

Aborto legal é negado em 57% dos hospitais que governo indica para procedimento

Levantamento mostra que, entre os que realizam interrupção, há exigências fora da lei

(Folha de S.Paulo, 19/06/2019 - acesse no site de origem)

Menos da metade dos hospitais listados no Ministério da Saúde e no CNES (confederação de estabelecimentos de saúde) como locais que fazem aborto nos três casos previstos por lei realiza de fato o procedimento.

De 176 instituições cadastradas, apenas 76 (43%) confirmam a oferta do serviço quando contatadas pelo telefone.

Os dados constam em relatório que será divulgado nesta quarta (19) pela organização britânica de direitos humanos Artigo 19 (em alusão à Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU), que atua em nove países em temas relacionadas à liberdade de expressão e de informação.

No Brasil, o aborto é permitido em três situações: gravidez decorrente de estupro, risco à vida da mulher ou em caso de anencefalia do feto.

Dos hospitais que fazem o aborto legal, 16 citaram o BO como necessário para a realização do procedimento, mesmo o documento não sendo mais uma exigência desde 2005.

Um deles disse que só faria a interrupção mediante exame de corpo de delito—tampouco uma exigência legal.

Segundo a pesquisadora Julia Rocha, da equipe de acesso à informação da Artigo 19, a pesquisa mostra que as mulheres ainda percorrem uma estrada tortuosa para fazer valer o direito ao aborto legal.

“O acesso à informação sobre aborto legal ainda é uma barreira. Há respostas ríspidas, tabus e julgamento moral em torno do assunto”, diz.

No caso da idade gestacional máxima para a realização do aborto no caso de estupro, as respostas variaram de 12 a 22 semanas —deveriam ser uniformes, já que existe norma técnica sobre o tema.

Em casos de gestação decorrente de estupro, o procedimento pode ser feito até 20ª semana de gravidez, com a possibilidade de ser feito até a 22ª caso o bebê pese menos de 500 gramas. Não há limite nos casos de anencefalia e risco à vida da gestante.

Eventuais atrasos no processo podem empurrar a gestação para além do prazo limite para os casos de estupro.

A defensora Paula Sant’Anna Machado de Souza, do núcleo da mulher da Defensoria Pública

de São Paulo, diz que muitas mulheres buscam atendimento com essa demanda. “Há serviços que desconhecem os prazos estabelecidos e se recusam a fazer o procedimento, obrigando a mulher a continuar com a gestação, algo violento.”

Outra situação, segundo ela, é o serviço exigir inadvertidamente o BO e, depois, recusar a fazer o procedimento caso haja contradição entre o depoimento da mulher à polícia e a conversa que ela tem com equipe médica que a acolhe.

“Há casos em que essa mulher é julgada, acham que ela está mentindo se, por exemplo, ela não se lembra quando exatamente sofreu a violência. Se o BO não é uma exigência legal para a interrupção, também não pode ser considerado prova contra essa mulher.”

Dentre os hospitais que dizem não fazer o aborto mesmo estando na lista do ministério, alguns alegaram que não o fariam porque “é crime e aqui não defendemos direitos humanos para bandido”, ignorando a legislação sobre o tema. Houve respostas como “deus me livre!” e “nenhum médico aqui faz isso”.

Para Julia Rocha, ainda falta informação ao público leigo sobre o direito ao aborto legal e como acessá-lo e, ao mesmo tempo, capacitação dos profissionais de saúde.

O estudo envolveu dois mecanismos de busca de informação. No primeiro, uma pesquisadora se identificou como tal, e, no segundo, foi assumida a identidade de uma vítima de estupro. Foram feitas três tentativas de contato em cada hospital. Ao final, as respostas dadas foram compiladas em uma só planilha.

Como resultado da pesquisa, foi criado um mapa com a lista de hospitais da rede pública que realizam interrupção da gestação nos casos previstos por lei. Ele pode ser visto em mapaabortolegal.org.

Segundo Daniela Pedroso, psicóloga do principal serviço de aborto legal do país, do Hospital Pérola Byington (SP), ainda é comum as mulheres relatarem uma via-sacra até conseguir a interromper a gravidez em casos de estupro.

“Mas antes da falta de acesso aos serviços, existe muito desconhecimento. Muitas não sabem que têm direito ao aborto legal”, afirma.

A falta de conhecimento também atinge profissionais do direito. “Recebemos uma paciente da região nordeste, vítima de estupro, que ficou esperando o advogado conseguir um alvará judicial. Em nenhum momento esse profissional a orientou de que ela precisava desse documento.”

Segundo Pedroso, antes eram comuns relatos de pacientes sobre serviços que postergavam o atendimento, de modo a inviabilizar o aborto por conta da idade gestacional avançada. Agora, diz ela, são mais frequentes casos de hospitais que se recusam a fazer o procedimento, mas orientam a mulher a procurar o Pérola.

Na opinião da psicóloga, facilitar o acesso ao aborto legal não apenas previne interrupções feitas em condições inseguras que, não raras as vezes, causam a morte da mulher ou sequelas irreversíveis, como também evita suicídios.

Um estudo feito entre as vítimas de estupro atendidas no Pérola Byington mostrou que 20%

delas tinham ideias suicidas. “Precisamos repetir muitas vezes que essas mulheres não precisam ir à delegacia, não precisam de BO, não precisam de exame de corpo delito, não precisam de alvará judicial. Elas têm direito ao aborto legal.”

Cláudia Collucci

Aborto nas novelas porque o homem obriga: o que podemos aprender com isso?

Nas duas novelas da faixa nobre das maiores emissoras do Brasil, Globo e Record, dois dramas semelhantes: as personagens femininas vão engravidar, fazer aborto em clínicas clandestinas e morrer.

(Universa, 16/06/2019 - acesse no site de origem)

No novela da Globo, *A Dona do Pedaço*, foi a triste história de Edilene (Cynthia Senek). A moça é filha do motorista da família Guedes, e se encantou pelo patriarca da família, Otávio (José de Abreu) depois de suas investidas. Otávio tem apenas uma filha adotiva, a influenciadora digital Vivi Guedes (Paolla de Oliveira), porque a esposa tem problemas para engravidar.

Edilene, então, viu na situação uma oportunidade de dar um filho a Otávio, na esperança de que ele a assumisse. Durante a semana passada, a novela já havia exibido capítulos em que ela fura as camisinhas que ele usa — só que ele fica muito bravo quando descobre sua gravidez e exige que ela faça um aborto.

A emissora não dá detalhes de como ocorreu o procedimento, apenas mostra Edilene já no hospital, sangrando até a morte, no braços do pai — que é motorista de Otávio, patrão que a obrigou a interromper a gravidez.

No caso da Record, uma emissora abertamente religiosa, a novela em que a personagem vai realizar o aborto, *Topíssima*, aborda assuntos de empoderamento feminino. Brenda Sabryna interpreta Jandira, menina ambiciosa que mora em um morro, mas procura um marido rico para sair das dificuldades. Ela acaba engravidando de um golpista que a seduz e morre devido ao procedimento. A atriz não se posiciona sobre a legalização do aborto do Brasil e já declarou que “não é feminista nem machista”, apesar de afirmar ser a favor de que mulheres e homens tenham os mesmos direitos.

Jandira vai pensar em interromper a gravidez por influência do amante. O assunto deverá ser introduzido na trama nas próximas semanas.

