

OMS divulga atualização sobre contracepção hormonal e risco de infecção por HIV

Diretriz tem em conta que mulheres com alto risco de contrair o vírus podem usar qualquer forma reversível de contracepção; medidas têm maior influência na África Subsaariana, região com as mais altas taxas de transmissão do vírus.

[\(ONU News, 02/09/2019 - acesse no site de origem\)](#)

A Organização Mundial da Saúde, OMS, publicou orientações atualizadas sobre o uso de contraceptivos. As novas diretrizes têm em conta as confirmações de um estudo revelando que mulheres com um alto risco de contrair HIV podem usar qualquer forma de contracepção reversível.

Entre os métodos que, segundo a pesquisa, não representam um aumento do risco de infecção estão injetáveis, implantes e somente os dispositivos intrauterinos de cobre que também são conhecidos por DIUs.

Métodos

A diretriz da OMS enfatiza, no entanto, que o uso correto e consistente desses métodos contraceptivos não protege tanto do HIV como de outras infecções sexualmente transmissíveis.

A agência também recomenda que seja fornecida a profilaxia pré-exposição, conhecida por PrEP, em locais onde a incidência do vírus é superior a 3%, sempre que for apropriado. Essa medicação impede que o vírus infecte o organismo, antes de ter contacto com a pessoa em risco.

A nova diretriz da OMS é publicada na sequência de uma revisão de recentes evidências científicas e destaca que as mulheres devem ter acesso a opções e métodos contraceptivos.

De acordo com diretor executivo da OMS para Cobertura Universal de Saúde, “as evidências mostram que o risco de uma mulher contrair HIV não deve restringir a escolha de contraceptivos”. Peter Salama destacou que todas as mulheres devem ter acesso a uma ampla gama de opções de contracepção e prevenção do vírus.

Diretrizes

O anúncio seguiu-se a uma reunião do grupo de desenvolvimento de diretrizes, que avaliou todas as evidências sobre contracepção hormonal e o risco de infecção por HIV que foram publicadas em 2016. O encontro também examinou o que foi confirmado sobre os DIUs e o risco de contaminação pelo vírus.

Essas recomendações são válidas em nível global, mas têm maior influência na África Subsaariana, região que apresenta as taxas mais altas de transmissão do HIV do mundo. De

acordo com a OMS, a área enfrenta ainda os maiores desafios de fornecimento das mais amplas opções de contraceptivos.

Cerca de um quarto das mulheres africanas com idades entre 15 e 49 anos desejam adiar ou impedir o nascimento de filhos, mas têm acesso limitado aos métodos de contracepção moderna.

O estudo de evidência para opções contraceptivas e resultados do HIV, Echo, não apresenta diferenças estatisticamente significativas sobre a contaminação entre mulheres que usam um anticoncepcional como a injeção de acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular, os DIUs de cobre ou o implante de levonorgestrel.

Serviços

A pesquisa realizada na África do Sul e na Zâmbia também revela haver altas taxas de infecção pelo HIV e por infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres que procuram serviços contraceptivos.

Os maiores índices são apresentados particularmente entre as mais jovens, independentemente de qual dos três métodos contraceptivos vem sendo usado por elas.

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

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

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

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

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

A expectativa dos organizadores do documento, publicado originalmente em inglês em 2017, é

de que “o nova guia apoie as equipes de saúde que estão na linha de frente, os administradores e gestores de políticas de saúde em todo o mundo, para uma melhor abordagem de saúde sexual e reprodutiva e de direitos (SSRD) das mulheres que vivem com HIV”.

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

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

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

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

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

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

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

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

O guia apresenta também uma publicação orientada por UNAIDS/OMS, de 2000, intitulada “Abrindo a epidemia de HIV/AIDS: orientação sobre o incentivo a benefícios, divulgação, aconselhamento ético de parceiros e uso apropriado de relatos de casos de HIV”, que indica a

importância de estudar e proteger quem vive com HIV no mundo.

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

[Quase todas as mulheres internadas em situação de aborto são submetidas ao procedimento mais agressivo](#)

Aspiração manual intrauterina, técnica recomendada pela OMS e pelo próprio governo, só é ofertada a 5% delas

[\(O Globo, 06/08/2018 - acesse no site de origem\)](#)

Recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo próprio governo brasileiro, a técnica de aspiração manual intrauterina (AMIU) só é ofertada a 5% das mulheres internadas em situação de aborto na rede pública. As 95% restantes são submetidas ao procedimento da curetagem, mais agressivo e com riscos elevados de complicações e sequelas, segundo dados do Datasus de 2008 a 2015.

A proporção do uso dos dois procedimentos não se altera ao longo do período analisado. Enquanto a AMIU é feita com uma cânula acoplada a uma seringa que aspira os resíduos internos, podendo ser feito num espaço ambulatorial, a curetagem consiste na raspagem do útero. Com isso, aumentam as chances de perfuração uterina e de consequências que comprometem uma próxima gestação.

- É um procedimento medieval raspar o útero da mulher. A AMIU exige uma paciência, demora um pouco mais, mas é uma técnica incontestavelmente superior à curetagem_ afirma a ginecologista Ana Teresa Derraik, que dirigiu o Hospital da Mulher Heloneida Studart, onde há o serviço de aborto legal no Rio de Janeiro.

