

# Panorama do aborto no Brasil é tema de evento online - Dia 10/07, às 09h

No próximo sábado, dia 10 de julho às 9h, acontece o evento gratuito e online “A concepção do aborto no Brasil” apresenta um panorama histórico e atual do aborto no país. O encontro faz parte da abertura do Grupo de Estudos sobre a Interrupção da Gestação - ([GEIG - FMUSP](#)). Na ocasião serão apresentados tópicos relacionados a interrupção voluntária da gestação nas perspectivas da medicina, psicologia, ética e direito.

Na programação mesas com as temáticas: o aborto no SUS, legislação do aborto, atendimento das vítimas de violência sexual e postura e ética dos profissionais da saúde serão abordados pelos participantes. As inscrições podem ser feitas [aqui](#). E haverá emissão de certificados pelo Centro Acadêmico Oswaldo Cruz - [CAOC](#).

Confira a programação:



---

## **Gilmar Mendes determina adoção de medidas para garantir respeito à identidade de gênero no SUS**

*Decisão individual do ministro foi tomada no Dia Internacional do Orgulho*

*LGBTQIA+. Segundo ele, intenção é reduzir a burocracia no atendimento de pessoas trans no sistema de saúde.*

**[\(G1 | 28/06/2021 | Por Márcio Falcão e Fernanda Vivas, TV Globo | Acesse a matéria completa no site de origem\)](#)**

O ministro [Gilmar Mendes](#), do [Supremo Tribunal Federal](#), determinou ao Ministério da Saúde que adote medidas para garantir no atendimento em saúde o respeito ao gênero com o qual o paciente se identifica.

A decisão individual do ministro foi tomada no [Dia Internacional do Orgulho LGBTQIA+](#).

De acordo com a decisão do ministro, o Ministério da Saúde terá 30 dias para

- alterar o sistema de informação do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#) a fim de permitir que marcações de consultas e de exames de todas as especialidades médicas sejam realizadas independentemente do registro do sexo biológico, levando em conta autodeclaração de gênero. A intenção é reduzir a burocracia no atendimento de homens e mulheres trans.
- alterar a declaração de Nascido Vivo, primeiro documento que identifica o recém-nascido. O documento terá que incluir a categoria “parturiente”. O espaço de “pai” e “mãe” serão para os representantes legais, que terão vínculos de paternidade com a criança. A intenção é reunir dados para a formulação de políticas públicas de acordo com o gênero com o qual os pais da criança se identificam.

O objetivo da decisão é permitir que homens e mulheres trans tenham acesso igual a ações e programas de saúde.

“Nesse contexto, é necessário garantir aos homens e mulheres trans acesso igualitário a todas as ações e programas de saúde do SUS, especialmente aqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva, como agendamento de consultas nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e urologia, independentemente de sua identidade de gênero, sendo fundamental

eliminar obstáculos burocráticos que possam causar constrangimento a pessoa e atraso no acesso a prestação de saúde”.

[Acesse a matéria completa no site de origem](#)

---

# **Em nota, organizações exigem que governo revogue portaria que institui implante para prevenção de gravidez indesejada de mulheres que vivem com HIV/AIDS e outras situações de vulnerabilidade**

**(Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA | 28/04/2021 | Por Redação)**

Cerca de 30 organizações, entre elas a ABIA, se manifestaram contra a a Portaria SCTIE Nº 13/2021, publicada pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos,. O documento instituiu o implante subdérmico de etonogestrel como estratégia de prevenção da gravidez indesejada através do Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres que vivem em situação de rua, com HIV/AIDS que fazem uso de dolutegravir; que fazem uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, condicionado à criação de um programa que deve ser feito público no prazo de 180 dias.

Leia a seguir a nota completa a seguir:



**#EugeniaNão #AcessoUniversalSim**

### **Nota conjunta contra a Portaria N. 13/2021**

No dia 19 de abril, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde publicou a Portaria SCTIE Nº 13/2021, que instituiu o implante subdérmico de etonogestrel como estratégia de prevenção da gravidez indesejada através do Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres que vivem em situação de rua, com HIV/AIDS que fazem uso de dolutegravir; que fazem uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, condicionado à criação de um programa que deve ser feito público no prazo de 180 dias.

