

Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres

1 - Considerações sobre a *bobagem* do parto humanizado

11/05/10

A ONG Amigas do Parto subescreve a Carta da Rede Parto do Princípio dirigida a Alexandre Garcia. Queremos frisar que o tom displicente e altivo que o comentarista usa ao longo de toda a entrevista e em especial ao falar do parto e do parto humanizado, é congruente com a cultura machista e patriarcal da qual ele provém...

É preciso que as novas mulheres e os novos homens lhe mostrem que o Brasil não é o mesmo, que os tempos mudaram, que só porque um homem está na frente de um microfone, com o poder da palavra do seu lado, não pode falar qualquer coisa para uma população supostamente burra.

Em outros contextos, um sujeito desses seria demitido na hora. Quem é opinião pública não pode expressar opinião de fundo de quintal, mas deve ter a decência de informar-se antes de abrir a boca.

ONG Amigas do Parto

Carta Aberta a Alexandre Garcia

Considerações sobre a "bobagem" do Parto Humanizado

Quem está brincando com a saúde?

Caro Sr. Alexandre Garcia,

Somos mulheres ativistas da Rede Parto do Princípio, uma rede nacional, com mais de 100 mulheres por todo o Brasil, que luta para que toda mulher possa ter uma maternidade consciente e ativa através de informação adequada e embasada cientificamente sobre gestação, parto e nascimento.

É com profundo pesar que recebemos em pleno dia das mães uma fala cheia de preconceitos sobre a maternidade em um veículo de comunicação pública.

Diante de sua fala, nota-se o profundo desconhecimento das políticas de controle de infecção hospitalar, como também da legislação que garante a toda mulher o direito à presença de um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Não é só uma "bobagem" do Ministério da Saúde. É lei (Lei Federal nº 11.108 de 2005). Uma lei que vem sendo sumariamente descumprida por todo o país.

Transcrição realizada a partir do áudio disponível em:

<http://cbn.globoradio.globo.com/colunas/mais-brasilia/MAIS-BRASILIA.htm>

"[...] eu tô criticando essa bobagem do Ministério da Saúde de parto humanizado... será que vão deixar entrar um pai na sala cirúrgica pra infectar a sala cirúrgica? O pai barbudo, cabeludo, bêbado, sei lá o quê, mas enfim... hã... vestido com... com poeira da rua numa sala cirúrgica? Isso é um absurdo. Ah, mas é o parto de cócoras... tudo bem, peça para sua mulher fazer um parto de cócoras pra ver o que vai

acontecer com o joelhos dela, não é índia, não... vão... vão acabar... É um sofrimento. Ah, porque as cesárias... eu disse olha... que ele mesmo concorda que o... o serviço público as cesárias só é feita [sic] em último caso... é parto normal normalmente... não precisa ficar anunciando que o hospital do Gama vai ter isso [...]"

Existem normas de controle de infecção hospitalar que devem ser cumpridas por toda a equipe de saúde, pelos pacientes e por seus acompanhantes. Independente se são "cabeludos", "carecas" ou "barbudos". Seguidas essas normas, não há porque restringir o acesso do acompanhante. O direito da mulher não pode ser violado a partir de discriminação, de preconceito.

Várias pesquisas comprovaram que a presença do acompanhante no parto proporciona uma série de benefícios como: maior sentimento de confiança, aumento no índice de amamentação, diminuição do tempo de trabalho de parto, menor necessidade de parto cirúrgico, menor necessidade de medicação, menor necessidade de analgesia, menores índices de escores de Apgar abaixo de 7, menor necessidade de parto instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, entre vários outros benefícios. Diante desses indícios, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza, desde 1996, a presença de um acompanhante para a parturiente.

E isso não é bobagem. São pesquisas científicas.

Hoje, existe a possibilidade da mulher escolher a melhor posição para o parto. De posse de evidências científicas, muitos profissionais não mais recomendam uma única posição, mas permitem que a mulher encontre a posição mais confortável para dar à luz. Para a posição de "cócoras", que é como são chamadas algumas posições verticalizadas, existem apoios e banquetas. Há também muitas mulheres que conseguem ficar de cócoras sem comprometer os joelhos, mesmo as não-índigenas.

"[...] O ministério da saúde não fez só isso não. O Ministério da Saúde tá estimulando agora pessoa com HIV a engravidar. Eu duvido que o Ministério da Saúde vá fazer uma... uma cesária pela terceira vez numa mulher com HIV e respingar sangue nele pra ver o que vai acontecer. É uma... é uma maluquice. Tão fazendo uma brincadeira com a saúde... Tá lá escrito na instituição a saúde é direito de todos e dever do Estado. O Estado não está cumprindo seus deveres com a saúde... e os problemas são de gestão, são administrativos.[...]"

Atualmente, diante de assistência médica adequada, nós mulheres podemos ter uma gestação e um parto mais seguros tanto para nós, quanto para os bebês. Inclusive as mulheres HIV positivas. Existem protocolos, embasados cientificamente, para os atendimentos às soro-positivas que evitam a transmissão vertical do HIV. Todos nós temos direito à reprodução. Existem também protocolos de rotinas que protegem a equipe de saúde para que não tenham contato com sangue ou secreções; e de providências caso haja algum acidente. E isso não é maluquice. É biossegurança.

E se o Estado está tomando providências para que o pai mais "barbudo" possa acompanhar sua esposa no nascimento de seu filho, e para que pessoas como eu, como os soro positivos e até como você possam ter filhos e netos em segurança, isso não é "bobagem", isso é dever do Estado.

Mas se o senhor ainda tiver críticas à "bobagem" do Parto Humanizado ou aos partos das mulheres soro positivas, por favor, embase suas considerações com argumentos fundamentados cientificamente. Porque disparar informações incorretas em meios de comunicação pública é anti-ético e um descabimento. E é vergonhoso.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Rede de Mulheres Parto do Princípio

(Fonte: <http://www2.abong.org.br/final/noticia.php?faq=21222>)

2 - Direitos Reprodutivos

Autora: Dra. Flávia Piovesan Procuradora do Estado de São Paulo

“Considerando a historicidade dos direitos, recente é a emergência dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Foi apenas em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, que 184 Estados ineditamente reconheceram os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Sob a perspectiva de relações eqüitativas entre os gêneros e na ótica dos direitos humanos, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos aponta a duas vertentes diversas e complementares.

De um lado, aponta a um campo da liberdade e da autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência. Eis um terreno em que é fundamental o poder de decisão no controle da fecundidade. Nesse sentido, consagra-se a liberdade de mulheres e homens de decidir se e quando desejam reproduzir-se. Trata-se de direito de auto-determinação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não interferência do Estado, pela não discriminação, pela não coerção e pela não violência. Por outro lado, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas, que assegurem a saúde sexual e reprodutiva. Nesta ótica, essencial é o direito ao acesso a informações, a meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis. Essencial também é o direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual, tendo em vista a saúde não como mera ausência de enfermidades e doenças, mas como a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se ou não, quando e segundo a frequência almejada. Inclui-se ainda o direito ao acesso ao progresso científico e o direito à educação sexual. Portanto, clama-se aqui pela interferência do Estado, no sentido de que implemente políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva.

Os direitos sexuais e reprodutivos invocam, assim, “assunto de vida e morte, de grande satisfação e profundo sofrimento, de paixão e frios cálculos, de intimidade e políticas sociais”, como bem acentua Ronald Dworkin.