“O aborto é um fato na vida reprodutiva das mulheres”, crava a professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), médica ginecologista e obstetra Helena Borges Martins da Silva Paro. Ela também é coordenadora do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas da cidade mineira.

A declaração incisiva da especialista está baseada nos dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016. O documento mostra que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões. Para se ter uma ideia, segundo o estudo, naquele ano, praticamente 1 em cada 5 mulheres de até 40 anos já havia realizado pelo menos um aborto.

Em 2015, foram, aproximadamente, 416 mil mulheres. De acordo com o relatório há, no entanto, maior frequência do aborto entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. “Como já mostrado pela PNA 2010, metade das mulheres utilizou medicamentos para abortar, e a outra parte precisou ficar internada para finalizar o aborto”, ela diz.

De acordo com a especialista, no Brasil, é a 3ª causa mais frequente de morte materna. Já o aborto seguro e legalizado, feito com apoio e orientação de uma equipe de saúde, tem 14 vezes menos risco de morte do que um parto, segundo levantamentos apontados por ela. A descriminalização, então, seria uma das maneiras de evitar essas mortes.

Quem morre mais é a mulher negra

“No Brasil, sofre quem faz o aborto inseguro: quem não tem acesso a uma clínica clandestina, ou dinheiro para a compra de medicação clandestina — que é barata, mas por ser ilegal, acaba sendo traficada a preços exorbitantes. São as mulheres de uma classe social mais baixa e da cor preta as que mais morrem”, ela declara.

Como alternativas, ela cita a educação sexual nas escolas. “Isso para que todas as pessoas — homens e mulheres — estejam conscientes de métodos contraceptivos seguros para exercício da atividade sexual com liberdade e autonomia”, opina a professora. O assunto, no entanto, divide a opinião pública e há quem defenda que não se deva falar disso na sala de aula. Outro jeito de evitar a gravidez é garantir acesso a serviços de planejamento familiar como DIU, que é eficiente e seguro.

O perigo do aborto caseiro, no desespero

Ela exemplifica com resultados da Romênia. Nos anos 60, o governo ditatorial proibiu métodos contraceptivos e aborto porque havia uma preocupação muito grande com a baixa natalidade: a população estava diminuindo. O resultado foi um grande aumento da mortalidade materna.

“Quando o aborto voltou a ser legalizado e o acesso a contraceptivos, facilitado, na década de 90, a mortalidade caiu mais de 90%”, explica.

Sem amparo da lei, mulheres que não vêem outra alternativa senão o aborto acabam realizando procedimentos como introdução de objetos pontiagudos na vagina — cabides, agulhas ou até mesmo talo de mamona. Quando não morrem, acabam tendo infecções graves no útero que causam infertilidade.

Mas isso é assunto de novela?

Trazer um assunto polêmico como esse à tona na TV pode suscitar uma discussão construtiva e enriquecedora. Rodrigo Casemiro, psicólogo junguiano e dramaturgo acredita que, se a TV aborda um assunto polêmico, traz esclarecimento de informações e criação de empatia pelo outro. “Quando o personagem assume uma voz, a população se identifica.”

“Geralmente, a novela traz essas duas visões. É fácil julgar sem estar passando pela situação. Mas quem está na situação, quer acolhimento”, diz ele, que acredita que as cenas podem fazer com que o público compreenda a situação.

Além disso, Casemiro lembra que em lugares muito afastados do Brasil, muitas pessoas não têm acesso a informações — o que também pode acontecer nos grandes centros. Mas pelo menos uma televisão na sala, quase todo mundo tem.

“Quando a novela traz um assunto desse, está mexendo numa camada muito profunda de conceitos e preconceitos da sociedade. É interessante, por que causa essa fricção de opiniões, esse debate”, conclui o psicólogo.

Camila Brunelli

No presídio das mulheres que abortam

El Salvador é um dos países mais duros do mundo com quem interrompe a gravidez: até 50 anos de cadeia. A segunda condenação é viver sob o estigma social

(El País, 11/06/2019 - acesse no site de origem)

Essas mulheres sofrem duas prisões. A primeira é este presídio de concreto onde faz um calor pegajoso. Aqui elas cumprem 30 anos de pena num país, El Salvador, que considera que quem aborta ou perde o filho por complicações obstétricas é homicida. Num país com uma das legislações mais rigorosas do mundo contra o aborto, a segunda prisão dessas mulheres é o estigma que as leva a não contar o motivo pelo qual estão aqui encerradas. Por isso, algumas nem sequer se conhecem entre si. As demais as chamam de *mataniños* (mata-crianças).

Esse mesmo estigma pesa também sobre as famílias. Evelyn, de 32 anos, presa há 10 e com outros 20 de condenação pela frente, foi denunciada pela própria irmã. “Eu a perdoei”, diz a presa. Ninguém lhe envia o dinheiro que precisa para comprar produtos de higiene pessoal. Trabalha na obra do presídio, que foi inaugurado em março sem estar totalmente pronto. Por cada dia de trabalho, são dois de redução de pena. Seu filho Christopher tinha três anos da última vez que o viu. Agora é um adolescente com quem fala pelo telefone quando consegue obter o dólar que custa um minuto de conversa. “Diz que quer ser advogado, lutar para me tirar daqui.” Evelyn vira o rosto e olha para o infinito, enquanto justifica sua desgraça pela vontade divina. “Tudo acontece porque Deus permite. Nem a folha de uma árvore cai sem que Ele queira.”

Evelyn observa com o olhar forte de quem passou apertos demais para uma vida tão curta. Sua própria irmã a delatou. “Já a perdoei”

O presídio feminino de Izalco está duas horas de carro a oeste de San Salvador, a capital. Um grande portão e um muro com arame farpado separam o interior da rua. Não há mais portas.

“Se elas fogem é pior. Aqui, o perigo está lá fora”, explica uma funcionária. A região do presídio é controlada pelas maras, as [violentas gangues de El Salvador](#).

“Se Deus permitiu que esse incidente ocorresse, é porque queria me trazer aqui para me disciplinar”, prossegue Evelyn. Ela observa com o olhar forte de quem passou apertados demais para uma vida tão curta. Ficou órfã de pai aos 14 anos, quando o assassinaram. Foi ela que reconheceu o cadáver. Largou os estudos e começou a pegar trabalhos mal remunerados de jornaleira e cozinheira. Ganhava 54 dólares (210 reais) por mês quando foi presa.

O relato sobre o que ocorreu varia de forma patente segundo o que ela e suas defensoras contam e o que diz a sentença. Seu companheiro, 17 anos mais velho, a maltratava e rejeitou a criança que teriam. “Dizia que esse bicho não era dele”, afirma a sentença. Na 38ª semana de gestação, conforme o relato da defesa, estando sozinha, ela teve um parto precipitado, fora do hospital, numa latrina e, “devido à situação que estava vivendo” – as surras, a rejeição, o trauma pela morte do pai –, sofreu naquela madrugada um transtorno mental transitório, e sua filha, recém-nascida, caiu pela latrina e morreu.

A sentença, no entanto, considera que ela se desfez do bebê de forma premeditada, jogando-o pela fossa séptica que funciona como banheiro em sua casa – assim como na maioria das moradias paupérrimas das mulheres que acabaram condenadas por abortar ou perder seus filhos no parto após terem complicações obstétricas. Todas vivem em condições miseráveis. Todas tiveram que abandonar cedo a escola em meio a um sistema sem garantias.