A proposta inicial na qual se baseou essa portaria demandava a ampliação da oferta de contraceptivos pelo SUS que deveriam ser disponibilizados de forma universal a todas as mulheres em idade reprodutiva. No entanto, somente com base no impacto orçamentário, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) fez recomendação desfavorável em 9 de dezembro de 2020 e, em 3 de março de 2021, a Conitec definiu as populações às quais a portaria se restringiria seguindo critérios obscuros e negligenciando implicações éticas, legais e de saúde pública. Esta portaria viola os princípios de acesso igualitário e livre

exercício do planejamento familiar como estabelecidos pela lei 9.263/96 e os princípios de universalidade e equidade do SUS.

A seleção de determinados grupos para experimentos reprodutivos ou estratégias de controle natalista é uma marca indelével da história do Brasil e da saúde reprodutiva mais amplamente, onde populações mais vulneráveis foram e ainda são submetidas a procedimentos compulsórios que violam seus direitos humanos. Vale lembrar o caso de Janaína, uma mulher negra em situação de rua submetida à esterilização compulsória por decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo a pedido do Ministério Público em 2018, há apenas três anos. Assim, ainda que a política promovida pela portaria não seja, em tese, compulsória, ela acrescenta água ao moinho das violações da autonomia corporal de pessoas em vulnerabilidade social, e que deve ser conectada ao contexto político mais amplo no qual ela está inserida.

Devemos chamá-la pelo que é: esta é uma política marcadamente discriminatória, higienista, classista, racista e baseada em estigmas sobre as populações às quais se destina, que já sofrem obstáculos e impedimentos no exercício da maternidade e da autonomia corporal. Desta forma, as organizações e coletivos aqui assinados exigem que a Portaria nº 13 - SCTIE/MS seja revogada e que a ampliação de método contraceptivo seja disponibilizada de forma universal.

**Junte-se a nós, assine a nota [aqui](#).**

8M Santa Catarina

Acontece - Arte e Política LGBTI+

Anis - Instituto de Bioética

Articulação Nacional de Luta contra a AIDS - ANAIDS

Articulação Nacional de Profissionais do Sexo - ANPROSEX

Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento de Tuberculose - Art TB Brasil

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Associação de Doulas de Santa Catarina - ADOSC

Associação Pernambucana de Profissionais do Sexo - APPS

Central Única de Trabalhadoras e Trabalhadores Sexuais - CUTS

Centro de Estudos Feministas e Assessoria - Cfemea

Centro de Referência em Direitos Humanos - Norte/MG - CRDH Norte

Centro Estadual de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis - CEDDHMG

Clã das Lobas

Coletivo Margarida Alves

Coletivo Rebu

Fórum de ONGs AIDS Rio Grande do Sul

Frente Catarinense pela Legalização do Aborto

Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS - Rio Grande do Sul - GAPA RS

Liberta Elas

Movimento de População de Rua

Nem Presa Nem Morta

Polos de Cidadania

Portal Catarinas

Projeto Cravinas

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe - RedTraSex

Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas - RENFA

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+ Brasil

Sexuality Policy Watch - SPW

Tulipas do Cerrado - Rede de Redução de Danos e Profissionais do Sexo do DF e entorno

---

# Violência obstétrica atinge quase metade das mães no SUS, mas é normalizada

**(Folha de São Paulo | 30/03/2021 | Por Angela Boldrini)**

Quase metade das [mulheres brasileiras](#) que têm seus filhos pelo sistema público de saúde são alvos de um tipo de agressão invisibilizada, a violência obstétrica. Apesar disso, essa [violência](#) não tem tipificação penal, não é reconhecida pelo [Ministério da Saúde](#) e segue sendo vista como um aspecto cultural do parto, com baixo índice de denúncias. Além disso, não há serviços de saúde específicos para vítimas.

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil, 45% das gestantes [atendidas pelo SUS](#) no parto são vítimas de maus-tratos. No total, 36% das mães passam por tratamento inadequado. E, apesar de todas as pessoas gestantes (incluindo homens [transexuais](#)) estarem sujeitas a maus-tratos, há um grupo de risco. São as negras, pobres, grávidas do primeiro filho, jovens e em trabalho de parto prolongado.

O estudo, que entrevistou quase 24 mil mães entre 2011 e 2012 e é a maior pesquisa sobre nascimentos já feita no país, considerou como violência obstétrica agressões verbais e psicológicas, tratamento desrespeitoso, falta

de respeito durante exames e de transparência de informação, impossibilidade de fazer perguntas e de participar das decisões.

