia as mulheres e especialmente mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos, mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis, mulheres com DST e mulheres profissionais do sexo. Mas todas, sem exceção, podem experimentar.

*Ivone de Paula é gerente da Área de Prevenção do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo.*

**Acesse no site de origem:** [\*"Preservativo feminino é um direito que precisa ser ampliado", diz Ivone de Paula \(Agência Aids, 05/03/2015\)\*](#)

---

## **1º de Dezembro: um dia para lembrar a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV/AIDS**

**(Agência Patrícia Galvão, 29/11/2014)** Dados do [Boletim Epidemiológico 2013](#) do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Governo Federal indicam que, de 1980 até 2012, o Brasil registrou 236.212 casos de mulheres com Aids, o que corresponde a mais de 35% dos casos existentes no país. Em 2013, mais de 5 mil mulheres foram diagnosticadas com a doença.

Às vésperas do Dia Mundial da Aids, 1º de dezembro, e passados mais de trinta anos do primeiro diagnóstico no Brasil, as mulheres soropositivas ainda enfrentam inúmeras barreiras, tanto na prevenção quanto no tratamento da doença.

No país, a diferença entre o número de homens e de mulheres soropositivas tem diminuído de forma significativa. Se em 1989, a cada 6 casos de Aids entre homens havia 1 entre as mulheres, em 2012, último dado disponível, essa diferença caiu para 1,7 caso em homens para

cada caso em mulheres.

O Boletim chama atenção para o fato de a maioria dessas mulheres ter se contaminado em relações estáveis, o que indica uma falha na prevenção entre os casais.

“Muitas mulheres têm dificuldade de negociar o uso do preservativo em uma relação sexual, o que faz com que não utilizem nenhuma proteção. Com isso acabam correndo um risco maior de transmissão do HIV e outras DSTs”, alerta a infectologista Mariliza Henrique Silva, do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Sem proteção, as mulheres entram em situação de duplo perigo, uma vez que, por fatores biológicos, [elas estão mais propensas à contaminação pelo HIV](#). A infectologista Mariliza explica que isso ocorre porque a mucosa da vagina é uma área mais propensa à penetração do vírus e a superfície de contato do órgão genital feminino é maior se comparada à masculina.

### **Outros fatores aumentam a vulnerabilidade das mulheres**

Para se proteger, as mulheres precisam vencer a cultura machista que as revitimiza. “A responsabilidade quanto à prevenção das DSTs é sempre colocada para a mulher. Nas relações heterossexuais, o homem se recusa a usar preservativo e isso acaba interferindo nos direitos da mulher de decidir”, explica Marinalva Santana, coordenadora do Grupo Matizes, uma organização de Teresina que defende a livre orientação sexual e os direitos dos LGBTs. Uma alternativa de proteção, caso o parceiro se negue a usar a camisinha, é optar pelo [preservativo feminino](#).

### **A Lei Maria da Penha também protege do HIV/AIDS**

Para a ativista Nair Brito, do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas, a violência, tanto psicológica quanto física, também é um fator de risco para as mulheres. “Muitas relatam que foram coagidas a fazer sexo sem proteção porque são casadas com um homem que as agride, mas que sustenta a casa. Essa submissão financeira, psíquica e social também vulnerabiliza as mulheres. A presença contínua da camisinha em todas as relações em um casamento fixo ainda é uma questão não resolvida”.

Para Nair, que atua na área há 22 anos, é preciso fortalecer as mulheres para que mudem seu posicionamento diante das imposições do parceiro. Isso pode ser feito por meio de grupos que forneçam orientação e alternativas para que elas criem uma nova perspectiva de autossustentação. “As mulheres estão se descobrindo como sujeitos de direitos e essa proteção da Lei Maria da Penha é um avanço em para a redução da vulnerabilidade, ajuda a criar novos horizontes e fortalecer as mulheres”.

### **Lésbicas também devem se proteger**

Nas relações homoafetivas entre mulheres também é preciso se prevenir. “Entre os casais de mulheres existe também o risco de contaminação pelo vírus HPV. O que orientamos sempre é que faça sexo com preservativo, seja oral, anal ou vaginal. Recomendamos que não compartilhem vibradores, mas, caso façam, utilizem o preservativo. O risco de contágio do vírus HIV é menor, mas existe”, explica a infectologista Mariliza.

Apesar disso, a ativista Marinalva Santana lembra que o estudo “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres”, desenvolvido pela ginecologista Andrea Rufino com

582 mulheres lésbicas em cinco capitais revela que, nas principais práticas sexuais entre mulheres, o sexo vaginal com os dedos (97%) e o sexo oral (95%), o preservativo é deixado de lado. Menos de 7% delas utiliza algum mecanismo de proteção. No uso de vibradores, a proteção é mais frequente (cerca de 60%).

