

# 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.

---

## **Sancionada lei para incentivo à**

# prevenção do câncer em mulheres

Equipes de profissionais das redes de proteção social e atenção básica à saúde passarão a buscar mulheres que enfrentam dificuldades para fazer exames preventivos e de rastreamento de câncer de útero e de mama para que possam realizá-los. É o que assegura a Lei [13.522/2017](#), sancionada e publicada nesta terça-feira (28) no *Diário Oficial da União*.

**[\(Senado Notícias, 28/11/2017 - acesse no site de origem\)](#)**

A lei é decorrente do Projeto de Lei da Câmara (PLC) [20/2017](#), aprovado [no Senado no último dia 1º](#), e entra em vigor já nesta terça-feira.

O objetivo da nova lei é auxiliar mulheres que não puderam se consultar ou fazer os exames preventivos por enfrentar dificuldades sociais, geográficas ou culturais. O texto torna obrigatório o desenvolvimento de estratégias específicas de busca ativa de mulheres que enfrentam dificuldades de acesso aos procedimentos. A estratégia específica para as ações deve ser definida em regulamento posterior.

## Prevenção ao câncer

O texto acrescenta a obrigatoriedade dessa busca ativa por mulheres na [Lei 11.664/2008](#), sobre tratamento de câncer de útero e de mama no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei de 2008 já obriga o SUS a disponibilizar assistência integral à saúde da mulher, incluindo informação sobre câncer, exame citopatológico de útero, mamográfico e complementares, além de encaminhamento das pacientes a serviços de maior complexidade quando necessário.

De autoria da deputada Josi Nunes (PMDB-TO), o PLC 20/2017 foi relatado na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) pela senadora Marta Suplicy (PMDB-SP). Ela considerou que é preciso uma postura mais proativa dos serviços de saúde para aumentar a adesão das mulheres às estratégias de controle do câncer.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), o carcinoma do colo uterino acomete mais de 16 mil mulheres por ano no Brasil, e um terço evolui para óbito. Já o câncer de mama atingiu mais de 50 mil mulheres no país em 2016.

Originalmente, o PLC queria condicionar o recebimento da Bolsa Família à realização do exame ginecológico. Em sua tramitação pelas comissões da Câmara, o texto foi alterado para perder o caráter punitivo e melhorar a promoção da saúde das mulheres.

A senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM) observou que a medida vai ao encontro dos objetivos da campanha Outubro Rosa, criada para estimular a participação da população no controle do câncer de mama. Na mesma sessão em que foi aprovado o texto, foi votado o [PLC 5/2016](#), que obriga a reconstrução mamária gratuita nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

— Com essas duas matérias, fechamos o Outubro Rosa com chave de ouro — disse na ocasião o presidente do Senado, Eunício Oliveira (PMDB-CE).

---

## **Criminalização do aborto é misógina, racista e classista, por Sinara Gumieri**

Há dois meses, chegou ao Supremo Tribunal Federal a primeira ação com um pedido de descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. A ADPF 442 foi apresentada pelo partido político PSOL, em parceria com a Anis - Instituto de Bioética, com uma afirmação: a criminalização do aborto viola a dignidade e a cidadania das mulheres. Para uma vida digna como cidadãs, tem que ser garantidas a todas as pessoas condições para decidirem sobre seus projetos de vida - não serem forçadas a viver uma gestação é uma

dessas condições básicas para mulheres.

[\(Justificando/Carta Capital, 11/05/2017 - Acesse o site de origem\)](#)

De lá para cá, a Advocacia Geral da União, a Câmara dos Deputados e o Senado Federal coincidiram em uma mesma resposta à ação: a coerção reprodutiva das mulheres está bem como está porque foi o Congresso Nacional que assim decidiu. A Câmara até se permitiu fazer graça à custa da vida das mulheres: afirmou que não há urgência alguma em descriminalizar o aborto porque, afinal, o subjugo patriarcal das mulheres é realidade no Código Penal há quase 80 anos.

Nem todas as mulheres que decidem não seguir com uma gravidez no Brasil - e só em 2015 foram mais de 500 mil - são criminalizadas. As que têm que enfrentar polícia, promotor, juiz e júri costumam ter algo em comum: não são brancas, ricas, capazes de pagar por uma interrupção de gestação segura. São em geral pretas e pardas, pobres e denunciadas por profissionais de saúde que deveriam cuidar de suas dores. A criminalização do aborto é misógina, racista e classista.