[Acesse a matéria completa no site de origem.](#)

---

## Como o movimento de mulheres no Brasil contribuiu para construção do SUS

*Programa de saúde feminina criado em 1983 foi reação à disseminação de métodos contraceptivos por instituições acusadas de promover 'esterilização em massa'.*

[\(HuffPost | 12/11/2020 | Por Marcella Fernandes\)](#)

Criado pela Constituição de 1988 após anos de luta do movimento sanitário na década de 1970 e 1980, o **SUS (Sistema Único de Saúde)** contou com contribuição substancial do movimento de mulheres para se concretizar. A criação de um modelo de “serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados” era um dos pleitos da [Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes](#), entregue em 1987. Mas já no início daquela década a articulação feminina para garantir um acesso amplo à saúde no Brasil ganhava força.

Em 1983, no governo de João Batista Figueiredo - último presidente da ditadura militar - foi criado dentro do Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). “A demanda por saúde era muito forte no movimento de mulheres no Brasil. Os grandes grupos feministas tinham como centro questões associadas à saúde, à contracepção, planejamento familiar”, conta a médica Ana Maria Sousa, responsável pelo programa e fundadora do Grupo Temático Gênero e Saúde da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).



[Acesse a matéria completa no site de origem.](#)

***Veja também:***

[Zona leste: o berço do SUS \(Nós, mulheres da periferia\)](#)

---

# **CNS recomenda que estados e municípios estabeleçam medidas emergenciais para mulheres trabalhadoras do SUS**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda que os governadores, dos Estados e Distrito Federal e prefeitos das cidades brasileiras, estabeleçam medidas emergenciais para garantir a proteção e direitos das mulheres, no atual cenário de pandemia provocada pela Covid-19.

[\*\*\(SUS Conecta, 15/05/2020 - acesse no site de origem\)\*\*](#)

A recomendação considera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que autoriza gestores locais a criarem medidas “para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus”.

A Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu) do CNS, que elaborou o documento, recomenda a criação, através de decretos estaduais e municipais, de medidas emergenciais de proteção às mulheres trabalhadoras na área da Saúde, incluindo mulheres com deficiência. O objetivo é garantir condições adequadas de trabalho, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), locais adequados para descanso intrajornada, manutenção dos intervalos, alimentação adequada, exames periódicos e emergenciais e testagem para Covid-19.

O afastamento das trabalhadoras sintomáticas para síndrome gripal ou pertencentes a grupos vulneráveis estão entre as recomendações, assim como a flexibilização da jornada de trabalho para mães de crianças em idade escolar e o pagamento do adicional de insalubridade, em grau máximo, sobre o salário da trabalhadora que estiver envolvida no enfrentamento da pandemia.

Segundo levantamento utilizado pela Cismu, na recomendação aprovada pelo CNS, até o dia 17 de abril, havia 8.265 profissionais de Saúde afastados do trabalho por apresentarem sintomas suspeitos para o Novo Coronavírus. Somente na Enfermagem, categoria majoritariamente feminina, são cerca de 4 mil profissionais afastados pela doença, sendo 552 com diagnóstico confirmado, mais de 3,5 mil em investigação e 30 óbitos.

“As mulheres têm sido as mais atingidas nesse momento, em vários aspectos, seja as que sofrem violência doméstica por estarem ficando em casa por mais tempo com seus agressores ou as profissionais de Saúde, já que elas representam mais de 70% dos trabalhadores na área”, afirma a conselheira nacional de saúde Vanja Reis dos Santos, que compõe a mesa diretora e coordena a Cismu. “É fundamental olhar para essas trabalhadoras que estão na linha de frente da batalha”.

A recomendação do CNS ainda destaca a Nota Técnica nº 7/2020, do Ministério da Saúde, que determina que “todas as demais gestantes, assintomáticas ou sem síndrome gripal, deverão ter preservado seu atendimento, posto o caráter autolimitado da gestação, cujo desfecho em parto é inexorável, de tal modo que a suspensão ou o adiamento despropositado podem culminar em perda de oportunidades terapêuticas de atenção à mulher, ao bebê, e à família, inclusive para eventos graves, como infecções sexualmente transmissíveis.

Nesse sentido, o CNS recomenda a Estados, Distrito Federal e Municípios, a continuidade das ações de cuidado pré-natal de todas as gestantes assintomáticas, resguardado o zelo com a prevenção de aglomerações, com as melhores práticas de higiene e com o rastreamento e isolamento domiciliar de casos suspeitos de síndrome gripal.

[Confira a recomendação na íntegra](#)

Por Ascom CNS

---

# Mudança em equipes multidisciplinares no SUS opção governo e especialistas

*Ministério da Saúde diz que medida traz autonomia aos gestores; pesquisadores veem risco de fim*

[\(Coluna Cláudia Collucci/Folha.com, 18/02/2020 - acesse no site de origem\)](#)

O [novo coronavírus](#) ainda domina os noticiários de saúde, mas existe um outro tema bem polêmico no âmbito do SUS: um possível fim das equipes multidisciplinares que atuam na atenção primária à saúde.

