

O mesmo amor, duas realidades

Publicado em 13.05.2007

A trajetória de ser mãe é profundamente marcada pela classe social da mulher: das expectativas às condições de gestação e parto. Esta é a primeira de uma série de quatro reportagens

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

mldourado@jc.com.br

Decorar o quarto do filho que vai chegar, escolher, lavar e engomar cada macacãozinho do enxoval, providenciar um estoque gigantesco de fraldas descartáveis, gravar em CD as ultrassonografias, escolher a maternidade e as lembrancinhas que fazem parte do momento da visitação nos primeiros dias. Nenhum dos vários rituais envolvidos no cotidiano da estudante de biologia Flávia Santiago, 26 anos, que aos sete meses de gestação espera ansiosa a chegada do primeiro filho, jamais foi experimentado pela dona de casa Nadja Batista Borges, 29, que abandonou a escola na terceira série do ensino fundamental. Ela também está gestante. Do sétimo filho.

O amor pelo rebento até pode ser o mesmo, o que muda é o endereço. Nadja é moradora de uma favela de Santo Amaro. Flávia ocupa com o marido um confortável apartamento no bairro do Espinheiro. Mais que geográfica, a distância entre elas é social. As duas mães estão de lados opostos nas estatísticas sobre o crescimento populacional brasileiro. Entre elas há um abismo cavado pelo nível de escolaridade e de renda que determina como cada uma poderá viver a maternidade. E até quantas vezes. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), referente a 2005 e publicada pelo IBGE ano passado, mulheres com até três anos de estudo chegam a ter, em média, mais que o dobro do número de filhos das que estudaram oito anos ou mais.

Mesmo em continuada queda nas três últimas décadas, a taxa de fecundidade da mulher brasileira também cresce na proporção inversa a seu rendimento familiar. O paradoxo que só alarga o abismo entre Flávia, Nadja e todas as mulheres que elas representam é que as famílias maiores são justamente as menos favorecidas financeiramente. Segundo o estudo do IBGE, 74% das mulheres mais pobres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) já tinham pelo menos um filho em 2005, contra 49% daquelas com rendimento per capita de dois salários ou mais. E, na maior parte dos casos, tinham mais de um.

A explicação dos indicadores sobre a maternidade no Brasil não se esgota nos gráficos e tabelas do IBGE. "Ser mãe é um direito e uma opção de cada mulher. Elas é que têm que

decidir se vão ou não ter filhos, com quem, quantos, quando e como vão criar, independentemente da situação financeira", analisa a coordenadora de pesquisa da entidade feminista SOS Corpo, Ana Paula Portella. "Seria reforçar ainda mais a injustiça social alijar as mulheres de baixa renda da possibilidade de reproduzir." Mas para exercer plenamente esse direito, sem comprometer as perspectivas de futuro dos filhos, toda mulher precisa ter garantido o acesso a informações sobre planejamento familiar e aos métodos contraceptivos. "Se a realidade fosse essa, provavelmente as taxas de fecundidade não variariam tanto em função da classe social. A verdade é que a maioria das mulheres de baixa renda não gostaria de ter tantos filhos."

Muito menos as meninas. Mas são elas, as de 15 a 17 anos, que representam a única fatia da população feminina do País, segundo o IBGE, em que as taxas de fecundidade apresentaram crescimento. De 2004 para 2005, a proporção de adolescentes com filhos aumentou de 6,8% para 7,1%, principalmente no Norte e Nordeste. E deve crescer mais nos próximos anos. Maria Francisca Santos, 16, moradora do Engenho Taquari, próximo a Sirinhaém, é uma jovem mãe que vai engrossar essas estatísticas. Com uma filha de 11 meses em casa, ela acaba de dar à luz, dentro de um carro, entre sua casa e o posto médico, os gêmeos Ruan e Rian e não parece muito convicta quando diz, aliás, confirma a informação dada pela tia, de que vai colocar um Diu. Com ou sem ele, o planejamento familiar está garantido até agosto, quando Francisca se muda com malas, cuias e meninos para o Pará, onde o marido mora há quatro meses.

Na idade de Maria Francisca, Karine Ventura, 29, só pensava em vestibular. Deixou a maternidade para "depois da faculdade e antes dos 30". Com a carreira de enfermeira encaminhada, acredita que só agora terá maturidade, emocional e financeira, para curtir a filha Júlia, prestes a chegar. "Quero no máximo dois filhos", diz Karine, aos sete meses de gestação.

Nadja demorou muito mais para achar que a família estava completa. "Já vou no sétimo filho porque queria mesmo", diz, sem se incomodar com julgamentos. Nem com o aperto na casa de vão único em que mora, ou com o vazio a que se acostumou a administrar em seu estômago. Só não encara sua escolha com tranquilidade quando a renda mensal de menos de um salário mínimo não é suficiente para aplacar a fome dos filhos ou quando o destino deles é posto em xeque. "Tá todo mundo na escola, faço questão. Agora vai depender de cada um", diz Nadja, decidida, enfim, a ligar as trompas.

O desejo que demorou sete gestações para realizar não é sinônimo de irresponsabilidade. Reflete, isso sim, um projeto de vida. Compartilhado por muitas outras mães, especialmente de sua classe social, como a dona de casa Adriana da Silva, 32. Casada com um encanador, transplantada e "desenganada" pelos médicos, ela tinha tudo para integrar o rol de casais sem filhos. Faz parte mesmo das estatísticas de famílias mais numerosas e menos abastadas. Em pouco mais de cinco anos, sofreu um aborto natural, pariu dois prematuros e adotou uma criança. "Ser mãe sempre foi meu sonho. Se pudesse, todo ano engravidava", diz, sem demonstrar nenhuma preocupação com a incompatibilidade entre sua renda de dois salários e a quantidade de bocas que precisa alimentar. Muito menos com sua saúde. "Até hoje Deus tem dado um jeito."

E é sempre a Ele que Adriana e quase todas as mulheres com realidades financeira e

familiar semelhantes à sua delegam seu futuro. Acostumadas a "se virar" para sobreviver, acreditam que um filho (dois ou três) não dificulta a vida. E pode até ajudar a descomplicar. "Ser mãe ainda é a principal realização de boa parte das mulheres de baixa renda, que não têm as mesmas oportunidades de consolidar uma carreira ou priorizar outros projetos grandiosos, como fazem as de classe média e alta", diz a antropóloga Marion de Quadros.

