

Aborto: série especial conta a história de cinco mulheres que interromperam a gestação 12 vezes



Cinco irmãs. Negras. Mães. Empurradas à clandestinidade. Abortaram 12 vezes, sempre sem amparo legal e médico. Baianas, nascidas no interior, suas histórias se ambientam também em Salvador. Os cinco perfis revelam os caminhos dessas mulheres, com idades entre 35 e 44 anos, em algum tipo de relacionamento estável, que também foram ou são vítimas de violência física e psicológica, pelos parceiros e profissionais de saúde.

Esta série de reportagens publicadas no jornal [Correio](#) ouve pesquisadoras, especialistas e fontes oficiais para tentar entender: Por que essas mulheres tiveram tantas gestações indesejadas? O que haveria de errado em suas vidas reprodutivas? Onde o serviço de saúde teria errado para que isso acontecesse? Quais políticas públicas falharam? Sofreram violência? Tiveram dificuldade de negociar o método com o parceiro? Tiveram pleno acesso à informação e método adequado?

Num momento em que países alteram a sua política em favor dos direitos da mulher, o Brasil discute o assunto, mas pouco decide sobre o tema. Por isso, diante do risco de serem perseguidas e denunciadas, omitimos a cidade onde vivem e mudamos os nomes das personagens e daqueles ligados a elas. Aqui, seus nomes foram substituídos por cores além do vermelho, que tingiu seus corpos: Violeta, Anil, Preta, Oliva e Rosa.

A série foi uma das cinco selecionadas no edital “*Jornalismo Investigativo em Direitos Humanos, Aborto e Saúde Pública*”, do Instituto Patrícia Galvão, com apoio da Global Health

Strategies e Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji). O instituto recebeu cerca de 200 propostas e cinco foram escolhidas. Foram quase 12 meses de trabalho, envolvendo pesquisa, entrevistas e desenvolvimento da narrativa.

Confira a série completa acessando [este link](#).

Textos: Edvan Lessa

Pauta: Edvan Lessa e Clarissa Viana

Edição de texto: Mariana Rios

Editor multimídia: Wladimir

Infográficos: Fernanda Nunes

Vídeo (edição, produção e direção): Edvan Lessa, Hugo Araújo

Áudios (edição): Lindaiara Conceição

Programação: Daniel Lyrio

Fotos: Hugo Araújo, Marcelo Nunes e Yuri Rosat

[Mães de crianças com microcefalia em Pernambuco perdem BPC](#)

Segundo entidade que oferece acompanhamento às famílias, pelo menos 22 casos de suspensão do benefício foram registrados em Pernambuco

[\(Folha de Pernambuco, 18/07/19 - acesse no site de origem\)](#)

Pelo menos 22 mães de crianças nascidas com microcefalia causada pelo vírus zika em Pernambuco tiveram o Benefício de Prestação Continuada (BPC) suspenso. A denúncia foi feita pela União de Mãe de Anjos (UMA), conhecida pela luta por maior assistência e acompanhamento às famílias dessas crianças, aumentando o acesso a itens fundamentais para a reabilitação desses pequenos. Segundo a associação, composta por mais de 400 famílias, desde o mês de junho o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) começou a suspender os benefícios.

De acordo com a presidente da UMA, Germana Soares, todas as mães que perderam temporariamente o benefício estão saber o motivo da suspensão. “Em dias diferentes, quando cada uma foi receber o dinheiro, foram informadas sobre o corte, mas em nenhuma agência os funcionários falam o que causou a medida. Uma assistente social até informou que existe um lista com outros nomes que terão o benefício suspenso ainda neste mês, mas não soube justificar”, disse Germana, uma das afetadas pelo problema.

Mãe da pequena Maria Giovanna, de 3 anos e 9 meses, Gleyse Kelly Cavalcanti, de 31 anos, conta que teve o BPC suspenso neste mês de junho. “No INSS me falaram que seria um problema no banco. Quando fui na minha agência informaram que seria um problema no

cadastro do INSS. Jogam um para o outro, mas não chegam ao x da questão. Já levei uma série de documentos solicitados por eles, mas não encontram nenhuma irregularidade. Ficamos sem saber o que fazer e a quem recorrer”, disse.

Gleyse Kelly conta que tem sido um sufoco administrar o pouco dinheiro para garantir a alimentação e remédios da filha. A ajuda de parentes e amigos tem sido fundamental. “Enquanto isso as dívidas não esperam e vão se acumulando. Não podemos ficar sem ele porque essas crianças dependem de uma alimentação cara, medicamentos caros. Fazemos todo esforço possível para segurar o mês, mas é muito difícil a situação, pois tem mães que dependem só do benefício, que é o meu caso”, fala. Gleyse.