Criado em 2008, o modelo Nasf (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) é composto por vários profissionais, como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos, que atuam em conjunto com médicos e enfermeiros dentro das equipes de saúde da famílias ou das UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Os fisioterapeutas, por exemplo, orientam pacientes e familiares no dia a dia dos cuidados de pessoas que tiveram sequelas de AVC ou traumas, fazendo, inclusive, atendimento domiciliar. Os nutricionistas orientam diabéticos e hipertensos no controle da doença por meio de uma dieta adequada. E assim por diante.

Ocorre que com o [novo modelo de financiamento da atenção primária](#), aprovado no ano passado, o Ministério da Saúde revogou várias normas, entre elas as que definiam os parâmetros e custeio desses núcleos de apoio.

No final de janeiro, uma nota do ministério informou que as equipes multidisciplinares deixariam de seguir o modelo e o gestor municipal passará a ter autonomia para compô-las, ou seja, poderá definir quais profissionais vai contratar, a carga horária e outros arranjos, de acordo com as necessidades em saúde da população atendida.

Segundo o ministério, o novo modelo de financiamento levará em conta tanto a população cadastrada nas UBSs quanto o resultado dos indicadores de qualidade relacionados à atuação das equipes. Pela primeira vez, haverá pagamento por desempenho.

O ministério garante que na transição para o novo modelo não haverá prejuízo nos valores transferidos para os municípios. Diz ainda que as projeções de repasses para este ano já consideraram os valores referentes aos Nasf.

No entanto, médicos de família e pesquisadores dizem que, sem incentivos federais para que os municípios componham equipes multiprofissionais, o modelo poderá ser esvaziado ou mesmo extinto.

Segundo Lígia Giovanella, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), historicamente, o incentivo financeiro federal foi essencial para a implementação da política de saúde direcionada a um modelo assistencial de atenção integral.

“A Estratégia Saúde da Família teve uma expansão enorme no Brasil por conta, principalmente, dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde que impulsionaram o estabelecimento de equipes. Com o tempo, isso foi incorporado aos Nasf. Agora, sem incentivo específico, o risco maior que temos é o da demissão desses profissionais e também a redução na composição das equipes”, disse ela a um dos [portais de notícias da Fiocruz](#).

O mesmo pensa o médico de família Aristóteles Cardona Júnior, que atua na Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares.

“Por mais bem-intencionadas que as gestões municipais sejam, por mais que digam que não haverá cancelamento, não vai demorar para que extingam os núcleos multiprofissionais. Os gestores não terão mais amarras, nenhuma

obrigação de destinar verba para esta política, o dinheiro será sugado para áreas que aparentemente possam representar demanda social maior e os municípios vão abrir mão desses profissionais diante da pressão.”

Ainda que o ministério garanta que não haverá extinção das equipes multidisciplinares na atenção primária, as preocupações de Giovanella e Cardona são justificáveis. A área da saúde acumula perdas desde a [Emenda Constitucional 95](#), que congelou até 2036 os gastos federais. E muitas prefeituras estão quebradas, [investindo muito além da obrigação constitucional em saúde](#).

Por outro lado, diversos estudos apontam que o SUS tem espaço para se tornar [mais eficiente e resolutivo](#). A mudança do modelo de financiamento da atenção primária pode ser um dos caminhos? Ainda não dá para saber. Só o tempo, estudos rigorosos de acompanhamento da nova política e, sobretudo, controle social, poderão dizer.

*Cláudia Collucci*

Jornalista especializada em saúde, autora de “Quero ser mãe” e “Por que a gravidez não vem?”.

---

## **Pessoas com deficiência reivindicam direito à saúde sexual e integralidade no SUS**

Em 3 de dezembro celebra-se o Dia Internacional da Pessoa com Deficiência. De acordo com o Censo Demográfico 2010, 45.606.048 brasileiros, 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência. As mulheres com deficiência representam 26,5% do número total de brasileiras.

**(Agência AIDS, 04/12/2019 - acesse no site de origem)**

Segundo Vitória Bernardes, psicóloga e ativista pelos direitos das mulheres com deficiência, “as últimas décadas, criaram-se diferentes datas e marcos em alusão às distintas lutas por direitos e pela dignidade humana, o Dia Internacional da Pessoa com deficiência, o Fim da Violência Contra Mulher, o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, e o Dia Internacional de Direitos Humanos são alguns deles. Mesmo assim, pelas próprias pessoas com deficiência, há uma resistência em abordar a transversalidade dessas lutas, o que, inclusive, nos submete a diversas vulnerabilidades.”