Situação não provoca sensibilização

A especialista explica que a técnica da aspiração para esvaziar o útero é feita com um kit descartável, o que torna o custo elevado para o governo e o material raro nos hospitais. A pouca disponibilidade leva a um outro fator: faltam profissionais capacitados para usar o instrumental da AMIU, mesmo quando ele existe no estoque. Além disso, aponta Derraik, a situação não provoca sensibilização:

- O gestor, em geral, não está preocupado em dar um melhor atendimento à mulher em situação de aborto.

O aparente custo mais elevado da AMIU, que demanda material descartável, enquanto a curetagem é feita com instrumental cirúrgico do hospital, tem que ser relativizado, aponta Rodolfo de Carvalho Pacagnella. Coordenador da Comissão Nacional Especializada em Morte Materna da Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o médico resalta os custos pós-procedimento:

- A AMIU tem um custo prévio maior, mas pode ser feito no ambiente do ambulatório, demanda equipe menor, a recuperação é melhor. Ou seja, há uma economia lá na frente, em relação à curetagem, que precisa ser considerada.

O Ministério da Saúde concorda, em nota, com a economia gerada pela AMIU. Diz que a técnica é recomendada pelo órgão porque “oferece menores riscos para as pacientes, menor tempo de intervenção e menores custos hospitalares quando comparado a outros procedimentos”. Não explica, porém, o motivo de o procedimento ainda ser minoritário, da ordem de 5%, no país.

A pasta destacou que fez uma compra centralizada em 2013 “para ampliar o acesso das mulheres à técnica” e que atualmente há uma nova aquisição em curso. O ministério destacou ainda que a quantidade de procedimentos da AMIU aumentou 56% de 2014 a 2017, sem especificar os números absolutos.

Quanto ao preparo dos profissionais, o Ministério da Saúde afirma realizar “ações de capacitação para o uso da técnica, com cobertura nacional, estimulando a replicação nos estados para todos os municípios”. Mas destaca que “estados e municípios possuem autonomia para adquirir este insumo diretamente e orientar os procedimentos que devem ser realizados em sua rede de assistência”.

Renata Mariz

O que a decisão da OMS sobre transexualidade significa para a população trans?

Não é doença. Fim do estigma e ampliação do acesso à saúde é o que esperam ativistas e especialistas

(HuffPost Brasil, 23/06/2018 - acesse no site de origem)

“O maior ganho dessa decisão é a nossa dignidade”. É com essa afirmação que o ativista Leonardo Tenório, 28 anos, coordenador da Associação de Homens Trans & Transmasculinidades (AHTM), comemora o anúncio da Organização Mundial da Saúde (OMS)

feito no início da semana, [que confirmou a retirada da transexualidade da lista de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças \(CID\)](#).

Na décima primeira atualização da CID, a OMS reconhece a luta de Tenório e de tantas outras pessoas trans pela despatologização de suas identidades, e deixa de considerar a transexualidade uma doença. Até então ela era classificada como “transtorno de identidade de gênero”, e agora passa a integrar um novo capítulo na CID-11, intitulado “condições relacionadas à saúde sexual”, como “incongruência de gênero”.

“Precisamos entender que o código internacional de doenças não fala só de doenças, fala de condições de saúde que demandam atenção de profissionais de saúde.”

[No catálogo](#), a chamada “incongruência de gênero” é entendida como “incongruência acentuada e persistente entre o gênero experimentado pelo indivíduo e àquele atribuído em seu nascimento”. “A lógica é que, enquanto as evidências são claras de que [a transexualidade] não é um transtorno mental, de fato pode causar enorme estigma para as pessoas que são transexuais e, por isso, ainda existem necessidades significativas de cuidados de saúde que podem ser melhores se a condição for codificada sob a CID”, [justifica a OMS em nota publicada no site oficial](#).

A decisão de manter a transexualidade na CID, não mais como uma doença, mas como uma condição relacionada à saúde sexual, é vista como positiva por ativistas e especialistas. Isso porque reforça que a pessoa trans não é doente, mas requer atenção por parte das entidades sanitárias e de profissionais da saúde. “A gravidez também está na CID. E é preciso que esteja para que gere procedimentos médicos. Agora a gente precisa entender a transexualidade como entende a gravidez: uma condição do indivíduo que precisa de acompanhamento médico, nesse caso para os próprios procedimentos de readequação, como a cirurgia e a hormonioterapia”, explica Pedro Paulo Bicalho, diretor-secretário do Conselho Federal de Psicologia (CFP). “Precisamos entender que o código internacional de doenças não fala só de doenças, fala de condições de saúde que demandam atenção de profissionais de saúde”, completa.

“Quando a OMS se posiciona, gera um efeito de jurisprudência, que tem uma força política muito grande.”

Ele explica que a decisão da OMS sobre a transexualidade acompanha os avanços e as compreensões científicas da área, inclusive da própria psicologia. Ele se refere a resolução nº 1 de 2018 do CFP, que, desde janeiro, proíbe psicólogos de tratar a transexualidade e a travestilidade como uma doença e impede os profissionais de praticar qualquer ação que favoreça preconceitos, como terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero.

