

OMS quer maior acesso a bolsas de sangue para salvar mães e grávidas

(Rádio Onu, 13/06/2014) O Dia Mundial do Doador de Sangue é neste sábado, 14 de junho, e a Organização Mundial da Saúde, OMS, está pedindo aos países que melhorem o acesso do sangue seguro para salvar a vida de mães e grávidas.

De São Paulo, o presidente da Fundação Pró-Sangue, Vicente Odone Filho, explicou à Rádio ONU o que é sangue seguro.

Testes



Foto: OMS/Christina Banluta-Suba

“Significa poder fazer processos de transfusão sem possibilidade de transmissão de infecções, garantindo um produto de qualidade que não traga riscos a quem o recebe. Nós temos testes para detectar a presença do HIV, por exemplo, hoje graças a modernas tecnologias, nós temos a possibilidade de identificar uma janela de contaminação num período de horas.”

Segundo a OMS, 800 mulheres morrem por dia devido a complicações da gravidez ou do parto. Hemorragia severa é a maior causa das mortes maternas e pode matar a mulher em duas horas caso não exista o atendimento adequado.

Dificuldades

Para Vicente Odone Filho, a escolha do tema para o Dia Mundial do Doador de Sangue é oportuna.

“Quando nós estamos falando em mães, nós estamos falando do binômio mãe e filho e esses números mostram a realidade do problema. Nós temos conhecimento de que em áreas do nosso país inclusive, nós temos ainda muita dificuldade para poder suprir isso de uma maneira apropriada. Esse esforço é contínuo.”

A Organização Mundial da Saúde revela que em 73 países, mais de 90% dos estoques de sangue são de doações voluntárias. No mundo, 108 milhões de doações são coletadas por ano, a metade em países de renda alta.

Campanha

Segundo o presidente da Fundação Pró-Sangue, os estoques da entidade estão abaixo da meta de 12 mil bolsas coletadas por mês. Em média, a Fundação recebe cerca de 10 mil bolsas.

Vicente Odone Filho explica que com a aproximação do inverno, a tendência das doações é cair ainda mais. Por isso, a Fundação Pró-Sangue aproveita o clima da Copa do Mundo para atrair mais doadores, fazendo uma campanha em parceria com o jogador da seleção, Daniel Alves.

Acesse o site de origem: [OMS quer maior acesso a bolsas de sangue para salvar mães e grávidas](#)

[Aids avança sobre jovens homossexuais, pobres e mulheres, aponta movimento LGBT](#)

(Agência Câmara Notícias, 06/06/2014) Representantes do movimento LGBT chamaram atenção para o atual perfil epidemiológico da aids no Brasil durante o 11º Seminário LGBT do Congresso Nacional. Para o deputado Jean Wyllis (Psol-RJ), a infecção avança sobre homens jovens homossexuais, pessoas pobres, mulheres e em regiões do interior do País.

“A aids se juvenizou. E desses jovens infectados pelo HIV, a população de homens jovens gays, voltou a ser o grupo vitima preferencial”, disse Wyllis, que participa das frentes parlamentares em Defesa dos Direitos Humanos, de Enfrentamento às DST/HIV/Aids e pela Cidadania LGBT.



Jean Wyllis condenou o discurso que coloca a aids como castigo para homossexuais. Foto: TV CÂMARA

Em audiência na Comissão de Fiscalização e Controle da Câmara dos Deputados, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, reconheceu que o aumento do número de casos de aids entre homens que têm relações sexuais com outros homens tem se mostrado preocupante nos últimos 10 anos. “São as áreas que a gente observa tendência de crescimento”, apontou Chioro.

Jean Wyllis ainda condenou, no entanto, o discurso que coloca a aids como castigo aos homossexuais e ressaltou o aumento de casos entre mulheres. “Temos a feminilização da doença. No início da epidemia eram 30 homens infectados para cada mulher. Hoje essa proporção é de 1 para 1.” O deputado criticou a atuação do Ministério Saúde, diante das evidências desse perfil epidemiológico do País.

Tendência diferente



Representando o Ministério da Saúde, Ivo Brito discordou da visão que aponta como tendências atuais o contágio de jovens, de mulheres e da população do interior do País. Para ele, essa é uma tendência que já marcou os anos 90 e a primeira década do século 21. “Nossos dados mostram outra tendência”, disse Brito.

Com relação ao aumento proporcional da infecção de mulheres, ele disse que, isolando-se homens e mulheres na estatística, verifica-se um aumento maior da epidemia entre homens jovens. Brito acrescentou ainda que a epidemia cresce também entre segmentos com maior escolaridade. “Ou seja, diferente do que ocorria na década de 90.”

O desafio, segundo ele, é pensar em políticas públicas focadas nos grupos de risco sem criar um efeito bumerangue, ou seja, incentivando ainda mais a marginalização e a discriminação desses grupos sociais, como a comunidade LGBT.