Apresentados os delineamentos conceituais dos direitos sexuais e reprodutivos, importa abordar os princípios vetores destes direitos, sob a perspectiva dos direitos humanos contemporâneos. Destacam-se quatro princípios: a) o princípio da universalidade; b) o princípio da indivisibilidade; c) o princípio da diversidade; e d) o princípio democrático.

A Declaração Universal de 1948 adotada pela ONU, em resposta à barbárie da 2ª Guerra Mundial, inovou a gramática dos direitos humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e pela indivisibilidade desses direitos. Universalidade, porque a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos, sendo a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos. Indivisibilidade, porque, ineditamente, o catálogo dos direitos civis e políticos é conjugado ao catálogo dos direitos econômicos, sociais e

culturais. Projeta-se, assim, uma visão integral dos direitos humanos, inspirada no ideário de que não há liberdade sem igualdade, nem tampouco igualdade sem liberdade. Note-se que a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim de 1995 endossam a idéia da interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos, ao afirmar que "na maior parte dos países, a violação aos direitos reprodutivos das mulheres limita dramaticamente suas oportunidades na vida pública e privada, suas oportunidades de acesso à educação e o pleno exercício dos demais direitos".

Acrescente-se que a Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, em seu parágrafo 18, afirma que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. Esta concepção foi reiterada pela Plataforma de Ação da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995. Vale dizer, não há como defender direitos humanos sem que se inclua os direitos de metade da população mundial.

À universalidade e à indivisibilidade dos direitos humanos, soma-se o princípio da diversidade. Se a primeira fase de proteção dos direitos humanos foi marcada pela tônica da proteção geral, genérica e abstrata, com base na igualdade formal, na segunda fase surge a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em suas peculiaridades e particularidades. Nesta ótica, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada. Ao lado do direito à igualdade surge, como direito fundamental, o direito à diferença. Com isso, há novos sujeitos de direitos e o direito ao reconhecimento de identidades próprias. Consolida-se o caráter bidimensional da justiça: enquanto redistribuição e enquanto reconhecimento de identidades. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Nesse sentido, a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos deve levar em consideração as perspectivas de gênero, classe, raça, etnia e idade, dentre outras, considerando a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos.

Por fim, destaca-se o princípio democrático, a ser observado no campo da formulação de políticas públicas concernentes aos direitos sexuais e reprodutivos. Ainda que este princípio celebre o exercício dos direitos políticos, contemplados na visão integral dos direitos humanos, os parâmetros protetivos internacionais enfatizam a necessidade de que a elaboração de políticas públicas e a implementação de programas sociais assegurem a ativa participação das(os) beneficiárias(os), na identificação de prioridades, na tomada de decisões, no planejamento, na adoção e na avaliação de estratégias para o alcance dos direitos sexuais e reprodutivos. Consagram-se, deste modo, a exigência de transparência, a democratização e a accountability no que se refere às políticas públicas.”

AUTORA: Flávia Piovesan, professora doutora da PUC/SP nas disciplinas de Direito Constitucional e Direitos Humanos, professora de Direitos Humanos do Programa de Pós Graduação da PUC/SP, da PUC/PR e do Programa de Doutorado em Direitos Humanos e Desenvolvimento na Universidade Pablo Olavide (Espanha), visiting fellow do Programa de Direitos Humanos da Harvard Law School (1995 e 2000), visiting fellow do Centre for Brazilian Studies da University of Oxford (2005), membro do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana e do Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e Procuradora do Estado de São Paulo.

Referências:

- Sonia Corrêa e Maria Betânia Ávila, Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros, In: Elza Berquó (org.), Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil, Campinas, ed. Unicamp, 2003, p.58).
- Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR), General Comment 14, UN ESCOR, 2000, Doc. N. E/C 12/2000/4, bem como CEDAW, General Recommendation n. 24, 1999. Consultar ainda Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos, Advocaci/Funuap, Rio de Janeiro, 2003.
- Ronald Dworkin, Life's Dominion: An argument about abortion, euthanasia and individual freedom, New York, Vintage Books, 1994.
- Nancy Fraser, Redistribución, reconocimiento y participación: hacia un concepto integrado de la justicia, In: Unesco, Informe Mundial sobre la Cultura – 2000-2001, p.55-56
- Boaventura de Souza Santos, Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: Reconhecer para Libertar: Os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003, p.56. Ver ainda do mesmo autor "Por uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos". In: op.cit. p.429-461.

(Fonte: <http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-index.php?page=Direitos%20reprodutivos>, acesso: em 09/05/2010)

3 - Cartilha Direita Sexuais, Direita Reprodutivos e Métodos...

Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat - direitos sexuais e direitos reprodutivos. 5. 06. A igualdade racial e entre homens e mulheres são fundamentais para o desenvolvimento da humanidade e para...

(Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf)

4 - Direitos Reprodutivos e Sexuais serão priorizados pela...

Os direitos sexuais e reprodutivos serão pesquisados e trabalhados durante os... além dos **direitos sexuais e reprodutivos das mulheres** em situação de...

(Fonte: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=42051>)

5 - Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva - ABEP

Saúde sexual e **reprodutiva**, saúde da **mulher** e saúde materna: a evolução dos.... **conceito de direitos reprodutivos**. A bandeira dos **direitos sexuais** foi...

(Fonte: http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf - 21k)

6 - Marcos de Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos...

Direitos sexuais e Reprodutivos das Mulheres", no processo do seu 10º Encontro Nacional..... **conceito** de integralidade e de direitos, as duas permissões...

(Fonte: <http://www.redesaude.org.br/trilhas/img/MarcosdeSaudedasMulheresdosDireitosSexuaiseDireitosReprodutivos.pdf> - 21k)

7 - Direitos Sexuais e Reprodutivos: Desafios para as Políticas de...

Mulheres com base nos direitos **reprodutivos**. **Direitos sexuais** ao colocar as relações se-.... **conceito** vai ter um prejuízo para sua saúde física e mental. ...

(Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf> - 21k)

8 - Os Direitos Sexuais e Reprodutivos no âmbito das Nações Unidas...

Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat - Visualização rápida

Esse órgão trabalha pelos **direitos da mulher**, entre eles, os **direitos sexuais e reprodutivos**, juntamente com outros organismos da **ONU**, como a UNAIDS....

(Fonte:

http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic/iv_encontro/osdireitossexuaisereprodutivos.pdf)

9 - Inimigos da Saúde Feminina

“E lá vai ela, a super-heroína! Mesmo não querendo topiar esse ingrato papel de época - do século XXI - a mulher fez e acontece. Tanto que, soterrada nas tarefas de mãe perfeita, profissional impecável, amante bem-resolvida e esposa companheira, chega uma hora em que o corpo, pobre corpo, não resiste. O organismo feminino tem suas peculiaridades e precisa muito de cuidados especiais com os problemas que, com certa frequência, se abatem sobre ele. Mas a tática e o segredo para estar com a saúde sempre em ordem não é novidade: prevenção, atenção e respeito aos próprios limites. O que diferencia a saúde da mulher e a do homem são os hormônios. No caso feminino, o estrógeno, que tem suas vantagens e desvantagens. A depressão, por exemplo, é mais comum entre elas. A mulher também sente mais dor do que o homem. Mas, em compensação, antes da menopausa, tem menos problemas de gota, também por causa do estrógeno, que a protege. Já os homens, há menos casos de osteoporose. Doenças reumatológicas, como a fibromialgia, a osteoporose, artrite e o lúpus são mesmo as que acometem as mulheres com mais frequência do que os homens. Também por razões hormonais. O que é positivo em nisso tudo, é que todas esses problemas, que talvez antes tivessem tratamentos frustrados, contam com novas terapias que fazem com essa mulher tenha uma qualidade de vida muito melhor. Na artrite, houve revoluções recentes com novas drogas biológicas, que previnem a destruição das juntas. No lúpus, novos remédios protegem os rins. E, na osteoporose, tratamentos modernos reconstituem ossos. Apesar dos problemas, a sobrevivência é incomparavelmente melhor hoje em dia.