“Não reconhecemos o caráter patológico da transexualidade assim como afirmamos que a transfobia não é algo possível no exercício da profissão dos psicólogos”, afirma. “Quando a OMS se posiciona, gera um efeito de jurisprudência, que tem uma força política muito grande. A própria resolução do CFP tem maior respaldo”, completa.

A expectativa é que agora o Conselho Federal de Medicina (CFM) também altere a resolução que trata da transexualidade e acompanhe o movimento da OMS pela despatologização. A última atualização da resolução do conselho é de 2010 e ainda define a pessoa trans como portadora de “de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”. O resolução também determina que a

realização da cirurgia de readequação sexual, oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2008, só pode ser feita em pacientes diagnosticados por um equipe composta por psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social após um acompanhamento de pelo menos dois anos.

“Não dá para um homem ou uma mulher trans chegar hoje no serviço de saúde e marcar uma cirurgia amanhã, isso nunca vai acontecer.”

Tenório espera que a decisão da OMS reduza esse tempo de acompanhamento e dispense o diagnóstico psiquiátrico. “A burocracia de um diagnóstico da nossa identidade trans, que não é uma patologia, é apenas uma forma de ser humano na sociedade, acaba criando uma série de regras que fazem com que a gente não tenha acesso aos procedimentos de saúde”, afirma. Para ele, essas regras não condizem com a experiência da transexualidade na vida real.

“Não dá para um homem ou uma mulher trans chegar hoje no serviço de saúde e marcar uma cirurgia amanhã, isso nunca vai acontecer. Mas a gente também não tem essa incapacidade de em alguns meses ou em menos de dois anos dizer quem a gente é o que a gente quer ter no corpo e o que não quer ter”, explica. “Agora quem vai decidir sobre a gente é a gente mesmo”, completa.

Para Alexandre Saadeh, coordenador do Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP, a decisão da OMS deve qualificar os procedimentos de atenção à saúde de pessoas trans, mas o diagnóstico psiquiátrico deve continuar sendo exigido no processo de readequação sexual mesmo após a atualização da resolução do CFM. “A população transexual busca a medicina para as mudanças corporais e isso só pode ser realizado no sistema público de saúde frente a um diagnóstico, deixando claro que diagnóstico não é sinônimo de doença”, explica.

Em nota, o CFM afirmou que “com a ajuda de técnicos e especialistas, tem se dedicado à análise deste e outros temas de interesse para a medicina e a sociedade”, mas que “até o momento, não há qualquer deliberação sobre esse assunto específico”.

A espera pela cirurgia de readequação sexual [pode levar mais de 20 anos](#), e apenas uma parcela da população trans com interesse é atendida. “O que a gente espera com a decisão da OMS é que os procedimentos de atenção à saúde de pessoas travestis e transexuais que já existem possam ser potencializados. Promover a saúde dessa população, que não está doente, é algo extremamente necessário”, afirma Bicalho, do CFP.

Só o começo

“É apenas o início de tudo”, afirma Keila Simpson, presidente da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) em [entrevista à Agência Brasil](#). Ela acredita que a decisão traz uma quebra paradigmas e pode abrir espaço para mais transformações que vão dar força para as políticas para diversidade, mas não leva a superação imediata de violências e preconceitos sofridos pelas pessoas trans.

“A transexualidade ainda é reconhecida como uma situação que gera menos acesso a direitos, iniquidades, uma exposição absurda à violência. O Brasil é o país que mais assassina transexuais. Para que o nível de violência contra essa população diminua, não basta o reconhecimento da OMS, mas é necessário que toda a população reconheça que se trata apenas de um variação da forma de se viver o gênero e não há nenhuma patologia em relação a

isso”, reforça Bicalho.

Leda Antunes

OMS tira transexualidade de nova versão de lista de doenças mentais

Segundo a OMS, há claras evidências científicas de que não se trata de doença mental

(Folha de S.Paulo, 18/06/2018 - acesse no site de origem)

A OMS (Organização Mundial da Saúde) retirou a transexualidade da lista de doenças mentais na nova versão da Classificação Internacional de Doenças, a CID-11, divulgada nesta segunda-feira (18).

A transexualidade, porém, continua na CID, como incongruência de gênero, dentro da categoria de condições relativas à saúde sexual.

Segundo a OMS, há claras evidências científicas de que não se trata de doença mental, mas os cuidados de saúde a essa população podem ser oferecidos de forma melhor se a condição estiver dentro da CID. A mudança, diz a organização, pode ajudar a reduzir o estigma.

A incongruência de gênero é caracterizada pela incompatibilidade marcada e persistente entre o gênero vivido por uma pessoa e o gênero atribuído a ela.

A lista orienta e padroniza a classificação de doenças em todo o mundo, é peça fundamental para as estatísticas de saúde e, em muitos países, é também a base para a oferta de tratamentos por planos de saúde. Sua última versão, o CID-10, é de 1990.

Com a transexualidade ainda dentro da CID, dissipa-se o temor da perda de cobertura por cobertura pelos sistemas de saúde. No Brasil, por exemplo, os transgêneros têm direito a cirurgias de mudança de sexo e outras terapias no SUS.