Desigualdade

Para o presidente Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), Richard Parker, a determinante fundamental da epidemia de aids é a desigualdade. “É onde a desigualdade é mais forte, onde um eixo de desigualdade, do tipo pobreza, cruza com outro, desigualdade de gênero, que você tem um maior impacto da epidemia. A sinergia entre essas forças de desigualdade cria uma maior vulnerabilidade”, sustentou.

Ex-diretor adjunto do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Eduardo Barbosa, hoje afirma que, além de terem perdido força, as campanhas muitas vezes não chegam aos públicos-alvo. Para ele, à medida que a questão da vulnerabilidade foi acentuada no discurso, o risco maior de infecção de algumas comunidades foi sendo esquecido. “Hoje se fala em vulnerabilidade como se todos fossem igualmente vulneráveis, homens, mulheres. Mas a epidemia está pegando é gay”, disse Barbosa, que coordena o Centro de Referência e Defesa da Diversidade de São Paulo.

Apesar de considerar importante reconhecer que a aids não tem cara, cor, classe social, ou orientação sexual, Parker concorda que a Aids não é uma epidemia igualitária ou democrática. “Nem todas as pessoas enfrentam os mesmos riscos frente à epidemia de aids. Os grupos populacionais não existem na mesma situação”, disse. Para Parker, a atual fase da epidemia, denominada por ele como “estigma e discriminação” é talvez a mais difícil de ser vencida.

Acesse o site de origem: [Aids avança sobre jovens homossexuais, pobres e mulheres, aponta movimento LGBT](#)

Número de cesáreas não para de crescer no Brasil

(Jornal do Senado, 03/06/2014) Em plena madrugada, no início de abril, Adelir Carmem Lemos de Góes, de 29 anos, foi surpreendida pela visita de um oficial de justiça acompanhado de policiais armados que a forçaram, com o marido, a acompanhá-los a um hospital em Torres, município distante quase 200 quilômetros da capital gaúcha, onde foi submetida a uma cesariana sem o seu consentimento. O caso dramático e inédito de Adelir mobilizou pelas redes sociais protestos de defensores do parto humanizado e escancarou à opinião pública um dos principais desafios das políticas voltadas para a saúde da mulher: a necessidade de mudar o modelo que fez do Brasil o campeão disparado das cesáreas no mundo.

Embora haja uma tendência mundial de aumento desse tipo de operação para a chegada dos bebês — em decorrência, conforme documento do Ministério da Saúde (MS), de melhor acesso aos sistemas de saúde, maior disponibilidade de tecnologias, melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, vantagens financeiras pelo custo e planejamento desse tipo de cirurgia e a percepção sobre a segurança de certos procedimentos — os países acendem o sinal vermelho quando a proporção chega a 30%.



Bebê recém-nascido é examinado na Casa de Parto de São Sebastião (DF), que começou como um centro obstétrico de baixo risco e hoje é conduzido somente por enfermeiras obstetras Foto: Marcello Casal Jr. / ABr

Há cinco anos, o Brasil cruzou a linha dos 50% de partos por cesárea. E de lá para cá, só tem aumentado, distanciando-se cada vez mais dos 15% recomendados pela Organização Mundial

de Saúde (OMS). Apesar das iniciativas do governo nos últimos 20 anos, não houve reversão do quadro. O modelo brasileiro continua centrado na medicalização dos partos e nos hospitais. Maria Esther Vilela, coordenadora geral de saúde das mulheres do MS, em entrevista ao Jornal do Senado, informa: “98% dos partos no país são hospitalares”

Considerada a maior pesquisa sobre parto realizada no país, Nascer no Brasil, divulgada recentemente pelo MS e pela Fiocruz, entrevistou 23.894 mulheres atendidas em maternidades públicas, privadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram coletados dados em 266 hospitais de 191 municípios, incluindo todas as capitais e cidades do interior de todos os estados. Os resultados comprovam que não há recuo nas cesáreas.

Quase um milhão de mulheres são submetidas a parto cirúrgico todos os anos, mesmo sem indicação médica adequada, inclusive adolescentes, cuja taxa atingiu 42%. Segundo a coordenadora da pesquisa, a epidemiologista Maria do Carmo Leal, não há justificativas clínicas para percentuais tão elevados. Essas cirurgias, continua, expõem as mulheres e os bebês a riscos desnecessários e aumentam os gastos do país com saúde. O estudo mostrou que quase 70% das entrevistadas desejavam o parto vaginal no início da gravidez, mas poucas são apoiadas nessa decisão durante a gestação e muitas são induzidas pelos próprios obstetras.