As lésbicas ainda enfrentam inúmeras barreiras no sistema de saúde, desde a ausência de uma escuta qualificada pelos profissionais de atendimento à falta de cobertura dos planos. Para Marinalva Santana, os LGBTs e as mulheres negras sofrem mais para conseguir um tratamento adequado no sistema público de saúde.

“A conclusão da pesquisa da professora Andrea Rufino é de que a proteção não acontece por vários fatores, seja por desinformação ou por manter uma relação monogâmica e homossexual, muitas acham que não estão sujeitas à contaminação, não só pelo HIV, mas por outras DSTs também. AIDS não escolhe idade, raça, sexo, orientação sexual; mas, obviamente, grupos discriminados sofrem mais com a contaminação”, afirma Marinalva. Entre os casos de AIDS entre mulheres notificados em 2012, 53,4% eram de mulheres negras.

### **Efeitos colaterais afetam autoestima e afastam do tratamento**

A partir da segunda metade da década de 90, o surgimento de diversos medicamentos anti-retrovirais fez cair o índice de mortes por AIDS. Porém, os efeitos colaterais dos medicamentos ainda afastam muitas pessoas do tratamento. A lipodistrofia, que deixa pernas, braços, nádegas e rosto finos, e abdome, tórax e nuca com concentração excessiva de gordura, traz efeitos negativos, como a perda da autoestima de homens e mulheres.

Nair Brito toma os medicamentos há vinte anos, uma rotina que ela admite não ser nada fácil. No trabalho com outras mulheres soropositivas, Nair percebe como a lipodistrofia e as disfunções hormonais afastam várias do tratamento. “A nossa reivindicação há vários anos é que seja feito um estudo para saber por que isso acontece e se existem drogas que podem ter um efeito diferente. Hoje, as drogas são iguais para homens e mulheres, na mesma dosagem. Os homens também sofrem efeitos colaterais, mas para as mulheres isso tem aparecido muito mais”.

Esses efeitos podem comprometer ainda mais a vida de mulheres que já são obrigadas a vencer diariamente o preconceito por serem portadoras do vírus HIV ou por terem AIDS. “A sociedade tende a vê-las de forma ainda mais enviesada do que quando se trata de um homem que apresenta HIV/AIDS. Esses olhares são carregados de vários preconceitos, como o de que a mulher é omissa e, portanto, teria dado motivo para se infectar. São várias ideias equivocadas e preconceituosas que refletem exatamente o pensamento machista da nossa sociedade”, analisa a coordenadora do grupo Matizes.

### **Casais sorodiscordantes e prevenção da contaminação do bebê**

Quando o HIV/AIDS foi descoberto, era impossível para uma mulher soropositiva ou com um parceiro soropositivo pensar em ter filhos. Hoje, apesar de existirem tratamentos que tornam isso possível, a dificuldade está em garantir o acesso a todas as mulheres.

O registro de HIV em gestantes e recém-nascidos tornou-se obrigatório a partir de 2000. Segundo estimativa do Departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde, em uma gravidez em que a mulher é soropositiva as chances de infecção do bebê são de 20%, quando não há



nenhum tipo de tratamento ou acompanhamento, o que traz também os riscos de contaminação no momento do parto ou durante o aleitamento.

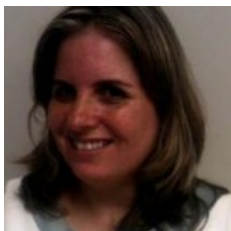
Mas em situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, com o acompanhamento do pré-natal ao pós-parto, a possibilidade de infecção do bebê cai para níveis menores que 1%. Para auxiliar casais que têm ou não o vírus, em 2012 o [Ministério da Saúde destinou 10 milhões de reais](#) para estabelecimentos de saúde de Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre, Recife e São Paulo que realizam procedimentos de Atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro*.

No caso de homens soropositivos, os tratamentos ainda são raros. Uma técnica recente, desenvolvida no laboratório da [Faculdade de Medicina do ABC, limpa o sêmen](#), separando os espermatozoides do plasma, parte em que se concentra a maior carga viral do HIV.

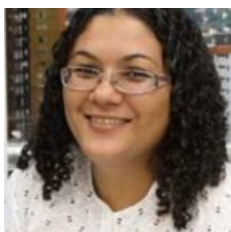
Mesmo com avanços, resultado também das lutas de movimentos sociais envolvidos na causa, a ativista do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas avalia que o acesso precário aos tratamentos pode levar casais sorodiscordantes a ter filhos de forma insegura, aumentando o nível de contágio.

“A vida [*do casal*] pode ser normal, mas é preciso que haja assistência e acesso, ou as pessoas vão se expor a riscos”.