Para a cirurgia de troca de sexo no SUS, a pessoa precisa ser avaliada, durante dois anos, por uma equipe multidisciplinar que incluir psiquiatra, cirurgião, psicólogo, endocrinologista e assistente social.

A lista, segundo a OMS, foi atualizada para o século 21 e representa avanços importantes na medicina e na ciência.

O manual de distúrbios mentais (DSM, na sigla em inglês), da Associação Americana de Psiquiatria, por exemplo, já incluiu a homossexualidade como doença mental, mas a retirou em 1987. Histeria, normalmente atribuída às mulheres, esteve no DSM até 1980.

O manual também já classificou a identidade transgênero como desvio sexual em 1968. Em

2013, mudou para disforia de gênero.

O anúncio da OMS antecipa a apresentação da nova CID na Assembleia Mundial da Saúde de 2019. A lista, porém, só deve entrar em vigor mesmo em 2022.

A adoção depende de cada país —ainda há alguns usando a CID-9 e até a CID-8. A 10, lançada em 1990, foi implementada pela Tailândia em 1994 e pelos EUA apenas em 2015.

Na nova lista, são 55 mil códigos de doença, contra 14 mil da anterior.

Outra mudança significativa é a inclusão, pela primeira vez, do vício em video game na lista, como transtorno de comportamento. A mudança havia sido anunciada em janeiro.

O transtorno é caracterizado por um padrão de jogos persistente ou recorrente e que se manifesta pela perda de controle sobre a frequência, intensidade ou a duração dos jogos e pela prioridade aos jogos em detrimento de outras atividades e interesses da vida. As características normalmente são mais evidentes depois de pelo menos 12 meses.

[Um raio-X da morte materna no Brasil](#)

Pouco debatida, morte durante a gravidez, parto ou puerpério vitima silenciosamente cerca de cinco mulheres por dia no País.

[\(Terra, 28/05/2018 - acesse no site de origem\)](#)

Em 2016, 1.829 mulheres morreram no Brasil por causas relacionadas a ou agravadas por gravidez, parto ou o puerpério (período pós-parto de 42 dias). Isso equivale a cinco mortes diárias. No mundo, 830 mulheres morreram por dia por essas causas, apontam dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esse tipo de óbito preocupa tanto as autoridades de saúde que tem uma classificação internacional específica: morte materna. Segundo dados do Indicadores de Desenvolvimento Global do Banco Mundial de 2016, para cada 100 mil nascidos, 69 mulheres morreram no parto ou no puerpério no Brasil. Em Países desenvolvidos, a taxa é de dez mortes por 100 mil bebês vivos, e no Japão são apenas seis mortes.

[Leia mais: Cinco mulheres morrem por dia no Brasil por questões relacionadas à gravidez, diz OMS \(Bem Estar, 28/05/2018\)](#)

A fim de chamar a atenção para a vulnerabilidade da saúde feminina no mundo, 28 de maio foi escolhido como Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. No Brasil, a data também representa o Dia Nacional pela Redução da Morte Materna.

Causas múltiplas

Apesar de pouco debatido, o tema é complexo. A mortalidade materna é resultado de fatores

biológicos, econômicos, sociais e culturais, que não se referem a óbitos por causas acidentais, mas sim a causas que poderiam ser evitáveis ou tratadas.

“A mortalidade materna indica uma violação do direito mais fundamental do ser humano, que é o direito à vida”, defende pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra da Universidade Federal Fluminense, Isabel Cruz. “Nada justifica, em pleno século 21, a morte por um fenômeno fisiológico, que é a gestação e o parto, e cujas causas de risco de morte são amplamente conhecidas pela ciência e podem ser prevenidas ou tratadas.”

No mundo, as principais causas da morte materna são complicações de saúde em decorrência da AIDS; complicações do pós-parto, como necrose da hipófise, glândula que regula a atividade de demais glândulas; complicações no puerpério, como a osteomalácia, uma doença que causa deformidades ósseas e fraturas contínuas na mulher; infecções durante o parto, como o tétano obstétrico; e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, que vão desde a depressão pós-parto, transtorno do pânico, a disfunções relacionadas à perda exacerbada de apetite e do sono.

No Brasil, as principais causas da morte materna são problemas agravados pela hipertensão, diabetes e ocorrência de hemorragias.

Morte materna no Brasil

Com base no cruzamento dos dados disponíveis no DataSUS e na OMS, a DW-Brasil concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo. O País faz parte de uma lista da ONU de 75 Países que se comprometeram a reduzir a mortalidade materna até 2030. Em 2015, a ONU divulgou que o Brasil era o quinto País mais lento na busca da redução dessas mortes.

Os dados preliminares de 2017 do Ministério da Saúde mostram que houve uma pequena redução nas mortes maternas no Brasil em 2017, mas elas ainda são frequentes e ocorrem em todos os estados nacionais: enquanto 65.481 mulheres morreram em idade fértil em todo o território em 2016, em 2017 houve 57.560 óbitos, sobretudo por hemorragias e hipertensão.