A dona de casa Lídia de Souza é a prova disso. Aos 18 anos, ela tem uma menina de dois anos, um menino de um e está no sétimo mês da quarta gestação. O terceiro filho morreu aos três meses de idade, vítima de um problema respiratório, pouquíssimo tempo antes de ela descobrir que estava grávida novamente. "Quando ele se foi, quis logo outro. Adoro ser mãe", diz, explicando a pressa e a disposição em povoar o mundo. Só não explica como vai sustentar a família cada vez maior com a renda semanal de R\$ 40 do marido padeiro.

Para Marion de Quadros, a maternidade assume contornos diferentes, de acordo com a classe social. "Nas famílias de baixa renda os filhos são encarados como garantia de apoio na velhice e aumento futuro da força de trabalho. Já na classe média, a expectativa é outra: os pais se impõem a responsabilidade de prover tudo de que eles necessitam para seguir em frente durante a vida", diz.

Essa sempre foi uma grande angústia para Flávia Santiago e seu marido, Marco Aurélio, juntos há quatro anos. "Até que um dia, concluímos que o momento financeiro adequado nunca chega. Quanto mais dinheiro se tem, mais prioridades aparecem. Assim, nunca teríamos filho", diz a radiante mãe de primeira viagem, que prevê, mas não teme, altos e baixos em seu padrão de vida, assegurado pela renda mensal de mais de 10 salários mínimos. Com renda semelhante, a analista de sistemas Analice Régis, 30, achou que um irmão para Ana Beatriz, de quatro anos, caberia no orçamento familiar. Mas tomou um susto ao descobrir, ano passado, que estava grávida de gêmeos. "Adoro criança e me sinto completa. O que pesa é o lado financeiro. Escola, plano de saúde, tudo agora é dobrado, aliás, triplicado", brinca.

As histórias da gestação e primeiros anos de vida da primogênita de Rosane Barbosa, 37, são muito parecidas com as que vivem hoje Analice, Flávia e suas famílias. Mas, 19 anos depois, Rosane espera a segunda filha inscrita em outros indicadores, em que também se encaixam mães como Lídia e Adriana. Com toda a família desempregada, ela teve que recorrer ao SUS para fazer o pré-natal. E esse foi o menor dos problemas que enfrentou. Teve descolamento de placenta e até incompatibilidade sanguínea com o feto. De cabeça erguida, não se deixou abater por nada. O primeiro choro de sua filha Isabella, garante, recompensará todo o esforço.

FACES DA MATERNIDADE II

Não existe classe social na dor de ter um bebê prematuro

Publicado em 13.05.2007

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

midourado@ije.com.br

O barrigão já não está lá. Mas elas continuam se sentindo grávidas. Para as mães de bebês prematuros, nascidos antes do período natural de 40 semanas, a gestação se completa na incubadora de uma UTI neonatal. Nem por isso elas vivem a maternidade de forma menos intensa. Pelo contrário. Em meio às dúvidas quanto ao futuro do filho, se há uma certeza é a de que o instinto materno já se faz presente. E com toda a força de que a criança necessita para sobreviver. "Quanto mais estamos perto deles, acariciando, conversando e acalentando no peito, mais rápido ganham peso e se desenvolvem", conta a administradora Juraci Tavares da Costa, 32 anos, mãe de primeira viagem de Ana Carolina, que nasceu no sexto mês de gestação, com apenas 968 gramas. Há quase três meses no berçário de alto risco da maternidade do Hospital Esperança, a menina superou perdas bruscas de peso e paradas respiratórias. Agora se recupera com valentia para receber alta. Um momento esperado com ansiedade por Juraci. "Nossa grande frustração é ir embora depois de parir e não levar nosso bebê nos braços, como todas as outras mães."

A tristeza só não é maior que a emoção de segurar um filho no colo ou amamentá-lo pela primeira vez, somente 30 dias depois do nascimento. "Uma mãe de tempo normal não valoriza tanto o contato com a pele do bebê quanto nós", compara a engenheira Margarida Regueira, 34, outra mãe-canguru, como são chamadas as mulheres que acompanham os filhos prematuros na UTI. Margarida teve deslocamento de placenta. Por isso, Helena conheceu o mundo mais cedo, e luta para permanecer nele. "A resistência e a vontade dela de viver é incomum. Ter um filho prematuro ensina a ter paciência e a rezar." E também a lidar com imprevistos. Com a carreira profissional estabilizada e alto nível de renda familiar, Margarida e Juraci refletem o perfil ideal das mulheres escolarizadas que demoram mais a ter o primeiro filho e planejam cada detalhe da gravidez. Ainda assim, integram uma estatística que tem crescido tanto em maternidades públicas quanto nas particulares: a de mães surpreendidas com a chegada antecipada de seus filhos ou com a necessidade de interná-los em uma UTI.

Fatores como a sobrecarga de trabalho e estresse, além da idade avançada, contribuem para delinear esse cenário. "Temos 12 leitos para recém-nascidos de alto risco e 90% deles estão sempre ocupados", diz a gerente de enfermagem neonatal do Esperança, Kátia Mendes. Segundo ela, o número de bebês com necessidade de tratamento intensivo aumentou de 120 para 168, entre 2005 e 2006, enquanto o número de partos foi o mesmo - 2.052. Até março deste ano, das 503 crianças nascidas vivas, 56 foram para a UTI.

A realidade é semelhante no Hospital Prontolinda, onde 11,5%, em média, dos 1.500 bebês nascidos vivos por ano requerem cuidados especiais. Repete-se também na Maternidade Estadual da Encruzilhada (Cisam). Lá, somente de 1º de janeiro a 15 de abril de 2007, nasceram 1.256 crianças, 202 delas prematuras, especialmente os filhos de mulheres do interior, que demoram a receber atendimento médico em suas cidades e já chegam ao Recife com complicações.