O risco de infarto, entretanto, antes uma característica masculina, vem acometendo cada vez mais também as mulheres.

Um levantamento do Ministério da Saúde mostra que, em 1990, a proporção de mortalidade feminina por infarto era de 25 por 100 mil habitantes. Em 1997, o índice subiu para 42 por 100 mil, e continua em ascendência. E isso não se deve exclusivamente aos hormônios. Provavelmente, eles têm sim uma participação nisso, já que deixam a parede muscular cardíaca mais fina, o que a faz necrosar com maior facilidade.

Mas esse aumento do número de mulheres em risco cardíaco se deve, sobretudo à mudança do estilo de vida. Elas estão trabalhando mais, mais preocupadas, mais estressadas, se alimentando pior, fumando mais. E as pesquisas têm mostrado que, entre

as mulheres, o infarto tem sido mais fatal do que entre os homens. Mas é o câncer de mama, doença que lidera o índice de mortalidade no Brasil, o maior problema de saúde feminina. A cada ano morrem no Brasil, com esse problema, dez mil mulheres, com faixa etária predominante acima dos 35 anos. Uma das maiores causas da morte por câncer de mama é a sua detecção tardia. Sessenta por cento dos casos são identificados em estágios avançados. E não se pode falar em câncer de mama sem tocar na chave para a solução: o auto-exame. Deve ser realizada pelo menos uma mamografia a cada dois anos, a partir dos 40 anos, e, depois dos 50, uma a cada ano, além do auto-exame todo mês, logo após o período menstrual. É preciso também adquirir o hábito de se auto-examinar durante o banho, não dar espaço para o crescimento de algum nódulo. Fique atenta a sinais, manchas, secreções, sangramento e retração dos mamilos. Percebendo qualquer um deles, procure imediatamente o médico para um diagnóstico correto e mantenha a calma, lembrando que nem sempre os sintomas indicam o pior problema. Qualquer sinal, corra para o médico.

Uma prevenção primária seria uma vacina. Doenças como fibromialgia e artrite, por exemplo, não são se detectam sem que haja uma queixa. Então, o importante é não negligenciar: procurar um médico a qualquer sinal, qualquer incômodo porque, hoje em dia, é possível detectar a doença no estágio mais primário e resolvê-la facilmente. Já com relação à osteoporose, recomenda-se que, depois dos 40 anos, planeje-se uma densitometria de seis em seis meses. É claro, que além de tudo isso, é absolutamente fundamental manter uma vida saudável. Impor-se diante do stress diário em nome da própria saúde, buscando uma alimentação equilibrada e se exercitando fisicamente com segurança são os maiores segredos para estar em dia com a saúde. E, cá entre nós, carinho e cuidado é mesmo coisa de mulher! Mudanças no estilo de vida afetam a mulher!”

Redação Bem de Saúde 21 de setembro de 2007

(Fonte: http://www.bemdesaude.com/content/inimigos_da_saude_feminina.html)

10 - Principais Causas de Morte da População Feminina Brasil - 2004

“Doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio. Acidente Vascular Cerebral; AVC (derrame); Neoplasias (câncer) - principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; Doenças do Aparelho Respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de AIDS não diagnosticados); Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; Causas Externas.”

Saúde da Mulher

Historicamente, as políticas de saúde da mulher **são** vinculadas à maternidade e à ... **PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE DA POPULAÇÃO FEMININA BRASIL – 2004...**

(Fonte: <http://www.oab-sc.org.br/mulheradv/2009/saude.ppt> - 52k)

11 - Estimativa 2010 | Incidência de Câncer no Brasil

“Apresenta-se uma síntese das estimativas de incidência para o ano de 2010, no Brasil, assim como breves comentários sobre os tipos de câncer de maior magnitude que

são passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce).

(...) Câncer de mama

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2010 será de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres ([Tabela 5](#)).

Na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) ([Tabelas 7, 23, 43, 53 e 63](#)).

Comentários:

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como “Clemmesen’s hook”, e tem sido atribuída ao início da menopausa. Além desses, alguns estudos recentes mostram que a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, aumenta o risco de desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade. Ao contrário do câncer do colo do útero, o câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico. (continua...)

(...) Câncer do colo do útero

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres ([Tabela 5](#)).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupa a segunda posição mais frequente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição ([Tabelas 7, 23, 43, 53, 63](#)).

Comentários:

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico,

geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%.

Sabe-se hoje que, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária; porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco. Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV atualmente reconhecidos como oncogênicos pela IARC. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Chlamydia trachomatis.

Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos.

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma in situ. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram para comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para a mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero.

...(Continua)...

(...) Câncer de cólon e reto

O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimado para o Brasil no ano de 2010 será de 13.310 casos em homens e de 14.800 em mulheres. Estes valores

correspondem a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres ([Tabelas 4 e 5](#)).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o terceiro mais frequente nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (19/100.000). Na Região Centro-Oeste (11/100.000) ocupa a quarta posição. Nas regiões Nordeste (5/100.000) e Norte (4/100.000) ocupam a quinta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sul (22/100.000) e Sudeste (21/100.000); o terceiro nas regiões Centro-Oeste (11/100.000) e Nordeste (6/100.000), e o quinto na região Norte (4/100.000) ([Tabelas 6 e 7](#), [22 e 23](#), [42 e 43](#), [52 e 53](#), [62 e 63](#)).” (Continua)

(Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5)

12 - AIDS causa maioria das mortes de mulheres entre 15 e 49 anos, diz ONU

UnaidS vê ligação entre violência contra a mulher e o avanço da AIDS

Atualizado em 3 de março, 2010 - 14:06 (Brasília) 17:06 GMT

A infecção pelo vírus HIV se transformou na principal causa de mortes e doenças de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) no mundo todo, de acordo com a UnaidS, a agência das Nações Unidas para o combate à Aids.

“A agência lançou nesta terça-feira um plano de ação de cinco anos para lidar com os fatores que colocam mulheres em risco, no início de uma conferência de dez dias sobre a situação das mulheres no mundo, em Nova York.

A agência advertiu que até 70% das mulheres no mundo todo sofrem violência, e esses maus tratos prejudicam a capacidade destas mulheres de negociar relações sexuais seguras com seus parceiros. Ou seja: elas podem estar sendo forçadas a fazer sexo sem preservativo, o que aumenta a chance de contaminação pelo HIV.

"A violência contra mulheres não deve ser tolerada", disse o diretor-executivo da UnaidS, Michel Sidibé.