Segundo autoridades ouvidas pela reportagem, as causas de morte materna no Brasil estão relacionadas com a qualidade e ineficiência dos serviços do Sistema Único de Saúde, SUS, como a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

“Mulheres que dependem do SUS sofrem vários tipos de falta de atenção e violências. Uma delas é a necessidade de cesáreas que não são realizadas porque o sistema, no momento daquele parto, já atingiu o limite permitido, por exemplo”, explica a enfermeira obstetra Alaerte Leandro Martins, membro da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Para além de raça e classe

A morte materna no Brasil, porém, atinge a todas as mulheres, independente de raça e classe social, por causa das leis sobre aborto e da cultura de violência obstétrica compartilhada tanto pelos sistemas privados de saúde como pelo SUS.

“Por conta da cultura das cesáreas desnecessárias e da falta de diálogo e resoluções sobre o aborto seguro, a morte materna é realidade de todas as brasileiras, mesmo que as mais

vulneráveis ainda sejam, como sempre, mulheres pobres e negras”, afirma Martins.

“Em muitos serviços privados, os partos são 100% pré-agendados e somente de segunda a sexta-feira no horário comercial. As mulheres que têm convênio ou pagam parto particular acham que estão mais protegidas, mas enquanto essa noção não mudar em toda a saúde, nem elas estarão”, completa a enfermeira obstetra.

Para as que não podem pagar um serviço particular de pré-natal e parto, há ainda o problema da superlotação das maternidades públicas e até falta delas em alguns municípios do Norte e Nordeste. Há cidades dos estados do Centro-Oeste em que não há registro de nascimentos nos últimos 20 anos, porque esses locais não dispõem de maternidades. Muitas passam toda a gestação sem um atendimento pré-natal e, na hora do parto, têm que viajar quilômetros para chegar a uma maternidade pública.

Outro fator da morte materna brasileira, segundo o DataSUS, é o levantamento de dados oficiais no País, nem sempre confiável devido à falta de compreensão ou atenção ao tema pelos profissionais que preenchem as declarações de óbito (DO): cerca da metade das declarações dos óbitos maternos não é registrada com a nomenclatura de morte materna. Isso afeta os estudos, uma vez que a metodologia utilizada pelo governo é, desde 1994, baseada nas informações da DO preenchida por um médico ou autoridade capacitada.

Comove, mas não mobiliza

Por ser uma morte evitável e totalmente relacionada com a condição de ser mulher, a morte em decorrência da gestação, parto ou pós-parto é, para Alaerte Martins, responsabilidade do Estado, “pois é ele que faz as políticas públicas”.

Para a enfermeira, a morte materna é uma das principais violências contra a mulher no Brasil. “É uma violência que de fato mata, que tira a vida de uma mulher pelo fato de ela ser mulher”. E apesar de comover, é uma morte que, segundo a profissional, não mobiliza.

A pesquisadora Cruz destaca também a falta de apuração do Estado entre os casos de mortes já ocorridos. “Só conseguiremos prevenir casos futuros de mortes maternas se houver apuração e responsabilização dos óbitos já ocorridos no Brasil”.

Cruz aponta que o País é responsável por essas mortes de várias maneiras, ao formular políticas públicas voltadas à saúde feminina ignorando “evidências científicas sobre o tema e permitindo uma cultura machista nos sistemas de saúde”.

“Talvez seja a hora de começarmos a falar das mortes maternas como mais uma forma de feminicídio”, completa a feminista Martins.

Brasil tem gravidez na adolescência acima

da média latino-americana, diz OMS

A cada mil adolescentes brasileiras entre 15 e 19 anos, 68,4 ficaram grávidas e tiveram seus bebês, diz relatório da Organização Mundial da Saúde.

(Bem Estar, 01/03/2018 - acesse no site de origem)

O Brasil tem 68,4 bebês nascidos de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos, diz relatório da Organização Mundial da Saúde.

O índice brasileiro está acima da média latino-americana, estimada em 65,5. No mundo, a média é de 46 nascimentos a cada mil.

Em países como os Estados Unidos, o índice é de 22,3 nascimentos a cada 1 mil adolescentes de 15 a 19 anos.

Leia mais: [Índice de gravidez na adolescência é 'inaceitavelmente alto' na América Latina, diz ONU \(Extra, 28/02/2018\)](#)

O relatório da OMS foi divulgado na quarta-feira (28) e as taxas se referem ao último período analisado - entre 2010 e 2015.

Um outro ponto divulgado pela entidade é que a América Latina é a única região do mundo com uma tendência crescente de gravidez entre adolescentes menores de 15 anos.

"A gravidez na adolescência pode ter um efeito profundo na saúde das meninas durante a vida", disse Carissa Etienne, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS, em nota.

"Não apenas cria obstáculos para seu desenvolvimento psicossocial, como se associa a resultados deficientes na saúde e a um maior risco de morte materna. Além disso, seus filhos têm mais risco de ter uma saúde mais frágil e cair na pobreza", continua Carissa.

Também o documento indica que, apesar de a fecundidade total na América Latina ter diminuído nos últimos 30 anos, o mesmo ritmo não foi observado nas gestações de adolescentes.