Foi o caso de Claudincide do Nascimento, 27, que passou por duas maternidades de

Vitória de Santo Antônio antes de ser encaminhada ao Cisam, onde deu à luz Kadimil, aos seis meses de gestação. A dona de casa acabou realizando o grande sonho de sua vida de forma bem dramática. "Sempre tomci conta de crianças e não via a hora de ter o meu. Agora estou com o coração aflito." Sem previsão de ir para casa com o seu bebê, Lídia permanece na maternidade para acompanhar cada avanço do filho e cobri-lo de afeto. Fica hospedada, com outras 11 mulheres, no alojamento batizado de Casa das Mães. O espaço é só uma das formas de apoio às famílias de prematuros colocadas em prática nas maternidades.

No Prontolinda, uma equipe multidisciplinar formada por dois neonatologistas, uma psicóloga, a enfermeira da UTI neonatal e a médica do aleitamento materno ajuda os familiares a superar os momentos mais difíceis. "Trabalhamos todos os fatores de estresse dos pais nesse momento, para que estejam bem na hora de cuidarem sozinhos do bebê. As famílias que não recebem essa orientação tendem a encarar o prematuro sempre como uma criança vulnerável", explica a coordenadora da Unidade Neonatal, Virgínia Buarque. Idealizado por ela, o Grupo de Pais se reúne às quintas-feiras pela manhã e tem o objetivo de promover a troca de experiências entre famílias que estão passando, ou passaram, pela mesma situação.

A supervisora educacional Kátia Pereira, 30, que viviu quase três meses de angústia com os gêmeos prematuros Ruan e Jonathan na UTI, hoje serve de estímulo para outras mães. Mesmo tendo perdido Ruan, vítima de uma infecção urinária, ela exibe a felicidade de ver o pequenino Jonathan, agora com nove meses, se desenvolver sem maiores dificuldades ou seqüelas. "O grupo nos deu um equilíbrio fundamental. O dia em que saí da maternidade era como se ele tivesse nascido de novo." De certa forma, nasceu mesmo.

Maternidade

5,2 milhões é o número de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) no Brasil. Destas, 63% têm pelo menos um filho nascido vivo

2,06 filhos por mulher é a taxa de fecundidade no Brasil. No Nordeste, o número sobe para 2,28 e em Pernambuco fica em torno de 2,15. Na década de 70, as taxas eram:

5,8 filhos no Brasil; 7,5 no Nordeste e 7 em Pernambuco

3,9 é a quantidade de filhos que tem uma mulher em idade fértil com baixo nível escolar (até três anos de estudo). Já entre mulheres com oito ou mais anos de estudo, a taxa cai para 1,5 filho

4,3 é a média de filhos entre mulheres com até três anos de estudo e renda de até cinco salários mínimos. Entre as de mesma renda, mas com oito anos ou mais de estudo, o número de filhos cai para 1,4

50% é a probabilidade de uma mulher com dois filhos e oito anos ou mais de estudo vir a ter o terceiro. Entre mulheres com até três anos de estudo, a chance sobe para 90%

7,1% é a proporção de adolescentes com filhos. Em 2004, esse número era de 6,8%. No mesmo ano, segundo o DataSUS, que sistematiza os dados de rede pública de saúde, das 149.878 crianças nascidas vivas, 35.614 são filhas de mulheres com idade entre 10 e 19 anos

2,55 é a taxa de fecundidade média das mulheres da América Latina e Caribe entre os anos de 2000 e 2005, segundo as Nações Unidas. O Brasil apresentou nesse período uma das menores médias, de 2,2 filhos por mulher, contra 2 do Chile; 3,96 da Bolívia; 2,35 da Argentina; 3,87 do Paraguai; 2,62 da Colômbia; 2,82 do Equador; e 2,72 da Venezuela

1,3 é a taxa média de fecundidade da Hungria, entre 2000 e 2005, uma das mais baixas do mundo, segundo as Nações Unidas. Na Suécia, país considerado um dos melhores do mundo para ter filhos pela própria ONU, devido à política natalista governamental, a média é de 1,64

Fonte: PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), realizada pela IBGE em 2005 e publicada em 2006.

Maratona imprescindível

Publicado em 20.05.2007

Na segunda reportagem da série, a importância da conscientização e da realização de um pré-natal bem-feito

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

mlldourado@jc.com

Um atraso na menstruação e um teste. Toda gravidez começa assim. Mas do "positivo" em diante as histórias têm enredos bem distintos no Brasil. E não é só porque cada mulher reage de um jeito aos altos níveis de hormônios. Mais que qualquer alteração biológica ou emocional, são as condições de moradia, atendimento de saúde, estrutura familiar, renda, escolaridade e acesso à informação das mães que determinam a experiência da gestação. E a vida da família também. Enquanto o bebê se forma, a mãe precisa estar pronta para enfrentar a maratona de exames e consultas, fundamentais para o desenvolvimento do rebento. Tudo isso faz parte do pré-natal, em que são identificados e minimizados os riscos à saúde da grávida e do bebê. Pelo menos deveria.

Segundo o DataSUS, responsável pela sistematização dos dados da rede pública de saúde, quase 6 mil mulheres que tiveram filhos em 2004 não passaram pelo consultório de um obstetra durante a gestação. Outras 14 mil foram ao médico no máximo três vezes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica o mínimo de seis consultas. "No Brasil, os médicos já estariam satisfeitos e menos preocupados se as gestantes fizessem quatro", diz o médico da Maternidade da Emeruzilhada (Cisam) e coordenador de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE), Rivaldo Albuquerque.

O especialista diz que o cenário até tem melhorado com o Programa de Saúde da Família, mas a qualidade do acompanhamento das gestantes ainda deixa a desejar no serviço público. Ana Lúcia da Silva, 16 anos, sentiu no parto as consequências de um pré-natal falho. Apesar de ter ido ao obstetra sete vezes, só descobriu que tinha sífilis quando Ana Clara nasceu, também contaminada. Resultado: mãe e filha passaram 10 dias na Maternidade de Goiânia para fazer um tratamento que poderia ter sido simples e barato na gestação. Bastava um exame de sangue para o diagnóstico.

Exame que a estudante de veterinária Cinthya Puma, 25, fez logo no início da gravidez, quando foi submetida a um check-up geral requisitado pelo médico. Sem contar os dois testes de farmácia e o Beta HCG que fez por conta própria para se convencer da gravidez. Ela precisou de um mês para que "a ficha caísse", mas não para iniciar o pré-natal. Vai ao

médico pelo menos uma vez por mês, fez todas as ultrassonografias, não engordou demais e, aos sete meses de gestação, caminha para um parto normal.