Entre 8 e 18% das mortes maternas no mundo são causadas por abortos inseguros, e ocorrem especialmente em países menos desenvolvidos. Não sabemos exatamente quantas dessas mortes acontecem no Brasil todos os anos, mas Jandira Cruz, Elizângela Barbosa e Caroline Carneiro não nos deixam esquecer: mulheres morrem por abortos inseguros no Brasil. A criminalização do aborto ameaça a saúde das mulheres.

Desde 08 de março de 2017, mais de 84 mil mulheres brasileiras já tiveram de recorrer a formas desnecessariamente inseguras para não seguir com uma gravidez forçada. Foram mais de 1300 mulheres a cada dia. Enquanto você lia esse texto, mais uma mulher teve de buscar remédios de origem desconhecida, uma clínica clandestina ou outras formas assustadoras e arriscadas para a saúde para poder tomar uma decisão reprodutiva crucial à sua vida e de sua família. A criminalização do aborto viola a dignidade humana das mulheres.

A decisão do STF sobre a descriminalização do aborto é urgente.

**Sinara Gumieri** é advogada e pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética. Este artigo é parte do falatório *Vozes da Igualdade*, que todas as semanas assume um tema difícil para vídeos e conversas. Para saber mais sobre o tema deste artigo, siga <https://www.facebook.com/AnisBioetica>

---

## Quem cuida dos cuidadores idosos: Maioria de mulheres?

“Quando entra um paciente no meu consultório, entram dois, ele e quem está cuidando dele. Normalmente esse cuidador fica à sombra dos nossos cuidados, nós sequer perguntamos como eles estão”, diz Fabio Campos Leonel, geriatra no Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo. “Quem cuida não tem tempo para se cuidar”, resume.

[\(Carta Capital, 07/05/2017 - Acesse o site de origem\)](#)

No Brasil, a maioria dos cuidadores de idosos enfermos ou dependentes são outros idosos, normalmente mulheres da mesma família que não recebem para isso. Os cuidadores formais são caros, por isso, a maior parte das famílias recorre a alguém próximo.

Esse cuidador se torna responsável por, todos os dias, ajudar uma mãe, um avô, um parente ou vizinho com suas necessidades básicas: tomar banho, comer, se vestir, medicamentos e transporte. Às vezes, realizam inclusive tarefas mais específicas, como aplicar injeções, fazer curativos, trocar cateter, e cuidar dos tubos de alimentação. Tudo isso, frequentemente, ao mesmo tempo em que trabalham e cuidam de seus próprios filhos, sem contar com muita ajuda de outros familiares ou dos próprios médicos.



*No ambulatório dos cuidadores, um espaço para dividir preocupações e*



## *encontrar tempo para si/ Ingrid Matuoka*

Devido ao esforço e tempo que é demandado, esses cuidadores costumam descuidar de si próprios, abandonam o emprego, os filhos e marido, o tempo para lazer, desenvolvem insônia, depressão e ansiedade, dores nas costas e nos joelhos por causa da força física que muitas vezes precisam fazer ao trocar fraldas ou dar banho.

O desgaste chega ao ponto de 63% das vezes os cuidadores morrerem até quatro anos antes de quem estão cuidando, de acordo com uma pesquisa da Academia Nacional de Ciências, Engenharia e Medicina dos Estados Unidos da América. Outro estudo descobriu que cuidadores desenvolveram problemas no sistema imunológico mesmo após três anos depois de seu papel como cuidador ter acabado.

“Há uma correlação muito forte entre a saúde física e emocional de ambos”, diz Leonel explicando que quanto mais depende o paciente, mais sobrecarregado e estressado fica o cuidador. Quanto menos saudável o cuidador, mais doente fica o paciente.

Maisa Kairalla, geriatra e presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo (SBGG-SP), também chama atenção para o ônus emocional. “Não é fácil ver alguém que foi um modelo para você, como um pai ou uma mãe, em situação debilitada e dependente. Também acontece o oposto, de ter que cuidar de alguém que não gosta, em um trabalho que requer capacitação e muita paciência para que os idosos não sejam vítimas de maus tratos, o que infelizmente é muito comum”.

Principalmente na última década, a mudança demográfica e no perfil de doenças no Brasil ficou mais evidente. A expectativa de vida hoje é de 74 anos, e as doenças crônicas são as responsáveis por mais de 72% das causas de mortes, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2014. Dentre a população adulta, 40%, o equivalente a 57,4 milhões de brasileiros, possui pelo menos uma doença crônica.

“É um problema de saúde pública, em que cada vez mais teremos pessoas dependendo umas das outras, sendo que muitas delas nem tem família.

