

Mulheres de todo o Brasil reúnem-se na 3ª plenária da Frente Pela Legalização do Aborto

Nos dias 14 e 15 de agosto, logo após a Marcha das Margaridas, mulheres de todo o Brasil estiveram reunidas em Brasília na 3ª Plenária Nacional da Frente Contra a Criminalização das Mulheres e Pela Legalização do Aborto. Estiveram presentes mais de 200 mulheres, com delegações de praticamente todos os Estados brasileiros, entre jovens, trabalhadoras rurais, indígenas, mulheres urbanas, representantes de centrais sindicais, fazendo desta uma plenária bastante diversa e representativa.

[\(Marcha Mundial das Mulheres, 22/08/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Entre os objetivos da plenária estavam a discussão sobre seu papel, seu funcionamento, e também sobre a atualização da plataforma política da Frente. Dessa forma, foram debatidas questões organizativas (como melhorar o funcionamento da frente, quais instâncias ela deve ter etc), mas também questões de conteúdo, com reflexões sobre quais pautas e quais debates devemos fazer para seguir com a luta pela legalização do aborto no Brasil, considerando a atual conjuntura de retrocessos.

Temas com a defesa do SUS, a autonomia das mulheres, o direito à escolha, a construção do 28 de setembro (dia latino-americano e caribenho pela legalização do aborto), entre outros, estiveram presentes durante toda a discussão. O principal desafio, no entanto, foi o de como enraizar esse debate nos estados e trazer mais pessoas para essa luta, de forma que seja uma pauta de toda a esquerda brasileira.

De acordo com Sonia Coelho, da coordenação nacional da Marcha Mundial das Mulheres e integrante do grupo impulsor da frente, apesar do cansaço depois da marcha das margaridas, foi de extrema importância a realização da plenária neste momento: “Quando conseguiríamos juntar esse tanto de pessoas, nessa qualidade, nessa diversidade, para fazer esse debate pela legalização do aborto? Conseguimos justamente porque fizemos junto da Marcha das Margaridas, que é uma marcha de mulheres feministas da classe trabalhadora. E é esse público que queremos ter nessa frente”.

Para Soninha, a realização da plenária neste momento também foi importante pois serviu como um fechamento dessa semana de mobilização feminista: “apesar desses limites, como o pouco tempo, foi super importante ter feito essa plenária nesse momento. Porque ela conseguiu concluir essa semana que foi uma semana de ocupação das mulheres em Brasília. Uma semana com uma marcha histórica das indígenas, uma Marcha das Margaridas imensa, muito posicionada contra Bolsonaro, terminando com essa Plenária Nacional da Frente, trazendo a participação de mulheres da classe trabalhadora, das centrais, do movimento feminista, com indígenas, trabalhadoras rurais, coletivos jovens”.

Ao final, o clima entre as mulheres foi de ânimo para voltar aos estados para repassar e discutir os desafios elencados pela plenária nacional, trabalhando assim o maior desafio colocado pelas participantes, o de enraizar a luta pela legalização do aborto no Brasil.

[Buscas na internet tornam alvo mulher que pesquisa por aborto, por Giulliana Bianconi](#)

A HeartBeat International, organização antiaborto, vem usando programas desenvolvidos para coletar dados de mulheres que pesquisam na internet sobre clínicas de aborto

[\(Época, 04/08/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Enquanto você lê esta coluna, há pessoas no Brasil pesquisando na internet sobre como interromper uma gravidez. Isso não é palpite, é uma afirmação embasada na observação de dados disponíveis no site de tendências de busca do Google (Google Trends), onde é possível ver o interesse por um determinado tema nas buscas gerais feitas por usuários em diferentes períodos de tempo.

Ao digitar “aborto” e selecionar os filtros “Brasil” + “última hora”, surge um gráfico que confirma que houve interesse no assunto. Se você fizer o teste agora mesmo, a linha vai estar lá, oscilando, ora mais alta, ora mais baixa, mas informando que há pesquisas sobre aborto na última hora. A observação desses dados, quando feita para períodos mais longos, pode trazer evidências importantes sobre o que se busca sobre o tema “aborto”.

No dia 02 de agosto, ao selecionar “período de 30 dias”, as quatro consultas relacionadas a “aborto” em destaque eram: “aborto com cytotec”, “como fazer um aborto”, “formas de aborto”, “chá de aborto”. Já ao buscar o termo para o período de sete dias, o resultado dos termos relacionados indicava o que pode ser um tanto da angústia e do risco que mulheres vivem ao procurar formas de interromper uma gestação num país que criminaliza essa escolha: “aborto com cabide” era o primeiro termo em ascensão relacionado.