Para quem não tem um plano de saúde, como Cinthya, um pré-natal bem-feito é sinônimo de persistência e sorte. Nos ambulatórios das maternidades públicas do Estado, mulheres se amontoam sem conforto à espera de atendimento. A superlotação é ainda pior nos centros cirúrgico-obstétricos. "Gestantes em trabalho de parto pelos corredores fazem parte da rotina", desabafa o chefe da maternidade do Hospital das Clínicas, Sálvio Freire.

A história do primeiro, e talvez o último, parto de Neuza Souza, 21, foi marcada pela precariedade do SUS. Moradora de um sítio em Santa Cruz da Baixa Verde, no Sertão, ela enfrentou uma via-crúcis para parir. O menino, ainda sem nome, nasceu prematuro devido à hipertensão descoberta aos cinco meses de gravidez, e não medicada. "O bebê e eu estávamos correndo risco de eclampsia (aumento da pressão arterial e maior causa de mortalidade materna no Brasil)." Ainda assim, Neuza esperou uma semana desde que começou a sentir fortes dores de cabeça para ser internada. "No sábado me levaram para Triunfo e no domingo, pra Serra Talhada, onde disseram que eu esperasse até a sexta por uma vaga em Caruaru. Mas lá não tinha leito. Finalmente, me trouxeram para o Cisam, onde meu filho nasceu na madrugada do sábado", diz Neuza.

O caso dela não é uma exceção. "Por falta de maternidades na maioria dos municípios pernambucanos, as mulheres são encaminhadas para os serviços do Recife, que deveriam atender a gestantes de alto risco", diz Rivaldo Albuquerque. As idas e vindas podem causar complicações. "Se a mulher não for assistida a tempo, uma gravidez de baixo risco passa a ser de alto", diz Adriana Rita Carneiro, diretora da Barros Lima, onde mais de 60% dos 5,5 mil partos anuais são de mulheres do interior. A consequência são leitos ocupados por mais tempo. Especialmente nas UTIs neonatais. "Segundo a OMS, quando o pré-natal é bem-feito, o percentual de recém-nascidos que vão para a UTI gira em torno de 2%. No Recife, a média é de 17%", diz a médica.

As dificuldades da rede pública são inquestionáveis. Mas estão longe de ser a única causa de índices tão altos. Muitas vezes, o que falta é conscientização. "Tenho preguiça de ir ao médico", diz Marize Pacheco, 20, moradora de Ponta de Pedras. Grávida de sete meses e mãe de uma criança de quatro anos, ela só fez duas consultas de pré-natal. Nas duas gestações. Menos por desapego e mais por inibição, Aurilândia Soares Silva, 23, só iniciou o pré-natal no quarto mês. "Tinha medo e vergonha", diz, confessando que até então nunca tinha feito um exame ginecológico.

Katielly Melo, 17, também não ia ao ginecologista. Até sofrer, aos 15 anos, um aborto, causado por uma infecção urinária. Nem assim aprendeu a lição. Grávida novamente, só procurou o médico no fim do primeiro trimestre. Quatro meses e quatro consultas depois, descobriu que está com a placenta envelhecida e provavelmente terá uma filha prematura. O motivo? "Cigarro", assume Katielly, que só agora decidiu parar de fumar.

Já Isabelle Correia de Sá, 32, teve que parar de trabalhar e até de sair de casa para não colocar em risco a vida do bebê. Foram só duas semanas de repouso, mas ela ficaria muito mais tempo, se fosse preciso. "E abriria mão de qualquer outro projeto para proteger minha filha, que já amo mesmo sem nunca ter visto, a não ser pela ultrassom",

declara-se Isabelle, aos sete meses de gravidez, comprovando que uma mãe nasce muito antes da chegada do bebê.

O BÁSICO SOBRE O PRÉ-NATAL

Os exames de pré-natal têm o objetivo de garantir uma gravidez tranqüila e reparar a tempo os potenciais imprevistos relacionados à saúde da gestante e do feto. A primeira consulta ao obstetra deve ocorrer assim que a mulher desconfiar da gravidez. Uma vez confirmada a gestação, as visitas ao médico devem ocorrer uma vez por mês até a 36ª semana, quando passam a ser semanais. Nas consultas, o médico mede o tamanho da barriga, afere a pressão arterial e verifica o peso da gestante, ausculta o feto, realiza exame ginecológico e requisita exames laboratoriais e de ultra-som, entre outros procedimentos.

Exames necessários em toda a gravidez

Sangüíneos: hemograma, glicose, uréia, tireóide, creatinina, sífilis, grupo sangüíneo, fator RH, HIV I e II, hepatite A, B e C, rubéola, toxoplasmose, listeriose e ácido úrico

Ultra-sonografia: é recomendado fazer pelo menos quatro. A primeira após a confirmação da gravidez; a segunda entre a 11ª e a 14ª semana, que verifica principalmente a translucência nucal, indicador de possíveis alterações genéticas; a terceira, entre a 21ª e a 24ª semanas, identifica possíveis má-formações do feto; e a quarta, a partir da 34ª semana, checa o desenvolvimento e a posição do bebê

Outros: sumário de urina, parasitológico de fezes

Cuidados gerais

Higiene: os médicos aconselham redobrar cuidados com o asseio da vagina. Os hormônios da gravidez modificam a anatomia e a função do trato urinário, deixando as mulheres mais suscetíveis a infecções, que podem causar abortos e partos prematuros

Alimentação: Frutas, verduras, grãos, carne, todo alimento é bem-vindo, desde que a mulher não tenha problemas de sobrepeso. Gordura e açúcar em excesso devem ser evitados. Líquidos não podem faltar, nem cálcio e ácido fólico, essenciais para a formação do bebê. A alimentação ideal, segundo os médicos, são pequenas porções várias vezes ao dia, uma vez a cada três horas

Alto risco

Segundo a OMS, cerca de 15% das gestações são consideradas de alto risco. A hipertensão é um dos problemas que pode levar à morte da mãe e/ou do bebê. A descoberta precoce evita conseqüências extremas

Estatísticas

A OMS recomenda no mínimo seis consultas durante o pré-natal. No Brasil, segundo dados do Datasus de 2004, 3,8% das gestantes não foram nenhuma vez ao médico ao longo da gravidez e 10,2% o fizeram no máximo três vezes. O percentual é calculado a partir do número de nascidos vivos, de 149.878 crianças em 2004.