"Ao tirar a dignidade das mulheres, estamos perdendo a oportunidade de aproveitar metade do potencial da humanidade para atingirmos as Metas do Milênio. Mulheres e meninas não são vítimas, elas são a força motriz que traz a transformação social", acrescentou.

Proporção

De acordo com a UnaidS, em dezembro de 2008, 33,4 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo todo. Deste total, 15,7 milhões, quase metade, eram mulheres.

E a proporção de mulheres infectadas com o vírus da Aids aumentou em muitas regiões do mundo nos últimos dez anos.

Na África subsaariana, por exemplo, 60% das pessoas que tem o HIV são do sexo feminino. Na África do Sul, mulheres jovens têm probabilidade três vezes maior de ser infectadas com o HIV do que os jovens da mesma idade.

Cerca de 30 anos depois do início da epidemia do vírus no mundo, os serviços que atendem os portadores não atendem de forma adequada as necessidades específicas de mulheres e adolescentes, alertou a agência da ONU.

"A informação a respeito de saúde sexual e reprodutiva para mulheres e adolescentes com o vírus HIV ainda é limitada", afirmou Suksma Ratri, integrante da Rede Feminina Positiva da Indonésia e que participou do lançamento da Unaid.

"Elas precisam de um sistema de apoio amigável e adequado que permita que elas façam escolhas livres a respeito de sua sexualidade sem que sejam discriminadas ou estigmatizadas", afirmou.

O plano de ação lançado pela agência da ONU especificou alguns pontos de ação para que a ONU possa trabalhar junto com governos de vários países, sociedade civil e outros parceiros.

Entre os pontos principais deste plano está a melhora na coleta de informações e análise de como a epidemia afeta mulheres e a garantia de que a questão da violência contra a mulher seja incluída nos programas de prevenção do HIV.

O Brasil e vários outros países da América do Sul, da África e da Europa participam da iniciativa, juntamente com várias instituições ligadas à ONU e ONGs. O lançamento da campanha contou também com a presença da cantora e ativista Annie Lennox."

(Fonte: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/03/100303_aidsonumulheresfn.shtml)

13 - Crescem no Brasil os casos de verrugas assassinas no aparelho genital feminino

30/03/2009 10:00

AUTORA: Samarone Lima

“Um vírus que é um ilustre ausente das campanhas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, o vírus papiloma humano, HPV, está deixando especialistas em saúde pública alarmados. Perto do HIV, que leva aos suplícios da Aids, o papiloma até parece inofensivo. Surge geralmente como uma verruga que, percebida a tempo, pode ser retirada por métodos rápidos. Até aí, a notícia não seria tão ruim. Mas o HPV já é o líder entre as doenças sexualmente transmissíveis, atingindo uma em cada três mulheres brasileiras com vida sexual ativa, a maioria jovens entre 20 e 29 anos. É um dos principais responsáveis pela morte de 6.000 vítimas de câncer no colo do útero em 1997. Em 1998, as autoridades médicas já esperam a ampliação desse número para a casa dos 7.000 óbitos. Estudo realizado pela bióloga molecular e virologista Luisa Lina Villa, do Instituto Ludwig de Pesquisa sobre o Câncer, encontrou material genético do vírus HPV em nove de cada dez casos de câncer no colo do útero. O perigo é que as verruguinhas, após um período de latência no aparelho genital feminino, se transformam em câncer. Para piorar, mesmo quando isso não acontece, a simples existência das lesões torna as mulheres mais vulneráveis ainda à infecção por outras doenças sexuais, a Aids inclusive. Há dezoito vezes mais possibilidades de uma pessoa infectada com o HPV ser contaminada também pelo vírus HIV.

O HPV é uma família de vírus com mais de setenta subtipos, dos quais trinta têm potencial de atingir a mucosa genital. Dos trinta, a metade é considerada de alto risco, ou seja, fortemente oncogênica. Noventa por cento das contaminações acontecem por contato sexual com a pessoa infectada. Os 10% restantes são transmitidos por roupas íntimas e objetos tocados por alguém doente. Também acontece de a mãe transmitir para o filho no parto natural. O vírus aloja-se preferencialmente no pênis e na vulva, mas pode fixar-se ainda no canal vaginal, colo do útero e ânus. Após um período de

incubação, que em média varia entre três semanas e oito meses — registram-se casos em que o vírus permaneceu latente por até três anos —, surgem as verrugas, em forma de minicouves-flores, que depois podem degenerar em câncer. O vírus infecta homens e mulheres, que por sua vez se tornam disseminadores da doença, mas é entre as mulheres que faz os maiores estragos.

Lesões ocultas — A anatomia masculina facilita a descoberta das verrugas, que podem ser retiradas facilmente, por cauterização com calor, eletricidade ou laser, com o uso de ácidos para queimar a lesão ou pela aplicação de nitrogênio líquido sobre os tecidos infectados, destruindo-os por congelamento. Já nas mulheres, instaladas em locais difíceis de ser visualizados fora de um exame ginecológico, podem crescer e se multiplicar. Estudos revelam que 30% das vítimas desenvolverão o câncer de colo de útero, uma doença até fácil de prevenir e 100% curável quando diagnosticada a tempo. O problema é justamente esse. Como o tempo médio entre as consultas ginecológicas no Brasil é de três anos, quando o médico identifica o câncer já é tarde demais, e a mulher apresenta metástases para outros órgãos. É trágico porque, mesmo quando ainda não são visíveis a olho nu, as verrugas causadas pelo HPV podem ser detectadas por um exame de rotina nos consultórios ginecológicos, o papanicolau. Em 75% dos casos, esse teste, que se baseia na coleta de células do útero para posterior análise em laboratório, consegue apontar a presença da infecção. Nos países desenvolvidos, onde as consultas médicas são feitas com um intervalo de seis meses, a taxa de mortalidade pelo câncer de útero é ínfima. Quatro casos por 100.000 habitantes, contra os nove óbitos brasileiros.

Contribui ainda para aumentar o risco o fato de o vírus do papiloma estar atingindo principalmente os jovens, que iniciam a vida sexual mais cedo, são mais desinformados, mais inseguros e, em geral, mais afastados dos serviços de saúde. Uma pesquisa com 2.337 adolescentes, de 1991 a 1995, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, revelou que 25% dos entrevistados fizeram sexo antes dos 15 anos. Desses, sete em cada dez não usaram o preservativo na primeira relação e apenas um em cada cinco o usa regularmente. "As meninas têm medo de não agradar e os meninos, de falhar. Por isso não colocam o preservativo", informa a coordenadora da pesquisa e chefe do Programa de Atenção ao Adolescente, Albertina Duarte Takiuti. As conseqüências são funestas. Enquanto em 1986 o Programa de Atenção Integral ao Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo detectou que apenas 2% das meninas atendidas na rede pública tinham algum tipo de doença sexualmente transmissível, em 1997 esse índice chegou a 10%.

Como norma para a prevenção, os especialistas recomendam observar os cuidados básicos de higiene e usar preservativos desde o início da relação sexual (não vale fazer as preliminares sem a camisinha, colocando-a apenas na hora da ejaculação). Evitar compartilhar toalhas de banho e roupas íntimas é outra arma. A melhor receita dos especialistas, no entanto, está ainda longe da realidade brasileira. Educação sexual antes mesmo do início da vida sexual. Estranhamente, nenhuma campanha contra a Aids toca no assunto e, para piorar, o Ministério da Saúde nem sequer incluiu no sistema de notificação compulsória de doenças sexualmente transmissíveis os casos de HPV."