A [Organização das Nações Unidas \(ONU\)](#) alertou já em 2017: “É importante ressaltar que o Código Penal de El Salvador afeta desproporcionalmente as mulheres pobres.” E pediu uma revisão de todos os casos que levaram a penas de prisão. O Parlamento Europeu pediu “sua libertação imediata e incondicional” naquele mesmo ano. A gravidez forçada, disse a Eurocâmara em seu pronunciamento, é “um crime de lesa humanidade e uma forma de violência de gênero contra a mulher”.

“É importante ressaltar que o Código Penal de El Salvador afeta desproporcionalmente as mulheres pobres”, alertou a ONU em 2017

El Salvador, com 6,4 milhões de habitantes, deu um passo atrás na legislação do aborto de 1998, quando endureceu o Código Penal. Até aquele momento, a interrupção da gravidez era permitida em três casos: estupro, perigo para a mãe e inviabilidade do feto. Desde então, essas três situações foram anuladas. O aborto é completamente proibido. Além disso, incluiu-se na Constituição o reconhecimento da vida “desde o momento da concepção”. O texto não diferencia se uma mulher sofre um incidente no início de uma gravidez, se quer interrompê-la voluntariamente, se perde o bebê no parto ou se há risco de morte: ela sempre é culpada. É punida por homicídio agravado. Por isso as penas estão entre as mais elevadas do mundo, oscilando entre 30 e 50 anos.

Há 17 presas por esse crime e duas processadas aguardando sua entrada na prisão, segundo estimativas do Agrupamento Cidadão pela Descriminalização do Aborto Terapêutico, Ético e Eugênista, a ONG que luta para devolver a liberdade das [conhecidas como 17+](#). Quase todas estão no presídio de Izalco, diluídas entre uma população de 1.011 detentas que caminham vestidas de branco e amarelo e fazem filas. Há filas para buscar a comida que chega em

tambores, para lavar roupa, para tomar banho nuas da cintura para cima num módulo aberto à vista de todos. Dormem amontoadas em pavilhões de beliches com 300 camas. Às 21h, há toque de recolher: em silêncio, é hora de dormir.



Interior do presídio feminino de Izalco. As detentas ajudam a finalizar as obras da prisão. Imagem feita em maio passado (Foto: Kasia Strek/El País)

“Tenho muitos sonhos toda noite. Às vezes pesadelos horríveis, às vezes sonhos bons.” Sentada no módulo, com meias de leopardo e chinelo, Kenia sonha acordada. Tinha 19 anos quando perdeu o filho que esperava. Foi pedir ajuda a um policial com a placenta ainda pendurada. Acabou presa: “O policial me disse que faria tudo para que eu apodrecesse na cadeia.” Aquele pesadelo foi real.

Kenia tinha 19 anos quando perdeu o filho que esperava. Foi pedir ajuda a um policial com a placenta ainda pendurada. Acabou presa

Ao seu lado, Salvadora, outra das mulheres de Izalco, sonha com o dia em que seu pedido de comutação de pena será aceito. E pergunta à visita se sabe como anda esse assunto. Quando for livre, vai abrir uma barraca de comida. Em sua casa viviam sete pessoas e só ela trabalhava, lavando e resolvendo coisas, até que acabou no presídio. Com ela aconteceu de madrugada. “Levantei ao redor das cinco da manhã. Saí com minha irmãzinha para comprar milho. Ia subindo uma ribanceira e senti que algo escorria.” Foi condenada a 30 anos. O promotor pedia 50. “O advogado que me defendeu era suplente, não tinha estudado bem meu caso”, explica num sussurro. A sentença, que faz um relato macabro, diz que ela deixou o feto

numa sacola preta da qual não se lembra: “Quando vi o sangue, desmaiei.” Contou no julgamento que tinha engravidado por um estupro. Isso nunca foi investigado.

Os familiares não as visitam na prisão. Em parte, porque não podem pagar a viagem. Salvadora, presa há 11 anos, justifica assim: “Somos pobres, eles ganham só o suficiente para comer.” Em parte, pelo estigma. Culpam essas mulheres pelo que aconteceu e se envergonham delas.

“O advogado que me defendeu era suplente, não tinha estudado bem meu caso”, diz Salvadora, que está há 11 anos sem ver seus filhos

Há um grupo de advogadas e ativistas que lutam do lado de fora para lhes devolver a vida e tirar o estigma. São essas profissionais que pedem que as presas figurem sem sobrenome nem zona de procedência nesta reportagem, para que não sejam expostas ainda mais.

O trabalho das advogadas começou em 2006, quando conheceram o primeiro caso de uma mulher condenada a 30 anos por abortar. Em 2009, apresentaram um pedido de revisão de sentença e convocaram a mobilização social e internacional. Conseguiram que a decisão fosse anulada e que a mulher fosse solta após sete anos de cadeia. E então descobriram: “Aquela mulher nos disse que não era a única”, explica Morena Herrera, a ativista feminista que lidera o Agrupamento Cidadão pela Descriminalização do Aborto. “Elas vivem em condições muito duras, e o sistema de justiça não faz nenhuma consideração, não leva em conta suas circunstâncias.”



Morena Herrera, que lidera o Agrupamento Cidadão pela Descriminalização do Aborto, em

abril, em Suchitoto (El Salvador) (Foto: Kasia Strek/El País)

Após aquele primeiro caso, o grupo contabilizou outras 147 mulheres processadas pelo mesmo crime. Conseguiu tirar 36 da prisão. Herrera estima que as demais (fora as 17 que continuam presas) não chegaram a entrar ou saíram com a ajuda de outras pessoas. “São soltas com diferentes argumentos. Na maioria dos casos, os tribunais reconhecem um erro judicial ou uma sentença desproporcional.”

[#ÚLTIMAHORA](#) | Cada día un poco más de justicias para [#Las17yMás](#) hoy celebramos a la libertad de Salvadora, recibió la conmutación de pena y se reúne con su familia. Esta lucha es por la libertad de todas. [#ElSalvador](#) [@BerndFinke](#) [@NLinCostaRica](#) [@merymoisa](#) [@i2polan](#) [@eukeyca](#) [pic.twitter.com/kNzwSBGWY9](#)

— Las17 El Salvador (@Las17ElSalvador) [6 de junho de 2019](#)

Evelyn pede ao deus em que acredita que a ajude a sair já daqui. “Eu lhe digo que já é suficiente, 10 anos da minha vida, 10 anos da infância do meu filho.” No primeiro dia de liberdade, contará a Christopher tudo o que aprendeu na prisão: bordar, pintar, amassar pão, construir muros. Se alguém não lhe enviar antes, nesse dia ela comerá macarrão, o prato de que mais sente falta.

A visita termina. Todas saem rápido. Uma nova fila as espera, a do jantar. Começou a chover torrencialmente. Salvadora se despede sem saber a guinada que sua vida está a ponto de dar. Esta semana (depois da entrevista), foi informada de que sua pena seria comutada. Na quinta-feira foi posta em liberdade. Durante seu julgamento, rogou ao tribunal que não a prendesse, que lhe desse uma chance para educar seus dois filhos. O mais velho tem 15. O caçula fez 13. Há 11 anos que não os vê.