Todos os dias, no Brasil e mundo afora, mulheres de diferentes classes, raças, idades e religiões decidem sobre seguir ou interromper uma gravidez indesejada. Como mostrou a [Pesquisa Nacional do Aborto \(2016\)](#), interromper não é a escolha de poucas: 1 a cada 5 mulheres de até 40 anos já realizou aborto, e existe um perfil predominante, que são as mulheres de menor escolaridade, negras e indígenas.

Na busca por informações relevantes sobre o assunto, elas deixam rastros na internet. Se no site de tendências do Google os resultados das buscas feitas são anonimizados para o público geral, a depender do link que as mulheres cliquem enquanto estão pesquisando elas deixam ali dados de navegação e até mesmo dados pessoais que podem ser capturados. É o suficiente para que as organizações antiaborto passem a atuar, como revelou dias atrás uma [importante investigação da Privacy International](#), organização não-governamental que tem base em Londres.

A Privacy mostrou que a HeartBeat International, organização antiaborto com imenso poder de

lobby junto ao governo norte-americano, vem usando programas desenvolvidos para coletar dados de mulheres que pesquisam na internet sobre clínicas de aborto, rastreá-las e, na sequência, distribuir informações a uma rede de estabelecimentos que se fazem confundir com locais que realizam o procedimento clínico do aborto.

As mulheres são atraídas por anúncios ou mesmo por e-mails que chegam na sua caixa de entrada, com informações falsas relacionadas a esses estabelecimentos. Ao chegarem ao destino, encontram uma rede de disposta a dissuadi-las da decisão. Ao fazer uma pesquisa de centros referenciados pelo HeartBeat no Brasil, encontra-se 14 unidades do CAM (Centro de Referência e Atendimento à mulher) listadas, embora não apareçam como “filiados”. Em 2018, a repórter Andrea Dip revelou na reportagem publicada pela Agência Pública, “Armadilha para as mulheres”, a conexão do CAM com clínicas antiaborto.

Agora, a atuação do HeartBeat, com a lógica do uso do big data, traz um novo elemento sobre essa rede, a ser investigado. O contexto é problemático porque, primeiro, há questões de transparência e violação de privacidade a serem levadas em conta, assunto que no Brasil pode ser discutido à luz da [Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais](#). Segundo, a articulação pode ser considerada um ataque mediado por algoritmos aos direitos reprodutivos das mulheres. É que a autonomia para decidir pelo procedimento do aborto sem colocar em risco a própria vida é diferente entre mulheres, independentemente de quem está em países com leis que proíbem ou não o aborto.

No contexto brasileiro, as mulheres são atravessadas por questões objetivas, como ter ou não dinheiro para arcar com medicações abortivas ou com procedimento em clínica particular - todas as clínicas atuam na clandestinidade, mas existem umas com mais estrutura - e por questões subjetivas, como opressões sofridas no ambiente familiar ou social quando a possibilidade é refutada veemente, por crenças religiosas, principalmente. Quando a mulher é atraída, com informações falsas, a um estabelecimento antiaborto devido o alcance de uma estratégia de marketing amparada na coleta de dados pessoais, é hora de conectar os debates sobre direitos digitais e direitos reprodutivos.

Por Giulliana Bianconi

[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: Wladmir
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

[Gestantes com zika vírus sofrem com falta de informações](#)

Bruna Gonçalves analisa cobertura midiática e posições a respeito do aborto durante epidemia do zika vírus no Brasil

[\(Jornal da USP, 30/07/2019 - acesse no site de origem\)](#)

A associação entre a manifestação do zika vírus em gestantes e o desenvolvimento de microcefalia nos bebês foi confirmada pelo Ministério da Saúde em 2015, período no qual o Brasil passava por uma grave epidemia da doença. A região Nordeste foi a mais afetada, e o vírus era relacionado a situações de pobreza, falta de saneamento e saúde básica de algumas localidades. Uma pesquisa da USP analisou a cobertura jornalística do caso e concluiu que a mídia deixou muitas lacunas e não cumpriu com seu papel fundamental de levar informação e conhecimento para as pessoas que precisavam, principalmente para mulheres grávidas afetadas pela doença. Foi sobre esse assunto que o Jornal da USP no Ar conversou com Bruna Gonçalves, pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP e participante do Laboratório de Saúde Mental Coletiva do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade (Lamasec).