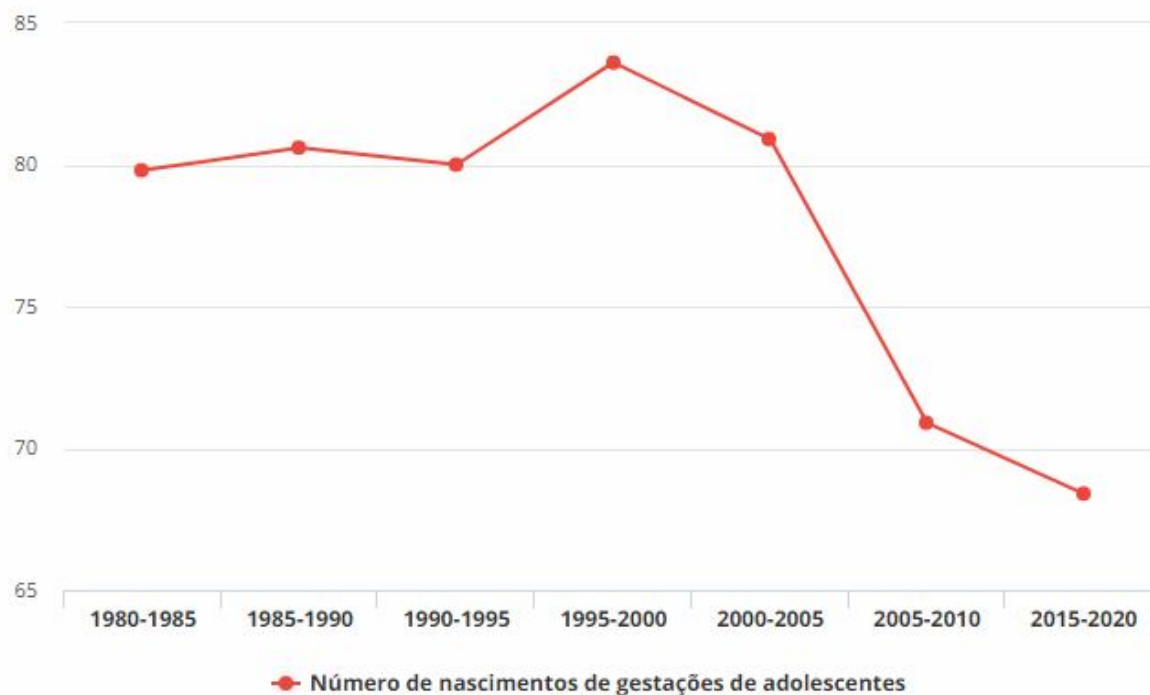
A taxa total de fecundidade na América Latina e no Caribe caiu de 3,95 nascimentos por mulher no período de 1980-1985 para 2,15 nascimentos por mulher em 2010-2015.

Comparativo entre os países

A taxa de adolescentes grávidas no Brasil teve diminuição nos últimos dez anos, mas ainda está aquém da taxa de outros países na América Latina, como o Chile e Argentina.

Gravidez na adolescência no Brasil

Número de nascimentos a cada mil adolescentes entre 15 a 19 anos



Fonte: OMS/OPAS

Taxa de nascimentos a cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos

Países	2005-2010	2010-2015
Brasil	70,9	68,4
Chile	52,7	49,3
Argentina	60,6	64
Estados Unidos	39,7	22,3
México	71,2	66
Canadá	13,9	11,3
Venezuela	82,6	80,9
Bolívia	81,9	72,6

Fonte: Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde

Principal causa de morte

Segundo o relatório, a mortalidade materna é uma das principais causas da morte entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos na região das Américas.

Ainda, globalmente, o risco de morte materna se duplica entre mães com menos de 15 anos em países de baixa e média renda.

Recomendações para diminuição de casos

A entidade exorta que os países com taxas altas apoiem programas dirigidos para mulheres em maior vulnerabilidade para gestações precoces.

Também há a recomendação para que se expanda o acesso a métodos anticoncepcionais e que sejam iniciados programas de educação sexual para homens e mulheres.

O relatório sugere ainda que se promovam medidas e normas que proíbam o casamento infantil e as uniões precoces antes dos 18 anos.

“Muitas dessas gestações não são uma escolha deliberada, mas a causa, por exemplo, de uma relação de abuso”, disse Esteban Caballero, diretor regional do Fundo de População das Nações Unidas para América Latina e Caribe, em nota.

Outras medidas de prevenção indicadas no relatório incluem prevenir as relações sexuais sob coação e manter um entorno favorável para a igualdade de gênero.