Pilar Álvarez

Ministério da Saúde mantém decisão de não usar termo violência obstétrica, diz secretário

Ofício ao MPF foi interpretado nas redes sociais como recuo da pasta, que havia abolido termo de políticas públicas

(Folha de S.Paulo, 10/06/2019 - acesse no site de origem)

Apesar de reconhecer o direito de que mulheres usem a expressão “violência obstétrica”, o

Ministério da Saúde mantém a decisão de não usar esse termo em suas normas e políticas públicas, informou à Folha o secretário de atenção primária da pasta, Erno Harzheim.

A declaração ocorreu após a divulgação, nesta segunda-feira (10), de um ofício enviado ao Ministério Público Federal de São Paulo em que a pasta diz reconhecer o “direito legítimo” de que as pessoas usem o termo –o que começou a ser interpretado como um possível recuo da pasta, que havia defendido abolir o uso da expressão em maio.

Na prática, porém, a medida está mantida. “O Ministério não usará formalmente esse termo [violência obstétrica]”, afirmou Harzheim, que assina o documento enviado ao MPF.

“Seguiremos usando o termo da Organização Mundial de Saúde: ‘Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde’”, completou.

O debate em torno do tema começou em maio, após a pasta divulgar um despacho em que orientava abolir o uso da expressão “violência obstétrica” de normas e políticas públicas por considerá-la inadequada.

Nos últimos anos, essa expressão tem sido utilizada para definir casos de violência física ou psicológica praticados contra gestantes na hora do parto —problema que já foi abordado no passado em campanhas divulgadas pelo próprio Ministério.

A justificativa para deixar de usá-la, segundo a pasta, estaria na definição do termo violência pela Organização Mundial de Saúde, que “associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.”

“Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, informava o despacho.

A mudança de postura gerou reação entre entidades em defesa das mulheres, para quem evitar o termo é negar a existência do problema. Também levou o MPF-SP a emitir uma recomendação para que a pasta “passasse a atuar para coibir casos de violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo”.

Recomendação semelhante foi adotada pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos na última semana, para quem o veto ao termo violência obstétrica pode dificultar a apuração desses casos. Em contrapartida, algumas entidades médicas saíram em defesa do ministério, dizendo que a adoção de outro termo seria apenas para deixar de vinculá-los à atuação dos obstetras.

‘FALSA POLÊMICA’

Para o secretário de atenção primária em saúde, Erno Harzheim, porém, há uma “falsa polêmica” em torno do tema –daí, segundo ele, ter escrito em ofício ao MPF que o ministério “reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas”.

“O ministério não é censor. Ele decide o que ele escreve”, disse à Folha. “Em nenhum momento dissemos que as pessoas não podiam usar alguma expressão. Vivemos em um regime democrático. O Ministério da Saúde define os termos que o próprio ministério usa, nunca o que

as pessoas usam. As pessoas perdem muito tempo e oportunidade de mudar a realidade discutindo semântica e discurso. O que importa é a atenção ao parto.”

Questionado, porém, ele defende a decisão da pasta em não usar o termo. “A política não mudou, e continua em busca de um parto humanizado e baseada nas melhores evidências científicas. A maneira de se referir a ela é que mudou”, diz. “É um termo inadequado por vários motivos, como associar a uma intencionalidade de violência”, afirma ele. “Se houver essa intencionalidade na rede de saúde, estamos falando de um crime.”

Não à toa, a expressão “violência obstétrica” não aparece em nenhum momento na resposta ao MPF –o qual é focado em citar ações realizadas pela pasta nos últimos anos na área de assistência ao parto.

“Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documento e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”, finaliza o ofício enviado à Procuradoria.

Natália Cancian

[Guia dá diretrizes sobre igualdade de gênero em serviços de saúde para HIV](#)

O HIV não está somente condicionado pela desigualdade de gênero, mas também a fortalece, fazendo com que as mulheres fiquem mais vulneráveis. Oferecer intervenções em saúde sexual e reprodutiva para mulheres que vivem com HIV baseadas em princípios de igualdade de gênero e direitos humanos pode ter impacto positivo sobre a qualidade de vida; significa também um passo adiante rumo a melhor estado de saúde e [igualdade no longo prazo](#).

[\(ONU Brasil, 05/06/2019 - acesse no site de origem\)](#)

O trecho foi extraído do sumário executivo do [Guia Consolidado sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos das Mulheres que Vivem com HIV/AIDS](#), uma publicação conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), com Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), outros organismos das Nações Unidas e parceiros, recém-traduzida para o português.

O documento responde a demandas de organizações, instituições e pessoas que buscavam uma diretriz que reunisse as recomendações existentes específicas para mulheres que vivem com HIV e recomendações de boas práticas.

A expectativa dos organizadores do documento, publicado originalmente em inglês em 2017, é de que “o nova guia apoie as equipes de saúde que estão na linha de frente, os administradores

e gestores de políticas de saúde em todo o mundo, para uma melhor abordagem de saúde sexual e reprodutiva e de direitos (SSRD) das mulheres que vivem com HIV”.

Ela reúne diretrizes sobre questões como a ampliação de acesso a serviços de HIV, a qualidade dos resultados de saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) das mulheres vivendo com HIV, e a promoção da igualdade de gênero.

“Este guia toma como ponto de partida o momento em que uma mulher descobre que está vivendo com HIV, portanto, inclui aspectos fundamentais da prestação de serviços de SSRD abrangentes e que ofereçam apoio às mulheres que vivem com HIV”, informou a publicação.

As mulheres que vivem com HIV enfrentam desafios únicos e violações de direitos relacionados à sexualidade e à reprodução, não apenas dentro de suas famílias e comunidades, mas também nas instituições de saúde onde buscam atendimento. A publicação destacou, portanto, a importância de gerar um ambiente favorável para apoiar, de forma mais efetiva, as intervenções e os resultados de saúde.

O guia destaca também o fato de as mulheres estarem mais suscetíveis à repressão, à violência (incluindo sexual e reprodutiva), à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, além do preconceito que enfrentam devido ao gênero, entre outras privações. O documento propõe, por meio de estudos reunidos e diretrizes, auxiliar na indicação dos primeiros passos para a mulher quando descobre que está vivendo com HIV.

O documento aponta que, em 2015, 17,8 milhões de mulheres com 15 anos ou mais viviam com HIV, ou seja, 51% dos adultos vivendo com o vírus. O estudo traça também dados sobre as adolescentes e mulheres jovens entre 15 a 24 anos. Em 2015, 60% dessa faixa etária se enquadravam no grupo de pessoas vivendo com HIV, o que correspondia por 58% dos novos casos.

Uma das metas do guia é reverter esse quadro ajudando os países a planejar, desenvolver e monitorar com boas práticas os serviços de promoção de igualdade de gênero e direitos humanos para as mulheres que vivem com HIV.

O estudo sugere recomendações em diferentes categorias, percorrendo pontos importantes sobre os direitos das mulheres, como: sexualidade saudável durante o curso da vida; proteção contra a violência e geração de segurança de vida; emponderamento da comunidade; aconselhamento e apoio em saúde sexual; serviços contra a violência contra a mulher; serviços de planejamento familiar e infertilidade; cuidados pré-natal e serviços de saúde materna; inclusão social e aceitação; leis e políticas de apoio e acesso à Justiça; entre outros tópicos.

A elaboração do documento contou com a colaboração de parceiros externos e organismos especializados no estudo da prevenção e transmissão do HIV. Assim como o UNAIDS, o Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) também colaboraram com o desenvolvimento do estudo.