Bruna realizou um mapeamento de jornais de grande circulação e concluiu que o discurso das mulheres nas reportagens não teve prioridade, além de um esquecimento gradativo do assunto no País. A propagação do medo do zika foi muito maior do que a divulgação de informações sobre contracepção eficaz e diagnóstico da doença durante a época da epidemia, o que contribuiu para o aumento da demanda por informações, principalmente por parte de movimentos sociais. “Com a descoberta da relação entre o vírus zika e o desenvolvimento de microcefalia em crianças, movimentos feministas foram retomando o debate sobre o aborto, que já existia no Brasil, mas dessa vez focados em mulheres infectadas. O grande motivo disso é que passar por uma gestação nesse contexto acarreta um sofrimento psíquico, e também ocorre a dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados. Em minha pesquisa, foquei na questão de como esse debate sobre o aborto relacionado ao vírus apareceu nos principais veículos de comunicação.”

Os resultados obtidos no estudo passaram por análise baseada em algumas categorias, definidas pelo tipo de abordagem. “Foquei nos discursos sobre microcefalia, o medo do zika, o controle da contracepção das mulheres – que foi algo muito disseminado na época – e em como movimentos sociais, grupos religiosos e autoridades governamentais se posicionaram no debate sobre aborto nesses casos.” A especialista chegou à conclusão de que “os veículos priorizaram as vozes de especialistas e pesquisadores, mas as mulheres, as principais interessadas na questão, quase não apareceram nas notícias. Os jornais focavam muito na questão polêmica do aborto e não forneciam informações necessárias para o verdadeiro público-alvo, contribuindo para um cenário em que já existia sofrimento por conta de diagnósticos tardios das síndromes provocadas pela doença. O contexto de incertezas e as consequências na saúde mental das gestantes, como o desenvolvimento de quadros de ansiedade e dificuldades posteriores no cuidado materno, não eram considerados”.

Em suma, a fala das mães que fizeram a opção pela interrupção da gravidez, ou que estavam grávidas e infectadas, além das que têm filhos portadores de microcefalia ou da síndrome congênita do zika, não foi priorizada pelos veículos midiáticos. Hoje, o debate sobre a legalidade do aborto nesses casos aumentou em toda a América Latina, dentro e fora da comunidade científica, ainda mais com a notificação da situação de emergência pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Especificamente no Brasil, a ilegalidade do aborto está sendo discutida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) de número 5.581, proposta pela Associação Nacional de Defensores Públicos. “Essa ADI envolve alguns pontos como o acesso ao diagnóstico da doença, ao benefício de prestação continuada, ao tratamento para as crianças com a síndrome congênita do zika e também a discussão sobre o direito à interrupção da gestação para as mulheres infectadas e que estejam passando por esse sofrimento psíquico”, conta a pesquisadora. Essa proposta está correndo no STF e seu julgamento foi adiado.

Por Laura Alegre

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 a 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 uma 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 ter 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

Em formato interativo inédito, Mapa da Violência de Gênero reúne dados e leis sobre violência contra mulheres e população LGBT+

Criada pela Gênero e Número com apoio da ALTEC, plataforma apresenta registros de agressões por localidade e permite cruzamento online de grande volume de dados

Em média, na última década foram assassinadas por dia no Brasil 12 mulheres - dentre elas, as mulheres negras são as maiores vítimas. Outros tipos de violência recaem especialmente sobre as mulheres: elas foram vítima de 90% dos 73 estupros cometidos a cada dia em 2017. Dados como esses, que revelam o processo acentuado de violência de gênero no Brasil, estão agora mais acessíveis.

Realizado pela Gênero e Número e apoiado pela Alianza Lationamericana para la Tecnología Cívica (ALTEC), o [Mapa da Violência de Gênero](#), em formato interativo inédito, disponibiliza as duas maiores bases oficiais de dados sobre violência do país - a do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) e a do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - abrindo múltiplas possibilidades de pesquisa a partir de um grande volume de dados. A ferramenta de busca é acompanhada por textos e visualizações que ajudam a analisar o cenário de cada uma das 27 Unidades Federativas. O Mapa é resultado de um trabalho de pesquisa de um ano, com metodologia desenhada pela especialista em violência de gênero Wânia Pasinato e executado por uma equipe multidisciplinar da GN.