Esse excesso de cesarianas produziu outro problema: a proporção elevada de bebês retirados antes da hora. Isso os expõe a maiores riscos, inclusive com internações mais frequentes em UTIs neonatais. A pesquisa indicou que 35% dos bebês brasileiros nasceram com 37 ou 38 semanas de gestação, ou seja, no limite da prematuridade. Se tivessem alcançado 39 semanas ou mais de gestação, respeitado o tempo normal de nascimento, eles poderiam ganhar mais peso e mais resistência para chegar ao mundo. O estudo apontou também que a taxa de prematuros (antes de 37 semanas) atinge 11,5%, proporção, por exemplo, 60% mais alta do que na Inglaterra.

Reação no Congresso

Essa situação alarmante e o caso Adelir, o único a ter interferência judicial para obrigar uma mulher em trabalho de parto a fazer cesárea, contribuíram para reacender os debates no Congresso. Na terça-feira passada, a pedido das senadoras Ana Rita (PT-ES) e Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM), audiência conjunta da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) iniciou o ciclo de discussões no Senado. No começo de maio, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara realizou o Seminário Faces da Violência contra a Mulher.

As duas Casas se debruçaram sobre temas importantes, como violência obstétrica; desrespeito à mulher em decisões sobre seu corpo, prevalecendo opiniões médicas, como no caso Adelir; falhas das faculdades que continuam jogando no mercado profissionais desatualizados e despreparados; ausência ou pouca informação que oriente a mulher nas suas escolhas; ganhos econômicos e financeiros desse tipo de assistência; e a necessidade de resgatar as experiências positivas de um modelo que foi sendo substituído, progressivamente, a partir dos anos 70.

Atenção Domiciliar

Até meados do século 20, os brasileiros vinham ao mundo pelas mãos de obstetras e parteiras. Os partos normais prevaleciam. Eram poucas as cesáreas. Segundo estudo citado no documento Saúde Brasil, do MS, a assistência à mulher no Rio de Janeiro, entre 1920 e 1960,

capital do país na época, se organizava de quatro formas: Serviço Obstétrico Domiciliar (SOD) do modelo sanitaria, proposta filantrópica das damas da sociedade, assistência hospitalar individualizada e assistência obstétrica integrada, que consistia de uma rede, espalhada nos diversos bairros da cidade, de consultórios de pré-natal acoplados a consultórios de higiene infantil, ambos articulados com uma maternidade e com um SOD.

Muitos fatores influíram para tirar o protagonismo da mulher no momento mais especial de sua vida. Um deles foi o avanço da tecnologia. Isso fez com que o médico não pudesse ir mais à casa das gestantes com uma simples maleta. “O cuidado médico foi se sofisticando e as gestantes passaram a ter que ir ao hospital para fazer determinados procedimentos”, explica a médica e professora de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) Daphne Rattner, presidente da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), entrevistada pelo Jornal do Senado.

As parteiras e as obstetizas perderam espaço no novo modelo de assistência médico-hospitalar urbano. Em 1972, segundo Daphne, a última escola de obstetizas do país, ligada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), encerrou suas atividades. Somente em 2004, o curso foi reaberto na USP Leste. Enquanto essa mudança estava em curso no Brasil, países europeus como Inglaterra, Holanda, Alemanha e Espanha continuavam desenvolvendo a assistência às mulheres com enfermeiras obstetizas, obstetizas e parteiras. Nesse modelo, os médicos só entram quando os partos complicam, apresentando risco real de morte para a mãe e o bebê.

Violência obstétrica

O ingresso da mulher no mercado de trabalho, a pressa do mundo moderno, a mudança na estrutura de saúde do país, com a criação do já extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (Inamps), são alguns dos outros fatores apontados pelo ministério. Dados de 1970 mostram que a taxa de cesárea era de 14,6%, ascendendo a 32% em 1980 nos hospitais vinculados ao Inamps. Em 2000, eram de 38% e, dez anos depois, 52%.

No entanto, existe um fator delicado que induziu muitas mulheres brasileiras à cesárea: práticas que hoje são consideradas como violência obstétrica associaram o parto normal a momentos de medo, desamparo, de uma verdadeira tortura, dependendo do hospital e do médico. Isso é tão real e presente que uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo de 2010, Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, revelou que uma entre quatro mulheres brasileiras declara ter sofrido algum tipo de violência obstétrica.

Essa proporção assustadora constou do relatório final da CPI da Violência contra a Mulher, sob responsabilidade da senadora Ana Rita. A CPI investigou durante 16 meses o funcionamento da rede de proteção às brasileiras vítimas de agressões. O trabalho mais focado na Lei Maria da Penha foi tratado em um encarte do Jornal do Senado, premiado recentemente (O INFERNO DAS MULHERES). Apesar de não investigar diretamente a obstétrica, a CPI a incluiu entre as formas de violência contra as mulheres brasileiras.