(Fonte: VEJA ON LINE - <http://www.mega21.com.br/artigo/159-Crescem-no-Brasil-os-casos-de-verrugas-assassinas-no-aparelho-genital-feminino-.htm>)

14 - Câncer de ovário é o câncer ginecológico mais difícil de ser diagnosticado

“O câncer de ovário é o câncer ginecológico mais difícil de ser diagnosticado. Cerca de 3/4 dos tumores malignos de ovário apresentam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico inicial. É o câncer ginecológico de maior letalidade, embora seja menos frequente que o câncer de colo do útero.

Consulte a publicação Estimativa 2008 Incidência de Câncer no Brasil.

Fatores de Risco

Fatores hormonais, ambientais e genéticos estão relacionados com o aparecimento do câncer de ovário. Cerca de 90% dos cânceres de ovário são esporádicos, isto é, não apresentam fator de risco reconhecido. Cerca de 10% dos cânceres de ovário apresentam um componente genético ou familiar. História familiar é o fator de risco isolado mais importante.

A presença de cistos no ovário, bastante comum entre as mulheres, não deve ser motivo para pânico. O perigo só existe quando eles são maiores que 10cm e possuem áreas sólidas e líquidas. Nesse caso, quando detectado o cisto, a cirurgia é o tratamento indicado.

Prevenção

As mulheres devem estar atentas aos fatores de risco e consultar regularmente o seu médico, principalmente as mulheres acima de 50 anos. O chamado exame preventivo ginecológico (Papanicolaou) não detecta o câncer de ovário, já que é específico para detectar o câncer do colo do útero.

Marcadores Tumorais

Marcadores tumorais são substâncias detectadas no exame de sangue e que aumentariam na presença de tumores malignos. No caso do ovário estas seriam o CA 125, a Alfa-feto-proteína e o beta-HCG. Estes marcadores tem baixa especificidade com grande número de falsos positivos. Os marcadores são muito úteis no seguimento da paciente com câncer de ovário, porém pouco confiáveis para o diagnóstico inicial. O CA 125, por exemplo, pode estar elevado em doenças benignas como o mioma uterino ou a endometriose.

Tratamento

Diversas modalidades terapêuticas podem ser oferecidas (cirurgia, radioterapia e quimioterapia). A escolha vai depender principalmente do tipo histológico do tumor, do estadiamento clínico e/ou cirúrgico do tumor, da idade e das condições clínicas do paciente e se o tumor é inicial ou recorrente. Se a doença for detectada no início - especialmente nas mulheres mais jovens - é possível remover somente o ovário afetado.”

(Fonte: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=341)

15 - Câncer de ovário - a quarta maior causa de morte entre as mulheres

“A quarta maior causa de morte entre as mulheres deve-se ao câncer de ovário que é o mais letal tipo de câncer.

Entre as causas do Câncer de Ovário estão: Hereditariedade (responsável por 10% dos casos), fumo, consumo de bebida alcoólica e dieta rica em gorduras e utilização de medicações para infertilidade. Além disso, mulheres que nunca engravidaram têm mais chance de ter o câncer de ovário e quanto mais vezes uma mulher engravida, menor é o seu risco de desenvolver um câncer de ovário. Mulheres que já desenvolveram câncer de mama ou de intestino também têm grandes chances de desenvolver o câncer de ovário.

Câncer de ovário

Ao contrário do que as mulheres pensam, cistos no ovário não apresentam perigo desde que não sejam maiores que 10cm e possuam áreas sólidas e líquidas.

Sintomas do Câncer de Ovário

Diagnosticado geralmente em mulheres com mais de 40 anos, o câncer de ovário cresce discretamente e os sintomas são muitas vezes confundidos com simples dores abdominais, constipação (prisão de ventre), inchaço, náuseas, diarreia, diurese freqüente (aumento da urina), ganho ou perda de peso súbito e hemorragia vaginal anormal. Isso faz com que o diagnóstico seja geralmente feito tardiamente.

Porém, quatro sintomas que apresentados por mais de três semanas podem levar a pesquisa da presença do câncer. São eles: Distensão ou inchaço abdominal, desconforto e dor pélvica ou abdominal, alterações urinárias e digestivas. Caso esses quatro sintomas se apresentem por mais de 3 semanas, o ginecologista deve ser procurado imediatamente.

Diagnóstico do Câncer de Ovário

Antes de qualquer tipo de exame mais detalhado, a mulher deve visitar o ginecologista regularmente onde será feito o exame dos ovários através da palpação no exame pélvico (palpação do colo uterino, do útero, das trompas e dos ovários) e do exame de Papanicolau, onde um aparelho chamado espéculo vaginal é introduzido na vagina para que o colo uterino seja facilmente visualizado e então o ginecologista coleta algumas células do colo uterino e da vagina com uma espátula depositando-as em uma lâmina e enviando para exame em laboratório. Caso alguma suspeita seja levantada, o diagnóstico do câncer de ovário é feito através de ultra-sonografia chamada de ecografia pélvica transabdominal e transvaginal, onde um aparelho que emite uma onda sonora e o seu eco é captado pelo mesmo aparelho para gerar uma imagem na tela de um monitor, chamado transdutor, é introduzido na vagina da paciente assim como um espéculo, e o útero, as trompas e os ovários são visualizados para se detectar alterações.

Todos os exames acima citados não diagnosticam com certeza e precisão o câncer de ovário, pois todos são falhos quando o tumor é pequeno. Sendo assim, a melhor opção para o diagnóstico do câncer de ovário é a realização de tomografia computadorizada, podendo assim realizar uma avaliação mais detalhada do tumor e se há ou não o comprometimento de outros órgãos.

Uma opção para mulheres que fazem a ecografia para diagnosticar o câncer de ovário, é junto com o exame, realizar o exame de marcadores tumorais dosados através do sangue (CA 125), mas o diagnóstico definitivo deve ser feito através de cirurgia.

Tratamento do Câncer de Ovário

O tratamento para o câncer de ovário é a cirurgia onde será feita toda a avaliação da cavidade abdominal e a retirada do tumor, dos ovários, das trompas, o útero e o colo uterino, como também o tecido que cobre o estômago e os intestinos e os linfonodos ao redor.

Após a cirurgia, a maioria dos casos necessita de quimioterapia para matar as células restantes do ovário, radioterapia e/ou hormonioterapia (ambas, menos frequentemente usada) para complementar o tratamento.

Prevenção do Câncer de Ovário

Não há um modo de prevenção 100% eficaz para o câncer de ovário, porém algumas precauções podem ser tomadas como:

- Amamentar;
- Fazer ligadura de trompa ou histerectomia (retirada cirúrgica do útero) sem ter tido os seus ovários retirados;
- Uso de anticoncepcional oral;
- Redução da quantidade de gordura na dieta.

Quanto a este último ponto, o portal G1 publicou recentemente uma matéria que fala exatamente sobre o assunto. Intitulada: “Obesidade aumenta risco de câncer de ovário”, a matéria diz que:

Um estudo conduzido por cientistas americanos sugere que entre as mulheres que nunca se submeteram a tratamentos de reposição hormonal na menopausa, as obesas têm um risco maior de desenvolver câncer de ovário do que mulheres em seu peso normal. ... O excesso de peso nas mulheres em idade pós-menopausa provoca um aumento da produção de estrogênio que, por sua vez, pode estimular o crescimento de células do ovário e desempenhar um papel no desenvolvimento do câncer.