Já o relatório do Banco Mundial/Faculdade de Yale sobre HIV/Aids e Deficiência (2006), estima-se que mulheres com deficiência correm 3 vezes mais risco de serem estupradas do que mulheres sem deficiência. Esse dado é ainda mais preocupante entre as jovens com deficiência intelectual, onde se estima que 70% delas podem ser violentadas.

Outro dado preocupante foi a baixa cobertura dos procedimentos realizados no socorro às mulheres com deficiência estupradas, que não alcançaram nem metade dos casos na profilaxia às Infecções Sexualmente Transmissíveis (39,6%), HIV (27,6%); coleta de sangue (45%), coleta de sêmen (6,8%); coleta de secreção vaginal (15,5%); contracepção de emergência (26%); e aborto previsto em lei (1,5%).

Nesse contexto, algumas pautas ganham destaque. O Coletivo Feminista Helen Keller publicou nota repudiando retrocessos na política de defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Confira o texto na íntegra:

Ainda que em 2009 o Brasil tenha ratificado a Convenção Internacional da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como emenda constitucional, embasando assim a criação da Lei Brasileira de Inclusão - LBI (onde estão garantidos diversos direitos para nós), hoje estamos vivenciando um dos piores momentos de ataques às garantias de exercício da nossa cidadania.

A seguridade social (saúde, assistência social e previdência), direito a educação e ao trabalho estão sob forte ataque, ameaçando nossa dignidade e

sobrevivência. Ou seja, os retrocessos ultrapassam uma década e ameaçam inclusive os pactos sociais estabelecidos na constituição de 1988.

Como se não fosse suficiente os duros golpes da Emenda Constitucional 95, da Reforma Trabalhista, Lei de Terceirização e Reforma da Previdência, por exemplo, nos deparamos com ameaças ao próprio entendimento constitucional da deficiência, em nosso acesso ao direito fundamental ao trabalho, à educação e ao acesso universal à saúde (com o Novo Modelo de Financiamento da Atenção Básica).

Entre os retrocessos em curso, estão:

#### 1. Projeto de Lei Nº 6159

Que propõe a redução da concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS) e a flexibilização a aplicação das cotas prevista na Lei 8213/91 (Lei de Cotas das pessoas com deficiência), praticamente extinguindo a reserva de vagas, uma vez que: permite à empresa compensar descumprimento de cotas mediante pagamento de valor para um fundo de reabilitação no lugar de empregar um profissional com deficiência; entre outras questões.

#### 2. PROBAD

Proposta de instrumento de avaliação de deficiência onde apenas peritos médicos avaliariam a deficiência conforme o diagnóstico do avaliado, não considerando sua funcionalidade (CIF) e os aspectos biopsicossociais do indivíduo, eliminando a avaliação multiprofissional e a interdisciplinaridade no momento mais crucial, o que gera mais uma barreira no acesso aos direitos.

#### 3. Medida Provisória Nº 905/19

Que designa assistentes sociais para fazerem exclusivamente ou preferencialmente serviços administrativos no INSS. Colocando em xeque o modelo biopsicossocial no âmbito da Previdência, BPC e até mesmo no modelo único (IFBr-M), pois impede as contribuições de assistentes sociais na aplicação do instrumento.

#### 4. Nova Política Nacional de Educação Especial

Que visa retomar a educação especializada para pessoas com deficiência mental e intelectual, anulando a conquista da educação inclusiva em que pessoas com deficiência têm o direito de frequentar escolas regulares, iniciativa que consideramos de fundamental importância para a inclusão.

O Coletivo Feminista Helen Keller não compactua com tamanha barbárie de todos os projetos mencionados acima, e manifesta a sua defesa sobre a avaliação biopsicossocial da deficiência, o financiamento adequado do SUS, a manutenção da lei de cotas, a educação inclusiva e a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática.

Frisamos novamente que saúde, educação e trabalho são direitos constitucionais e, justamente por isso, o ataque a garantia desses direitos nos faz questionar se de fato vivemos em uma democracia. Não compactuamos com a política de morte defendida e estimulada por esse governo.