Outro exemplo é o de Ana Paula Costa, 25, que mora sozinha com o filho em uma casa alugada em Ipojuca, no Grande Recife. Ela afirma que foi surpreendida no dia 5 deste mês com a notícia da suspensão do BPC. “Depois que meu filho nasceu precisei deixar de trabalhar, pois tive que me dedicar exclusivamente a ele. Desde então, dependo totalmente desse salário mínimo para tudo: aluguel, alimentação, medicamentos. Tive que recorrer a uma amiga para suprir algumas coisas aqui em casa”, disse.

Manifestação

Para chamar atenção para o caso, as mães que fazem parte da UMA estão organizando uma manifestação para esta quinta-feira (18). Elas prometem se reunir em frente à Agência do INSS localizada no bairro de Santo Amaro, região central do Recife a partir das 7h30. “É um absurdo termo que fazer barulho para reivindicar por algo que temos o direito de receber. É uma mistura de revolta e humilhação, mas não vamos nos calar”, falou a presidente da UMA, Germana Soares.

O BPC é um benefício de renda no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até um quarto de salário mínimo por pessoa. O Ministério da Cidadania informou, por meio da assessoria de imprensa, que vai investigar o caso para saber o que está causando as suspensões do BPC das mães de crianças nascidas com microcefalia causada pelo vírus zika em Pernambuco.

Por: Wellington Silva

[Câmara dos Deputados lança plano para trabalhadoras gestantes](#)

Uma das metas é ampliar a divulgação dos direitos das profissionais

A Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados lançou

hoje (3) o Plano de Proteção à Gestante e Lactante Trabalhadora. Um dos objetivos do projeto, que ganhará uma cartilha, é subsidiar parlamentares quanto à questão, para que possam elaborar leis que estejam em consonância com a defesa dos direitos das mulheres.

[\(Agência Brasil, 03/07/2019 - acesse no site de origem\)](#)

O procurador do trabalho Leonardo Osório Mendonça explicou que, para que fossem definidas as cerca de 20 metas do plano, diversas entidades que atuam com direitos trabalhistas e das mulheres foram consultadas ao longo de três audiências públicas. Na avaliação do procurador, a tendência é de que os benefícios trazidos pelo plano atinjam as famílias como um todo, pelo fato de o projeto se relacionar com a proteção à primeira infância.

Ele disse ainda que, além de instrumentalizar o Poder Legislativo, o plano tem a função de mobilizar a sociedade no combate ao machismo. “Esse plano tem vários alcances. Um deles é combater o machismo estrutural que existe na sociedade. Nós temos uma licença paternidade muito inferior a licença maternidade, porque, desde o início, já é colocado que a responsabilidade pelos cuidados do filho é da esposa. Homem toma conta do filho junto com a mulher, em parceria com a mulher”, ponderou Mendonça, que chefia a Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho, do Ministério Público do Trabalho.

Outra proposta do plano é ampliar a divulgação dos direitos das lactantes e gestantes. Fazer a informação chegar a todas as trabalhadoras é uma das ações que mais importam, já que, como sublinhou a procuradora do trabalho Silvana da Silva, na prática, ainda há, muitas vezes, o descumprimento da lei. “A CLT [Consolidação das Leis do Trabalho] já prevê dispositivos quanto a espaços de aleitamento, mas isso ainda está pouco implantado. E a gente pretende que essas medidas sejam cada vez mais priorizadas, porque a mulher está vulnerável.”

Maila Schilling esteve na audiência e, como representante da coordenação-geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, apresentou alguns números da pasta. De acordo com balanço do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado nessa segunda-feira (1º), foram registrados, desde o início do ano, 38.888 casos de acidentes de trabalhos em geral. Desse total, 96 envolveram gestantes.

O levantamento traz também um dado sobre gestantes que são submetidas a atividades causadoras de lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Ao todo, de 2007 a 2019, 502 casos desse tipo foram oficialmente comunicados, constando do Sinan. Adicionados à parcela classificada como acidente de trabalho, o total de casos acometendo gestantes, no período, é de 2.736.

Os índices são considerados, por Maila, menores do que os reais. Em sua fala, a representante do Ministério da Saúde destacou que acredita que isso se deve a uma subnotificação das ocorrências.