Acesse: www.mapadaviolenciadegenero.com.br

Até então manuseados principalmente por pesquisadores ou jornalistas dispostos a percorrer o caminho de solicitação via Lei de Acesso à Informação (LAI), os dados estatísticos oficiais mais importantes e abrangentes sobre violência distribuídos por sexo (feminino e masculino) se reúnem, no Mapa, ao alcance de qualquer pessoa interessada em se informar sobre o tema. As buscas comparativas para homens e mulheres, fundamentais para a compreensão das diferenças da violência quando aplicada a perspectiva de gênero, dão acesso a informações detalhadas, incluindo autoria do crime e encaminhamento judicial do caso, o que permite desenhar a trilha de diferentes tipos de violência praticados contra mulheres e população LGBT+.

As especificidades do grupo LGBT+ são abordadas em uma seção que destrincha dados de cada região, oferecendo uma leitura mais abrangente sobre as violências que acometem essa minoria. Já na seção Leis é possível conhecer a produção legislativa estadual sobre o tema para além daquelas que significaram importantes marcos nacionais, como a Lei Maria da Penha (2006) e a Lei do Femicídio (2002). No levantamento, feito pela Gênero e Número, estão destacados os mecanismos legais estaduais com efetivo potencial de impacto na proteção e acolhimento das vítimas e punição dos agressores.

As fragilidades na coleta, produção e divulgação desses dados no Brasil guiaram uma outra

frente de trabalho do Mapa, focada em incidência. Com a proposta de fortalecer a sistematização e padronização dos dados de violência contra mulheres, um grupo formado pela Gênero e Número e as organizações convidadas ONU Mulheres e Artigo 19 abriu diálogo com o Conselho Nacional do Ministério Público para discutir as debilidades do Cadastro Nacional de Violência Familiar e Doméstica contra a Mulher, um dos principais instrumentos para a coleta desse tipo de dado. Os detalhes dessa frente de trabalho do Mapa podem ser conhecidos na página Incidência.

O Mapa nasce sobretudo com esse propósito: denunciar e exigir a produção de dados cada vez mais qualificados, que apoiem o avanço de políticas de prevenção e enfrentamento à violência. Nesse percurso, o acesso à informação e a reflexão crítica são ferramentas centrais no combate à barbárie.

Para mais informações: contato@generonumero.media

TST reconhece estabilidade de gestante mesmo em parto de natimorto

Para 2ª turma do TST, a garantia provisória de emprego prevista na CF não faz ressalva ao natimorto.

[\(Migalhas, 10/07/2019 - acesse no site de origem\)](#)

A 2ª turma do TST reconheceu o direito à estabilidade assegurada à gestante a uma auxiliar de limpeza que perdeu seu filho no 2º mês de gravidez. Para o colegiado, a garantia provisória de emprego prevista na CF não faz ressalva ao natimorto.

O caso

A auxiliar trabalhou por dois meses com contrato de experiência, sendo dispensada posteriormente. Embora ela tenha tido conhecimento da gravidez um mês depois da rescisão, o fato, segundo a empresa, não lhe foi comunicado.

Com dois meses de gestação, a auxiliar perdeu a criança em aborto espontâneo. Meses depois, ela entrou com reclamação trabalhista contra o ex-empregador para pedir indenização correspondente aos salários do período de estabilidade, desde o início da gravidez até cinco meses após o parto.

O juízo da 23ª VT de São Paulo/SP e o TRT da 2ª Região indeferiram o pedido da auxiliar. Na interpretação do TRT, o direito à indenização substitutiva do período de estabilidade só deveria ser concedido da data da dispensa da auxiliar até a data do óbito do feto, e não até cinco meses após o aborto.

Estabilidade confirmada

Relatora, a ministra Delaíde Miranda Arantes adotou o disposto no ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que impede a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

Segundo a ministra, ao prever a estabilidade desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, o artigo não faz qualquer ressalva ao natimorto. “Logo, é forçoso concluir que a garantia provisória de emprego prevista no referido dispositivo não está condicionada ao nascimento com vida”.

- Processo: [1001880-03.2016.5.02.0023](#)

Veja a [íntegra](#) do acórdão.

Hospitais ignoram mulheres que procuram aborto em casos previstos por lei

Relatório inédito da organização Artigo 19 revela que menos da metade dos hospitais públicos indicados pelo governo fazem o procedimento

(Exame, 06/07/2019 - acesse no site de origem)

Realizar um [aborto](#) legal no Brasil é uma via-sacra para as mulheres. O procedimento é autorizado pelo Código Penal nos casos de gravidez decorrente de estupro e risco à vida da mãe, e o caso de anencefalia do feto foi incluído neste rol após decisão do Supremo Tribunal Federal (STF).