Fontes: Organização Mundial de Saúde (OMS) e Datasus

Especialistas consultados: Romero Carvalho - 3221-5671; Pedro Pires - 3416-1308; Rivaldo Albuquerque - 3427-3700

Ausência dolorosa

Publicado em 27.05.2007

Na terceira reportagem da série, como a falta de acesso a atendimento médico impede a redução das estatísticas de mortalidade de mães e bebês

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

mldourado@jc.com.br

Tromboembolismo pulmonar difuso. A causa mortis registrada na certidão de óbito de Josilene Francisca da Silva, 26 anos, diz muito pouco sobre o que de fato aconteceu com ela e sua família. Por trás do termo médico rebuscado, esconde-se um drama corriqueiro, e injustificável, no Brasil: a mortalidade materna. Josilene não resistiu às complicações decorrentes do parto de seu segundo filho. Na verdade, não conseguiu foi resistir ao descaso no atendimento público de saúde durante o pré-natal. Com forte anemia, falta de ar constante e muitas dores, jamais relaxou nas visitas mensais ao posto de saúde, onde era tratada como gestante de baixo risco. Mas só depois de sua morte, a família entendeu o motivo para tanto sofrimento. Josilene era cardíaca. Se o diagnóstico tivesse sido feito ao longo da gravidez, o desfecho de sua história poderia ter sido menos trágico. "Agora não adianta mais. Sinto muita falta dela. É um oco que não vai embora. Perdi minha filha e tive que encontrar força para não deixar os meninos desamparados", lamenta Jaidete Xavier da Silva, 51, mãe de Josilene. E agora também de Ilquías, oito anos, e Gabriel, hoje com um ano e meio.

Jaidete conta somente com o salário mínimo que o marido recebe para sustentar a casa. O pai das crianças? "A primeira vez que ele deu algum dinheiro foi no mês passado. Nem visitar os filhos ele vem direito", desabafa. O caso de Josilene e sua família só não é mais dramático que as estatísticas nas quais ela está inserida. Segundo o Datasus, que reúne os dados do Sistema Único de Saúde, 76 casos de mães que morreram durante a gestação, no parto ou até um ano depois de dar à luz, foram registrados em Pernambuco só no ano de 2004. No resto do País, os números também são tão alarmantes que o problema ganhou um data no calendário. O 28 de maio virou o Dia Nacional pela Redução da Mortalidade Materna.

Os problemas de saúde apresentados pelas mulheres podem até ser variados, mas quase todas são vítimas da mesma falta de assistência médica no pré-natal ou no trabalho de parto. E não só elas. Muitos bebês também não sobrevivem à ausência de atenção especializada. Os números do Datasus mostram que 3.437 crianças morreram em Pernambuco no ano de 2004. Em 17,8% dos casos, as mães não tiveram acesso ao

acompanhamento pré-natal ou fizeram no máximo três consultas.

A professora Raquel Falcão, 51, até cumpriu a rotina de visitas mensais ao obstetra. Mas parou na 26ª semana de gestação. "Minha médica viajou e, como estava tudo bem, achei que não precisava procurar outra. Afinal, acreditava que gravidez não era doença", lembra.

No oitavo mês, porém, um imprevisto mostrou que acompanhamento especializado nessa fase nunca é demais. A bolsa rompeu e Raquel teve que ir às pressas a uma maternidade pública, onde passou quase 24 horas internada em trabalho de parto. Justamente no momento em que mais precisava, no entanto, ficou desassistida. "Sentia as contrações e prendia por estar sozinha. O médico só veio quando a cabeça da criança já estava de fora." Tiago nasceu com oxigenação insuficiente no cérebro e morreu dois dias depois na UTI. "Ainda hoje é doloroso. Não sinto culpa, mas se pudesse voltar atrás, agiria de forma diferente", diz Raquel, que não conseguiu engravidar outra vez, mas nem por isso deixou de realizar o desejo de ser mãe. Adotou Lucas, 10, e Clara, 3, superou o trauma e hoje orgulha-se da família feliz que construiu.

Por um detalhe, a dentista Ulyly Dias, 32, não tem uma história bem semelhante à de Raquel para contar. Há três anos, curti uma gravidez aparentemente tranquila, fazia o pré-natal regularmente, e ainda assim procurou outro obstetra para se sentir segura. "Ouvi falar de gestações que complicaram por descuido da minha médica. Fiquei cismada e levei os exames para um especialista que conhecia há muitos anos, mesmo sabendo que ele não clinicava mais", diz Ulyly. O excesso de cautela salvou sua vida e a do bebê. Só então Ulyly soube que tinha um estreitamento severo na placenta. A rotina do pré-natal se tornou mais rígida a partir daí, permitindo a descoberta precoce de um descolamento de placenta na 32ª semana de gestação. "Saí do consultório para a maternidade. Gabriel nasceu prematuro, com sérios problemas respiratórios e passou 11 dias na UTI. O importante é que hoje ele tem saúde perfeita. O médico certo e uma ultrassonografia foram nossa salvação", comemora.

O que Ulyly considera um feito deveria ser rotina e direito assegurado a todas as gestantes, na opinião da coordenadora geral do Centro de Mulheres do Cabo, Sílvia Cordeiro. "É inadmissível que em pleno século 21, com tanta tecnologia disponível, as mulheres ainda tenham que morrer para parir. Em 99% dos casos, os óbitos poderiam ser facilmente evitados", afirma. Sílvia garante que os índices de mortalidade materna são ainda mais sérios que os oficiais. "Há muitos casos que não são notificados. Sem falar nas seqüelas que sobreviventes de partos mal-feitos são obrigadas a carregar pelo resto da vida, como perda do útero ou infecções. Esse tipo de problema nem sequer entra nas estatísticas." Para tratar das falhas no controle e, principalmente, no combate às mortes relacionadas à reprodução, foram criados comitês municipais e estaduais com participação dos poderes públicos, médicos obstetras e entidades feministas. Uma iniciativa simples, mas que pode fazer a diferença entre a vida e a morte de mães e bebês.