Por Narjara Carvalho

Ministério da Saúde não compra DIU para o SUS desde 2015

Baixa oferta e desinformação dificultam acesso de mulheres a métodos contraceptivos de longa duração na rede pública

(AzMina, 02/07/2019 - acesse no site de origem)

Você tem filhos?”. Foi esse o critério usado para determinar se Stephany Belleza, 28 anos, tecnóloga de redes, podia ou não colocar o DIU (Dispositivo Intra Uterino) em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Bernardo do Campo (SP). Diante da resposta negativa, a médica disse que não fazia a inserção do [DIU](#) em mulheres que não tinham passado por uma gestação. “Eu pensei, então, ‘o que eu faço?’ Fiquei desanimada, e pensei ‘vou seguir do jeito que estou’”, lembra Stephany. A médica ainda sugeriu que, se ela insistisse no DIU, deveria procurar outra unidade de saúde.

A tecnóloga sofria com aumento de peso, candidíase de repetição, sintomas de depressão, problemas de lubrificação vaginal e de libido como [efeitos colaterais da pílula](#) anticoncepcional e engravidar, naquele momento, não era uma opção. “Eu estava com problemas mesmo para ter relação. Eu falei com o meu marido, a gente conversou e eu parei de vez de tomar, então quando eu estava nesse processo de ir atrás do DIU a gente estava só com o preservativo”, conta. Somente seis meses depois foi que ela conseguiu colocar o DIU, na rede privada de saúde.

Stephany não sabia na época, mas a postura da médica contraria as normas do Ministério da Saúde, que deixam claro que mulheres que nunca tiveram filhos podem, sim, colocar o DIU. A história dela é um exemplo da complexa situação do acesso a contraceptivos não hormonais pela rede pública. Apesar de ser um direito das mulheres, **desde 2015, o Ministério da Saúde não realiza a compra de DIUs e diafragmas.**

Essa informação foi obtida pela Revista AzMina via Lei de Acesso à Informação (LAI), que tem por objetivo fomentar a transparência e o controle social na administração pública.

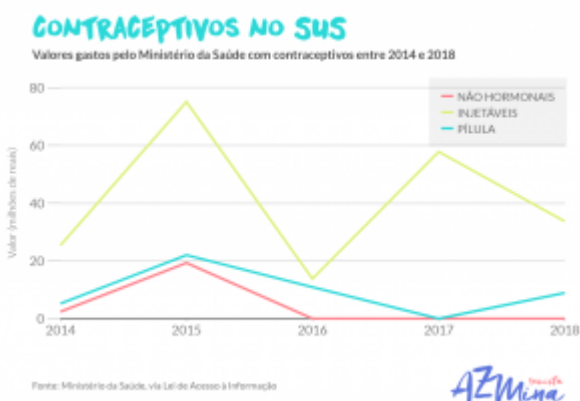


Considerado pelos profissionais ouvidos pela reportagem o método com melhor custo-benefício para as mulheres e o Estado, o DIU é também o mais subutilizado no Brasil: apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil e que usam algum tipo de contracepção utilizam o dispositivo intrauterino, segundo dados do Ministério da Saúde com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher do IBGE para a última década.

Ele é um dos nove tipos de contraceptivos oferecidos gratuitamente pelo SUS. No entanto, os dados obtidos pela AzMina mostram que enquanto a compra do DIU e diafragma parou, os métodos hormonais, como os injetáveis e pílulas, continuaram tendo altos valores investidos em suas compras, conforme mostra o gráfico abaixo.

Questionado sobre os números, o Ministério da Saúde afirmou, em nota, que compra os DIUs e contraceptivos a partir de um planejamento com estados e municípios que leva em consideração um período maior de atendimento para a população. “Na última aquisição [de DIU e quatro tamanhos de Diafragma], por exemplo, realizada em 2015, foram adquiridos quantitativos suficientes para atender a rede SUS até 2019”, diz.

O Ministério da Saúde comprou 772.761 unidades de DIUs em 2015. Fazendo uma conta simples, sem considerar os critérios regionais de distribuição dos itens, isso significaria que cada um dos 5570 municípios brasileiros teria recebido apenas 27 unidades de DIU de cobre por ano entre 2015 e 2019.



Os Estados e municípios também podem fazer a compra de forma autônoma de DIU e outros

contraceptivos para os seus serviços de saúde locais. Nesse caso, o Ministério da Saúde não tem controle e a aquisição precisa ser feita com recursos próprios, sendo uma decisão da gestão desses lugares.

Para Halana Faria, ginecologista diretora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a predominância dos métodos hormonais é explicada por questões como a influência da indústria farmacêutica, que não tem interesse em métodos de longa duração, aliada aos preconceitos da ciência e medicina ocidental, que acreditam que os corpos das mulheres precisam ser normatizados e seus ciclos menstruais corrigidos. “Acham que é melhor usar um hormônio para que a mulher não tenha suas flutuações de humor e irregularidades menstruais, existe uma crença irrestrita nessa tecnologia”, afirma.