Precisamos começar a antecipar o cuidado para não termos uma população de cuidadores doentes cuidando de outros doentes”, alerta Leonel.

Dentre as doenças crônicas, um diagnóstico específico torna os enfermos mais dependentes: a demência, que inclui o Alzheimer. “Um dos sintomas da demência são alterações comportamentais. Isso tira a qualidade de vida do cuidador, porque o paciente fica agitado, não quer dormir, e grita, é agressivo”.

O geriatra do HC também afirma que a baixa escolaridade da população geral dificulta o acesso a recursos e direitos que possam servir de auxílio. “Mas as políticas públicas também não dão muito suporte, cada vez mais temos idosos com uma renda menor”.

Atualmente, tramita no Congresso Nacional a Reforma da Previdência que deve agravar este cenário.

Kairalla defende uma reestruturação do país, desde calçadas, transporte e farmácias até a figura do cuidador. “A criança que nasce hoje tem que entender que ela vai viver 100 anos, e que cada dia mais vamos precisar de um mercado bem treinado de cuidadores, porque o que podemos fazer de melhor pelos pacientes hoje é investir no cuidador”.

## **O ambulatório para cuidadores**



*Fabio Leonel, Dulce Mota e Lilian Morillo conversam*

“Eu estava com meu amigo no quarto do hospital, dormindo, e ele acordou de madrugada querendo ir ao banheiro. Eu levantei assustado, coloquei os chinelos nele e falei pra vir comigo. Quando eu olho, um monte de sangue. Ele tinha soltado o soro da veia, eu também não lembrei. Chamei as enfermeiras e em dois minutos estava tudo resolvido. Mas e se a gente estivesse em casa? O que eu faria?”, questiona Sebastião Joaquim da Silva, 58 anos, durante uma roda de conversa em uma sala do HC, da qual participaram médicos e outros cuidadores.

A reunião faz parte do ambulatório para cuidadores, criado pelos geriatras Fabio Leonel e Lilian Morillo. A cada três meses, atendem cerca de quinze cuidadores, que geralmente não tem muitas condições financeiras, moram na periferia ou fora da cidade de São Paulo, e cerca de 90% deles são cuidadores informais, ou seja, não recebem dinheiro ou treinamento para exercer o cuidado.

“Tratamos como uma doença, abordando aspectos diferentes de maneira multiprofissional, com ajuda de outros médicos, psicólogos e assistentes sociais. Ensinamos desde tarefas práticas, como trocar fraldas, a rever a rede de assistência social e financeira. Eles também passam por consulta médica, porque muitas vezes não fazem isso há anos já que só têm tempo para cuidar do outro”, explica Leonel.

Os médicos deste ambulatório se mantêm atentos a todo novo paciente e seu acompanhante que chega até eles para sinais de estresse do cuidador: dores físicas, cansaço, relatos de falta de tempo e abandono da vida pessoal, entre outros. Ao conversarem, se percebem essas características, encaminham ao ambulatório.

Ana Maria Lucas, 62 anos, cuida do irmão 7 anos mais velho desde que ele sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há um mês e está internado desde então. Para chegar ao hospital ou à casa dele, onde ele ficará sob os cuidados dela após ter alta, Ana Maria faz várias baldeações e depende de ônibus, quando ela relata sentir “uma dor horrível” na perna esquerda, até aqui sem diagnóstico.

“Do jeito que ele está aqui, ele vai dar trabalho em casa. Ele está com as mãos enfaixadas porque quer arrancar todos os tubos. Dia desses ele colocou a mão na boca porque não queria fazer inalação. Eu chamei a enfermeira, mas ele tem tanta força que nem eu e ela conseguimos tirar a mão da boca dele. Em casa ele vai ter que usar oxigênio, como vai ser?”, diz Ana Maria.

Em determinado momento, Morillo pergunta se algum deles tem dinheiro para contratar um cuidador que possa substituí-los pelo menos em parte do dia ou ajudar com as tarefas mais pesadas. A negativa vem em coro.

Leonel explica que dividir experiências faz com que os participantes se sintam mais calmos e menos sozinhos. “Nós fazemos reuniões com as famílias dos cuidadores, procuramos atividades físicas ou hobbies para eles fazerem. Tentamos mostrar que é possível gostar de cuidar, que há um ganho narcisístico em se sentir bem e útil. O cuidador é essencial e o trabalho pode ser mais leve”.

Ao final de uma hora, Morillo conduz uma sessão de relaxamento, pedindo para eles fecharem os olhos e respirarem calmamente. “Nossa, isso tira um peso”, exclama uma das cuidadoras.