Ainda assim, menos da metade (43%) dos hospitais públicos indicados pelo [Ministério da Saúde](#) para efetuar o procedimento de fato o fazem nos casos previstos.

O dado é de um [relatório inédito da organização não-governamental britânica Artigo 19, intitulado “Acesso à informação e aborto legal”](#), que mapeou os principais desafios para garantir o cumprimento da legislação para as mulheres brasileiras.

Ao longo de um mês, o órgão tentou entrar em contato com 175 hospitais públicos do Brasil, listados pelo governo federal para ofertar o serviço, com a proposta de entender o processo e as dificuldades de realização do aborto legal no país.

Desses, apenas 76 informaram que fazem o procedimento, ao passo que 64 negaram a oferta do serviço e 35 não responderam à pesquisa.

Para garantir precisão nas informações, o levantamento foi feito por meio de duas figuras distintas, a da usuária e a da pesquisadora.

A primeira, que se identificou como uma cidadã em busca do serviço de aborto legal, conseguiu retorno de 140 instituições. Já a segunda, que disse ser da Artigo 19 e pediu para falar

diretamente com alguém do corpo técnico do hospital, obteve informações de apenas 22 estabelecimentos.

De acordo com a pesquisadora Julia Rocha, da equipe de acesso à informação da Artigo 19, todo o processo para elaborar o levantamento sobre aborto legal foi desafiador.

“A primeira barreira foi encontrar a lista dos hospitais recomendados pelo Ministério da Saúde e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Apelamos até para Lei de Acesso à Informação. Ou seja, só o primeiro passo mostra que o aborto legal é inexistente no Brasil”, diz.

Depois de selecionados os hospitais, contudo, mais obstáculos foram encontrados no caminho, como o desencontro de informações e exigências de documentos não previstos na legislação.

Dos hospitais consultados pela pesquisa, por exemplo, 16 mencionaram o Boletim de Ocorrência entre os documentos necessários para a realização do aborto legal. No entanto, a apresentação do B.O. não é uma exigência prevista para o procedimento desde uma portaria editada pelo governo federal [em 2005](#).

Desses 16, um deles se recusou a fornecer mais informações para a usuária sem o B.O em mãos, e outro afirmou que sem o registro não seria possível iniciar o processo. Outro hospital, ainda, relatou que só realizaria o abortamento em caso de estupro se fosse apresentado exame de corpo de delito.

Julgamentos

O relatório aponta que, além da dificuldade do acesso à informação, houve, ainda, julgamentos morais e de desconfiança por parte dos atendentes dos hospitais.

Enquanto a pesquisadora foi tratada com suspeita, com questionamentos sobre quem ela seria e o que é a Artigo 19, a usuária foi tratada com “descaso e rudeza”.

Dentre as respostas mais significativas ou que causaram estranhamento, uma série de hospitais que não praticam o aborto disseram que não o fariam, “pois é crime”.

A análise destaca, também respostas como “deus me livre!”, “claro que não faz aborto”, “aborto é crime e aqui não defendemos direitos humanos para bandido” e “nenhum médico realizará o procedimento”.

“Temos a hipótese que os servidores estão mal treinados para oferecer informações sobre o aborto legal no Brasil. Além disso, não consideramos que é desconhecimento dos profissionais, mas um grande medo, devido ao momento de instabilidade política, de se posicionarem sobre o tema, que ainda é um tabu”, afirma a pesquisadora Julia Rocha.

O que diz a legislação

No Brasil, não há uma lei que permite o aborto, mas sim exceções previstas no Código Penal, que, na verdade, criminaliza a prática, com penas previstas de três a dez anos de detenção. A realização do aborto legal segue, portanto, normas editadas pelo Ministério da Saúde mas que não têm força de lei.

A mais consolidada é a [“Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”](#), um guia

que tem por objetivo transmitir as informações necessárias para os profissionais e serviços de saúde sobre o tema.

Há também um outro documento, a [Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes](#), que obriga o médico que se recusar a praticar o aborto, por objeção de consciência, a direcionar a mulher a outro profissional.