---

## **Capitais brasileiras falham na distribuição de métodos contraceptivos nas unidades de atenção básica de saúde**

*Método com menor taxa de falha disponível no SUS, o DIU ainda não está em todas as principais cidades; burocracia e falta de informação dificultam acesso*

**[\(Gênero e Número, 03/10/2019 - acesse no site de origem\)](#)**

Um dos argumentos mais recorrentes contra a descriminalização do aborto é a prevenção que, por outro lado, não contempla todos os problemas e consequências de se judicializar os direitos reprodutivos das mulheres. Mas,



ainda que a discussão sobre o aborto estivesse centralizada na escolha de um método contraceptivo, a vida das mulheres não seria mais fácil: dados do MUNIC, o perfil dos municípios brasileiros, do IBGE mostram que apenas nove capitais brasileiras oferecem todos os métodos contraceptivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ([Rename](#)), determinada pelo Ministério da Saúde.

Instituído em 2001 e com última atualização em 2018, o Rename tem como função principal ser uma diretriz para que o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta os medicamentos necessários à população. Na área de contracepção constam os seguintes métodos: pílulas anticoncepcionais regulares, pílulas do dia seguinte, anticoncepcionais injetáveis, diafragma, DIU de cobre e preservativos masculino e feminino, em consonância com o artigo primeiro da [lei do planejamento familiar](#) — “O planejamento familiar é direito de todo cidadão”.

Mas Manaus (AM), Brasília (DF), Vitória (ES), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Porto Alegre (RS), Natal (RN), Florianópolis (SC) e Palmas (TO) são as únicas capitais brasileiras que permitem acesso a todos esses métodos ainda nos seus programas de planejamento familiar. O diafragma é o método que mais está em falta; as únicas capitais, além das citadas, que oferecem este insumo são Campo Grande (MS) e Aracaju (SE). A primeira, entretanto, falha ao não ter pílula do dia seguinte, e a segunda, em relação ao DIU de cobre.

Os dados também mostram que Maceió (AL) não distribui o DIU para pacientes. Mas, em nota, a Secretaria Municipal de Saúde informou que o serviço está disponível em sete unidades básicas ou de saúde da família, duas unidades de referência (hospitais) e uma unidade de docência da Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT). Sem detalhar planos, a secretaria também informou que “está capacitando os profissionais de outras unidades para ampliar o serviço à população”.

## ANTICONCEPCIONAIS NAS CAPITALS DO BRASIL

Apenas nove capitais distribuem todos os principais métodos contraceptivos em programa de planejamento familiar

■ DISTRIBUI ■ NÃO DISTRIBUI

### CAPITAIS QUE DISTRIBUEM TODOS OS MÉTODOS

|                            | CAMISINHA MASCULINA | CAMISINHA FEMININA | PÍLULA ANTICONCEPCIONAL | PÍLULA DO DIA SEGUINTE | ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL | DIAFRAGMA | DISPOSITIVO INTRAUTERINO [DIU] |
|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------------|
| AC / RIO BRANCO            | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| AL / MACEIÓ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| AP / MACAPÁ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>AM / MANAUS</b>         | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| BA / SALVADOR              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| CE / FORTALEZA             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>DF / BRASÍLIA</b>       | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>ES / VITÓRIA</b>        | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| GO / GOIÂNIA               | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MA / SÃO LUÍS              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MT / CUIABÁ                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| MS / CAMPO GRANDE          | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>MG / BELO HORIZONTE</b> | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PA / BELÉM                 | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PB / JOÃO PESSOA           | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PR / CURITIBA              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PE / RECIFE                | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| PI / TERESINA              | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RJ / RIO DE JANEIRO</b> | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RS / PORTO ALEGRE</b>   | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| RO / PORTO VELHO           | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>RN / NATAL</b>          | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| RR / BOA VISTA             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>SC / FLORIANÓPOLIS</b>  | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| SP / SÃO PAULO             | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| SE / ARACAJÚ               | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |
| <b>TO / PALMAS</b>         | ■                   | ■                  | ■                       | ■                      | ■                          | ■         | ■                              |

FONTE MUNIC - PERFIL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS / IBGE



## DIU como melhor opção

Apesar da camisinha (masculina e feminina) e da pílula anticoncepcional regular estarem disponíveis em todas as capitais brasileiras, a garantia de outros métodos contraceptivos é importante, de acordo com mulheres ouvidas pela **Gênero e Número**. Alergia ao látex da camisinha masculina ou a falta de adaptação à camisinha feminina pode descartar o uso dos métodos

de barreira por algumas mulheres; há ainda aquelas que, por medo da carga hormonal, descartam a pílula regular, o que fez do DIU um método bastante difundido entre jovens nos últimos anos.