O silêncio, por Leila Guerreiro

Segundo a OMS, uma em cada cinco meninas e um em cada treze meninos são vítimas de “abuso sexual”

(El País, 21/02/2018 - acesse no site de origem)

Talvez fosse melhor dizer a eles: “[Ninguém vai acreditar em você](#)”. A mãe não vai acreditar em você, a vovó não vai acreditar em você. Você vai se encolher quando ouvir ruídos do outro lado da porta do quarto, terá pavor das aulas de educação física e do confessionário, mas, para a mãe, para a vovó, para seus colegas, esse porco que entra em seu quarto ou se tranca com você depois da aula não é um porco e sim o papai adorador, o vovô adorador, o professor ou o pai querido por todos. Terá medo de contar à mãe porque, quando ela souber, vai expulsar o papai de casa (e a culpa será sua), e de contar à professora porque seu professor disse que esse é um segredo entre vocês dois (e que, se deixar de ser segredo, sua vida se transformará em um pesadelo ainda pior)”. Talvez fosse melhor dizer a eles: “Se acontecer, é isso que você tem que fazer”. Porque as armas que aplicamos até agora não parecem dar resultado. Segundo a [OMS](#), uma em cada cinco meninas e um em cada 13 meninos são vítimas de “abuso sexual” (traduzindo: um ser humano de seis anos é perfurado por um adulto que sabe o que está fazendo). Há dezenas de campanhas. Quase todas repletas de eufemismos anestésicos e dirigidas a adultos que, às vezes, são os que protegem quem molesta (na maioria dos casos, quem molesta é o pai, o avô, o padrasto). Leio em um relatório da [Unicef](#) uma lista

de mitos refutados. Um deles é: “Crianças em idade pré-escolar não precisam receber informação sobre abuso sexual porque ficariam aterrorizadas”. Em seguida, o relatório tenta derrubar o argumento: “Os programas educativos ajudariam a desenvolver, desde pequenos, habilidades para se proteger de forma útil e eficaz contra os agressores”. Mas, como é aterrorizante falar disso com as crianças, aderimos ao carnaval do eufemismo vazio que tranquiliza consciências adultas e replica o silêncio - nada metafórico - com o qual os molestadores amordaçam suas vítimas.

Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas

Brasil tem segunda maior taxa de intervenções durante o parto, com mais da metade dos nascimentos ocorrendo por meio de cesáreas

(O Estado de S. Paulo, 15/02/2018 - acesse no site de origem)

Num esforço para reduzir o número de cesáreas praticadas no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou nesta quinta-feira, 15, novas recomendações sobre padrões de tratamento e cuidados relacionados a mulheres grávidas. O objetivo é reduzir “intervenções médicas desnecessárias”.

De acordo com a OMS, 140 milhões de nascimentos ocorrem no mundo a cada ano. A maioria sem complicações. “Ainda assim, nos últimos 20 anos, médicos aumentaram o uso de intervenções que eram destinadas antes apenas para evitar riscos e tratar complicações, com a infusão de oxytocin para acelerar o parto ou cesáreas”, indicou a OMS.

“A crescente medicalização de um processo normal de nascimento está minando a capacidade das mulheres de dar a luz e impactando de forma negativa sua experiência no nascimento”, afirmou Nothemba Simelela, diretora-geral assistente da OMS. Para ela, não há necessidades de receber intervenções adicionais para acelerar o parto se mãe e filho estiverem em boas condições.

A entidade alerta que, nos últimos anos, uma “proporção substancial” de grávidas saudáveis foi alvo de pelo menos uma intervenção durante um parto.

Com dados de 2016, a OMS aponta o Brasil como um dos líderes em cesáreas no mundo e alerta que o aumento nas práticas em partos se transformou em uma “epidemia”. A entidade estima que a taxa média mundial de cesáreas seria de 18,6% dos partos. Em 1990, esse índice era de apenas 6%.

Em média, a taxa de cesáreas hoje na Europa é de 25%, contra 15% há 20 anos. Já nos EUA, a taxa é de 32,8%. No Brasil, os dados de 2016 mostram que 55,6% dos partos no País foram cesáreas, a segunda maior taxa do mundo, superada apenas pela da República Dominicana, com 56%.

Medidas

Na esperança de reverter a situação ou pelo menos frear o aumento de casos, 56 medidas foram anunciadas pela entidade. Elas incluem uma melhor comunicação entre médicos e as mães, permitir que sejam as mulheres que também possam opinar sobre sua administração da dor durante o processo de dilatação e posições para o parto.

Um dos aspectos centrais da recomendação é a de reconhecer que cada parto é “único” e tem um ritmo diferente. Cada grávida, portanto, deve ser informada que não existe um padrão a ser respeitado, ainda que em geral um prazo máximo possa ser estabelecido.

“A duração do primeiro estágio varia de mulher para mulher e, no caso de um primeiro parto, não se estende além de doze horas”, aponta. “Em fases seguintes, ele não ultrapassa dez horas de trabalho de parto”, explica.

Para reduzir intervenções médicas desnecessárias, a OMS agora alerta que a dilatação cervical precisa ser repensada. O ritmo de 1 cm por hora de dilatação na primeira fase do trabalho de parto - padrão usado para medir o progresso do caso - seria “irrealista” para algumas mulheres e poderia ser “inexato para identificar mulheres sob risco”.

Pelas novas recomendações da OMS, uma taxa de dilatação mais lenta não deve ser um indicador de rotina para determinar se uma intervenção deve ou não ocorrer para acelerar o trabalho de parto.

Na avaliação da agência de saúde da ONU, é o envolvimento da mulher nas decisões do trabalho de parto que poderia mudar essa realidade. Entre as recomendações, a entidade pede que médicos informem as mulheres sobre a duração do parto.