Apesar dessa possibilidade, são quatro as situações que proíbem, veementemente, o profissional de saúde de não fazer o procedimento: risco de morte para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça; quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional; no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

De acordo com Ana Paula Braga, advogada especialista em direito das mulheres do escritório Braga & Ruzzi, o médico que tratar uma paciente que realizou aborto clandestino não pode, inclusive, denunciá-la.

“Nestes casos, o médico ou enfermeiro deve prestar o acolhimento clínico necessário, e deverá guardar o sigilo profissional, sob pena de cometer sanções ético-disciplinares”, diz.

A especialista orienta, ainda, que, em caso de recusa como os averiguados pela pesquisa da Artigo 19, a mulher deve entrar em contato com a Defensoria Pública de seu estado ou com um advogado particular.

“O problema é que ações judiciais podem levar tempo, o que não atende à urgência da gestante, que a cada semana que passa se torna mais impedida de abortar, visto que há um limite de semanas para que o procedimento possa ser realizado”, completa.

Por Clara Cerioni

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

Projeto do vereador Fernando Holiday pune as mulheres, por Émerson Santos

PL do vereador Fernando Holiday cria barreiras ao aborto autorizado pela lei

[\(O Globo, 02/07/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Foi com grande indignação que todos os defensores e defensoras de direitos humanos no Brasil receberam a notícia da apresentação do esdrúxulo projeto de lei 0352/2019, de autoria do vereador Fernando Holiday, protocolado no último dia 28 de maio na Câmara de Vereadores da cidade de São Paulo. O referido projeto cria uma série de barreiras ao acesso das mulheres ao direito de realização do aborto nos três casos autorizados pela legislação brasileira:

1. em caso de risco de vida para a mulher causado pela gravidez;
2. quando a gestação é resultante de um estupro ou;
3. se o feto for anencefálico — conforme decisão do Supremo Tribunal Federal em 2012.

O projeto é inconstitucional, pois viola as regras de competência entre a União, estados e municípios. Sobretudo, constitui um grave retrocesso nos direitos sexuais e reprodutivos, reforçando a criminalização e culpabilização das mulheres vítimas de estupro, daquelas cuja gravidez ameaçam as suas vidas ou que estão grávidas de bebês que não vão sobreviver. Em última instância, o PL 0352/2019 é um ataque direto ao direito à vida das mulheres.

Para mim, um jovem negro e gay, ativista LGBT, ocupando um espaço de protagonismo na luta pelo respeito aos direitos humanos no Brasil, é duro e vergonhoso saber que um outro jovem negro e gay, que também exerce protagonismo na arena política, defenda essas posições.

A proposta de Holiday é machista porque reduz as mulheres a incubadoras, desconsiderando inclusive o direito delas à vida e obrigando-as a continuar gestações decorrentes de violência sexual e/ou que tenham sérias implicações para sua saúde. Dados do Atlas da Violência de 2018 — produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) — revelam que 50,9% dos casos de estupro registrados em 2016 foram cometidos contra menores de 13 anos de idade. Obrigar essas jovens a levar a termo essas gestações, tal como propõe o vereador, é uma medida desumana e cruel.

O PL 0352/2019 também é fortemente marcado pelo racismo estrutural presente na nossa sociedade, tendo em vista que a maioria dos casos de estupro registrados no nosso país é contra mulheres negras e com menor poder econômico.

Finalmente, é uma proposição homofóbica/lesbofóbica. Isso por que, lamentavelmente, ainda assistimos no Brasil a um número recorrente de casos de estupros “corretivos” — violências sexuais praticadas contra mulheres lésbicas e homens trans em que o estuprador busca corrigir o que eles acreditam ser um “desvio” e restabelecer a identidade heterossexual e cisgênero da pessoa violentada. Caso engravidem, essas pessoas serão também sujeitas às restrições e medidas estigmatizantes propostas pelo projeto de lei, que inclui o internamento compulsório.

O projeto do vereador Holiday é mais um capítulo na guerra permanente contra os direitos sexuais e reprodutivos — hoje em curso em muitos países do mundo, especialmente latino-americanos — protagonizada pelo conservadorismo religioso e atores seculares, como é o caso do vereador. É assim urgente que as forças que lutam pelos direitos humanos no Brasil e, mais especialmente, o movimento LGBTI conteste com veemência essa proposta, denunciando as violações que ela implica para mulheres e meninas, sobretudo as negras, lésbicas, pobres e moradoras das periferias do Brasil.

Emerson Santos é coordenador nacional da Articulação Brasileira de Jovens LGBT.