Demanda rege a oferta ou a oferta rege a demanda?

Para Halana, o que precisa ser questionado é a origem da demanda que orienta as compras do Ministério da Saúde. “Para falar como é a demanda por contraceptivos no SUS, a gente tem de falar do que se tem de oferta. A demanda está muito condicionada ao que as mulheres ouvem falar, ao que sabem que está disponível e ao diálogo com o profissional de saúde onde se oferece basicamente opções hormonais. A consulta no SUS costuma ser breve e, no geral, o que dá para fazer é oferecer opção hormonal”, observa a ginecologista.

No caso do DIU, sua popularização tem como uma das principais barreiras a necessidade de um profissional de saúde para implantar o dispositivo na cavidade uterina. No entanto, a desinformação também atrapalha sua disseminação.

“Ele não é inserido em mulheres jovens, que não tiveram filhos, pois se fala que causa infertilidade. Quando, na verdade, se sabe que não está relacionado com isso nem com doença inflamatória pélvica. Também são solicitados muitos exames antes da colocação e é exigido até que a mulher esteja menstruada para poder implantar o DIU de cobre, o que não é uma necessidade real”, relata a médica Halana Faria. “Existe uma desconfiança geral em consequência dessa falta de acesso e de informação”, diz.

Um bom exemplo de como essa relação entre oferta e demanda funciona vem da Prefeitura de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Desde maio de 2018, o município mudou seus procedimentos, com base nas normas federais, e capacitou enfermeiros interessados em informar e aprender a implantar o DIU de cobre.

De acordo com a Secretaria de Saúde, 20 das 49 unidades básicas de saúde da cidade oferecem atualmente o serviço. Algumas viram a procura aumentar mais de 100% e registraram a inserção de mais de 150 DIUs em um único mês. Antes da mudança nos procedimentos, as mulheres que solicitavam este método eram encaminhadas exclusivamente para o ginecologista e esperavam até um ano para conseguir realizar a colocação. Atualmente, em algumas unidades, a mulher implanta o DIU no mesmo dia em que faz o pedido.

Foi o que ocorreu com Stephany quando procurou a rede privada, em São Bernardo, cidade da grande São Paulo. “Eu expliquei para a médica todo o meu histórico e ela falou que dava para colocar sim, inclusive ela lamentou e se desculpou pelo que a outra ginecologista tinha me dito”, lembra ela, que está usando o dispositivo há dois meses.

A demanda por métodos não hormonais

Quando se fala em métodos hormonais de uso contínuo (e não de emergência) disponíveis no SUS, estamos tratando de opções injetáveis trimestrais e mensais, pílula oral de progestágeno e pílula oral combinada de estrogênio e um progestágeno. Em 2018, o Ministério da Saúde gastou R\$ 42,6 milhões na compra desses métodos.

Halana Faria e Jefferson Drezett, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e de Saúde Sexual e Reprodutiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do ABC, fazem o mesmo diagnóstico sobre a demanda por métodos não hormonais: é uma batalha encampada pelas mulheres com mais escolaridade e renda. A preferência por este tipo de contracepção envolve a vontade e necessidade dessas mulheres de compreender melhor o funcionamento de seus corpos, da ovulação e do ciclo menstrual como um todo.

“É uma informação que não chega muito para as pessoas, eu cresci na periferia, consegui fazer o ensino superior por bolsa do ProUni, eu percebo uma discrepância muito grande da informação que eu tenho hoje com a que tinha na época, quando comecei a tomar anticoncepcional hormonal”, observa Stephany. Ela iniciou o uso da pílula aos 15 anos e seguiu com esse método por dez anos.

Halana destaca que o uso do diafragma combinado com a percepção da fertilidade e com o uso da camisinha é uma opção viável para as mulheres que escolhem evitar os métodos hormonais, o problema é a oferta limitada pelo SUS. “Algumas cidades até oferecem na lista de opções disponíveis, mas quando a mulher vai procurar, o profissional não está treinado. O método é considerado arcaico e não existe espaço para este debate nas unidades básicas de saúde”, explica.

Ela adverte que os espaços disponíveis no SUS para se falar sobre planejamento reprodutivo (como consultas e palestras de planejamento familiar, por exemplo) na prática servem apenas para as mulheres preencherem e assinarem a autorização para a [laqueadura](#) tubária.

O segredo da queda da fecundidade no Brasil

A transição demográfica é o processo em que um país passa de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime em que ambas as taxas se acomodam em níveis relativamente mais baixos, causando diversos efeitos no perfil da população, como o envelhecimento.