FACES DA MATERNIDADE II

Escolhas de um lado, incertezas de outro

Publicado em 27.05.2007

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

mldourado@jc.com.br

Para mulheres de alta renda, em geral, a maternidade envolve escolhas. Do médico que as acompanhará durante a gestação, da maternidade onde o bebê vai nascer e até do tipo de parto que farão. Às de baixa renda restam incertezas. É a estrutura, quase sempre caótica, do serviço público de saúde que determina onde, quando e em que condições as gestantes terão garantido o direito de parir com segurança e, os recém-nascidos, de viver.

Lucidaiane de Melo, 24 anos, até tentou ter seu filho na maternidade onde fez o pré-natal, perto de onde mora, em Casa Amarela. "Mas quando cheguei lá em trabalho de parto, às 5h da manhã, estava tão lotado que tinha mulher parindo na triagem." Por pouco, ela não foi encaminhada para Nazaré da Mata. Recusou-se e foi transferida para um hospital em Olinda, onde deu à luz às 11h30. "Foi horrível. Não deixaram meu marido entrar e me senti só", lembra. Ademir Cavalcanti, o pai, só pôde comemorar o nascimento do filho três horas depois, sozinho, no estacionamento da maternidade.

A situação é mais absurda quando se leva em conta que desde abril de 2005 a Lei do Acompanhante (nº 8.080) assegura à mulher o direito de ter alguém de sua confiança presente antes, durante e depois do parto. É um dos poucos mecanismos de humanização do atendimento às gestantes. As doulas são outro. Voluntárias, elas recebem capacitação nas maternidades públicas para ajudar a amenizar as dores do trabalho de parto, e a solidão de quem não tem companhia.

Ter a família inteira ao lado, boas condições financeiras e plano de saúde não garantem tratamento humanizado na hora de dar à luz. "No modelo de medicina atual, o protagonismo do parto é do médico. Ele decide tudo. Até a posição em que ela vai parir", critica a doula e educadora perinatal Dan Gayoso, 37, uma das integrantes da rede Parto do Príncipe. A entidade é formada por mulheres de todo o País que defendem o acesso à informação e à liberdade de decisão da gestante durante a gravidez, principalmente em relação ao tipo e às condições do parto.

Dos 2,5 milhões de nascimentos registrados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2004, 88% foram feitos no SUS e 12% no setor particular. Na rede pública, a taxa de cesáreas, procedimento muitas vezes associado à morte materna, é de 27%, contra 80% no serviço privado. "O índice de cesarianas é tão alto na rede particular porque atende às conveniências de horário do médico", dispara a antropóloga Julia Morim, 27, também integrante da Parto do Príncipe.

Além de ser um procedimento invasivo, que requer anestesia e cortes, a cesariana traz riscos de infecções e exige tempo de recuperação maior. Segundo o coordenador de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) e médico assistencial do Cisam, Rivaldo Albuquerque, a cesárea só é indicada em casos de

sofrimento do bebê e desproporção entre o tamanho da bacia da mulher e o da criança. Nas demais situações, o parto normal é o mais recomendado.

MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

76 casos de mulheres mortas em decorrência da gravidez ou parto foram registrados em Pernambuco no ano de 2004

30 dessas mulheres morreram durante a gravidez, por parto ou aborto; 25, até 42 dias depois do puerpério; três, de 43 dias a um ano depois; e 18, em período ignorado

9 das pernambucanas mortas em 2004 tinham entre 15 e 19 anos; 60, entre 20 e 39; e 7 a partir de 40 anos

9 delas não tinham escolaridade alguma; 31, entre 1 e 7 anos de estudo; 1, 12 anos ou mais; e 29, escolaridade ignorada

5 mortes foi o número notificado no Acre, considerado o menor do País. O maior, de 317 mulheres, foi registrado em São Paulo, cidade mais populosa do Brasil

25,8 a cada mil crianças nascidas vivas morreram no Brasil em 2005. A taxa tem caído consideravelmente na última década. Em 1995 era de 37,9 a cada mil nascidos vivos. O Rio Grande do Sul registrou a menor taxa de mortalidade infantil em 2005 (14,3%) e Alagoas (53,7%), a maior

3.437 crianças morreram em Pernambuco no ano de 2004. As principais causas de morte foram doenças infecciosas e parasitárias (411) e afecções originadas no período perinatal (1.760)

22 delas morreram antes do parto; 24, durante o parto; 2.708, após o parto; e 683, em momento ignorado

17,8% das mortes registradas foram resultado de gestações sem acompanhamento médico pré-natal ou com no máximo três consultas

Fonte: Datasus e IBGE

Planejar a família é o grande desafio

Publicado em 03.06.2007

Na quarta e última reportagem da série, a difícil tarefa de programar o número de filhos

Bruna Cabral

bruna@jc.com.br

Mona Lisa Dourado

mldourado@jc.com.br

Dona Ritinha Tavares, 92 anos, teve sete filhos e adotou um. Maria da Paz, 62, teve oito. Mãe e filha casaram aos 16 anos, nunca fizeram curso superior nem trabalharam fora de casa. Seguiram o caminho considerado natural para as mulheres de suas gerações: engravidar até quando o corpo permitir e passar a vida cuidando do marido e dos filhos. "O primeiro nasceu nove meses e dez dias após o casamento. O amor não podia esperar", brinca Dona Ritinha. De fato, não esperava. Depois do primogênito, era um bebê a cada ano. "Minha mãe teve 16 filhos, por que eu não ia ter muitos também?", diz a matriarca, toda orgulhosa de sua numerosa prole.

Mas a terceira geração mudou completamente o desenho da árvore genealógica da família. Wellington, Ana, Gabriel, Simone, Mônica, Rita, Roberta e Emanuelle são o reflexo das transformações sociais das últimas décadas, que redefiniram os papéis de homens e, principalmente, mulheres, não só no ambiente doméstico como fora dele.