“Aqui tentamos programar uma alta hospitalar para organizar antes de sair do hospital. Procuramos igrejas ou núcleos religiosos, que costumam se ajudar muito, ou um vizinho, outra pessoa da família”, explica Morillo.

Eslane Pegar Prado, 66 anos, acompanha a mãe no hospital há 45 dias após uma trombose na perna e um tumor no estômago. “Quando ela fica agitada, eu me apavoro. A quem eu vou recorrer? E toda aquela dor que ela sente? Como eu vou fazer pra parar? É terrível”.

Dulce Martins Mota, 63 anos, por sua vez, cuida do marido que sofreu um AVC em 10 de março, e está paralisado do lado esquerdo, só se alimenta por sonda e deve perder os rins. “Aqui estamos amparados, mas e em casa? Como eu vou carregar ele? Tirar a dor? E fazer diálise? E fisioterapia?”

Durante toda a conversa, os cuidadores falaram pouco de si, de onde vieram, quais são suas maiores dificuldades, do que têm medo ou se sentem inseguros, se estão cansados.

Morillo afirma que nas próximas sessões os médicos vão começar a abordar aos poucos estes aspectos, mas essa primeira reunião é bastante representativa de quão focados no outro eles estão. Nos problemas do cuidado, em como resolvê-los, e não em como estão sobrecarregados.

“Eu me sinto mais do que um filho ou pai. Eu sou responsável por ele. Por ele eu assumo e faço tudo o que tiver que fazer”, desabafa Sebastião sobre o amigo internado. “Mas o que está me enchendo a cabeça aqui é se ele vai conseguir voltar a tomar conta de si próprio, e pra Deus colocar uma coisinha

de nada de juízo na cabeça desses dos filhos dele, porque hoje ele só diz ‘minha família me abandonou, eu estou morrendo, eu quero morrer’, é só isso que ele fala”. E é só disso que os cuidadores falam.

---

## **ONG cria serviço de informação sobre o zika para mulheres, por WhatsApp, no Recife**

*Duas profissionais do grupo Curumim foram capacitadas pelo grupo e ficam responsáveis pelo atendimento. Informações são divididas em blocos distintos.*

**[\(G1, 21/02/2017 - acesse no site de origem\)](#)**

Com a epidemia de zika, que atinge o Brasil desde 2015, mais da metade das brasileiras em idade reprodutiva está tentando evitar a gravidez, como ressalva contra a síndrome congênita relacionada ao vírus. Para divulgar informações e fazer o encaminhamento de mulheres desde a prevenção ao tratamento de filhos de mulheres que tiveram a doença na gravidez, a ONG feminista Curumim criou um serviço de atendimento por telefone e WhatsApp, com informações diversas sobre direitos reprodutivos e sexuais em tempos da moléstia.

Diariamente, duas profissionais, capacitadas pelo grupo, ficam responsáveis pelo atendimento às mulheres que desejam informações. O serviço, feito tanto por telefone quanto por WhatsApp, é dividido em blocos, todos relacionados à prevenção ao vírus ou, caso contraída a doença, procedimentos para diminuir os efeitos na vida cotidiana. O telefone é o (81) 9 8580.7506.

O primeiro bloco de informações é sobre métodos contraceptivos, o segundo

sobre os exames e procedimentos a se fazer quando já se está grávida e, o último, sobre benefício e assistência aos bebês de mães que tiveram a doença. Coordenadora do Grupo Curumim, a enfermeira Paula Viana explica que, ao engravidar, a mulher tem uma série de direitos, desde o diagnóstico precoce de possíveis má-formações à interrupção da gravidez, prevista por lei.

“Há complicações relacionadas ao zika que podem fazer mal à saúde da própria mulher e, se ela preferir, pode interromper a gestação. Ela tem direito a exames que, ao contrário do que comumente acontece na rede pública, devem ser entregues desde o início do pré-natal”, explicou a coordenadora.

Ainda segundo Paula, a transmissão sexual do vírus é pouco explorada pelos órgãos de saúde, mas de extrema importância. “A mulher pode até não ter tido a zika via aedes aegypti, mas, ao fazer sexo desprotegido com um homem que contraiu o vírus, pode também ficar doente. Se estiver grávida, pode igualmente transmitir para o bebê”, explicou.

## **Curumim**

O Grupo Curumim é uma ONG feminista com sede no Recife, que desde 1989 atua com foco na formação profissional e empoderamento feminino. A organização trabalha, principalmente, na divulgação de informações e visitas a comunidades do Grande Recife.