Recursos

Para a OMS, as intervenções médicas em trabalhos de parto estão “generalizadas” em muitos países. Mas isso coloca uma pressão extra nos serviços de saúde e aprofundariam ainda mais a disparidade nos tratamentos.

Na avaliação da entidade, uma redução no número de cesáreas desnecessárias liberaria recursos para casos em que o risco é real. Enquanto o número de cesáreas e parto com hora marcada aumenta, a entidade destaca que 830 mulheres morrem diariamente ao dar à luz. “Isso poderia ser evitado com um cuidado de maior qualidade”, aponta.

Jamil Chade

[Agências da ONU divulgam nota expressando preocupação sobre PEC](#)

181/15

Agências das Nações Unidas no Brasil manifestaram no domingo (19) preocupação com a eventual aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 181/15 que, segundo as instituições, em seus termos atuais acarretará em maior risco para a saúde de mulheres e meninas.

(ONU BR, 20/11/2017 - [acesse no site de origem](#))

As agências da ONU lembram que, de acordo com relatores do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, a negação de serviços de abortamento nos casos já previstos em lei pode colocar em risco a saúde física e mental de mulheres e meninas cujo sofrimento pode constituir tortura e/ou tratamento cruel, desumano ou degradante.

A declaração foi divulgada em comunicado assinado por Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), ONU Mulheres, Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil (OPAS/OMS) e o Escritório Regional para a América do Sul do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH).

Agências das Nações Unidas no Brasil manifestaram no domingo (19) preocupação com a eventual aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 181/15 que, segundo as instituições, em seus termos atuais acarretará em [maior risco para a saúde de mulheres e meninas](#).

A declaração foi divulgada em comunicado assinado por Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), ONU Mulheres, Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil (OPAS/OMS) e o Escritório Regional para a América do Sul do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH).

Segundo as agências, a iniciativa original da PEC 181/15 de ampliar os direitos de licença maternidade às mães de filhos prematuros é meritória e consolida a posição de respeito à mulher e ao planejamento familiar na Constituição brasileira.

No processo legislativo, houve a decisão recente da Comissão Especial da Câmara dos Deputados de adicionar tema alheio à proposta original, com a inclusão do conceito de “concepção” como o início da vida e/ou condição para os direitos básicos das pessoas.

De acordo com as agências, com essa inclusão, a PEC desviou-se de seu propósito e do espírito original da vontade de legislação e também distanciou o Brasil dos compromissos internacionais firmados no campo dos direitos humanos, incluindo os direitos das mulheres, a igualdade de gênero, população e desenvolvimento.

“A PEC 181/15 em sua redação atual coloca as mulheres e meninas em uma situação que comprometeria o exercício de seus direitos humanos e que limitaria a capacidade do Estado, como garantidor desses direitos, no cumprimento de suas obrigações em matéria de direitos reprodutivos”, afirmam as agências.

“Estes estão baseados no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir de forma livre e responsável sobre o número de filhos/as, o espaçamento entre os nascimentos e de contar com as informações e os meios para isso, bem como o direito de contar com o mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva”, completaram.

O direito à maternidade segura deve garantir uma adequada capacidade de escolha e a oferta de serviços de saúde que permitam que uma gravidez não comprometa a vida das mulheres, segundo as agências das Nações Unidas.

“O aborto em condições de insegurança é uma das principais causas de morte materna no Brasil e no mundo. Para evitá-lo, são necessárias políticas integrais de saúde sexual e reprodutiva, que forneçam informações, recursos educacionais, acesso a serviços e o acompanhamento antes, durante e após a gravidez, de acordo com as disposições da Constituição Federal Brasileira de 1988 sobre o direito ao planejamento familiar.”

A legislação brasileira atual permite a interrupção voluntária da gravidez em três casos: risco de vida da mulher, estupro e anencefalia. Nos três casos, a interrupção voluntária da gravidez permite que as mulheres possam fazer uma decisão de extrema importância, sem qualquer tipo de imposição.

Na redação atual, a PEC 181/15 retira das mulheres a possibilidade de tomar decisões diante de fatos que implicam em grave violação de seus direitos mais fundamentais, ficando o Estado, por meio da PEC 181/15, com a decisão final e exclusiva sobre a vida e o bem-estar das mulheres e meninas, penalizando duplamente vítimas de violência sexual ou que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade, salientaram as agências.

As entidades lembram que, de acordo com relatores do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, a negação de serviços de abortamento nos casos já previstos em lei pode colocar em risco a saúde física e mental de mulheres e meninas cujo sofrimento pode constituir tortura e/ou tratamento cruel, desumano ou degradante.

“O UNFPA, a ONU Mulheres, a OPAS/OMS e o ACNUDH lamentam o retrocesso que a eventual aprovação da PEC 181/15 em seus termos atuais pode acarretar e expressam a necessidade de se estabelecer um diálogo amplo e aberto sobre o assunto, que incorpore os pontos de vista dos diversos setores da sociedade e, em particular, da sociedade civil organizada e dos grupos de mulheres, sujeitos prioritários desta legislação”, afirmaram.

[Clique aqui para ler o comunicado completo.](#)