E no que ela consiste? O conceito internacional a define como qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ainda ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Há um leque amplo desse tipo de violência. Ativistas do parto humanizado apontam, entre esses atos, frases usuais nos hospitais, e não só nos públicos, que desqualificam e ofendem a mulher, como “para de berrar, na hora de fazer não gritou” ou “não faça escândalo”. São tratamentos agressivos, grosseiros e zombeteiros; nomes infantilizados e diminutivos; procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, submeter a mulher a mais de um exame de toque, às vezes por mais de um profissional, posição ginecológica com portas abertas, dar hormônios (ocitocina) para agilizar o parto, fazer episiotomia (incisão na região do períneo, entre o ânus e a vagina, para aumentar o canal do parto) sem consentimento.

Algemadas

E não para por aí. Existe inclusive o descumprimento de leis, como a que garante às parturientes, no âmbito do SUS, o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (Lei 11.108/2005), que se originou de um projeto do Senado de autoria da atual secretária de Direitos Humanos da Presidência da República, Ideli Salvatti, na época em que era senadora. E outra que assegura à gestante conhecer e se vincular previamente à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS (Lei 11.634/2007).

Os abusos são tantos que Ana Rita, relatora da CPI da Violência contra a Mulher, pediu, durante a audiência da CDH e da CAS, que eles sejam denunciados pelo Disque 180 (a central da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) que atende os casos de vítimas de agressões), o que já está sendo providenciado pelo governo federal.

Se todo esse desrespeito ocorre com mulheres livres, imagine o que acontece com as encarceradas. Há quase três anos, advogadas da Pastoral Carcerária produziram documentário intitulado Mães do Cárcere, com o objetivo de discutir questões relativas à maternidade no sistema prisional do país. Há depoimentos estarrecedores. Um deles, o de uma ex-usuária de crack, que deu à luz o sexto filho amarrada à maca por corrente em um dos pés e com as mãos algemadas. “Minha perna estava inchada. Fiquei com uma levantada, mas não dava para ficar na posição de parto”, conta a presidiária, cuja filha foi levada para um abrigo e dada para adoção sem conhecimento da mãe.

Integrantes do movimento pelo parto humanizado conhecem esses relatos. Segundo a presidente da ReHuNa, essa é uma pauta que deve ser tratada em breve. Apesar das iniciativas do governo, como a Rede Cegonha, Daphne afirma que os defensores do “empoderamento da mulher” no parto e no nascimento dos seus bebês ainda são poucos.

O movimento se articula principalmente pelas redes sociais e enfrenta a resistência da maioria dos obstetras, que prefere continuar com as cesáreas eletivas (desnecessárias).

Além disso, muitas faculdades de medicina, acrescenta Daphne, rejeitam incorporar aos cursos de obstetrícia as mais atualizadas evidências científicas, que colocam por terra a opção da cesárea em partos de baixo risco. Documento do ministério mostra que as mulheres submetidas a cesáreas têm 3,5 vezes mais probabilidade de morrer do que as que fazem parto normal, conforme dados colhidos entre 1992 e 2010. Essa relação sobe para 5 vezes quando se avalia a infecção puerperal, com base em dados de 2000 a 2011.

Os interesses econômicos e financeiros não são só dos médicos, que ganham mais com as cesáreas, com menor risco de se envolverem em questões judiciais e com a comodidade de

planejamento das suas agendas. Os hospitais podem cobrar mais pelos procedimentos adotados nesse tipo de cirurgia. De acordo com a coordenadora-geral de Saúde da Mulher do ministério, em alguns planos de saúde a taxa de cesárea chega a 100%.

Rede pública possui boas experiências de parto humanizado

O melhor caminho para que a mulher contribua no resgate do seu papel de protagonista no trabalho de parto, parto e pós-parto é a informação. Essa é a aposta do Ministério da Saúde, que deve lançar após o período da Copa a nova Caderneta da Gestante. Com dicas e cuidados a serem observados desde a descoberta da gravidez, a caderneta traz uma série de orientações importantes, de direitos assegurados em lei a serviços oferecidos pela rede do SUS, como testes para identificar HIV e sífilis, até quadro comparativo entre cesárea e parto normal, além de divulgar o número 180 como canal para as denúncias contra a violência obstétrica.

Essa é mais uma iniciativa do governo para estimular a humanização do parto. Em 2011, a Rede Cegonha sistematizou e institucionalizou um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, com base em discussões e experiências que se desenvolvem desde a década de 80. O modelo que se almeja, segundo a coordenadora-geral de Saúde da Mulher do MS, Maria Esther Vilela, é o do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (MG).

Documentário de aproximadamente uma hora, divulgado pelo ministério, mostra que é possível entrosar médicos e enfermeiras obstétricas, doulas comunitárias e agentes de saúde. O Sofia Feldman possui um conselho integrado não só por médicos, enfermeiras e administradores da instituição, como também por representantes da comunidade. Os depoimentos evidenciam que há um controle social dos recursos e dos gastos da instituição, totalmente voltada para a humanização do parto e do nascimento.