---

# **Mulheres são as principais vítimas fatais de doenças**

# cardíacas

*O cirurgião cardiovascular Doutor Lima explica que cerca de 40% de todos os casos de infarto agudo do miocárdio ocorrem no grupo feminino*

**[\(Terra, 13/12/2016 - acesse no site de origem\)](#)**

Embora as doenças cardiovasculares acometam mais os homens do que as mulheres, nos últimos 10 anos o número de casos e a gravidade das doenças cardiovasculares aumentou drasticamente na população feminina. Há uma década era um caso de doença cardiovascular nas mulheres para cada quatro ou cinco entre os homens. Hoje, essa relação é de quase um para um. “Cerca de 40% de todos os casos de infarto agudo do miocárdio ocorrem no grupo feminino, o que contribui para a mortalidade associada à doença cardiovascular nas mulheres ser maior do que nos homens”, explica o cirurgião cardiovascular doutor Lima.

Os fatores que levaram ao aumento do número e da gravidade da incidência de doenças cardiovasculares nas mulheres são principalmente ambientais e culturais, já que nos últimos anos as mulheres adquiriram um estilo de vida mais urbano, acumulando uma série de fatores de riscos que antes eram mais comuns aos homens.

“Elas estão fumando mais, ficam mais estressadas, e trabalham fora, acumulando uma jornada de trabalho dupla ou tripla, e têm menos tempo para a prática de atividades físicas. Além disso, estão se alimentando mais fora de casa e de forma incorreta, consumindo mais gordura de origem animal, gorduras saturadas e ricas em sódio”, explica doutor Lima.

O cirurgião cardiovascular afirma que as doenças cardiovasculares mais comuns nas mulheres são as mesmas que nos homens, ou seja, são as doenças isquêmicas do coração: o infarto agudo do miocárdio, a morte súbita e angina de peito. Enquanto as doenças cerebrovasculares são o acidente vascular cerebral, o AVC hemorrágico e o AVC isquêmico. “A associação do uso de anticoncepcional oral e tabagismo aumenta em quase três vezes o risco de desenvolvimento de alguma doença cardiovascular quando se compara às mulheres que não usam anticoncepcional oral e fumam,

simultaneamente”, destaca doutor Lima.

Outro fator de risco que merece atenção especial é em relação à menopausa. Após a menopausa, o risco de doenças cardiovasculares aumenta na população feminina por conta da perda da proteção do estrogênio, o hormônio que protege o sistema cardiovascular e diminui o risco de doenças cardiovasculares. É justamente após a menopausa que as doenças cardíacas acometem mulheres. Porém, no decorrer dos últimos anos, o que se tem observado, com o aumento do número de doenças cardiovasculares, é que elas têm se tornado mais frequente mesmo nas mulheres mais jovens. Existem muitos casos de mulheres com 35, 40 anos já com alguma apresentação de doença cardiovascular, muitas vezes grave e impondo um risco iminente de morte.

### Prevenção

- Incorporar no dia a dia a prática de atividade física pelo menos três vezes por semana durante, pelo menos, 1 hora;
- Controlar o estresse do dia a dia, principalmente cuidando do estresse no ambiente de trabalho e no trânsito.
- Cuidar da alimentação e evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura de origem animal e ricos em sódio. Incorporar cereais, gordura ricas em ômega 3, que são alimentos cardioprotetores;
- Fazer o diagnóstico precoce de hipertensão, diabetes, visitando seu cardiologista uma vez por ano a partir dos 40 anos, se você não tiver histórico familiar, ou a partir dos 35 anos, se tiver o histórico.

### Sobre Doutor Lima

Doutor José de Lima Oliveira Júnior é médico formado pela USP (Universidade de São Paulo), cirurgião cardiovascular do InCor (Instituto do Coração), e integrante da Comissão de Remoção de Órgãos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Tem sua atuação concentrada em cirurgia cardiovascular, principalmente nos seguintes temas: Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Cardíaca, Transplante Cardíaco e Assistência Circulatória. Além disso, é professor na Universidade de São Paulo (USP). É idealizador do projeto Setembro Verde, que tem como principal objetivo



alertar e conscientizar a população sobre a importância da doação de órgãos.

---

# Brasil e Portugal querem mulheres no centro do combate ao HIV/Aids

*(Rádio ONU, 24/05/2016) Evento paralelo à Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, destacou importância de acabar com a desigualdade de gênero na resposta ao HIV; ministros da Saúde brasileiro e portugueses participaram.*

Acabar com a desigualdade de gênero na resposta ao HIV, colocando as mulheres na estratégia para acabar com a epidemia de Aids.