O guia apresenta também uma publicação orientada por UNAIDS/OMS, de 2000, intitulada “Abrindo a epidemia de HIV/AIDS: orientação sobre o incentivo a benefícios, divulgação, aconselhamento ético de parceiros e uso apropriado de relatos de casos de HIV”, que indica a importância de estudar e proteger quem vive com HIV no mundo.

“O UNAIDS e a OMS encorajam revelações benéficas. Isto é, revelações voluntárias que respeitem a autonomia e a dignidade dos indivíduos afetados, que mantenham confidencialidade como conduta apropriada, que levem a resultados benéficos para aqueles indivíduos, suas famílias e parceiros sexuais ou de uso de drogas injetáveis, que levem a uma maior abertura na comunidade a respeito de HIV/AIDS e que cumpram imperativos éticos da situação onde há necessidade de evitar futuras transmissões de HIV”, destacou o texto do documento.

Política de aborto nos EUA é extremismo e tortura, diz comissária da ONU

Diante do avanço conservador de leis antiaborto em vários estados norte-americanos, Kate Gilmore, alta comissária adjunta da ONU (Organização das Nações Unidas), comentou que a política local é uma forma de “ódio extremista”.

(Universa, 04/06/2019 - acesse no site de origem)

Em entrevista ao jornal britânico “The Guardian”, Kate afirma que o ataque aos direitos das mulheres vem sendo organizado e alimentado por grupos extremistas. “É claro que é uma tortura e uma restrição ao direito a saúde. É uma crise e atinge diretamente as mulheres”, afirma. “É um atentado contra a verdade, ciência e valores e normas”, considera.

Dados mostram que a proibição do aborto não impede as mulheres de procurarem procedimentos, ainda que sejam menos seguros. De acordo com o Guttmacher Institute, houve pelo menos 56 milhões de abortos entre 2010 e 2014. Desses, 25 milhões colocaram a vida de mulheres em risco.

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), nos países ricos, 30 mulheres morrem para cada 100 mil abortos sem segurança. Nos países pobres esse número sobe para 220. Na África Subsaariana, chega a 520. “Temos que nos munir de evidências e fatos e nos solidarizar com essas mulheres”, conclui.

Conselho Nacional dos Direitos Humanos recomenda volta do termo ‘violência obstétrica’ em políticas públicas

Expressão passou a ser considerada imprópria pelo Ministério da Saúde no início de maio,

justificando que profissionais não têm a intenção de prejudicar ou causar dano às grávidas e seus bebês.

(G1, 03/06/2019 - acesse no site de origem)

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) recomendou ao Ministério da Saúde que volte a usar o termo “violência obstétrica” nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna. A orientação foi publicada no Diário Oficial desta segunda-feira (3).

Segundo o CNDH, a abolição do termo, sinalizada pelo ministério em documentos oficiais, representa “um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna”.

Além disso, a recomendação pede maior participação da sociedade civil em programas que envolvem a saúde da mulher para que se chegue à “tipificação das condutas que representam violência obstétrica”.

Embora publicada nesta segunda-feira, a recomendação data de 9 de maio de 2019, poucos dias depois do momento em que a expressão passou a ser considerada “imprópria” pelo ministério (3 de maio).

Contexto da decisão

Autoridades do Ministério da Saúde assinaram um despacho, em 3 de maio, determinando que o termo “violência obstétrica” fosse evitado e, possivelmente, abolido de documentos de políticas públicas.

O despacho foi firmado pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, Mônica Almeida Neri, pelo diretor do departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marcio Henrique de Oliveira Garcia, e pelo Secretário-Executivo substituto, Erno Harzheim

Na ocasião, o despacho alegou que “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” à mulher grávida e, portanto, não se deve falar em práticas de violência. O documento exigiu que as normativas da pasta passassem a se pautar por essa orientação.

Diz o texto do despacho: “O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério.”

Em 30 de maio, o Ministério da Saúde enviou nota ao G1 justificando que a mudança acompanha o Conselho Federal de Medicina (CFM), que no [parecer 32/2018](#) afirmou: “A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.”

Recomendação do CNDH

Agora, de acordo com o CNDH, órgão que fiscaliza e monitora as políticas públicas em defesa dos direitos humanos no Brasil, o governo precisa desconsiderar o despacho em questão e voltar a falar de “violência obstétrica” nas políticas públicas.

As justificativas do CNDH para essa recomendação são:

- O fato de que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Essa convenção define como violência contra a mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”, diz o Conselho;
- Os resultados da pesquisa Nascir no Brasil, realizada entre 2011 e 2012. Segundo a recomendação, esse estudo aponta estatísticas elevadas de práticas nocivas: em mais de 70% das mulheres foi realizada punção venosa; cerca de 40% receberam ocitocina e passaram por amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto; e 30% receberam analgesia raqui/peridural, diz o texto;
- O fato de que o termo “violência obstétrica” foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto, incluindo: “violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações de privacidade, recusa de internação as instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento”;
- O [caso Alyne Pimentel](#), no qual uma brasileira grávida morreu após esperar por horas em um hospital, sem atendimento, em Belford Roxo (RJ). Esse caso foi o primeiro sobre mortalidade materna decidido por um órgão internacional de direitos humanos, o Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), diz a recomendação do CNDH.

A recomendação é assinada pelo presidente do Conselho, Leonardo Penafiel Pinho.

As instituições do governo não são obrigadas a seguir as recomendações do CNDH, mas, segundo a lei brasileira, o Conselho pode instaurar investigações sobre eventuais condutas e situações contrárias aos direitos humanos. Também pode aplicar sanções em relação a essas condutas. O CNDH é formado por 11 representantes da sociedade civil e outros 11 do poder público.

STF proíbe que grávidas e lactantes trabalhem em local insalubre

Regra que permitia o exercício deste tipo de atividade por gestantes e lactantes estava prevista na nova lei trabalhista.

(HuffPost Brasil, 29/05/2019 - acesse no site de origem)

Maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), derrubou nesta quarta-feira (29), trecho da reforma trabalhista que admitia a possibilidade de mulheres grávidas e lactantes

serem submetidas atividades insalubres.

A norma vigente permitia que trabalhadoras nessas condições fossem expostas à insalubridade, e o afastamento só poderia ocorrer depois de a mulher “apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança”.

No início deste mês, o ministro Alexandre de Moraes, relator do processo, suspendeu a norma por liminar. Hoje, o plenário do Supremo, por dez votos a um, estabeleceu que a regra é inconstitucional de forma definitiva.

Para o ministro, a regra fere a Constituição, que prevê proteção à maternidade e à dignidade humana. Segundo ele, esses direitos são “irrenunciáveis e não podem ser afastados pelo desconhecimento, impossibilidade ou a própria negligência da gestante ou lactante em juntar um atestado médico”.

“Como que uma mulher gestante ou lactante que trabalhar no interior do estado com carvão vai conseguir um atestado médico para evitar insalubridade? E a pressão que ela vai sofrer para não apresentar o atestado? É uma norma absolutamente irrazoável”, disse o relator em seu voto.

Dos 11 ministros do Supremo, Marco Aurélio Mello foi o único decano que votou contra o entendimento do relator. Em seu voto, Marco Aurélio afirmou que é pai de três filhas e que duas delas foram gestantes e lactantes.