Da caçula, que tem 21 anos, ao primogênito, 45, todos os filhos de Maria da Paz trabalham e estudaram pelo menos até completar o ensino médio, mas só quatro deles têm filhos. E poucos. Simone é a única que tem duas. "A maternidade hoje é um projeto que a gente precisa conciliar com muitos outros. Não dá mais para dedicar a vida toda somente à família", diz Rita, 29, formada em administração e ciências biológicas, recém-casada e tão convicta do desejo de ser mãe quanto do jogo de cintura necessário para isso. "Meu marido quer pra ontem, mas prefiro esperar um pouco. E só terei no máximo dois", planeja Rita.

Ela representa um percentual cada vez maior das mulheres brasileiras que preferem adiar ou abrir mão do projeto da maternidade para dedicar-se à carreira ou a outros objetivos. O resultado é a redução tanto do número de casais com filhos quanto do tamanho da família de quem opta por tê-los. Segundo o IBGE, o Nordeste, considerado uma das regiões mais populosas do País, apresentou uma queda de 10,4% no número de casais com filhos entre 2004 e 2005. A quantidade média de componentes dessas famílias também caiu, de 3,9 para 3,4 no mesmo período.

A estudante Maria José Silva, 22, reforça essas estatísticas. Está grávida de sete meses do "primeiro e único" filho para fugir da sina de suas antepassadas de ter que tirar do próprio prato a comida das crianças. "O pior é que era muita gente. Minha mãe teve 18 filhos, minha vó, 22", diz. Agricultora, Maria de Lurdes Silva, 57, não acha que exagerou. Lamenta, sim, a perda de nove filhos para a falta de "condições" e, principalmente, de atendimento médico. Hoje é só sorrisos quando fala na profe. "Agora estou ficando velha e eles que vão cuidar de mim", sentença.

A infância da vendedora Rosângela Lopes, 29, foi ainda mais dura que a de Maria José. Filha também de agricultores, passou a vida ajudando a mãe a cuidar dos irmãos. Genilva, 50, teve 12 filhos, mas só cinco sobreviveram. "Morava numa zona rural, sem posto de saúde, nem médico. Tinha os meninos com parteiras e muitos morriam sem a gente nem saber de quê." Casada e abandonada duas vezes, ela diz que os dois maridos sempre fizeram questão de muitos filhos. Só não tiveram a mesma disposição na hora de criá-los. Sobrou para Rosângela. "Já dei minha cota de mãe", diz, grávida de oito meses do primeiro filho, que não planejou, nem queria. "Esqueci a pílula um dia."

Histórias como a de Rosângela e Genilva fazem do Nordeste a região brasileira com o maior número de famílias chefiadas por mulheres, geralmente sem a presença dos cônjuges. Dados do IBGE revelam que elas estão no comando de 29,3% dos lares nordestinos. Em Pernambuco, esse índice é ainda mais alto: 31,6%.

A dificuldade de administrar a casa sozinha foi o que levou a relações públicas Elizabeth Mercês, 27, a encerrar a carreira de mãe no primeiro filho. Além de Guilherme, 4, não enxerga como outra criança poderia fazer parte de sua rotina. "Vivo às voltas para me fazer presente no dia-a-dia dele, trabalhar para sustentá-lo e ainda encontrar tempo para as minhas baladinhas", diz a atarefada "mãe-profissional-soltira", que tem quatro irmãos e dezenas de tios. Mas não pretende perpetuar essa tradição de famílias numerosas. "A realidade em que vivemos agora não condiz mais com isso. Ganhamos pouco e gastamos demais. Criança então...", suspira.

Para ela e as mulheres de sua geração, a maternidade só passou a ser uma escolha devido à popularização dos métodos contraceptivos, que trouxeram à tona e colocaram na pauta dos casais o conceito de planejamento familiar. "A partir do momento em que as mulheres precisaram trabalhar e buscar realização profissional, foi preciso encontrar mecanismos para dar conta de tantos papéis. Reduzir a quantidade de filhos foi o principal deles", diz a antropóloga Marion de Quadros.

A pílula anticoncepcional teve papel fundamental nesse processo de emancipação feminina. Foi ela que possibilitou pela primeira vez às mulheres vivenciar a sexualidade sem fins reprodutivos. Vários outros métodos difundiram-se depois, como camisinha, dispositivo intra-uterino, hormônios injetáveis e o mais polêmico deles, a esterilização. O procedimento definitivo passou a ser usado com tanta frequência pelas mulheres que o Congresso Nacional decidiu regulamentar seu uso na rede pública de saúde com a chamada Lei da Laqueadura. O texto garante acesso à intervenção cirúrgica somente para mulheres "com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos" e ainda exige um intervalo de 60 dias entre a manifestação da vontade e

a cirurgia.

A rigidez dos critérios visa proteger a saúde da mulher, já que a laqueadura é um método extremamente invasivo e envolve riscos de infecção. Mas acaba impedindo que mulheres como a dona de casa Maria Pereira, 27, possam contar com a garantia de que a família não irá mais crescer. "Pedi ao médico para ligar minhas trompas, mas ele se recusou", conta Maria, que pariu gêmeos e se enquadra em todos os critérios impostos pela lei. "O jeito vai ser tomar pílula. O problema é que de vez em quando falta no posto", diz a moradora de Saloá.

Segundo a coordenadora geral do Centro de Mulheres do Cabo, Sílvia Cordeiro, todos os métodos contraceptivos e informações sobre cada um deles deveriam ser disponibilizados em qualquer unidade de saúde pública. Isso evitaria que tantas mulheres tivessem que optar pela laqueadura. E que recaísse sobre elas a responsabilidade quase exclusiva pelo planejamento familiar. "Antes as mulheres tinham a obrigação de parir. Agora, de evitar", diz Sílvia. "Mais que ampla oferta de métodos, é preciso uma ação educativa que as empodere para exigir co-responsabilidade dos parceiros", acrescenta Gigi Bandler, da Rede Feminista de Saúde.

Na Maternidade Barros Lima, a diferença entre a quantidade de candidatos à vasectomia e à laqueadura não deixa dúvidas com relação à falta de envolvimento dos homens no planejamento familiar. "Existe uma fila que levaria dois meses para ser desfeita de mulheres querendo ligar as trompas, mas não há um homem sequer inscrito para se submeter à esterilização", revela a diretora da unidade, Adriana Rita Carneiro. O fato é ainda mais injustificável quando se leva em conta que a vasectomia é um procedimento ambulatorial, dura apenas 15 minutos e no mesmo dia o homem volta pra casa.