Algumas estatísticas sobre o Câncer de ovário

- A taxa de sobrevivência é de 95% se o câncer de ovário for identificado no estágio inicial;
- Somente 25% dos casos de câncer de ovário são diagnosticados na fase inicial;
- Aproximadamente 78% dos pacientes com câncer de ovário sobrevivem cerca de um ano depois do diagnóstico;
- De 95% das pacientes que identificam sintomas do câncer de ovário antes da realização dos exames, 89% tem o diagnóstico confirmado;
- Mais de 80% dos cistos não têm nenhuma consequência;
- A utilização de pílula anticoncepcional por mais de 5 anos, diminui o risco de câncer de ovário em 60%.”

(Fonte: <http://www.riodicas.com/cancer-de-ovario-sintomas-diagnostico-prevencao-e-tratamento/>)

16 - Sobrevida a quem tem câncer de ovário

JC e-mail 2931, de 06 de Janeiro de 2006

“Técnica que leva os remédios diretamente ao abdome pode aumentar a vida da doente em 16 meses, em média.

Um tratamento raramente utilizado que leva a quimioterapia diretamente à cavidade abdominal pode acrescentar, em média, 16 meses de vida a mulheres com casos graves de câncer no ovário, segundo relatos de médicos.

A prática deverá ser adotada imediatamente nos EUA, segundo orientação do Instituto Nacional de Câncer (NCI) americano.

Atualmente, a maior parte das mulheres recebe quimioterapia por via intravenosa. O problema é que o câncer de ovário quase sempre se espalha para a cavidade abdominal e ataca órgãos vitais, como os intestinos e os rins.

A aplicação intraperitoneal dos medicamentos, segundo o estudo, permite atacar a doença de forma mais eficiente em estágios avançados, após intervenção cirúrgica.

O tratamento combinado (intravenoso e intraperitoneal) deverá ser oferecido a toda mulher que se enquadre no perfil clínico de aplicação. Médicos que não puderem oferecê-lo deverão encaminhar as pacientes a clínicas que o possam, segundo os especialistas americanos.

A técnica emprega dois medicamentos genéricos já amplamente utilizados para o câncer de ovário (paclitaxel e cisplatina) e envolve doses altas que podem causar graves efeitos colaterais.

O Instituto Nacional do Câncer está divulgando o estudo para encorajar os médicos a usarem o tratamento. Alertas como esse são raros. O último a ser feito foi em 1999, para divulgar um importante avanço na pesquisa do câncer cervical.

"Pacientes e médicos precisam estar cientes desta informação", disse o médico Edward Trimble, do NCI.

Ele e outros especialistas disseram que um aumento de mais de um ano de sobrevida é algo extraordinário para qualquer tipo de câncer, e que muitos novos remédios já foram aprovados com base em ganhos menores.

"Acho que é um grande passo à frente", disse Deborah Armstrong, do Johns Hopkins Kimmel Cancer Center, que coordenou o estudo com 415 pacientes, em 40 hospitais dos EUA.

Cerca de metade das mulheres (210) recebeu tratamento intravenoso e 205, uma combinação de quimioterapia intravenosa e intraperitoneal. A média de sobrevida no primeiro grupo foi de 49,7 meses e no segundo, de 65,6 meses. Uma diferença de 15,9 meses.

O estudo, publicado na revista *The New England Journal of Medicine*, levou dez anos para ser concluído.

Pacientes ainda estão vivas nos dois grupos: 78 no intravenoso e 93 no intraperitoneal. A sobrevida mais longa até agora dura sete anos.

"Realmente, é a melhor notícia que recebemos há algum tempo" sobre câncer de ovário, disse o médico Richard Barakat, chefe de oncologia ginecológica no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova York.

O câncer de ovário não é tão comum quanto o de mama ou próstata, mas tem uma taxa de mortalidade muito maior. Entre 1995 e 2000, 44% das pacientes sobreviveram por cinco anos, ante 87,7% das pacientes com tumor de mama.

"O prognóstico, via de regra, é muito ruim", diz a oncologista brasileira Solange Moraes Sanches, do Hospital do Câncer. "Em cinco anos, dois terços das pacientes têm um retorno do tumor."

Cautela

Mas nem tudo no estudo é animador. Se a sobrevida aumentou, a qualidade de vida das pacientes diminuiu.

Quase 60% das mulheres não conseguiram completar os seis ciclos de quimioterapia intraperitoneal (18 meses), por causa da alta toxicidade dos medicamentos e complicações relacionadas ao cateter, que lança as drogas na cavidade abdominal.

Os tumores são, literalmente, deixados "de molho" nos quimioterápicos dentro do abdome.

Segundo o médico brasileiro Sergio Daniel Simon, coordenador do Departamento de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, a técnica permite que os medicamentos fiquem mais tempo em contato com o câncer.

"A droga realmente bate de frente com o tumor", disse. Por via intravenosa, o medicamento se espalha pelo corpo e chega mais diluído ao câncer.

O peritônio é a membrana que reveste as cavidades abdominais e pélvicas, assim como os órgãos dentro delas. O câncer de ovário costuma se disseminar rapidamente.

Em questão de meses, passa do interior do ovário (estágio 1) para a pélvis (estágio 2) e, finalmente, para o abdome (estágio 3). O perigo é que os sintomas só costumam aparecer na etapa mais avançada.

"Cerca de 80% dos casos no Brasil são detectados no estágio 3", afirma Simon.

A solução tradicional é a remoção cirúrgica dos tumores, seguida de quimioterapia para aniquilar células cancerígenas residuais. Essa era a situação das pacientes no estudo: todas passaram por cirurgia e tinham tumores residuais de menos de 1 centímetro.

E essa, segundo Simon, deverá ser a principal indicação do tratamento. "É preciso selecionar bem as pacientes."

"O estudo abre a possibilidade de usarmos a via intraperitoneal como opção de tratamento, mas não considero que já seja um procedimento padrão", avalia Solange. (Herton Escobar, com NYT)"

(O Estado de SP, 6/1)

(Fonte: <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=34329>)

17 - ONCOLOGIA - implantação de células metastáticas no peritônio livre

... através da implantação de células metastáticas no peritônio livre..... Câncer do Ovário/Trompa de Falópio/Tumores Metastáticos em Ovário....

(Fonte: <http://www.praticahospitalar.com.br/.../materia%2002-38.html>)

18 - Câncer do peritônio atinge mulheres na pós-menopausa

Cláudio Bandeira - 01.18.10

“O câncer primário de peritônio é um tipo de câncer raro atingindo, na maioria das vezes, mulheres pós-menopáusicas. Recentemente, a apresentadora Hebe Camargo, 80, foi diagnosticada com câncer primário de peritônio, um tipo raro de neoplasia, mas com grandes chances de cura.

Maior membrana do corpo, o peritônio reveste o interior do abdômen (barriga) abrangendo e protegendo todos os órgãos nele contidos (intestino, fígado, estômago, ovários, entre outros).