“Aqui não se discute direito a licença, que geralmente se deixa para tirar até após o parto. Se cogita tão somente da necessidade, se esse for o desejo da mulher, da necessidade de ela apresentar um atestado médico”, afirmou. “Não é desarrazoada essa exigência. É muito fácil conseguir-se atestado médico.”

A ação julgada nesta quarta foi protocolada no meio do ano passado pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos (CNTM). Na época, o presidente da CNTM, Miguel Torres, afirmou que era um caso de razão humanitária.

“Questionamos se esta situação imposta pela reforma trabalhista não é, também, uma questão humanitária uma vez que põe em risco a saúde da mulher e da criança que está sendo gestada ou alimentada”, disse.

A questão no Congresso Nacional

O texto que aprova o afastamento imediato de grávidas e lactantes em trabalhos insalubres foi aprovado em dezembro do ano passado no Senado e está em tramitação na Câmara dos Deputados.

“Ficamos devendo uma resposta às mulheres. Não tivemos sequer tempo para analisar a reforma trabalhista e a situação ficou numa penumbra. Podemos agora honrar o compromisso que fizemos”, afirmou na época a senadora Simone Tebet (MDB-MS).

A proposta, entretanto, prevê que mulheres tenham a oportunidade de escolher se querem continuar trabalhando, caso o nível de insalubridade seja leve ou médio.

Se preferir continuar o trabalho, ela receberá um adicional de insalubridade.

Faltou vontade política para proteger a mulher grávida e lactante, por Rubens Glezer

Previsão afrontosa à saúde da mulher empregada perdurou por quase dois anos

(Folha de S.Paulo, 29/05/2019 - acesse no site de origem)

O Supremo Tribunal Federal derrubou [a porção mais questionável da reforma trabalhista](#) realizada pelo Governo Temer: a presunção de que mulheres grávidas e em processo de amamentação [podem normalmente trabalhar em ambientes nocivos à saúde](#). É difícil entender como uma previsão afrontosa à saúde da mulher empregada, tenha perdurado por quase dois anos dentre as normas jurídicas brasileiras.

Em parte, a resposta está no vai e vem legislativo em torno dessa questão. A previsão original na legislação trabalhista era de proibir que a gestante ou lactante trabalhasse em ambientes insalubres, como por exemplo, aqueles com níveis prejudiciais de ruído, impacto, calor, exposição à agentes químicos, poeiras minerais, entre outros.

A Reforma Trabalhista, de julho de 2017, [mudou a legislação](#) para que o afastamento total ocorresse apenas para as empregadas gestantes em relação aos ambientes classificados como insalubres em grau máximo; sem excluir as lactantes. Para situações de insalubridade mínima ou média, a presunção é de que gestantes ou lactantes podem trabalhar em tais ambientes, exceto se a empregada em questão apresentasse um “atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomendasse o afastamento”.

Houve alguma tentativa de ajuste sobre o tema. O ex-Presidente Temer [editou uma medida provisória](#) em novembro daquele ano, para que a gestante ou lactante pudesse trabalhar em ambiente insalubre apenas se apresentasse atestado médico que a autorizasse a tanto. Com isso, a medida provisória não voltava à situação original de proteção à gestante e lactante, mas pelo menos não exigia da mulher a postura de enfrentamento ao empregador para deixar de estar em ambiente nocivo à saúde.

Mas essa proposta deixou de ter validade em março de 2018, já que o Congresso não quis aprovar a medida provisória, transformando-a em lei. A falta de vontade política para a aprovação da medida foi tanta, que não se chegou a realizar o mínimo do trâmite legislativo: não houve designação de relator para que a proposta fosse debatida em comissão mista.

É só nesse cenário que a Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos ajuíza ação judicial perante o STF, para que essa parte da reforma seja declarada inconstitucional. Aproximadamente após um ano do ajuizamento dessa ação judicial, o Supremo Tribunal

Federal aceita o pedido da Confederação, para que gestantes e lactantes voltassem a ter a garantia de não trabalharem em locais categorizados legalmente como nocivos à saúde.

Para além da demora e confusão desse processo, o que ressalta é a falta de vontade em proteger essas pessoas em condição absolutamente frágil. Seria fácil responsabilizar o Supremo, mas a verdade é que o STF julgou com razoável rapidez, se considerado o tempo médio de julgamento de ações dessa natureza. Se há dedos a serem apontados, eles deveriam recair com mais contundência sobre aqueles no Legislativo e Executivo (de então e de agora). Nenhuma medida foi sinalizada para a proteção das mulheres, fetos e recém-nascidos.

Esse caso demonstra uma grande contradição no discurso daqueles que defendem no Legislativo e Executivo a criminalização na maior extensão possível do aborto, mas que não se moveram um centímetro pela saúde das mulheres, fetos e crianças que eram expostas às condições ou efeitos de trabalho insalubres. Com isso, é complexo compreender porque certas pautas morais que por vezes se apresentam de maneira tão veemente, se calam quando esbarram em outros interesses, como por exemplo, os econômicos. Aparentemente, não há vontade política comprometida com a proteção irrestrita da mulher ou do feto no Brasil.

Rubens Glezer, Professor e Coordenador do Supremo em Pauta da FGV Direito SP

‘O médico que está ao lado das evidências científicas combate a violência obstétrica’, garante obstetra humanizado

Bráulio Zorzella explica que as mulheres, e não os médicos, devem ser as protagonistas do parto

[\(Emais, 29/05/2019 - acesse no site de origem\)](#)



Imagem real de violência obstétrica no filme ‘O Renascimento do Parto 2’, de Eduardo Chauvet (Foto: Reprodução)

No início do mês, o Ministério da Saúde emitiu um comunicado orientando para que se fosse evitado e possivelmente abolido o termo “violência obstétrica” em documentos de políticas públicas. A expressão passa a ser considerada ‘imprópria’ pela pasta, que alega que ‘tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano’. Mas a pretensa falta de intenção não extingue uma realidade enfrentada por grande parte das mulheres brasileiras: estima-se que uma a cada quatro já foi vítima desse tipo de violência, segundo o estudo Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, produzido pelo Sesc e a Fundação Perseu Abramo.

A violência obstétrica consiste na ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento, praticada sem o seu consentimento explícito, ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental e aos seus sentimentos e preferências. A expressão engloba condutas praticadas por todos os prestadores de serviço da área de saúde, não apenas os médicos, explicou Fabiana Dal'Mas Rocha Paes, promotora de Justiça de Enfrentamento à Violência Doméstica de São Paulo recentemente aqui no [Estadão](#).

E uma 'canetada' não faz com que a prática deixe de existir, explica o obstetra humanizado Bráulio Zorzella, membro da Reuna, Rede de Humanização do Nascimento, que conversa comigo aqui no blog. Ele explica, ainda, que a medicina deixou o protagonismo da mulher de lado quando assunto é parto. "Fazem muitos procedimentos sem sequer perguntar para a mulher se ela quer ou não quer, se é válido ou não. É muito diferente você dizer para a mulher 'olha, isso aqui que eu vou fazer agora se chama assim e tem esse e aquele benefício, tudo bem? do que fazer tal procedimento, não perguntar nada e aí a mulher se descobre cheia de pontos que ela não sabe nem de onde vieram. E daí ela passa achar que tudo aquilo é normal, ter parto é isso aí mesmo, sempre foi assim", explica.