Fernanda\*\*, 25, usou pílula anticoncepcional por sete anos até descobrir que estava com trombose, decorrente do uso do remédio. Com alergia à camisinha, passou rápido pelo processo de inserção do DIU em um município do Sul do Brasil. Mas quando não há um histórico como o dela, o procedimento é mais difícil, sem necessidade.

O Ministério da Saúde não faz nenhuma restrição ao uso de DIU, nem de idade nem de quantidade de filhos. O dispositivo pode ser inserido “desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção”. Mas essa orientação não é seguida à risca: mulheres também relataram dificuldade para passar pelo procedimento, mesmo com o dispositivo disponível na rede.



Maia conta que o DIU entrou de vez no radar municipal há pouco tempo, quando chegou a primeira leva de dispositivos na rede. Antes, as unidades básicas de saúde só podiam fazer o encaminhamento da paciente à Santa Casa de Misericórdia, na capital, único lugar que fazia a inserção. Mesmo com os dispositivos em alta quantidade, suficientes para a população, ela conta que o município ainda esbarra na falta de profissionais aptos a fazer a inserção.

“Ainda é preciso que o estado faça a atualização dos profissionais de enfermagem obstétrica e capacite-os para fazer a inserção. O enfermeiro e o médico só podem fazer após a capacitação. Assim será possível descentralizar, de modo que mulheres da zona rural também possam usar.”

A inserção do DIU por profissionais da enfermagem foi promulgada pelo Ministério da Saúde sob a nota técnica 5/2018. No texto, o ministério afirma que “faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade” a todos que atuem na Atenção Básica, “para o alcance dos objetivos do sistema de saúde”. Para compor os argumentos, a pasta explica que a adesão ao DIU ainda é baixa (1,9%) no Brasil, apesar da alta eficácia.

O método com baixíssimas chances de falha (1%, de acordo com a Organização Mundial da Saúde) motivou Juliana\*\* a optar pelo DIU. Aos 40 anos, ela já fez uso da pílula anticoncepcional mas desistiu, por conta da alta carga de hormônios, utilizando só métodos de barreira (preservativos). Mas, após “acidentes” com camisinhas e da posterior necessidade de usar a pílula do dia seguinte, ela se viu, novamente, utilizando uma carga alta de hormônios. Por isso, busca agora inserir o DIU. O processo, entretanto, já dura há quase dois anos.

Ela relata que é necessário participar de palestras, fazer uma bateria de exames e conseguir que a agenda do ginecologista do sistema público encaixe com o período do ciclo menstrual que ele orienta para fazer o procedimento e até os próprios exames prévios à inserção. Nenhuma dessas recomendações é feita pelo Ministério da Saúde, entretanto. A pasta orienta apenas que as mulheres saibam da existência de outros métodos.

Nas palestras que ouviu, Juliana conta que é comum meninas mais jovens,

com cerca de 25 anos, serem desencorajadas. Entretanto, o DIU não é um método irreversível e o próprio Ministério da Saúde afirma que a retirada pode ser feita a qualquer momento, quando a mulher desejar engravidar.

Mas uma preocupação dos profissionais de saúde com o “boom” do DIU entre mulheres jovens é a falta de utilização do método de barreira, já que é o único que previne doenças sexualmente transmissíveis. Ainda assim, a enfermeira Ana Lúcia Maia acredita que a disponibilização do DIU na rede municipal e na atenção básica é fundamental.

“Quando a mulher tem restrição ao uso hormonal, o médico orienta a inserção do DIU. O DIU atua diminuindo a motilidade do espermatozóide, como se enfraquecesse sua cauda, de modo que ele não consegue chegar no óvulo. É importante disponibilizar o DIU na rede pública de saúde, porque algumas mulheres só podem utilizá-lo”, conclui.

*\*Os nomes das personagens são fictícios.*

*Por Lola Ferreira*

---

## **Obrigam agressor a ressarcir o SUS não vai diminuir violência, dizem especialistas**

Na última terça-feira (17/9), o presidente Jair Bolsonaro sancionou o [projeto de lei 2.438/19](#), que insere três parágrafos no 9º artigo da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Agora a legislação prevê que o agressor seja obrigado a ressarcir os custos dos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde a vítimas de violência doméstica.

**[\(ConJur, 21/09/2019 - acesse no site de origem\)](#)**

A medida entrará em vigor em 45 dias e, na opinião do professor de Direito Penal da Faculdade Damásio de Jesus, Luis Mileo, é um exemplo de como a Lei Maria da Penha é próspera em aumentar o aparato legal de medidas protetivas para as mulheres.