De acordo com o modelo preconizado pela Rede Cegonha, o Sofia Feldman possui Centro de Parto Normal (CPN), onde enfermeiras obstétricas (podendo também ser obstetrizes) atendem os partos de baixo risco. Todo o ambiente é projetado para oferecer bem-estar e tranquilidade às gestantes, com recursos para ajudar a aliviar a dor durante o trabalho de parto, como banhos de banheira e chuveiro, massagens e caminhadas. No CPN do Feldman até escalda-pés com plantas medicinais são oferecidos, por sugestão da própria comunidade.

Se há complicações, ou dependendo da escolha das gestantes, elas são encaminhadas ao hospital. Lá também há a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), como recomenda a Rede Cegonha. Alguns dos depoimentos mais comoventes do documentário são das puérperas que, assim, podem ficar próximas e visitar constantemente os seus bebês que, por alguma razão, precisam ficar internados na UTI neonatal. Embora não tenha sido apresentado no documentário, a presidente da ReHuNa, Daphne Rattner, informou que o Sofia Feldman já está preparado para oferecer o parto domiciliar pelo SUS.

Outro bom exemplo apontado pelo Ministério da Saúde é o das casas de parto, como a que existe em São Sebastião, nos arredores de Brasília. O local foi escolhido porque, segundo a enfermeira obstetra Elaine Gonçalves, que lá trabalha desde 2001, quando foi inaugurado o centro, um médico obstetra da principal maternidade pública de Brasília, HMIB, localizada na Asa Sul, identificou que a maioria dos partos de baixo risco era de moradoras de São Sebastião, onde predomina população carente.

O que começou como um centro obstétrico de baixo risco, com médicos obstétricas e pediatras, foi transformado em uma casa de parto em 2009, conduzida somente por enfermeiras

obstetras.

Atualmente conta com 16 enfermeiras e é a única no Distrito Federal a realizar partos humanizados pelo SUS, inclusive para as gestantes que preferem partos na água. Conforme Jussara Vieira, que chefia a unidade, ainda são poucas as moradoras de Brasília que conhecem a casa, que atende a média de 40 partos mensais. Porém, está crescendo o interesse, principalmente de gestantes de classe média que procuram as vantagens do parto normal e uma assistência humanizada. Jussara informou que há planos do governo para ampliar a unidade e instalar outras casas de parto no DF.

Acesse o site de origem: [Número de cesáreas não para de crescer no Brasil](#)

[Unids e parceiros lançam campanha de prevenção à aids durante a Copa](#)

(ONU Mulheres, 29/05/2014) No emblemático Teatro Castro Alves, o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS)—em parceria com o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), o Governo da Bahia, a Prefeitura de Salvador e o Ministério da Saúde—lançará no dia 9 de junho a campanha Proteja o Gol, utilizando o poder de união do futebol para mobilizar os jovens na prevenção à AIDS.

Artistas, autoridades nacionais e globais, ativistas e famosos unirão suas vozes em apoio à campanha em uma solenidade que será conduzida pelo Diretor Executivo do UNAIDS e Secretário-Geral Adjunto das Nações Unidas, Michel Sidibé, e pelo Ministro da Saúde, Arthur Chioro—tendo como anfitriões o Governador do Estado da Bahia, Jaques Wagner, e o Prefeito da cidade de Salvador, Antônio Carlos Magalhães Neto.

O evento também contará com a participação de Kweku e Ndaba Mandela, netos do líder sul-africano e prêmio Nobel da Paz Nelson Mandela, porta-vozes da campanha. A celebração contará com um show de Mari Antunes e Babado Novo, e participação da Escola Olodum.



Secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, assina bola símbolo da campanha ao lado do diretor executivo do UNAIDS, Michel Sidibé

A campanha conta ainda com o apoio de celebridades do futebol como o jogador da seleção brasileira David Luiz; o ex-capitão da seleção alemã Michael Ballack; e o atacante Gervinho, da Costa do Marfim.

Continentes na luta contra a AIDS - Para simbolizar a união de dois continentes, uma bola da campanha partiu da África do Sul—país que sediou a Copa do Mundo da FIFA de 2010—rumo a todos os países africanos classificados para a Copa do Brasil. A turnê iniciou-se em março, quando o Presidente Jacob Zuma, da África do Sul, assinou a bola-símbolo da campanha no Estádio de Soccer City em Soweto, Joanesburgo, durante o amistoso entre o Brasil e a África do Sul. A bola foi então assinada pelos Chefes de Estado da Argélia, Camarões, Costa do Marfim, Gana e Nigéria.