O obstetra Bráulio Zorzella (à esquerda) assistindo a um parto hospitalar. (Foto: Arquivo pessoal)

Blog: No começo de maio o Ministério da Saúde emitiu um comunicado dizendo que o termo 'violência obstétrica' é inadequado. O que o senhor acha disso?

Bráulio: Eu acho que se uma pessoa pisar no pé da outra e essa pessoa disser 'ai, que dor' e quem pisou disser 'olha, não doeu, sou eu que decido se doeu ou não, não continue chamando isso de dor', ou seja, o agressor dizer pro agredido como ele deve ou não se sentir é algo muito infeliz, ou seja, o Ministério da Saúde foi muito infeliz com essa colocação. Primeiro por que esse já é um termo mundial e também muito forte na América Latina, essa expressão já tem uma década e foi criada justamente para nomear uma violência que sempre ocorreu, mas que não tinha nome, então não tem como o Brasil querer acabar com esse termo. É a partir do momento que você nomeia essa violência que você tem como identificá-la e judicializá-la. A violência obstétrica é uma violência contra a mulher grávida, seja no pré-natal, no parto e no pós-parto e quem tem que dizer se sofreu algo não é o Ministério da Saúde, mas sim a mulher.

Blog: O fato de tirarem essa expressão 'de circulação' faz com que as mulheres sofram menos do que sofrem hoje?

Bráulio: É que nem quando você reclama de um apelido que não gosta, aí é que ele 'pega'. O Ministério da Saúde não tem o poder de tirar essas palavras da boca das pessoas. Mas (o Ministério) entende que essa expressão afeta ou agride o médico obstetra e que isso mudaria o foco da questão. E o que posso dizer é que a violência obstétrica é uma violência de gênero contra uma mulher grávida, praticada por qualquer profissional, pode ser médico, enfermeiro, mas pode ser cometida pelo porteiro do hospital, por exemplo. O nome não está sugerindo necessariamente que é o médico quem comete essa violência. Então basta que os médicos em geral, meus colegas todos, e também as organizações entendam que não se está dizendo que é o médico que comete violência obstétrica, mas sim que é a mulher sofre a violência cometida

por alguém. É que às vezes 'a carapuça serve'. Mas o médico que está ao lado das evidências científicas, do melhor parto possível, do conforto para essa mulher e que acredita que o parto tem que ser uma experiência positiva combate a violência obstétrica e não a expressão violência obstétrica.

Blog: A violência obstétrica foi entendida recentemente pelas mulheres, não? Eu tive filho há 9 anos e nunca tinha ouvido essa expressão. Algumas coisas ruins que aconteciam durante o parto eram vistas como algo inevitável, 'ter filho é assim mesmo'. E para você como médico, quando foi que entendeu que algumas coisas que aconteciam na assistência ao parto não eram normais?

Bráulio: O termo violência obstétrica tem mais ou menos uma década, aqui no Brasil ele ganhou muita força durante o Congresso da Reuna, em 2010, nomeando essa violência, mas isso não significa que ela não acontecia antes. Existe uma pesquisa que aponta que uma em cada quatro mulheres sofre essa violência - mas eu creio que seja muito mais, porque tem gente que não relata ou não sabe que sofreu violência, então eu acho que (esse número) é muito maior. Eu, como médico, abracei essa causa de combate à violência obstétrica porque vi muita coisa errada acontecendo nesse momento do nascimento.

Blog: Que tipos de coisas?

Bráulio: Ações que deixam de lado o protagonismo da mulher, como a escolha do local de parto, por exemplo, ou mesmo dentro do hospital, não deixando que escolha em que posição ela quer parir, aquela coisa do 'só pode deitada' - para facilitar o trabalho do médico. Ou até a escolha do local para a mulher que quer parir e dizem 'não, você não pode parir em casa', ou seja, querem decidir por ela. Outra questão sobre quem pode estar presente no hospital, a presença ou não de um acompanhante, algo garantido na lei desde 2005 mas não respeitado em muitos lugares que usam desculpas muito ruins como 'não tem espaço' ou não pode 'porque o marido de uma vai ficar olhando para outra'. Também se fazem muitos procedimentos sem sequer perguntar para a mulher se ela quer ou não quer, se é válido ou não. É muito diferente você dizer para a mulher 'olha, isso aqui que eu vou fazer agora se chama assim e tem esse e aquele benefício, tudo bem?' do que fazer tal procedimento, não perguntar nada e aí a mulher se descobre cheia de pontos que ela não sabe nem de onde vieram. E daí ela passa achar que tudo aquilo é normal, 'ter parto é isso aí mesmo, sempre foi assim'.

Blog: É muito comum que se reclame quando a mulher grite durante o parto, que ela chore por sentir dor.

Bráulio: Quando o parto foi levado para dentro do hospital, isso há uns 50 anos, colocou-se várias mulheres para parir no mesmo lugar e isso diminui espaços realmente, e daí se fala 'não pode entrar ninguém' e gemer e gritar pode acabar 'incomodando' os outros ambientes. O sistema vem dizer, 'olha, eu que decido pelo seu parto' em relação a tudo e o médico, hierarquicamente estando acima de todos, assumindo a posição daquele que detém o conhecimento e que, portanto, é quem decide as coisas, invertendo o protagonismo das coisas, ele que vira o protagonista dessa história, diminuindo a mulher naquele momento.

Blog: Muitas mulheres reclamam de humilhações na hora do parto, de ouvirem a frase 'na hora de fazer esse filho não gritou'. O senhor já ouviu essa frase numa sala de parto?

Bráulio: Sim, já ouvi muitas vezes, tanto da boca de profissionais quanto das mulheres,

contando que ouviram isso. É uma humilhação que está dentro desse ‘mesmo pacote’ do patriarcado e do machismo, de colocar o hospital e o médico no centro desse universo. A gente tem que olhar esse cenário e pensar o que podemos fazer de diferente.

Blog: Um das práticas comuns na sala de parto e que são consideradas violência obstétrica é se negar analgesia para essa mulher. Isso é muito cruel com essa gestante, não é, doutor?

Bráulio: Sim. Todo mundo sabe que parto dói, ninguém coloca isso debaixo do tapete, parto dói bastante, portanto se houver mecanismos de alívio de dor ótimo e esses mecanismos partem desde o pré-natal, com um trabalho de diminuição da ansiedade e de medos que possam levar a um aumento da dor na hora do parto. Em geral a profissional que faz isso é a doula, eu até brinco que a doula é um anestesista natural, que desde antes do parto pode cuidar dessas questões emocionais que podem gerar mais dor na hora do parto. E na hora do nascimento, sua presença ao lado da mulher pode ajudar a lidar com isso oferecendo massagens, variações de posição, uso de água quente, tanto no chuveiro quanto na banheira. Isso não sendo suficiente existem ainda medicações que podem ser aplicadas pelo médico anestesista. A dor pode ser resolvida sim, ela não precisa ser um caminho que desvie a mulher para a cesárea. A grande questão é que têm hospitais que não oferecem essa possibilidade, que não existe esse serviço de anestesia para essa mulher, ou seja, a estrutura que está falha. E tem hospitais que até teriam a anestesia, que não é oferecida. Mas têm também locais onde essa possibilidade existe e a mulher é obrigada a tomar a anestesia. Eu já trabalhei em um hospital assim, não tinha a opção da mulher não tomar a anestesia. Eu já fui mandado para o conselho de ética de um hospital porque pela terceira vez eu tinha assistido a um parto normal sem anestesia, ‘como a mulher tinha direito a anestesia e você não aplicou?’ Ela não queria a anestesia.