A medição da taxa de fecundidade das mulheres feita pelo IBGE mostra que em 1970, as mulheres tinham em média 5,76 filhos cada uma. No ano 2000, esse número já tinha caído para 2,38 e, em 2015, atingiu 1,72. Tudo isso em apenas 45 anos. Geralmente, a redução da taxa de fecundidade das mulheres é associada ao aumento da escolaridade e renda, mas pouco se fala da introdução em massa de métodos contraceptivos e do aumento do número de laqueaduras.

“Na história da transição demográfica do Brasil, que foi muito rápida, a gente conseguiu fazer isso basicamente em cima do contraceptivo hormonal e do largo uso da esterilização feminina que nem sempre foi uma opção genuína, um desejo dessas mulheres. Você dava pílula porque não tinha outra opção e a mulher tomava pílula enjoando, tendo enxaqueca, com contraindicações severas”, conta Jefferson Drezett. “Podemos dizer sim que foi com uma influência da indústria farmacêutica enorme nesse processo, tanto na população em geral quanto também dentro da categoria médica”, completa.

Nos últimos dez anos foram realizadas, em média, 62 mil laqueaduras anuais no Brasil. O Ministério da Saúde informou à reportagem que o procedimento de laqueadura tubária só foi inserido oficialmente no SUS em 1997 e regulamentado em fevereiro de 1999. No gráfico abaixo, você pode notar a evolução no número de esterilizações realizadas desde então, anualmente, no país.



Jefferson é defensor de que o DIU poderia substituir muitas dessas cirurgias, já que é um método de longa duração (dados da Organização Mundial de Saúde atestam durabilidade comprovada de 12 anos, embora o número oficial seja dez) e não demanda do sistema público a realização de exames prévios, anestesia e ocupação de leitos hospitalares. Vale lembrar que o grau de eficácia do DIU para evitar uma gravidez é praticamente o mesmo da laqueadura, de 99,3%.

Mas o médico reforça que a escolha do método é da mulher e sua eficácia depende da aceitação, “de acordo com suas convicções pessoais, religiosas, de saúde, ou junto com seu parceiro”. Ele conta que o diafragma é muito pouco usado no Brasil, mas muito mais usado nos países europeus, por exemplo. “Os números são pequenos historicamente, é um método muito subutilizado no Brasil, muitas mulheres poderiam estar usando se tivessem oportunidade mais clara de poder fazê-lo. As normas do Ministério da Saúde são muito bem pensadas e completas, o problema é que o profissional de saúde não se sente nem obrigado nem estimulado a ler essas normas técnicas”, avalia.

Cristiane Teixeira, 41 anos, diarista, viveu isso na pele. Ela ouviu de seu médico a sugestão para implantar o DIU depois de sua segunda gravidez justamente porque os exames realizados em preparação para a laqueadura não indicavam a cirurgia. “Como eu tinha pressão alta, não podia ligar as trompas. Então eles falaram também do DIU, mas eu não quis porque tinha medo, eu já vi muita gente dizendo que engravidou com ele e que ele vira dentro da pessoa”, explica ela.

Quando ela engravidou pela primeira vez, aos 20 anos, não usava nenhum método contraceptivo e a gestação não foi planejada. Foi depois disso que ela começou a tomar a pílula oral, por sugestão dos médicos. Com o uso, sentiu outros problemas. “Eu ficava com a perna inchada, tinha pressão baixa, passava mal e precisava ir para o hospital”, lembra. Cristiane foi diagnosticada com síndrome de ovário policístico, mas foi orientada a parar de usar a pílula pelos sintomas que apresentava. Assim vieram a segunda e a terceira gravidez, classificadas como de risco.

No quarto parto, há três anos, a médica que atendeu Cristiane realizou a laqueadura logo após o nascimento do bebê, apesar das contra indicações percebidas anos antes, considerando que ela já estava hospitalizada e com as condições de saúde monitoradas. Desde então, ela não teve

mais acompanhamento médico.

Mas mesmo a realização da laqueadura, apoiada pela médica, não foi tão simples assim para Cristiane: a autorização precisava ser assinada pelo então companheiro dela, que se negou a dar a permissão. “A mãe dele falou que depois que a mulher faz a laqueadura, passa a sofrer bastante e eu realmente mudei [meu ciclo]. Ela falava que a mulher sente outras coisas e tem menos disposição”, lembra. Foi a mãe dela, recorrendo ao fato de a filha não ser casada legalmente, que autorizou a esterilização, principalmente pensando no risco de uma nova gravidez de risco.