## Contatos



**Mariliza Henrique Silva** - infectologista do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
(11) 5087 9835



**Marinalva Santana** - coordenadora do Grupo Matizes  
Teresina/PI - (86) 9991-3882 - [grupo.matizes@yahoo.com.br](mailto:grupo.matizes@yahoo.com.br)



**Nair Brito** - ativista do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas

britonair@gmail.com

---

## **Dia Mundial do Preservativo Feminino: Especialistas defendem mais informação e distribuição de camisinhas para mulheres**

**(Agência Aids, 15/09/2014)** Em 2011, algumas organizações internacionais de diversos países decidiram que o preservativo feminino deveria ter um dia seu e, assim, 16 de setembro foi escolhido Dia Mundial do Preservativo Feminino. “É uma data importante para reforçar o uso desse insumo como mais uma possibilidade de prevenir as DST/aids e a gravidez indesejada”, diz Marta McBritton, fundadora e diretora da ONG Instituto Barong, que atua nas áreas de educação e prevenção.

Para celebrar a data, a equipe do Barong destinou a última sexta-feira (12) à distribuição gratuita de camisinhas femininas em sua ação mensal no Conjunto Nacional, na Avenida Paulista. “Distribuimos mais de mil unidades”, conta Marta.

Fora esse tipo de ação, a camisinha é distribuída nos serviços públicos de saúde desde 2000. Não tão em larga escala, como acontece com a masculina, porque ela ainda custa pelo menos três vezes mais. Além disso, há pouca informação sobre os preservativos femininos e esse é outro dificultador do acesso.

Em São Paulo, segundo Marta McBritton, a camisinha está em todos os postos de saúde. “Há outras capitais que a disponibilizam na maioria de seus serviços, mas isso depende muito do interesse do gestor local”, diz a diretora do Barong.

Coordenadora da área de Prevenção do Centro de Referência e Testagem (CRT) do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Ivone de Paula diz que a demanda pelas camisinhas nos municípios vem aumentando. “É uma pena que ainda sejam caras e o governo não consiga abastecer todas as unidades de atendimento”, diz ela.

Ivone defende que é preciso investir mais em informações sobre a camisinha feminina para que as mulheres tenham consciência de seus benefícios. Marta concorda e diz que nem os ginecologistas se interessam em conhecer o insumo, conforme observou em suas andanças fazendo trabalho de prevenção pelo Brasil. “Raramente um mostra essa possibilidade para a

mulher.”

O desconhecimento do próprio corpo, segundo Marta, é outro empecilho. “As mulheres ficam muito surpresas quando dizemos que elas precisam colocar o preservativo. Nós, do Barong, aproveitamos e mostramos a elas como são seus corpos. Ensinamos a se posicionarem na frente do espelho e colocarem o preservativo sozinhas, como um teste, independentemente de terem relação sexual com o parceiro. Vai pondo, tirando, para ver como é.”

A camisinha feminina pode ser colocada horas antes da relação sexual (clique aqui e saiba como) e muitas mulheres dizem que, ao contrário de incomodar, ela é uma fonte de prazer, pois tem um anel flexível que massageia levemente o clitoris.

Ivone diz observar que os homens também têm interesse e curiosidade nessa forma de prevenção. “Nas nossas ações, notamos que cada vez há eles estão interessados em levar para a mulher experimentar”, conta a coordenadora da Prevenção do CRT.

Além da prevenção de doenças e de gravidez, tanto Ivone quanto Marta listam outros bons motivos para a adesão ao insumo. O primeiro deles é a autonomia. “A camisinha feminina dá empoderamento à mulher”, diz Ivone. “Ela surgiu justamente para isso. Para trazer mais autonomia e poder de decisão à mulher”, completa Marta.

**Veja, a seguir algumas dicas e boas razões preparadas por Marta e Ivone para a mulher usar a camisinha feminina:**

- 1 - previne doenças e gravidez com segurança igual à masculina
- 2 — é feita de borracha nitrílica, que não provoca alergias e pode ser usada pelos alérgicos ao látex. Esse material também eliminou o incômodo barulhinho que as camisinhas da primeira geração faziam
- 3 - é mais eficiente para prevenir feridas como herpes, sífilis e verrugas como o HPV, que são transmitidas pelo contato de pele com pele, pois recobre a vulva (parte externa da vagina), diminuindo a área de contato direto entre os órgãos sexuais
- 4 - facilita a vida sexual de homens que perdem a ereção após colocar a camisinha masculina
- 5 - pode ser colocada até oito horas antes da relação sexual e não precisa ser retirada imediatamente após

*Fátima Cardeal*

**Acesse no site de origem:** [\*Dia Mundial do Preservativo Feminino: Especialistas defendem mais informação e distribuição de camisinhas para mulheres \(Agência Aids, 15/09/2014\)\*](#)