Geralmente, sabem os especialistas, a doença tem início na parte inferior do abdômen conhecida como pélvis, onde se localizam os ovários. Por esta razão, o câncer primário de peritônio e o câncer de ovário se comportam de forma muito semelhantes e são tratados, na maioria das vezes, da mesma maneira.

Trata-se de uma doença rara e que atinge quase exclusivamente mulheres pós-menopáusicas (cerca de 70% das mulheres são diagnosticadas em idades avançadas). Sabe-se que mutações genéticas podem estar ligadas à formação desse tipo de câncer.

“Cinco em cada 100 mulheres são acometidas pelo câncer de peritônio” afirma Sérgio Simon, oncologista clínico do Hospital Israelita Albert Einstein, médico que cuida da apresentadora.”

(Fonte: *Oncoguia* - <http://cienciaevida.atarde.com.br/?p=7660>)

19 - UBSs da Região do Grande ABC não têm camisinhas femininas

AIDS - Mulher e AIDS

Escrito por WebMaster Soropositivo.Org

Dom, 27 de Dezembro de 2009 12:02

26/12/2009 Deborah Moreira

“Não existem camisinhas femininas nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde) do Grande ABC. O Diário visitou sete postos, um em cada cidade, e nenhum deles possuía o PRESERVATIVO - somente os masculinos são distribuídos. E mais. Das sete farmácias pesquisadas, também uma em cada município, apenas uma loja, no bairro Jardim, em Santo André, vendia o modelo para mulheres.

O preservativo feminino é um dos métodos mais eficazes de proteção contra a **AIDS**, outras **DSTS** (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e gravidez.

"A camisinha feminina tem a mesma eficácia da masculina para (o combate à) **AIDS**. Para as **DSTS**, a proteção é ainda maior, já que (o preservativo) protege toda a

vagina", declarou o ginecologista Rodolfo Strufaldi, coordenador do Caism (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

Segundo Strufaldi, muitas mulheres chegam em seu consultório em busca de informação. "Se houvesse maior divulgação, como aconteceu com a camisinha masculina (na década de 1990), menor preço e disponibilidade no serviço público, (o preservativo feminino) teria maior adesão", afirmou o ginecologista.

O preço encontrado da caixa com duas unidades da camisinha feminina foi de R\$ 14,87. O valor médio dos preservativos masculinos, em embalagens com três unidades, é de R\$ 2,27.

Mulheres que usaram e usam o preservativo feminino atestam sua eficácia e o recomendam. "No começo é como um absorvente interno. Ficamos um pouco inseguras, mas, logo depois, pegamos o jeito", disse a psicóloga Karla Rampim Xavier, 27 anos, moradora de Santo André.

Ela contou que experimentou a camisinha feminina há seis anos e que a usa até hoje com o marido, alternando com a masculina.

Já a ajudante geral Edna Maria da Silva, 28, adotou a camisinha como método anticoncepcional. Casada há 13 anos, e mãe de três filhos, ela conheceu o preservativo em uma palestra. "Uma amiga que trabalhava em São Paulo me trazia sempre. Meu marido achou bem melhor, porque ele não gosta da masculina", relatou Edna."

(Fonte: <http://www.soropositivo.org/mulher-e-aids/5177-ubss-da-regiao-do-grande-abc-nao-tem-camisinhas-femininas-.html>)

20 - Tabela de Expectativa de Vida Feminina - 06/06/2009

BRASIL: Tábua Completa de Mortalidade - Sexo feminino - 2004

(Continua)

Idades Exatas (X)	Probabilidades de Morte entre Duas Idades Exatas Q (X, N) (Por Mil)	Óbitos D (X, N)	l (X)	L (X, N)	T(X)	Expectativa de Vida à Idade X E(X)
0	22,610	2261	100000	98018	7554125	75,5
1	2,353	230	97739	97624	7456107	76,3
2	1,169	114	97509	97452	7358483	75,5
3	0,873	85	97395	97353	7261031	74,6
4	0,534	52	97310	97284	7163678	73,6
5	0,359	35	97258	97241	7066394	72,7
6	0,328	32	97223	97207	6969154	71,7
7	0,299	29	97191	97177	6871947	70,7
8	0,276	27	97162	97149	6774770	69,7
9	0,260	25	97135	97123	6677621	68,7
10	0,255	25	97110	97098	6580499	67,8
11	0,250	24	97085	97073	6483401	66,8
12	0,284	28	97061	97047	6386328	65,8
13	0,321	31	97033	97018	6289281	64,8
14	0,372	36	97002	96984	6192263	63,8
15	0,431	42	96966	96945	6095279	62,9
16	0,481	47	96924	96901	5998333	61,9
17	0,544	53	96878	96851	5901432	60,9
18	0,583	56	96825	96797	5804581	59,9
19	0,613	59	96769	96739	5707784	59,0
20	0,644	62	96709	96678	5611045	58,0
21	0,679	66	96647	96614	5514367	57,1
22	0,716	69	96581	96547	5417753	56,1
23	0,756	73	96512	96476	5321207	55,1
24	0,798	77	96439	96401	5224731	54,2
25	0,843	81	96362	96322	5128330	53,2
26	0,892	86	96281	96238	5032009	52,3
27	0,944	91	96195	96150	4935771	51,3
28	1,000	96	96104	96056	4839621	50,4
29	1,062	102	96008	95957	4743565	49,4
30	1,131	109	95906	95852	4647608	48,5
31	1,207	116	95798	95740	4551756	47,5
32	1,287	123	95682	95620	4456016	46,6
33	1,368	131	95559	95493	4360396	45,6
34	1,456	139	95428	95359	4264902	44,7
35	1,551	148	95289	95215	4169544	43,8
36	1,660	158	95141	95062	4074328	42,8
37	1,790	170	94983	94898	3979266	41,9
38	1,945	184	94813	94721	3884368	41,0
39	2,122	201	94629	94529	3789647	40,0

Notas:

N = 1

Q(X, N) = Probabilidades de morte entre as idades exatas X e X+N.

l(X) = Número de sobreviventes à idade exata X.

D(X, N) = Número de óbitos ocorridos entre as idades X e X+N.

L(X, N) = Número de pessoas-anos vividos entre as idades X e X+N.

T(X) = Número de pessoas-anos vividos a partir da idade X.

E(X) = Expectativa de vida à idade X.

(Fonte: <http://estatisticas.melhores.com.br/2009/06/expectativa-de-vida-feminina.html>)

21 - “Incidência de câncer de peritônio aumenta gradativamente, alerta oncologista

Dom, 17 de Janeiro de 2010 13:15 Mércia Ribeiro NOTÍCIAS - Saúde

Doença atinge principalmente homens, com idade acima de 50 anos, e preocupa comunidade médica

Desde que a apresentadora de televisão Hebe Camargo foi diagnosticada com um câncer no peritônio, muito tem se falado sobre o assunto, até então pouco conhecido pela população. O oncologista Fernando Medina da Cunha, diretor Científico do Centro de Oncologia Campinas, explica que o peritônio, membrana que envolve os órgãos abdominais, infelizmente, está propenso a desenvolver o câncer. Prova disso, é a crescente incidência da doença, principalmente na população masculina com idade acima de 50 anos.