“Desde que foi criada lá em 2016, a Lei Maria da Penha tem rendido frutos como a Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015). Já existe a discussão sobre a possibilidade de o delegado de polícia retirar do lar o agressor caso exista algum risco a integridade física da vítima. Em que pese a discussão jurídica disso é inegável que a Lei Maria da Penha dá frutos”, diz.

Mileo acredita que a nova medida é importante para explicitar alguns aspectos da Lei Maria da Penha. “Já existia na própria lei a possibilidade de o agressor ter que fazer um depósito judicial para que esse dinheiro custeasse eventuais danos de violência doméstica. O novo texto veio para reforçar isso”, explica.

A nova legislação prevê o ressarcimento do custo de tratamentos físicos e psicológicos pelo SUS e os valores gastos naqueles dispositivos de segurança colocados a disposição das mulheres e por elas utilizados para buscar socorro mais rápido diante de uma agressão iminente.

Para a advogada e doutora em Direitos Humanos pela USP Maíra Zapater, essa alteração da Lei Maria da Penha não inova em relação a dispositivos já existentes no nosso ordenamento jurídico. “O Código Civil e o Código Penal combinados já obrigam qualquer pessoa que cometa um crime e produza um dano a indenizar quem quer tenha sido prejudicado. O artigo 187 do Código Civil e o 92 do Código Penal permitem que se o SUS possa entrar com uma ação com pedido de indenização. O mesmo entendimento também vale para qualquer plano de saúde que se sentir prejudicado”, explica.

O entendimento de Maíra Zapater é compartilhado, em parte, pela advogada Marcela Fleming Ortiz, que enxerga possibilidade de ressarcimento para planos de saúde com algumas ressalvas. “Seria também uma questão de análise de cada caso. Querendo ou não, as pessoas já pagam o plano de saúde independente de qualquer coisa. Claro que ninguém espera sofrer violência doméstica, mas caberia ao juiz analisar”, argumenta.

## **Desdobramentos sociais**

Apesar de acreditar que o novo dispositivo é razoável, Marcela acredita que uma reflexão precisa ser feita. “Como mulher e advogada, a minha percepção é que essa nova legislação nada mais é que o punitivismo mais uma vez em ação. A gente sabe que o punitivismo não é caminho para coibir ou solucionar a violência contra a mulher. O único jeito de combater a violência de gênero é com políticas públicas e educação para mudar o machismo estrutural. Só estamos inserindo uma nova normativa no sistema que já está abastado de normativas. Sabemos que quanto menos evoluído um Estado é, mais dispositivos ele possui. É o que vemos no Brasil”, diz.

De acordo com a promotora de Justiça de São Paulo Fabiola Sucasas, a própria finalidade do novo dispositivo deve ser discutida. “Aparentemente essa lei se mostra como uma iniciativa em prol da mulher, mas ela está voltada ao sistema que está sendo demandado justamente pela má gestão dos recursos públicos destinados a proteger e reprimir a violência contra a mulher. Existe a necessidade que esses recursos sejam pagos até para prevenir a violência. Me parece que a iniciativa é paliativa e não é voltada efetivamente a quem mais precisa, que é a mulher”, explica.

Outro questionamento sobre a nova legislação é se a obrigação de ressarcimento ao SUS não poderia inibir denúncias de vítimas de violência doméstica. Máira Zapater lembra que o fator econômico já pesa bastante na decisão de denunciar ou não a violência doméstica.

“Em casos de mulheres serem financeiramente dependentes de seus companheiros, isso já pode acontecer. E também não está restrito apenas aos grupos familiares mais pobres. Isso também acontece em famílias de classe social mais elevada. Existe esse desestímulo, existe pelo temor da mulher de perder sua fonte de subsistência ou a de seus filhos. Colocando mais essa obrigação de ressarcir o SUS pode desestimular, mas podemos esperar na prática ver se isso vai acontecer”, diz.

Já a promotora Fabiola Sucasas não acredita que o dispositivo possa inibir a denúncias de violência doméstica. “O que inibe mais a vítima está muito mais em colocar o homem no banco dos réus do que esse gasto que ele vai ter em ressarcir o SUS”, explica.



Ela também destaca que é fundamental discutir a amplitude da Lei Maria da Penha e do seu grau de proteção. “Se tivéssemos um executivo que efetivamente lançasse mão de tudo aquilo que a lei propõe, poderíamos comemorar os 13 anos da Lei Maria da Penha com muito mais alegria.”

*Por Rafa Santos*