Muito contraceptivo e muita gravidez não planejada

Apesar da queda na taxa de fecundidade das brasileiras, a realidade ainda está longe do ideal. Estimativa do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) indica que 46% das gestações no Brasil não são planejadas. O dado é semelhante ao resultado da pesquisa “Nascer no Brasil”, comandada pela Fiocruz, realizada entre 2011 e 2012. Foram entrevistadas mais de 23 mil mulheres em 600 hospitais brasileiros localizados em 191 cidades. 55,4% das mulheres afirmaram que a gravidez não tinha sido planejada.

Comparando essa informação com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde do IBGE, os pesquisadores da Fiocruz notaram que o acesso a um método de contracepção não significa que a mulher saiba fazer uso dele e planeje sua vida reprodutiva. A pesquisa do IBGE indicou que em 2006 67,8% das mulheres que tinham feito sexo nos últimos 12 meses estavam usando algum tipo de método de contracepção na época. A mesma pesquisa mostrou que 53,9% de todos os nascimentos nos cinco anos anteriores ao levantamento não foram planejados.

Como resolver a equação que envolve ao mesmo tempo queda da taxa de fecundidade, aumento do uso contraceptivo e alto índice de gravidez não planejada? Para Jefferson, professor da USP, o gargalo está na má qualidade da informação sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. E isso não é uma questão de classe, mas sim de gênero .

“É preciso ajudar essas mulheres a sustentar a gestão desse contraceptivo, se é ela que faz isso pelo casal, ela não pode estar sujeita a parar a contracepção só porque está numa relação fixa. Ela precisa saber o risco, as mulheres estão muito sujeitas a questões da relação afetiva. O SUS não tem de fornecer só o método, mas meios para a melhor escolha possível, assim como apoiar a mulher no uso”, defende.

Reportagem atualizada às 17h15 do dia 02 de julho de 2019 para incluir a informação de que os próprios Estados e municípios, além do governo federal por meio do Ministério da Saúde, podem adquirir contraceptivos para os seus serviços de saúde.

Por Samanta Dias

Cfemea alerta: Comissão da Câmara debate PL para dificultar acesso até a aborto legal

Alerta Feminista do Congresso Nacional

Nessa quarta-feira, dia 3 de julho, está pauta da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputado, o PL nº 4642/2016, apresentado pelo deputado Flavinho (PSB-SP), que dispõe sobre a prevenção e conscientização dos riscos e consequências relacionados ao aborto. A sessão inicia às 9h30, no Plenário 07.

A proposta institui o Programa Nacional de Prevenção e Conscientização sobre os Riscos e Consequências do Aborto, determinando que todo o material informativo, publicitário, de propaganda ou didático que trate direta ou indiretamente do tema aborto e seja editado pelo Poder Público ou que conte com a participação ou fiscalização deste, deverá informar de forma clara e objetiva, os riscos e consequências que em razão do aborto a mulher poderá enfrentar; e que os estabelecimentos de saúde e assistência social, públicos e privados, deverão ter afixados em local visível a informação de que é garantido à gestante que desista do aborto a facilitação do processo de adoção.

Na sua justificativa o autor argumenta que a realização de abortos clandestinos e mesmo os tolerados em razão de não punibilidade, geram um problema social relacionado às consequências e riscos que a mulher que aborta a gravidez enfrenta e faz referência a possíveis e prováveis consequências psicológicas, além do risco de esterilização da mulher, de infecções e mesmo de morte.

A justificativa ignora os inúmeros estudos que indicam a segurança de abortos feitos com base em critérios e com assistência médica, que sua realização pode ser uma opção que contribui para a saúde física e mental das mulheres, e que comprovam que são os abortos clandestinos que oneram o sistema público de saúde.

Tramita em conjunto, apensado ao PL nº 4642/2016, o PL nº 5617/2016, apresentado pelo deputado Marco Feliciano (PODE/SP) que institui o Dia Nacional de Conscientização Antiaborto para informar a população sobre os meios de contracepção admitidos pela legislação brasileira e os efeitos psicológicos e colaterais de um aborto na mulher e no feto.

Na sua justificativa utiliza o mesmo argumento: que o aborto provocado é um evento associado a grande sofrimento psicológico para as mulheres e a graves consequências para o feto e para a saúde da mulher.