## **Leia mais:**

[Países defendem ampliar acesso de mulheres a serviços de saúde para acabar com epidemia de HIV \(ONU Brasil, 24/05/2016\)](#)

Este foi o apelo feito aos países pelos participantes de um evento paralelo de alto nível realizado durante a 69ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra. Os ministros da Saúde do Brasil e de Portugal participaram do encontro.

## **Liderança**

A primeira-dama do Panamá e embaixadora especial do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids, Unaid, Lorena Castillo de Varela foi a anfitriã do evento paralelo.

Ela destacou a importância de mulheres assumirem papéis de liderança para garantir o desenvolvimento de programas e políticas compatíveis a suas necessidades.

O evento se concentrou em três tópicos: a eliminação de novas infecções por HIV entre crianças; a prevenção da doença entre meninas e jovens mulheres e o acesso ao tratamento para todos.

## **Brasil e Portugal**

Para o ministro da Saúde do Brasil, Ricardo Barros, há uma “ligação” entre cuidar de si e dos outros e as mulheres têm um “papel de cuidadoras de sua família e comunidade”.

Segundo o ministro da Saúde de Portugal, Adalberto Campos Fernandes, “o que precisa mudar é garantir acesso a todas as formas de prevenção, diagnóstico, cuidado e tratamento para todos, especialmente em relação a jovens mulheres e às populações mais vulneráveis”.

## **Envolvimento**

O Unids afirmou que o envolvimento e empoderamento de mulheres junto com um maior acesso à prevenção e tratamento eficaz para o HIV foi essencial no sucesso das ações globais para eliminar novas infecções entre crianças.

Estes casos caíram a menos da metade, de 520 mil por ano em 2000 para 220 mil em 2014. Para o programa, essa abordagem abrangente e inclusiva deve agora ser ampliada para incluir todas as pessoas vivendo com HIV, incluindo jovens mulheres e crianças.

## **Causa de Morte**

Em todo o mundo, a Aids permanece a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva. Em 2014, esta foi a principal causa de mortalidade entre adolescentes na África Subsaariana.

Violência e desigualdade e gênero, práticas nocivas, estigma e discriminação muitas vezes impedem que mulheres e meninas tenham um diagnóstico e acessem serviços adequados para prevenção e tratamento para o HIV.

Segundo o Unids, estimativas são que de 670 mil meninas adolescentes entre 15 e 19 anos vivendo com HIV, apenas 20% sabem que têm o vírus.

## **Fim da Epidemia**

A diretora-geral da Organização Mundial da Saúde, Margaret Chan, elogiou o evento paralelo, destacando a importância do trabalho com adolescentes. Para ela, se este grupo etário for negligenciado, não será possível alcançar o objetivo de acabar com a epidemia de Aids até 2030.

Entre 8 e 10 de junho deste ano, um encontro de alto nível, na sede da ONU, em Nova York, vai discutir o combate à doença.

*Laura Gelbert*

**Acesse no site de origem:** [Brasil e Portugal querem mulheres no centro do combate ao HIV/Aids \(Rádio ONU, 24/05/2016\)](#)

---

# **Dia Internacional da Parteira celebra trabalho que salva vidas**

**(Rádio ONU, 05/05/2016)** *Data é comemorada nesta quinta-feira, 5 de maio; segundo o chefe do Fundo de População da ONU, Unfpa, todos os dias cerca de 800 mulheres morrem de complicações na gravidez e no parto.*

Para o Fundo de População das Nações Unidas, Unfpa, o Dia Internacional da Parteira, nesta quinta-feira, 5 de maio, é uma data para celebrar este trabalho que salva vidas.

Parteiras oferecem cuidados primários para milhões de mulheres e recém-nascidos, antes, durante e após o parto. Elas também oferecem aconselhamento sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva.

## **Salvar Vidas**

Parteiras treinadas salvam vidas e, segundo o Unfpa, em maiores números

poderiam evitar aproximadamente dois terços das 300 mil mortes maternas e 3 milhões de óbitos de bebês antes de completar em quatro semanas que ocorrem a cada ano.

No entanto, os 73 países que representam 96% destas mortes maternas têm apenas 42% dos médicos, enfermeiros e parteiras do mundo.

## **Coração**

O tema do Dia Internacional da Parteira este ano é “mulheres e recém-nascidos: o coração da profissão de parteira”, em tradução livre.

Segundo o diretor-executivo do Unfpa, Babatunde Osotimehin, “cerca de 800 mulheres continuam a morrer todos os dias de complicações na gravidez e no parto”.