Blog: Mais uma vez se desconsidera o protagonismo da mulher.

Bráulio: E tem uma coisa ainda mais grave quando o assunto é anestesia. Há números mostrando que as mulheres negras têm menos acesso à anestesia porque se acredita que elas podem ser mais fortes e ‘aguentar mais’ a dor. Outra coisa cruel é que se houver uma laceração de parto se faz suturas sem anestesia local, acreditando que essa mulher vai aguentar.

Blog: Então a violência obstétrica ainda é mais cruel com as mulheres negras?

Bráulio: Sim, e há números mostrando isso. Nesse ambiente acredita-se que as mulheres negras “são mais fortes” e que elas “aguentariam isso”. Isso mostra que elas têm menos acesso à analgesia, o que é muito cruel.



A manobra de Kristeller: proscrita da medicina (Foto: Reprodução internet)

Blog: E aquela manobra feita por médicos e enfermeiros que ‘empurra’ a barriga da mulher é violência obstétrica?

Bráulio: Sim, e o nome dessa manobra é Kristeller - e ela tem alguns séculos na história da obstetrícia, foi criada em um momento em que se acreditava que o bebê não podia ficar parado

no canal de parto e deveria nascer o mais rápido possível. Se olhavam para os partos naturais rápidos e se via que eram partos muito bons, enquanto os partos mais demorados davam mais problemas. E nessa época, e eu estou falando do século XIX até a metade do século XX, entendia que se acelerasse os partos diminuía os problemas. Então não só essa manobra de Kristeller, quanto outras medidas, como colocar ocitocina em todo mundo, estourar a bolsa de todo mundo, cortar o períneo da mulher, a episiotomia, usar fórceps de rotina, eram usadas para acelerar esse parto, diminuindo as chances de faltar oxigênio para esse bebê. Para aquele momento era 'o que tinha', inclusive no século XX a mortalidade das mães e dos bebês durante o parto caiu muito. Porém, com o tempo, com a globalização das informações e com trabalhos que puderam ser feitos com mais casos, juntando vários centros de pesquisa de todo o mundo, foram descobrindo que a aceleração dos partos muitas vezes era o problema, não temos que acelerar todos os partos. E há manobras que o custo-benefício não compensa, a manobra de Kristeller é uma delas. Ela tem uma eficiência mecânica muito grande - se você empurrar o bebê sai. Mas às custas do quê e de quais sequelas? A manobra de Kristeller pode fraturar a costela da mãe, pode romper o fígado, o baço, o útero, a bexiga, causar uma hemorragia interna da mãe e, no caso do bebê, pode ocasionar edema cerebral, hemorragia cerebral, será que compensa? Tanto que a manobra de Kristeller foi proscrita na medicina.

Blog: E a episiotomia, esse corte no períneo da mulher, que era feito em todos os partos normais - em mim, por exemplo ele foi feito. Ele é realmente necessário?

Bráulio: A episiotomia, corte para facilitar a saída do bebê, teve seu papel na história da obstetrícia, porém a gente luta para que ela seja abolida. Ela servia como 'proteção' à manobra de Kristeller, já que se você empurrava a barriga da mãe havia mais chances de laceração de quarto grau, daquelas que se emendava a vagina com o ânus. Mas quando se estudou o período expulsivo do parto, em trabalhos do final do século XX e de início do século XXI, quando se descobriu que o bebê pode ficar até 4 horas 'parado' no canal de parto, ou seja, se descobriu que não é preciso acelerar os partos dessa forma. Tirando a manobra de Kristeller da cena, já se diminuiu muito o índice de lacerações e a episiotomia vai perdendo sua necessidade. Eu faço parte de um grupo que defende que a episiotomia seja abolida.

Blog: Mas muita gente faz ainda.

Bráulio: Muita gente faz, eu não acredito que fazem mais de rotina como antigamente, para todos os casos. No meu caso faz 8 anos que eu não pratico mais episiotomia e eu considero que meu trabalho obstétrico melhorou muito por conta disso. E alguns colegas me perguntam, 'nossa, mas você não tem várias lacerações?'. Em geral a gente tem 20% de lacerações, que são menores do que se fosse feita a episiotomia, ou seja, 80% das mulheres não têm nem laceração e nem o corte da episiotomia.

Blog: Qual o papel dessas mulheres na mudança que está sendo observada no parto?

Bráulio: Quem puxou esse movimento todo do parto humanizado foi a mulher que, no final do século XX, começou a dizer "*gente, muito obrigada, o parto melhorou bastante desde o tempo da minha bisavó em relação à mortalidade, vocês inventaram algumas intervenções necessárias, porém não há um jeito melhor para isso? Não tem uma forma de usar tudo só se for necessário? Eu quero decidir sobre meu parto, eu quero saber para que serve cada coisa.*" O movimento das mulheres fez com que os profissionais comessem olhar para essa demanda das mulheres, que quiseram o protagonismo de volta e que propõem que seja uma decisão em conjunto. E muitas pessoas perguntam, 'como a mulher vai decidir algo técnico, ela

vai ter que fazer um curso para isso?’ Claro que não. Se você for na loja de carros você tem capacidade de escolher qual você quer, não precisa virar engenheiro mecânico para decidir sobre o carro. É só mostrar os prós e contras de todas as opções e a mulher é capaz de decidir o que quer.

Blog: Mas todo esse processo da mulher de decidir o que quer, fazer um plano de parto e dizer ‘não’ a uma cesariana gera uma reação da classe médica, não gera?

Bráulio: Sim. Quando a gente muda um paradigma, quem quer ficar na zona de conforto se incomoda. Quem já entendeu essa mudança, que o centro do parto tem que ser a mulher e não o médico, quem já virou essa ‘chavinha’ percebe que tudo passa a ser óbvio depois disso.

Blog: Existe uma relação entre violência obstétrica e o alto número de cesarianas no Brasil?

Bráulio: Sim, existe. Do lado do SUS houve um tempo em que o parto estava sendo muito violento com a mulher e o setor privado abriu uma porta grande para as mulheres fazerem cesárea com hora marcada. As mulheres pensaram, *‘vou ficar no SUS, vão me negar anestesia, não deixar entrar acompanhante, cortar meu períneo, empurrar minha barriga e meu bebê ainda parar na UTI depois?’* Aí a cesárea eletiva surgiu como uma solução, inclusive muitos médicos têm essa visão porque só conhecem esse parto violento. Eu também achava o parto normal muito violento e via a cesárea eletiva como solução. Realmente, surgiu essa demanda grande de cesáreas marcadas e o Brasil deslanchou no mundo como sendo o campeão mundial de cesáreas. Mas agora o momento é: tá, temos um parto mais violento no SUS, temos muitas cesáreas marcadas no suplementar, os dois lados têm violência obstétrica, cada um de um tipo. No hospital público pelo que já citamos e no setor suplementar muitas vezes porque a mulher não tem acesso a um parto normal quando quer ter um parto normal. E qual a solução para essa questão toda? A solução se chama parto humanizado, se chama combate à violência obstétrica, entender o que está levando a esse cenário e minimizar esse fatores.

(A entrevista completa com o médico, com a advogada especialista em violência obstétrica Priscila Cavalcanti e com uma mãe que sofreu violência durante o parto você pode ouvir no podcast, o [Ih, Rita!](#))

Rita Lisauskas