A campanha mobilizou lideranças em países como Argentina, Equador, Guatemala, Honduras, Irã, Malásia, Mianmar e Uruguai, entre outros. O Secretário-Geral das Nações Unidas, Ban Ki-moon, assinou a bola Proteja o Gol durante a reunião do Conselho de Diretores Executivos das Nações Unidas.

Proteja o Gol - A campanha Proteja o Gol é liderada pelo UNAIDS e visa mobilizar os jovens e os fãs de futebol na resposta à AIDS. A campanha promove a visão de zero nova infecção por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à AIDS.

Com a parceria fundamental dos governos estaduais e das municipalidades, a campanha irá distribuir mais de 2 milhões de preservativos e 2 milhões de folhetos informativos nas 12 cidades-sede da Copa, além de disponibilizar testes rápidos gratuitos nos Fan Fests. Além das cidades-sede, também aderiram à campanha Aracaju, Porto Seguro, Ribeirão Preto e Santos, entre outras. As escolas do estado da Bahia também participam.

A Proteja o Gol é fruto de uma parceria entre o UNAIDS, UNFPA, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, o Ministério da Saúde, o Governo da Bahia e a Prefeitura de Salvador. A campanha também conta com o apoio da Embaixada da França, da Fundação AmfAR, da Editora Abril, da Universidade UNIJORGE, da Escola Paulista de Propaganda e Marketing (ESPM) e da Escola Olodum.

Acesse o site de origem: [Unids e parceiros lançam campanha de prevenção à aids durante a Copa](#)

Gestantes com HIV fazem curso no HDT

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

Uma situação preocupante vivida pela mulher com HIV/aids é a gestação devido à possibilidade de infecção ao bebê. A possibilidade de Transmissão Materno-Fetal (TMF) do vírus é maior quando não são realizadas intervenções de prevenção. De acordo com dados publicados em 2007 pelo Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis, do Ministério da Saúde, cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição ao aleitamento materno. A equipe do Setor de Adesão acompanha a mulher durante a gestação, após o parto e também a criança até os 18 meses de vida.

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

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

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

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

Verme é ligado a crescimento da Aids

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

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

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

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

A médica Eyrun Kjetland, que lidera a equipe, diz que a doença é mais comum do que a sífilis ou o herpes, que também podem abrir caminho para o HIV.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estima-se que 200 milhões de africanos já tiveram esquistossomose. Embora raramente seja

fatal, em crianças o sangramento pode levar a anemia, atrofia e problemas de aprendizagem.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Graças à parceria com a OMS, conseguimos fixar 14 mil médicos em regiões que não contavam com a atenção básica e, hoje, 49 milhões de brasileiros passaram a ter acesso à assistência médica”, disse o ministro à diretora da OMS.

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

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

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

Fonte: Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais

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

UNESCO lança publicação sobre educação em sexualidade no contexto brasileiro

(UNESCO, 19/05/2014) A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) acaba de lançar uma publicação dedicada a educadores brasileiros sobre o tema da sexualidade - denominada “Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem”.

Resultado de uma adaptação para o cenário brasileiro de tópicos e objetivos de aprendizagem incluídos na publicação “Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde, volumes 1 e 2” - publicada pela UNESCO em 2009 -, este documento busca fornecer orientações para o

desenvolvimento de currículos adaptados aos locais onde serão aplicados.

O documento de 2009, publicado em Paris, contou com a parceria do Fundo de População da ONU (UNFPA), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no âmbito da Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS).



Foto: UNESCO/ Reprodução

O status de desenvolvimento do Brasil e a experiência prática nessa área certamente podem apresentar aspectos inovadores e servir como referências para versões futuras dessa orientação técnica internacional, diz a UNESCO, assim como seus tópicos e objetivos de aprendizagem para a educação em sexualidade.

O interesse da representação da UNESCO no Brasil, em parceria com organizações especializadas na área, foi analisar nacionalmente os conteúdos desses tópicos para incorporar a rica experiência brasileira nas análises internacionais.

Por outro lado, considerando a possibilidade de se adaptar os tópicos do cenário local, a agência da ONU afirma ser necessário obter a validação dessas orientações por especialistas brasileiros nas áreas de gênero e sexualidade, de forma a garantir a relevância e a adequação dos conteúdos para cada público-alvo no território nacional.

A publicação ou solicite uma cópia impressa [clikando aqui](#).

Acesse o site de origem: [UNESCO lança publicação sobre educação em sexualidade no contexto brasileiro](#)

“Filhos do genocídio”: 200 mil crianças foram geradas após estupros em Ruanda

(Opera Mundi, 09/04/2014) Elas foram presas, espancadas e esturadas quando a irracionalidade e a violência assolaram Ruanda há 20 anos. Hoje, essas mães – que escaparam do genocídio que matou quase um milhão de pessoas – e os frutos da barbárie buscam viver uma vida normal em meio a tantas memórias. No entanto, embora tenham sido concebidos a partir de crimes sexuais, esses meninos e meninas não são considerados sobreviventes e, com isso, não recebem apoio do governo.