Em 28 de junho o relator, deputado Diego Garcia (PODE-PR), apresentou seu parecer pela aprovação do PL nº 4642/2016 e do PL nº 5617/2016, apensado, apresentando um substitutivo que incorpora as duas propostas: altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” para obrigar a divulgação de informações à gestante que decida levar a gestação a termo sobre a possibilidade de entregar o filho para adoção, e institui o Dia Nacional de Combate ao Aborto. As proposições são de competência do Plenário e serão analisadas em seguida pela Comissão

de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Fonte: Cfemea

Com cancelamento de mais de mil creches, mães ficam “órfãs de trabalho”

Mãe de duas filhas, Edivânia Ferreira da Silva, 32, saiu de casa na chuvosa manhã de sexta-feira (28) em busca de uma creche para sua menina de 2 anos e 5 meses.

[\(UOL, 30/06/2019 - acesse no site de origem\)](#)

No conjunto Novo Jardim, periferia de Maceió, após outra negativa de creche pública, buscou uma particular para deixar a filha e atuar como diarista. “Já fui em duas creches públicas, mas não tinham vaga. Na privada que fui agora, a mensalidade é de R\$ 350. Não tenho como pagar”, diz.

A realidade de Silva é a mesma de milhares de mães que não têm onde deixar seus filhos para trabalhar. Segundo o FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação), em novembro do ano passado, 1.495 creches tiveram obras canceladas.

Iniciado em 2007 pelo governo federal e conduzido pelo fundo, o programa Proinfância (Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos da Rede Escolar Pública de Educação Infantil) prevê assistência técnica e financeira aos municípios para a construção da infraestrutura educacional.

O FNDE afirmou ao UOL que o cancelamento dessas obras ao final do governo Michel Temer (MDB) atendeu a uma resolução de 2017, expedida pelo Comitê Gestor do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), “que dispõe sobre a necessidade de cancelamento dos empreendimentos que não tiverem sua execução iniciada”.

De acordo com a entidade, atualmente o programa tem 4.050 creches concluídas e 2.096 com obras em andamento.

“Tem gente que anda 5 km para trazer os filhos”

Uma das creches canceladas foi justamente no Novo Jardim, onde Edivânia não encontrou vaga. “Eu tive de largar uma das diárias que fazia porque não dava para levar a minha filha menor, nem ia deixar ela só com a outra filha [de 10 anos]. Preciso muito de uma creche”, conta.

Segundo a Associação de Moradores do Novo Jardim, na comunidade há apenas uma creche pública, e muitas mães acabam vindo de longe tentar vaga. “Tem gente que anda 5 km para trazer os filhos, temos muita reclamação das mães”, diz. “Além disso, na creche aqui há muitos problemas de falta de estrutura, faltam professores.”.

Na comunidade, o casal desempregado Paulo Jervásio, 35, e Taíres da Conceição, 28, relatam que os filhos de 2 e 4 anos estão fora da creche e também têm dificuldade em ir trabalhar. “Não conseguimos vaga neste ano. Pegaram nossos números de telefone e falaram que, se surgir vaga, iriam ligar”, conta Jervásio.

Já as mães que têm emprego com carteira assinada acabam pagando creches particulares por falta de unidades públicas. Juliana dos Santos, 26, é empregada doméstica no bairro da Serraria, também em Maceió, e diz que não achou uma creche pública para a filha de três anos. “Pago R\$ 180, pesa muito para mim, mas não tem outra alternativa”, afirma.

Só 1 a cada 5 obras é entregue

Um relatório de maio feito pela ONG Transparência Brasil revela um quadro preocupante na execução do Proinfância. Desde junho de 2017, quando começou a fazer o levantamento, a entidade acompanha um total de 135 obras do Proinfância nos municípios participantes. Desse total, 55 foram canceladas em novembro.

“O panorama das obras monitoradas revela a baixa eficácia do programa nas localidades analisadas, com menos de uma em cada cinco obras previstas tendo sido entregue no período observado”, aponta.

Das obras monitoradas, diz o relatório, 43% (o equivalente a 58) nunca chegou a ser iniciada e só uma em cada cinco foi concluída no prazo. “A grande maioria dessas obras foi cancelada no final de 2018. Em âmbito nacional, a parcela de obras pactuadas e canceladas chega a 16%”, afirma a instituição.

“As obras do Proinfância são, na melhor das hipóteses, entregues com alguns meses de atraso. Na pior, são iniciadas e abandonadas por anos a fio, sem perspectiva de retomada e gerando desperdício de recursos públicos”, avalia.

Outro lado

Sobre o estudo da Transparência Brasil, o FNDE disse que não tinha tido acesso ao levantamento, mas, questionado pela reportagem, explicou que “os problemas que levam as obras do Proinfância a não cumprirem o cronograma e a não serem concluídas no prazo são vários, tais como abandono da empresa, descumprimento de contrato, falta de pagamento à construtora, falha na execução de serviços e irregularidades na gestão anterior, que acabam ocasionando a rescisão contratual e a necessidade de reliciar os serviços remanescentes”.