Em mensagem sobre a data, ele afirmou que a agência está ajudando a treinar e apoiar milhares de parteiras em mais de 100 países.

Osotimehin citou cálculos de um estudo recente de que, em 57 destes países, o Unfpa treinou 66 mil parteiras nos últimos 70 anos.

Para o chefe da agência da ONU, estes prestadores essenciais de cuidados de saúde podem ajudar mais de 11 milhões de mulheres a dar à luz de forma segura, mas “muito mais precisa ser feito”.

\*Apresentação: Michelle Alves de Lima.

*Laura Gelbert*

***Acesse no site de origem: [Dia Internacional da Parteira celebra trabalho que salva vidas \(ONU Brasil, 05/05/2016\)](#)***

---

# Pesquisa lança luz a experiências de abortos provocados em clínicas privadas

**(Portal Fiocruz, 05/04/2016)** Ao menos uma em cada cinco brasileiras, ao completar 40 anos, já interrompeu uma gravidez. A estatística é da [Pesquisa Nacional de Aborto](#), de 2010, e é imprecisa porque as investigações esbarram num obstáculo incontornável: a criminalização e a condenação moral da prática no Brasil. Apesar de nos últimos anos terem aumentado as pesquisas sobre o tema, o silêncio e o medo que o envolvem limitam as formas de abordagem. Assim, a maioria dos estudos científicos têm sido feitos com mulheres internadas em hospitais da rede pública, e por profissionais envolvidos em seu cuidado. Isso acaba por restringir os segmentos sociais das análises, concentrando-as em mulheres com poucos recursos financeiros e deixando de lado aquelas de estratos sociais médios.

Um [estudo publicado na edição mais recente](#) da revista *Cadernos de Saúde Pública*, porém, traçou caminho diferente. A psicóloga e pesquisadora Paloma Silveira analisou 34 experiências de abortos provocados, narradas por mulheres e homens de estratos sociais médios, residentes na Grande Salvador e na Grande Recife. Todas as histórias envolviam procedimentos feitos em clínicas particulares, que foram descritas pelos entrevistados em dois tipos: as “top” e as “populares”. E evidenciam, em seu conjunto, como a criminalização do aborto, que culmina na ausência de leis e de regras para o funcionamento das clínicas, expõe as mulheres a uma série de violências e põe suas vidas em risco — mesmo nas clínicas do tipo “top”.

“O que mais me surpreendeu foi constatar como a ilegalidade do aborto torna vulneráveis mulheres de diferentes estratos sociais. É evidente que são as jovens, negras, de classes socioeconômicas baixas e moradoras da periferia as que mais sofrem as consequências graves dos abortos clandestinos, como demonstram diferentes estudos. Porém, no senso comum existe a ideia de que, ao pagar pela interrupção numa clínica particular cara, o processo é mais seguro e o atendimento, humanizado. Isso não é verdade. As mulheres

que entrevistei narraram situações diversas. Mesmo as atendidas em clínicas do tipo 'top' sofrem pelo descaso, pela falta de informação e de acolhimento das equipes, pelo preconceito e por maus-tratos", descreve Paloma, que redigiu o artigo em parceria com as pesquisadoras Cecilia McCallum e Greice Menezes.

### **Curetagem sem anestesia**

Um dos aspectos apontados pela análise diz respeito ao acolhimento da equipe médica. A maior parte das narrativas que citaram o atendimento como "bom" são aquelas feitas por mulheres que chegaram à clínica por indicação de alguém, ou seja, que tinham algum conhecido em comum com a equipe. Revelam, com isso, que não há homogeneidade no atendimento das clínicas.

As pessoas entrevistadas tinham a expectativa de que pagar por um serviço privado, mesmo que clandestino, garantiria um bom atendimento. No entanto, mesmo pagando caro, algumas entrevistadas foram mal assistidas pelas equipes. "Ouvimos relatos de falta de informação sobre os procedimentos, tratamento 'insensível' recebido do médico, manipulação agressiva do método por parte do profissional e o caso dramático do aborto realizado por curetagem sem anestesia", aponta o artigo, que destaca: "a falta de controle sobre a prática médica ocasionada pela ilegalidade do aborto coloca as mulheres de estratos médios em uma posição de absoluto desamparo. A criminalização do aborto, no Brasil, atinge as mulheres de distintos estratos sociais, sujeitando-as às mesmas forças históricas, culturais e sociais que lhes impõem, na clandestinidade, uma situação de vulnerabilidade e um sofrimento desnecessário. Desse modo, a criminalização pune todas as mulheres, ainda que em graus diferenciados."