Apesar de as estatísticas serem imprecisas, as Nações Unidas estimam que entre 250 mil e 500 mil mulheres foram estupradas por milícias e grupos de hutus armados. Dessas violações, teriam nascido 200 mil crianças.



Imagens das mães e jovens atendidos na Kanyarwanda, uma associação local que recebe apoio da Fundação Ruanda Foto: Fabiola Ortiz/Opera Mundi

Os “filhos do genocídio” não viveram a carnificina que teve início no dia 7 de abril de 1994 e durou até julho do mesmo ano, quando a Frente Patriótica Ruandesa (FPR) comandada por Paul Kagame expulsou extremistas genocidas e o governo provisório após o acidente de avião que matou Juvenal Habyarimana – fato que desencadeou o massacre que durou cem dias. Porém, cresceram com as marcas vivas de um passado que não testemunharam, mas que conhecem muito bem pelos relatos e cicatrizes deixadas em suas mães.

“Eu perdoaria o homem que me estuprou, mas infelizmente não sei quem é. Foi mais de um. Se soubesse quem são e se essas pessoas viessem até mim e confessassem, eu perdoaria”, disse a Opera Mundi Naomie Mukakalisa, de 37 anos. Ela vive em Nyamata, no distrito de Bugesera, a 40 minutos de Kigali, e é produtora rural. Em seu pequeno lote, cultiva alimentos para subsistência própria e de seus dois filhos e, quando sobra, tenta vender no mercado local. Para ela, perdoar é uma forma de amenizar a dor que carrega até hoje.

Durante o genocídio, Mukakalisa era casada e tinha um bebê de um ano. O marido morreu após ser violentamente espancado. Ela também perdeu os irmãos. Após o estupro, Mukakalisa deu à luz Patrick, hoje com 19 anos, aluno do ensino médio. Em entrevista a Opera Mundi, ele conta que adora química e, por isso, quer se tornar médico.



“Muitas pessoas no meu vilarejo, quando vão aos postos de saúde, esperam por muito tempo e não recebem um bom tratamento. Quero ser um médico para ajudar a minha comunidade, tratar das pessoas doentes e fazer a vida delas mais fácil e melhor. Há poucos médicos para ajudar a comunidade”, lamentou.

[Mukakalisa: “Eu perdoaria o homem que me estuprou, mas infelizmente não sei quem é]

A mãe, tímida, deixa claro o orgulho que sente de Patrick. Ela, que nunca estudou, diz que se

tivesse alguma oportunidade, gostaria de aprender artesanato para complementar a renda. “Meu filho, estude bastante para você ter um futuro e ir para a universidade, para cuidar de mim quando eu envelhecer e cuidar das pessoas doentes e necessitadas. Estou feliz que você está se comprometendo a estudar e a trabalhar e tem interesse em cursar medicina na universidade. Ficarei orgulhosa de ser mãe de um médico na minha comunidade”, disse em kinyarwanda, com um leve sorriso no rosto.

Mukakalisa é uma das centenas de mulheres atendidas pela Kanyarwanda, uma associação local que recebe apoio da Fundação Ruanda. Ela conta que sua vida mudou após o filho entrar na escola. Por não ser considerado um sobrevivente do genocídio, Patrick nunca recebeu apoio do governo. No país, até as escolas públicas cobram uma taxa anual.

Ela conta a rotina na associação. “A cada três meses, eu também me encontro com outras mulheres que passaram pela mesma experiência e sinto que não estou tão só. Não me sinto a única por ter vivido coisas ruins”, disse.

Mães soropositivas

Outro grave problema é a contaminação pelo vírus HIV. “Um terço das mulheres que atendemos são soropositivas. Durante o genocídio, as armas eram o estupro e a infecção”, conta a Opera Mundi Samuel Munderere, coordenador local da ONG, cuja sede fica nos EUA. Atualmente, além de Mukakalisa, a Fundação Ruanda apoia 735 filhos e 684 mães. Muitos já estão prestes a concluir o ensino médio e seis já conseguiram ingressar em universidades.

Munderere explica que, além de assegurar que os filhos do genocídio tenham direito à educação, é importante prestar assistência psicossocial às mulheres. “Temos que ajudá-las a superar essas experiências que tiveram para que possam criar seus filhos. Algumas das mães associam o nascimento da criança à violência e, por isso, tem dificuldades de relacionamento. Tentamos mostrar às mães que essas crianças são como quaisquer outras, são vítimas do que aconteceu e não devem sofrer”, explicou.