Para a construção de escolas ou creches com recursos do FNDE, o órgão explica que a contratação da construtora e a gestão das obras são atribuições dos governos locais. “Ao FNDE cabe o acompanhamento dos trabalhos via Sistema de Monitoramento, Execução e Controle (Simec) e a liberação gradual dos recursos, que são transferidos para o respectivo governo à medida que a obra avança”, explica.

Sobre a liberação de recursos, o órgão disse que o pagamento das parcelas depende da evolução física da obra.

Também procurada para comentar, a Prefeitura de Maceió informou que teve cinco creches canceladas no final do ano passado e reconheceu que ainda faltam vagas para crianças em creches.

Entretanto, diz que, nos últimos sete anos, foram 14 creches construídas, além de outros espaços adaptados. “Todos os investimentos estão sendo feitos para ampliar a quantidade de vagas nas creches em Maceió”, informou a Secretaria Municipal de Educação.

Sobre a falta de verbas federais, a secretaria informou que o prefeito Rui Palmeira (PSDB) já foi algumas vezes a Brasília juntamente com a secretária Ana Dayse Dória para reivindicar mais recursos.

Por Carlos Madeiro

Colaboração para o UOL, em Maceió

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

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.

'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: Umas 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 obstetria, 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 diminui 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

[É pela vida das mulheres, por Mariana de Mesquita e Ana Cristina Duarte](#)

Violência obstétrica precisa ser debatida no país

[\(Folha de S.Paulo, 28/05/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Hoje, 28 de maio, é o Dia do Combate à Mortalidade Materna. No dia 3, o [Ministério da Saúde declarou que “o termo ‘violência obstétrica’ \(VO\) tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado”](#). Em tempos em que se espera uma mínima desaceleração na perda de direitos básicos, a declaração despenca como a reviravolta de um filme dadaísta, acompanhando o fluxo de despautérios políticos dos últimos meses.

Os [relatos de VO](#), de centenas de mães, são fatos. Ponto. Há um comentário muito comum entre as mulheres: quanto mais você gritar e “der trabalho”, mais bravos eles ficam. VO diz respeito à cultura e não a um profissional de saúde específico.

Em 2018 ocorreram 44 mortes maternas para cada 100 mil partos no Brasil —14 nos EUA e 3 na Finlândia. Ocupamos a 100ª posição no ranking. O assustador é que 92% destas mortes são evitáveis e 90% das vítimas são negras. E, para cada morte, outras 30 mulheres quase morrem e ficam com sequelas.

Faltam pré-natais acessíveis e de qualidade, assistência ao parto feita por profissionais

capacitados, empáticos e em número suficiente e olhar cuidadoso e atento. Sobram pobreza, distância, má educação em saúde e serviços inadequados. Há, ainda, cortes de recursos para a saúde e a educação, além do déficit de 1.375 profissionais para as regiões mais inóspitas do país.

O Ministério da Saúde espera redução na mortalidade? Só há duas interpretações possíveis: ou os profissionais do ministério desconhecem os números ou estes são despudoradamente inexplorados. A declaração da pasta insinua que a VO não existe. “Na hora de fazer não gritou!” ou “não chora que no ano que vem você está aqui de novo!”, frases comuns, revelam abuso moral e institucional e ameaças. Negligência é [violência](#). Procedimentos dolorosos, para agilizar o serviço ou para fins didáticos sem real necessidade clínica, também. Invisibilizam o rosto por trás da “vagina escola”.

Há denúncias de profissionais e estudantes envolvidos em abusos morais e sexuais. Relações de confiança se estabelecem com “jovens” envolvidos em “brincadeiras” com apologia ao estupro. É necessário entender o princípio da horizontalidade. Se existe qualquer motivação relacionada ao poder, como esperar outro resultado? Quando a busca pelo conhecimento passa pela busca de status, a finalidade é perversa. Contingenciar recursos e considerar a sobrecarga de trabalho como algo normal custam vidas.

Só em 2017 foi criado o Código de Ética do Estudante de Medicina. VO não é tema em congressos de ginecologia e obstetrícia, mas encontra-se o termo “violência contra o obstetra” nos informativos dos órgãos de classe. Neste ano, as denúncias de VO pelo telefone 180 dobraram em relação a 2018.

É imperativo não jogar essa realidade como uma “batata quente” entre profissionais, conselhos, Estado, ativistas e população.

Mariana de Mesquita é doula e graduanda em obstetrícia pela USP/Leste; Ana Cristina Duarte é obstetriz e diretora-executiva do Simpósio Internacional de Assistência ao Parto