Para tentar estimular a participação masculina no controle do tamanho da família, várias medidas foram anunciadas semana passada pelo governo federal. A principal foi aumentar de R\$ 20 para R\$ 123 o repasse aos médicos que realizam cirurgia de vasectomia. Outros R\$ 130 milhões serão destinados à distribuição de contraceptivos, campanha e material educativo. A Prefeitura do Recife também tem reforçado o programa de planejamento familiar, garantindo todos os métodos contraceptivos nas unidades de saúde, inclusive o anticoncepcional de emergência, ou pílula do dia seguinte. "Além disso, aumentamos para 220 o número de equipes do Programa de Saúde da Família, que foram capacitadas para orientar mulheres hipertensas, diabéticas ou com problemas crônicos de saúde a evitar filhos de maneira sistemática", afirma a gerente de Atenção à Saúde da Mulher, Benita Spinelli. Quem sabe assim a maternidade passe a ser encarada como escolha, direito e dádiva. Como de fato é.

MENOS FILHOS, MAIS PLANEJAMENTO

A Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE aponta uma redução tanto do número de casais com filhos, quanto do tamanho da família de quem opta por tê-los. O aumento da oferta dos métodos contraceptivos tem reforçado o planejamento familiar

53,3 dos casais nordestinos tinham filhos em 2005, segundo o IBGE. Em 2004, o percentual era de 63,7% dos casais. A queda também foi registrada no Sudeste

3,4 componentes era o tamanho médio das famílias do Nordeste em 2005, contra 3,9 em 2004. No Sudeste, os arranjos familiares também caíram, de 3,4 para 3,1 membros. Um paradoxo é comum a todas as regiões: as famílias maiores eram justamente as que tinham menor rendimento

1,4 era o total de filhos que uma mulher de alta escolaridade (8 anos ou mais de estudo) e alta renda (mais de cinco salários mínimos) tinha em 2005. Já entre mulheres igualmente escolarizadas, mas com renda inferior, o número de filhos subia para 3,2. Provavelmente, segundo análise do IBGE, as mais pobres até tinham informações sobre os métodos contraceptivos, mas não acesso a eles

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Comportamentais

São os mais antigos. E os menos seguros. Fazem parte do grupo a tabelinha e o coito interrompido. A tabelinha consiste em acompanhar o ciclo menstrual mensalmente e evitar relações sexuais durante a ovulação. Mesmo para mulheres com ciclo regular, traz altos riscos de falha. O coito interrompido, que consiste na retirada do pênis da vagina pouco antes da ejaculação, é muito mais falho, além de interferir no prazer

Hormonais

Desde 1965 a pílula anticoncepcional é usada no Brasil. A princípio, tinha altas doses de hormônio, mas hoje é adotada até durante a amamentação. Há opções com estrogênio e progesterona ou só progesterona. Basicamente, alteram as características do muco cervical e impedem a ovulação. As contra-indicações foram reduzidas. Mulheres acima de 35 anos, fumantes, que apresentem pressão alta, colesterol elevado, diabetes ou outro mal crônico devem consultar o médico. Recentemente, o anticoncepcional hormonal injetável chegou ao Brasil. Disponível também em versões com um ou dois hormônios. A diferença é a dosagem bem mais alta, que permite ministrá-lo mensalmente ou trimestralmente. Há muitas queixas, no entanto, de efeitos colaterais, como dor de cabeça e aumento de peso

Dispositivos intra-uterino (DIU)

Trata-se de um dispositivo de plástico com um filete de cobre ou hormônio colocado na cavidade do útero. Libera hormônio ou partículas de cobre, que alteram a movimentação dos espermatozoides, modificam a membrana que envolve o útero, reduzem a capacidade de fecundação e a duração do óvulo. O método é considerado seguro, mas também tem efeitos colaterais, como aumento no sangramento menstrual, anemia e cólicas

Métodos de barreira

São, como diz o nome, uma barreira física entre o espermatozoide e o óvulo. E os únicos que protegem também contra Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). O mais usado é o preservativo masculino ou camisinha, colocada no pênis antes da relação sexual. O preservativo feminino é uma pequena bolsa de plástico poliuretano com anéis flexíveis nas

extremidades. São métodos seguros se usados corretamente

Anticoncepção de emergência

Batizado de pílula do dia seguinte, é uma dose única e elevada dos mesmos hormônios de que são feitas as pílulas normais. Deve ser tomada até 72 horas após uma relação sexual "desprotegida". Quanto mais cedo for usada, maior a eficácia. Em geral, o método é bastante falho, especialmente se ministrado com frequência, o que prejudica a saúde da mulher

Esterelização masculina e feminina

São os únicos métodos definitivos de contracepção. Para as mulheres, o procedimento leva o nome de laqueadura ou ligadura de trompas e consiste na retirada de um fragmento das trompas, que depois são suturadas. A cirurgia é relativamente complexa, exige anestesia geral e traz riscos de infecção. Para os homens, o método chama-se vasectomia. Bem mais simples, é feito em ambulatório a partir da ligadura dos canais por onde passam os espermatozoides. A eficácia só é garantida oito semanas após o procedimento

Fonte: IBGE e Anticoncepcionais, uma liberdade de escolha, de Ricardo Sanches Garcia

Especialistas consultados: Ana Paula Portella (SOS Corpo: 3087-2086), antropóloga Marion de Quadros (2126-8000), enfermeira neonatal Kátia Mendes (3302-8000), Rivaldo Albuquerque (3427-3911), Sálvio Freire (2126-3530), Romero Carvalho (3427-9945) e Adriana Rita Carneiro (3441-5488); Sílvia Cordeiro (Centro de Mulheres do Cabo: 3524-9170), Dan Gayoso e Júlia Morim (rede Parto do Princípio: 3454-2505), Gigi Bandler (Rede Feminista de Saúde: 3421-5573), ultrasonografista Pedro Pires (3416-1308), psicoterapeuta Angelice Lira (3361-7470)