O coordenador admite que lidar com este tema é muito delicado, mesmo passadas duas décadas após uma das maiores atrocidades do século 21. A ONG já recebeu pedidos de mães para acolher 1.500 crianças. O número é grande, porém a capacidade é limitada, lamenta. “Poderíamos fazer mais caso pudessemos arrecadar mais recursos. É difícil conseguir financiamento para os projetos, muitos pensam que após 20 anos os problemas já acabaram”, desabafou.

Em 2014, a Fundação Ruanda acabou de utilizar sua última parcela de recursos que restava. “Se não conseguirmos mais, nossa operação para 2015 terá que ser paralisada. Seria muito ruim para as mulheres e as crianças, que teriam que deixar as escolas onde estudam”, afirmou.

“Nunca vou esquecer”

É difícil esquecer o que aconteceu, confessa Josiline Kayitesi, de 49 anos, também de Bugesera. Ela conta que há coisas que não é possível apagar da memória. “Uma delas é a forma como queimaram a casa da minha família e como as nossas vacas foram mortas. Também não vou nunca esquecer de quando fui violentada, isso é algo que irei me lembrar para sempre”.



Josiline Kayitesi, que deu à luz a uma menina após o estupro, disse que a violência sexual “é algo de que irei me lembrar para sempre” Foto: Fabiola Ortiz/Opera Mundi

Ao contrário de muitas mulheres, Kayitesi conseguiu cursar o primário, mas não pôde concluir o ensino médio. A produtora rural teve Sonia, também de 19 anos. A menina soube a verdade sobre sua concepção aos 14 anos. “Decidi falar com ela primeiro antes que soubesse por outras pessoas. Fomos para o quarto e falei que, durante o genocídio, muitas coisas ruins aconteceram. As mulheres eram violentadas e, como resultado, fiquei grávida [dela]”, relatou.

Desde então, a vida de Sonia mudou, diz Kayitesi. Até o relacionamento com os primos em casa foi afetado. “Sonia sempre achou que era da mesma família. Depois ficou mais tímida e reservada”, lamentou a mãe.

A garota afirma que ainda não sabe qual profissão quer ter, mas reconhece que tem “uma grande responsabilidade de estudar, ajudar a cuidar da minha mãe e contribuir para reconstruir a nação”. Ela diz que conhece jovens com o passado parecido com o dela e admite que, apesar de difícil, todos pensam da mesma forma. “Vamos trabalhar muito para ter a vida melhor”.

Na opinião de Munderere, as mulheres desempenham um papel essencial para a reconciliação e desenvolvimento de Ruanda. “Elas são as mães dessa nação. As mulheres são boas em gerir e dividir recursos, muito mais do que o homem. Quando uma mulher tem renda, ela usa para compartilhar com a criança e com a família. As mulheres são fundamentais no caminho do desenvolvimento”, ressaltou.

Acesse o site de origem: [“Filhos do genocídio”: 200 mil crianças foram geradas após estupros em Ruanda](#)

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

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



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

O aborto em casos de estupro é legal e oferecido pelo Sistema Único de Saúde, já que, segundo o coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, Jefferson Drezzet, “a gravidez é uma segunda violência para a mulher”, segundo

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

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

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

Aborto e o sentimento de culpa

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

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

Religiosa, Clarice foi violentada pelo marido em 1993, engravidou e passou anos calada sobre o assunto. O casal frequentava uma igreja que desaprovava qualquer acusação em relação ao esposo. Ela decidiu não interromper a gravidez, não apenas pela religião, mas pela culpa que um aborto poderia trazer: “busquei com todas as minhas forças amar a criança. Foi uma luta interna para que o amor prevalecesse”, disse. Drezzet falou sobre a “síndrome do aborto”, um trauma específico e duradouro na mulher, mesmo que decidida, que interrompe uma gravidez. “Não é verdade, nem é reconhecido pela Sociedade Americana de Psiquiatria. É uma especulação para assustar as pessoas, pois nossa experiência mostra que as mulheres

conseguem elaborar a situação, geralmente, nos primeiros seis meses após o procedimento”, argumentou.



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

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

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

Até mesmo para a gravidez, os centros de atendimento oferecem a conhecida “pílula do dia seguinte”. Nas primeiras 24 horas, informou Rosas, a eficácia do medicamento é de 95%, 48 horas após o coito é de 80% e até o quinto dia será de 30%. O aborto legal realizado em casos de estupro é um procedimento com baixo índice de complicações e que exige cerca de um dia de internação. No entanto, quando mais idade gestacional, mais riscos existem. O prazo máximo é de 20 semanas ou quando o feto atinge 500g. O ginecologista ressaltou a importância de também fazer a denúncia de violência sexual em uma delegacia.

Trauma, paranoia e vida sexual

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

força na rede social.

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



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

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

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

**A pedido das entrevistadas suas identidades foram preservadas*

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