"E ainda favorece a organização de um mercado clandestino que funciona de forma paralela, com autonomia absoluta dos médicos para determinar os valores cobrados, estando isentos de qualquer tipo de imposto ou regulação do Estado", complementa a pesquisadora.

### **Desigualdade de gênero**

A pesquisa qualitativa de Paloma teve como objetivo principal não apenas o itinerário abortivo, mas também a construção da decisão pelo aborto — processo que se revelou “complexo e dinâmico”, como explica a autora: “Um ponto importante a ser entendido é que a decisão pelo aborto não é simples. A decisão, em geral, está relacionada ao momento de vida em ocorreu a gravidez. Isso envolve tanto uma análise das condições socioeconômicas, como das relações sociais das pessoas e de seus projetos de vida. Algumas mulheres e homens que entrevistei contaram ter repensado a decisão pelo aborto diversas vezes, enquanto pesquisavam informações sobre o procedimento e até mesmo no dia da interrupção. O contexto clandestino torna o processo ainda mais difícil e longo e, também por isso, traz mais riscos.”

Além disso, a análise dos relatos dá sinais da desigualdade de gênero que marca a sociedade brasileira. Segundo as experiências colhidas por Paloma, alguns homens se mostraram solidários e responsáveis em todos os momentos do processo decisório, desde a confirmação da gravidez até a realização do procedimento. O grau de engajamento no processo, porém, variava de acordo com o envolvimento afetivo que mantinham com a parceira. “As narrativas refletem as desigualdades entre homens e mulheres no campo reprodutivo. Em nossa sociedade machista, a decisão pela continuidade da gravidez ou pelo aborto, e seus impactos, são delegados ainda à mulher. Muitas vezes o homem se mantém alheio, ignorando que sua responsabilidade nos aspectos reprodutivos não tem a ver com a relação afetiva-sexual que mantém com a companheira”, destaca.

*Juliana Krapp*

**Acesse no site de origem:** [\*Pesquisa lança luz a experiências de abortos provocados em clínicas privadas \(Portal Fiocruz, 05/04/2016\)\*](#)

---

# **Ban empenhado em melhorar saúde e bem-estar de mulheres e meninas**

*(Rádio ONU, 15/03/2016) Secretário-geral fez a declaração durante evento de alto nível na 60ª sessão da Comissão sobre o Estatuto da Mulher; ele afirmou que uma forma para se atingir isso é melhorando a igualdade em escolas, empresas e governos.*

O secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, afirmou que está “fortemente empenhado em melhorar a saúde e o bem-estar de mulheres e meninas através da Estratégia Global para a Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes – Every Woman Every Child, ou “Cada Mulher, Cada Criança.”

A declaração foi feita esta terça-feira em evento de alto nível durante a 60ª sessão da Comissão sobre o Estatuto da Mulher, que está sendo realizada na sede da ONU, em Nova York.

## **Igualdade**

Ban explicou que “quando se aumenta a igualdade nas escolas, empresas e governos, há uma melhora na saúde e bem-estar dessas pessoas. Ele disse que o “caminho para o sucesso é o caminho dos direitos humanos”.

O chefe da ONU declarou que uma redução de 10% no número de casamentos infantis pode representar uma queda de mais de dois terços das mortes maternas.

O secretário-geral afirmou que a violência contra as mulheres é outra abominação e uma grande ameaça à saúde pública. Uma em cada três mulheres sofre algum tipo de violência durante sua vida. Mais de uma em cada três é assassinada pelo parceiro.

Para Ban, a discriminação na sociedade leva à discriminação de saúde.

## **Agenda 2030**



O chefe da ONU explicou que a Agenda 2030 com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é consistente com a Estratégia Cada Mulher, Cada Criança.

A iniciativa vai acelerar o ímpeto para se alcançar as metas pelos próximos 15 anos. A ideia é ter um mundo onde cada mulher, cada criança e adolescente não apenas sobrevivam mas possam prosperar.

O chefe da ONU disse que será necessária uma forte liderança política para que o objetivo seja alcançado.

Ban afirmou que a Estratégia Global já salvou milhões de vidas no mundo. Mais de 40 países e 120 parceiros prometeram doar US\$ 25 bilhões pelos próximos cinco anos para atingir as metas.

*Edgard Junior*

***Acesse no site de origem: [Ban empenhado em melhorar saúde e bem-estar de mulheres e meninas \(Rádio ONU, 15/03/2016\)](#)***