O câncer de peritônio é classificado em primário e secundário. Chama-se primário o câncer que se forma na própria membrana e secundário quando ele inicia em algum órgão da região – sobretudo intestinos, ovário, útero, estômago, pâncreas e reto – e, por metástase, invade o peritônio. O câncer primário de peritônio é conhecido como mesotelioma, enquanto o que vem de outros órgãos é conhecido como carcinomatose peritoneal.

De acordo com o oncologista, cerca de 70% a 80% dos pacientes diagnosticados com câncer primário no peritônio tiveram exposição ao asbesto presente no amianto, que na década de 70 era usado na fabricação de telhas e caixas d’água. “A exposição ao produto não leva ao câncer rapidamente, apenas décadas depois. Assim, quem se expôs ao produto entre os anos de 1950 e 1980, por exemplo, quando era liberado no país, só agora vê a manifestação da doença. Por isso, o aumento da incidência da doença no país”, explica o Fernando Medina.

Os outros 20% a 30% da incidência da doença ainda têm causa desconhecida. Medina afirma que pode ser resultado do próprio envelhecimento humano. “Sabe-se que quanto mais uma pessoa envelhece, mas fica exposta a erros na divisão celular, que marca o início do câncer”, afirma Medina.

Os sintomas da doença, segundo o especialista, podem incluir dor abdominal, massa abdominal, aumento da circunferência abdominal, distensão do abdômen, ascite (fluido no abdômen), febre, perda de peso, fadiga, anemia e distúrbios digestivos. “O tratamento padrão associa a retirada cirúrgica do maior volume possível de tumores e sessões de quimioterapia, assim como está sendo feito com a apresentadora. Porém, por ser uma cirurgia muito extensa, nem sempre é possível fazê-la em um primeiro momento”, pondera. Excesso de líquidos na cavidade abdominal e a extensão dos tumores podem impedir a cirurgia, que pode ser precedida pela quimioterapia.

O tumor primário de peritônio é considerado uma doença grave. Como ocorre, sobretudo, em idosos, que muitas vezes já têm outras doenças, em geral não é possível submetê-los a cirurgia. Por volta de 60% dos casos, contudo, respondem bem à quimioterapia. “Esse câncer ainda não tem cura. Mas, dependendo de sua agressividade, ou seja, velocidade de seu crescimento, é possível controlá-lo, proporcionando aos pacientes bom tempo de sobrevida”, finaliza Fernando Medina.”

(Fonte: http://www.segs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=868:incidencia-de-cancer-de-peritonio-aumenta-gradativamente-alerta-oncologista&catid=47:saude&Itemid=328)

22 - Câncer de peritônio é mais comum no homem, após os 50 anos de idade

*por Fernando Medina da Cunha**

“A doença tanto pode formar-se no próprio peritônio, chamada câncer primário, quanto ir para essa membrana do abdome por metástase, principalmente nos casos de câncer nos intestinos, ovário, útero, estômago, pâncreas e reto, o que é chamado carcinomatose peritonial. O câncer primário de peritônio, bastante raro, ocorre mais na população masculina a partir dos 50 anos.”

“A mídia vêm dando destaque diariamente ao quadro de saúde da apresentadora de televisão Hebe Camargo (80), que, como se sabe, tem câncer no peritônio. Chama-se peritônio a uma membrana localizada no interior do abdome. Na verdade, são duas membranas separadas por um líquido que as lubrifica. O peritônio parietal reveste a parede abdominal e o peritônio visceral envolve os órgãos locais. O peritônio, como outros tecidos e órgãos humanos, infelizmente pode mesmo desenvolver câncer.

O câncer de peritônio é classificado em primário e secundário. Chama-se primário o câncer que se forma na própria membrana e secundário o que se forma em outro órgão na região - sobretudo intestinos, ovário, útero, estômago, pâncreas e reto - e por metástase invade o peritônio. O tumor primário é conhecido como mesotelioma, enquanto o que vem de outros órgãos é conhecido como carcinomatose peritonial.

A carcinomatose peritonial é comum, mas o tumor primário de peritônio, mais frequente em homens depois dos 50 anos, é raro. Sua incidência, porém, tem aumentado. A razão é esta: 70% a 80% dos casos de mesotelioma se devem à exposição crônica ao asbesto presente no amianto. A exposição não leva ao câncer rapidamente, apenas décadas depois. Assim, quem se expôs ao produto entre os anos 1950 e 1980, por exemplo, quando era liberado no país - foi proibido em Estados como São Paulo -, só agora vem apresentando o câncer.

Os restantes 20% a 30% da incidência de mesotelioma têm causa desconhecida. Pode ser que resultem do próprio envelhecimento humano. Sabe-se que quanto mais uma pessoa envelhece, mais fica exposta a erros na divisão celular, que marca o início do câncer.

Os sintomas básicos do mesotelioma e da carcinomatose peritonial são os seguintes: aumento do volume do abdome devido ao aumento da quantidade de líquido entre o peritônio parietal e o visceral; dificuldade para os alimentos ingeridos circularem pela região, o que leva à dificuldade de digestão; emagrecimento; fraqueza; e dor abdominal.

Pessoas cujo volume abdominal começa a crescer, causando os sintomas citados, devem consultar um médico oncologista. O diagnóstico inicial é clínico: o médico conversa com elas e analisa seu abdome. Com esse exame é possível constatar a presença de nódulos no peritônio. Para saber se são benignos ou malignos, faz-se biópsia. Constatada a malignidade, descobre-se se o câncer é primário ou metastático, e de que órgão veio a metástase, submetendo-se células do fragmento a diferentes substâncias ou submetendo os órgãos sob suspeita a exames de imagem.

A carcinomatose peritonial é combatida tratando-se do tumor no órgão de origem. As alternativas de tratamento, claro, são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. O tumor primário de peritônio é uma doença grave. Como ocorre sobretudo em idosos que muitas vezes já têm outras doenças, em geral não é possível

submetê-los à cirurgia. Por volta de 60% dos casos, contudo, respondem bem à quimioterapia. Esse câncer ainda não tem cura. Mas, dependendo de sua agressividade, ou seja, velocidade de seu crescimento, é possível controlá-lo, proporcionando aos pacientes bom tempo de sobrevida.”

** Fernando Medina da Cunha, médico oncologista na capital paulista, é ex-professor de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp) e integra o corpo clínico do Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Anália Franco. E-mail: fmedina@oncologiaclinica.com.br*

(Fonte: <http://www.caras.com.br/edicoes/846/textos/18289/>)

23 - mortalidade por mesotelioma no Brasil - amianto

REVISTA EDIÇÃO

“Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo... amianto. Caso ocorra o banimento do asbesto no Brasil nos próximos anos, seus efeitos ainda... Mais tarde, nas décadas de 40 e 50, comprovou-se que o problema não era só dos... Mortalidade por mesotelioma no Brasil, período 1980-2003...”

(Fonte: <ftp://ftp.cip.saude.sp.gov.br/public/saudetrab2007.pdf>)

24 - Direito ambiental internacional e o controle e eliminação do uso...

“O emprego do benzeno e de produtos que o contenham deve ser proibido em.... 34 MACHADO, Paulo Affonso Leme. Direito Ambiental Brasileiro. São Paulo... Nos EUA, em 1971, os limites de exposição aos asbestos era de 12 fibras por.... brasileiro foi alcançado pela guerra do amianto. No final do ano passado, a...”

(Fonte: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/.../2/.../26516-26518-1-PB.pdf>)